



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

VANIELY OLIVEIRA FERREIRA

PUERICULTURA: uma realidade vivenciada pelos enfermeiros da Estratégia
Saúde da Família no município de Sousa-PB.

**CAJAZEIRAS - PB
2011**

VANIELY OLIVEIRA FERREIRA

PUERICULTURA: uma realidade vivenciada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no município de Sousa-PB.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV, da Universidade Federal de Campina Grande- UFCG, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Esp. Claudia Maria Fernandes.

CAJAZEIRAS - PB
2011



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

F383p Ferreira, Vaniely Oliveira
Puericultura: uma realidade vivenciada pelos
enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no
município de Sousa-PB./ Vaniely Oliveira Ferreira.
Cajazeiras, 2011.
67f. : il.

Orientadora: Cláudia Maria Fernandes.
Monografia (Graduação) – CFP/UFPG

1.Puericultura. 2. Saúde da Família – crianças.
3.Enfermeiros. I. Fernandes, Cláudia Maria.
II.Título.

UFPG/CFP/BS

CDU - 649.16

VANIELY OLIVEIRA FERREIRA

**PUERICULTURA: uma realidade vivenciada pelos enfermeiros da Estratégia
Saúde da Família no município de Sousa-PB.**

Aprovado em ___/___/2011_

BANCA EXAMINADORA

**Profª. Esp. Cláudia Maria Fernandes
UACV/CFP/UFCG
(Orientadora)**

**Profª. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
UACS/CFP/UFCG
(Examinadora)**

**Profª. Esp. Mary Luce Mequiades Meira
UACV/CFP/UFCG
(Examinadora)**

**CAJAZEIRAS - PB
2011**

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PÁRQUIA

Dedico este trabalho ao meu filho Igor
Arnaud, razão da minha vida e desta luta.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu forças para vencer mais essa batalha, por ter me atendido nos momentos que tanto precisei, por ser tão maravilhoso em minha vida. Por me ajudar a continuar a caminhada da vida;

A meus Pais e meus irmãos, por sonhar comigo, lutar pelas minhas conquistas, vibrar nas minhas vitórias e acima de tudo, pelo amor incondicional. Amo vocês;

A meu marido, amor da minha vida, pela paciência, por estar sempre presente me incentivando a lutar pelo que almejos. Amo-te;

Ao meu filho por despertar em mim os melhores sentimentos e a vontade de vencer! Igor você é minha vida, um pedaço de mim;

A toda minha família e amigos que torcem por mim e acreditam na minha vitória.

Obrigada!

RESUMO

FERREIRA, Vaniely Oliveira. **PUERICULTURA**: uma realidade vivenciada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no município de Sousa-PB. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2011. 67f.

Puericultura, área da pediatria destinada à prevenção e promoção de saúde através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, ser biopsicossocial com habilidades e potencialidades em desenvolvimento, que, portanto, necessita ser acompanhado de perto. Atualmente, a puericultura é desenvolvida nas USB por meio de um processo multiprofissional, que ocorre em parceria com a comunidade, sendo a principal ação para promoção de saúde infantil. O enfermeiro da equipe de Saúde da Família realiza várias atividades para o acompanhamento visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde das crianças. O objetivo deste estudo foi descrever como os enfermeiros desenvolvem as ações de puericultura na Estratégia Saúde da Família no município de Sousa-PB e listar fatores que viabilizem e dificultem a prática da puericultura. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória-descritiva com abordagem quantitativa desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família de um município de Sousa-PB. A população foi constituída por 26 enfermeiros que atuam nas unidades, dos quais 100% concordaram em participar da pesquisa. Os dados foram coletados nos meses de Abril a Maio de 2011, para a coleta utilizou-se um roteiro de entrevista do tipo semi-estruturado, levando-se em consideração os preceitos éticos contidos na resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados relativos à caracterização dos participantes da pesquisa foram analisados estatisticamente e demonstrado em forma de tabela e, os dados obtidos referentes à realidade vivenciada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca da puericultura, foram fundamentados qualitativamente através da Análise de Conteúdo Temática (MINAYO, 2000). Os resultados do estudo revelaram que há predominância de profissionais do sexo feminino, especialistas e que trabalham a pouco tempo na ESF. Observou-se que a consulta de puericultura é realizada de forma rápida e inadequada, juntamente com os ACS e destina-se apenas a pesar e medir as crianças, verificar o cartão de vacinação e orientar quanto à higiene e alimentação.

Palavras - chave: ESF. Puericultura. Enfermeiros.

ABSTRACT

FERREIRA, Vaniely Oliveira. **CHILD CARE**: a reality experienced by the nurses of the Family Health Strategy in the city of Sousa-PB. Work for the Conclusion of a Course Bachelor in Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2011. 67F.

Childcare, an area of pediatrics for the prevention and health promotion through the monitoring of the child's growth and development, psycho-social human being with abilities and potential for development, which therefore needs to be closely monitored. Currently, the childcare and developed in USB by means of a multidisciplinary process, which occurs in partnership with the community, and the main action for the promotion of infant health. The nurse of the Family Health team performs various activities for the monitoring aimed at the promotion, prevention and recovery of children's health. The objective of this study was to describe how nurses develop the actions of childcare in the Family Health Strategy in the city of Sousa-PB and list all factors that make possible and impede the practice of childcare. It is a survey of the exploratory-descriptive qualitative developed in Family Health Units in one municipality of Sousa-PB. The population was composed of 26 nurses who work in the units, of which 100% agreed to participate in the research. The data were collected in the months of April the May 2011, for the collection we used an interview guide semi-structured, taking into account the ethical precepts contained in the resolution 196/96 of the National Health Council. The data for the characterization of the participants in the study were statistically analyzed and shown in table form, and the data obtained on the reality experienced by the nurses of the Family Health Strategy about childcare, were substantiated qualitatively through the Thematic Content Analysis (MINAYO, 2000). The results of the study revealed that there is a predominance of female professionals, specialists and who are working in very little time in the ESF. It was noted that the consultation of child care and performed at a fast speed and inadequate, together with the ACS and is only intended to weigh and measure children, check the card for vaccination and orient about hygiene and nutrition.

Words - the key: FSE. Childcare. Nurses.

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1:** Distribuição percentual dos participantes referente à realização da puericultura na USF.....33
- GRÁFICO 2:** Distribuição percentual dos profissionais referente ao conhecimento do cronograma preconizado pelo MS para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças até 2 anos de idade.....36
- GRÁFICO 3:** Distribuição percentual dos profissionais referente à orientação das gestantes quanto à continuação do acompanhamento da saúde do seu bebê.....40
- GRÁFICO 4:** Distribuição percentual dos profissionais referente à realização de atividades educativas.....41

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Distribuição da idéia central relacionada ao tempo de duração das consultas de puericultura.....	35
QUADRO 2: Distribuição da idéia central relacionada às consultas de puericultura.....	37
QUADRO 3: Distribuição da idéia central relacionada ao acompanhamento da criança logo após o parto.....	38
QUADRO 4: Distribuição da idéia central relacionada periodicidade das consultas de puericultura.....	39
QUADRO 5: Distribuição da idéia central relacionada atividades educativas na puericultura.....	41
QUADRO 6: Distribuição da idéia central relacionada estratégias para o acompanhamento adequado do CD.....	42
QUADRO 7: Distribuição da idéia central relacionada aos fatores que viabilizem a realização da Puericultura na USB.....	44
QUADRO 8: Distribuição da idéia central relacionada aos fatores que poderiam ser modificados para uma melhor efetividade do Programa.....	45

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização da Amostra.....	30
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
- ACS - Agente Comunitário de Saúde
- CD - Crescimento e Desenvolvimento
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPAS - Organização Pan-americana da Saúde
- PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
- PNTN - Programa Nacional de Triagem Neonatal
- PNIAM - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
- SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UEPB – Universidade Estadual da Paraíba
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência
- UBS - Unidades Básicas de Saúde
- PNAN - Políticas Nacionais de Alimentação Saudável e Nutrição
- PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.....	16
2.2 PUERICULTURA.....	19
2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ENFOQUE NA SAÚDE DA CRIANÇA.....	23
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	26
3.1 TIPO DE ESTUDO	26
3.2 LOCAL DO ESTUDO	26
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	27
3.5 INSTRUMENTO PARA A COLETA.....	27
3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	28
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	29
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	54
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	
ANEXOS	61
ANEXO A - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO CEP	
ANEXO B - OFÍCIO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	

1 INTRODUÇÃO

A criança é um ser em desenvolvimento, possui corpo, mente, sentimento, espiritualidade e, assim sendo, valor próprio. Deve ser respeitada e tratada como um ser único, competente e com potencialidades em processo de desenvolvimento e um ser de relações. (PAGANI, 2002)

Na antiguidade, a criança não era vista como um ser com direitos a serem respeitados, comumente realizava-se o infanticídio, ora como prática religiosa ora para controle populacional. Essa pouca importância à criança perdurou por muito tempo, até que esta fosse reconhecida como o adulto do amanhã, um ser importante para o desenvolvimento de um país. Somente no século XVIII ocorreram avanços no ensino da pediatria na Europa, e com os progressos trazidos pela Revolução industrial, no século XIX, houve redução da mortalidade infantil nos países industrializados. (CARNEIRO, 2000)

Com a evolução na Pediatria, ramo da Medicina que atende o indivíduo durante o período da fecundação à puberdade, ocorreu a criação de especialidades, dentre elas a Clínica Pediátrica, parte da pediatria curativa e a Puericultura, área da pediatria destinada à prevenção. (Alcântara [s.d.] apud MARCONDES, 1988).

Segundo Bonilha (2004), o termo puericultura significa etimologicamente criação – cultura – da criança – puer, utilizado pela primeira vez pelo suíço Jacques Ballexserd em 1762, e até os dias de hoje continua presente dentro da Medicina Pediátrica. A puericultura é um conjunto de normas com diferentes graus de cientificidade que procura assegurar o melhor desenvolvimento para as crianças. Atualmente, esta pediatria preventiva é desenvolvida por meio de um processo multiprofissional, que ocorre em parceria com a comunidade.

No Brasil, em 1984, visando à necessidade de uma melhor atenção a saúde infantil, foi estabelecido um Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), que consiste no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em seus primeiros anos de vida, fundamentando-se por normas e regras que promovam o bem-estar físico, biológico e psicológico da criança em função das condições de vida de sua família e sociedade onde está inserida, através de uma assistência preventiva, integral e individualizada, onde serão repassadas às mães as informações necessárias para uma assistência continuada.

A assistência, no programa de puericultura da rede básica de saúde, é prestada mensalmente, com consultas intercaladas entre o médico e a enfermeira, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde o número mínimo de nove consultas durante zero a dois anos,

período de maior importância devido à alta velocidade, intensidade e vulnerabilidade do processo de crescimento e desenvolvimento, e a partir dos três até os seis anos pelo menos uma consulta ao ano. (MS, 2001)

Para Low et al (2009) a consulta de puericultura é de fundamental importância, uma vez que é realizada a avaliação global onde o enfermeiro consegue detectar precocemente as alterações das áreas do crescimento estatural, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor. De acordo com o Ministério da Saúde, é a partir da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento que se torna possível estabelecer condutas preventivas adequadas à idade, sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança, em um processo contínuo de educação para a saúde (BRASIL, 2002).

Para que a assistência de enfermagem seja adequada, há a necessidade da detecção do conhecimento sobre crescimento e desenvolvimento, em relação às necessidades e riscos à saúde, através da compreensão do que esperar da criança em cada faixa etária; para assim poder planejar, prestar e avaliar o cuidado considerando suas necessidades relativas ao desenvolvimento; auxiliar os pais a compreenderem melhor suas crianças e, desse modo, proporcionar a ela atenção adequada. A enfermeira também deve orientar a equipe de enfermagem para atuarem juntos e assim oferecer uma assistência integral e efetiva, o que trará maior satisfação profissional. (SIGAUD; VERÍSSIMO, 1996)

Há uma crescente necessidade de discussão e reflexão de modo contínuo no papel do enfermeiro, principalmente pelas várias mudanças na saúde que ocorreram nessa última década. Na saúde da criança, o enfermeiro, no exercício da sua função, está cada vez mais presente nas orientações em escolas, salas de vacinas e nas ações educativas na comunidade, podendo intervir na qualidade de vida das crianças e suas famílias. Nessa perspectiva, é notória a importância das crianças serem assistidas em todas as suas fases, e ainda, que seus pais sejam incluídos nessa assistência para que possam contribuir e assim dar continuidade, pois eles conhecem seus filhos como ninguém.

Conhecendo os dois lados do cuidado às crianças, tanto como mãe e também como acadêmica de enfermagem, que na experiência vivenciada em estágio curricular da Universidade Federal de Campina Grande - Cajazeiras-PB, presenciei inúmeras vezes a necessidade de um acompanhamento infantil mais completo, acredito que estudos que contribuem para uma melhor assistência aos infantis são sempre relevantes.

E ainda Conforme Novaczyk, Dias e Gaíva (2006), a atenção à saúde da criança tem sido motivo de preocupação pelos profissionais da saúde, gestores e políticos, representando uma área prioritária dentro dos cuidados à saúde da população. Pois embora os índices de mortalidade infantil no país tenham reduzido na última década, continuam muito altos, principalmente em algumas regiões como o Nordeste.

Nesse contexto, essas observações me motivaram a escolha do tema e a desenvolver este estudo em uma cidade do sertão nordestino. Que teve como objetivo principal descrever como os enfermeiros desenvolvem as ações de puericultura na Estratégia Saúde da Família no município de Sousa-PB. E neste sentido os objetivos específicos foram verificar as estratégias adotadas pelos enfermeiros frente à prática da puericultura, conhecer a consulta de puericultura e as principais ações de promoção e prevenção de saúde da criança realizadas pelos enfermeiros nas Estratégias Saúde da Família e identificar fatores que interferem na viabilização da puericultura.

Diante desses aspectos as questões norteadoras do trabalho são: Como é realizada a puericultura na Estratégia de Saúde da Família? Quais as ações do enfermeiro na promoção da saúde infantil?

Vale ressaltar, que se pretende aqui contribuir para um olhar dos enfermeiros sobre a necessidade de implementação de medidas complementares e corretivas, na busca da melhor atuação no Programa de Puericultura. Para que desta forma seja reconhecida à devida importância da atuação e cumprimento de seu papel frente ao serviço de puericultura, tentando assim sensibilizar e mostrar a essência de nossa profissão: o cuidar.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA

O surgimento das políticas públicas de saúde no Brasil teve início no século XX, através da sistematização das práticas sanitárias e do modelo campanhista, com o objetivo de sanar problemas desencadeados pelo processo de industrialização, expansão comercial e aumento da população decorrente do processo imigratório. A partir de então, a Saúde Pública vai se configurando e se solidificando. Nas décadas de 70 e 80 ocorreram várias reformas nas políticas públicas de saúde, este período foi marcado por um cenário de reflexão para busca de uma melhor assistência à saúde. (ROSSO, COLLET, 1999)

Com o reconhecimento da importância da atenção à saúde da criança, políticas públicas de saúde voltada a esta clientela foram desenvolvidas. O Ministério da Saúde intensificou sua atuação na promoção da saúde de crianças até cinco anos de idade, visando incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança, através da priorização de cinco ações básicas de saúde que possuem comprovada eficácia, que são: a promoção do aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a imunização, a prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas. (NOVACZYK; DIAS; GAÍVA, 2006)

O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o aleitamento materno deve ser exclusivo por seis meses, e mantido associado a outros alimentos até o segundo ano de vida. Para isso, em 1981, criou-se o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), cujo propósito foi atuar em conjunto com os centros de saúde para execução de um atendimento pré e pós-natal, incentivando o aleitamento materno. (VENÂNCIO, 2003)

A imunização infantil é reconhecida como uma ação eficiente para estratégia preventiva. As estatísticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) indicam que, com a intensificação da prática de vacinar as crianças, o número total de mortes infantis causadas por doenças imunopreveníveis no mundo

em desenvolvimento foi reduzido à metade em duas décadas, o que representa, aproximadamente, dois milhões e meio de vidas a cada ano. (UNICEF, 1991)

O acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento é o eixo referencial para todas as atividades de atenção à criança sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. Através da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), em 1984, foi estabelecida uma assistência multiprofissional à criança (MS, 2002). Este programa foi considerado uma política de universalização da assistência à saúde, porque visa o benefício e alcance de toda população infantil brasileira. (NOVACZYK; DIAS; GAÍVA, 2006)

O PAISC além de ter como foco a assistência multiprofissional, tem como princípio que o Centro de Saúde seja a unidade básica e de referência para a assistência à criança. Este programa estabeleceu como diretrizes e objetivos: desenvolver ações que favoreçam o crescimento, o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança; diminuir a mortalidade infantil; proporcionar atendimento rotineiro, periódico e contínuo; acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento das crianças; incentivar e apoiar o aleitamento materno; orientar a alimentação; garantir níveis de cobertura vacinal de acordo com as normas técnicas do Ministério de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde; identificar precocemente os processos patológicos; favorecendo o diagnóstico e tratamento oportunos; promover a vigilância de situações de riscos específicos: desnutrição, recém-nascidos de risco, problemas visuais e outras que venham a ser propostas; propiciar um processo de integração entre a equipe de saúde e a comunidade (BRASIL,1984).

Desta forma, o PAISC centra-se no desenvolvimento de ações básicas de saúde integradas, capazes de responder aos problemas comuns da infância. Ribeiro (2004) aponta que dentre as ações para estratégias de atenção à saúde da criança propostas pelo MS destacam-se também a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Mãe Canguru), o Programa de Triagem Neonatal, o Projeto Acolhimento Mãe e Bebê e a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.

Na busca de retificar o desequilíbrio e a iniquidade existentes na saúde infantil, a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) junto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF) desenvolveram a estratégia AIDPI, que em 1996 foi adotada pelo MS e adequada à realidade brasileira.

A AIDPI é uma das linhas de ação prioritárias do MS e tem como objetivos reduzir a mortalidade infantil e contribuir de maneira significativa para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, por meio de ações preventivas e curativas das doenças prevalentes da infância. Essa estratégia consiste, portanto, em um conjunto de critérios simplificados para avaliação, classificação e tratamento das crianças menores de cinco anos que procuram o serviço de saúde e deve ser realizada principalmente pelas equipes de Saúde da Família. A estratégia AIDPI é também uma iniciativa global que busca por em prática o direito da criança à atenção em saúde (CUNHA; SILVA; AMARAL, 2001).

Segundo MS, o Alojamento Conjunto é uma importante ação para a melhoria da qualidade de vida das crianças e mães, pois consiste em manter o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, 24 horas por dia, com a mãe, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar, o que possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho. (BRASIL, 1993)

O método Mãe Canguru tem sido proposto como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer. Além de ser um gesto mais do que carinhoso, estabelece maior incentivo ao aleitamento materno e melhor desenvolvimento da criança. Esse tipo de humanização oferece ao bebê uma vivência da passagem da vida uterina para a extra-uterina, aumentando o vínculo entre pais e bebê, uma relação importante para o desenvolvimento completo do bebê. (VENANCIO; ALMEIDA, 2004)

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) é uma conquista recente, pois data de 2001, apesar de estar presente na legislação federal há mais de uma década. A triagem neonatal, é realizada por meio do Teste do Pezinho, é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico do Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria, Hemoglobinopatias e Fibrose Cística, a tempo de se interferir no curso da doença, permitindo, desta forma, a instituição do tratamento precoce específico e a diminuição ou eliminação das seqüelas associadas à cada doença. Para eficácia da triagem é necessária a realização no momento adequado, preferencialmente, entre o 3º e o 7º dia de vida e nunca superior a 30 dias. (GARCIA et al., 2006)

A redução da mortalidade infantil é ainda um grande desafio no País para os gestores, profissionais de saúde e para a sociedade como um todo. Com este intuito a Coordenação de Atenção à Criança, do Ministério da Saúde, apresenta esta Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que age como um orientador para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança. Pretende-se, assim, ressaltar

que o foco da atenção de todos, cada qual dentro de sua missão profissional, é a criança, em toda e qualquer oportunidade que se apresente, seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos, como a creche, pré-escola e a escola. (BRASIL, 2005)

A estratégia “Acolhimento Mãe-Bebê na Unidade Básica de Saúde após alta da Maternidade”, implantada em setembro de 2003, tem como objetivo estabelecer uma referência para uma recepção humanizada, após alta da maternidade, do binômio mãe-bebê na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência. Niquini et. al (2009) indica que o intuito desta estratégia é que seja realizadas as ações preconizadas para a primeira semana de vida do bebê e, no caso da mulher, as ações referentes à primeira semana após o parto, e para assim também possibilitar o estabelecimento precoce do vínculo da família com a determinada unidade de saúde.

Neste contexto de inovações nas políticas públicas de atenção à saúde da criança, incorporou-se conceitos e práticas que devem ser valorizadas e aplicadas ao processo de trabalho nos serviços de atenção básica a saúde. Para que assim possibilite garantir o direito da criança crescer de forma saudável e com uma melhor qualidade de vida na infância. Corroborando tal entendimento, afirma Novaczyk; Dias e Gaíva (2006, p.04) que:

Em termos de saúde infantil, fica evidente a evolução ocorrida na implementação de políticas assistenciais no país ao longo das últimas décadas do século passado. São ações de promoção do crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis, enfocando a vigilância da saúde das crianças e o cuidado às doenças prevalentes, de modo articulado às diretrizes do PSF.

Com isso, a organização dos serviços de saúde e do processo de trabalho, na atenção à saúde da criança, exige práticas consonantes com as políticas públicas e com as diretrizes do SUS. Portanto, sem demora, necessita-se investir em processos de educação permanente e reflexão, dependendo dos modos como as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm organizado seus processos de trabalho (ASSIS et al, 2011).

2.2 PUERICULTURA

A criança é um ser biopsicossocial em crescimento e desenvolvimento. Portanto, se faz necessário um atendimento voltado as suas individualidades, nas suas necessidades básicas de: nutrição, educação, socialização, afetividade. (AUGUSTO; NODA, 1978)

A supervisão desse crescimento e desenvolvimento é a principal ação para promoção de saúde infantil. Alcântara *apud* Marcondes (1988), afirma que o crescimento e desenvolvimento da criança constituem um processo contínuo e integrado, no qual atuam determinantes sociais, econômicos e culturais e que cada etapa desse processo se apóia na fase precedente e condiciona à seguinte; sendo, deste modo, fundamental a vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança para detecção precoce de alterações, visando a intervenções oportunas.

A puericultura é a ferramenta responsável por promover esse acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Ela tem origem ainda na Idade Antiga, na França, em fins do século XVIII e consiste em um conjunto de regras e noções sobre a arte de criar fisiológica e higienicamente as crianças (ROCHA, 1987).

De acordo com Rocha (1990), ela sofreu varias modificações e atualmente seu conceito foi aperfeiçoado: esta também pode ser conhecida como Pediatria Preventiva e tem como objeto a criança sadia e seu alvo é um “adulto perfeito”: fisicamente sadio, psiquicamente equilibrado e socialmente útil. No Brasil, a história da puericultura teve início com Carlos Artur Moncorvo Filho, que após realizar uma grande campanha em defesa da criança e da raça, fundou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, instituição que se tornou modelo na assistência à maternidade e à infância no país na época, fundou também o Departamento da Criança no Brasil e o Museu da Infância com a intenção de promover estudos científicos sobre a maternidade e a infância. (BONILHA, 2004)

Monteiro e Ferriani (2000) enfatizam que a prática de puericultura perdurou durante décadas e continua a existir na atualidade, sob o cognome de “Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança”, e esta atividade faz parte, no Brasil, do Programa Integrado de Assistência à Criança, do Ministério da Saúde.

Segundo Leite e Bercine (2003), o Programa de Puericultura é o principal instrumento utilizado para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Esse programa apresenta um conteúdo voltado para atividades preventivas e de promoção da saúde e, de ser desenvolvido nas unidades de ESF, que se devidamente aplicado, assegura-lhes um perfeito desenvolvimento físico e mental das crianças.

O Ministério da Saúde estabelece um calendário mínimo de consultas para o desenvolvimento do Programa de Puericultura, que devem atender as crianças de zero a cinco anos, no primeiro mês de vida, no segundo mês, no quarto mês, no sexto mês, no nono mês, no décimo segundo mês, no décimo oitavo mês, no vigésimo quarto mês, aos três anos, aos

quatro anos e aos cinco anos. Este programa constitui um meio oportuno no acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil, que indica as condições de saúde e vida da criança, visando à promoção e manutenção da saúde, bem como intervindo sobre fatores capazes de comprometê-la. (SIGAUD; VERÍSSIMO, 1996)

Conforme Silva et al.(1999), a assistência em puericultura é fundamental para a prevenção de diversas doenças durante os primeiros anos de vida da criança, por isso o início precoce das consultas, de preferência no primeiro mês de vida, e a realização de pelo menos nove consultas no primeiro ano de vida, e a continuação do acompanhamento até os seis anos de idade, são metas desejáveis na assistência à criança.

De acordo com o Ministério da Saúde o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) faz parte da avaliação integral à saúde da criança, a qual envolve a avaliação do crescimento (peso/altura), desenvolvimento neuropsicomotor, observação da cobertura vacinal e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento, não deixando também de registrar todos os procedimentos no cartão da criança. Enfoca, ainda, que é necessária a preparação de toda a equipe de saúde para esse acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuropsicomotor da criança. (ASSIS et al, 2011)

A avaliação do CD é feita através da consulta de puericultura, utilizando-se gráficos de crescimento, observação, histórico do desenvolvimento, além de levantamento e atendimento às preocupações dos pais, pois a educação em saúde é realizada a partir desses dados levantados. Enfim, o CD da criança precisa ser visto holisticamente, já que, o desenvolvimento intelectual-cognitivo ocorre vinculado aos processos afetivo-motivacionais (TUNES, 1992).

A consulta de Enfermagem na puericultura inicia-se pelo acolhimento. E este deve ser realizado primeiramente no pré- natal para desde então ser estabelecido o vínculo e o início das orientações sobre a puericultura.

Na consulta devem ser passadas as devidas informações sobre alimentação, higiene, sono, brincadeiras e estimulação, imunizações, formas de comunicação e relacionamento com a criança, uma vez que, a puericultura consiste também na educação em saúde, a fim de prover o bem-estar físico, psicológico e social. E o enfermeiro deve desempenhar o papel de

educador em saúde, compartilhando com a criança e a família informações e conhecimentos quanto à avaliação de enfermagem da situação da criança, reforçando as condutas adequadas, ao desenvolvimento da criança junto aos familiares e discutindo e propondo alternativas para aquelas que julgar inadequadas. (SIGAUD; VERÍSSIMO, 1996).

A consulta de enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ser sempre realizada abrangendo a entrevista para a coleta de dados, o exame físico, o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas detectados (OLIVEIRA; CADETE, 2007).

Conforme Sousa e Barros (1998) o exame físico deve ser céfalo-caudal, pois é extremamente necessário para despertar uma visão global do paciente, bem como para direcionar a assistência de enfermagem, sendo de relevância na atuação da enfermagem. E apenas deve ser realizado pelo profissional de saúde habilitado uma vez que são necessários a inspeção, a palpação, a percussão, a ausculta e exames complementares que são métodos utilizados pela propedêutica, sendo um privilégio do profissional enfermeiro e médico, por fazer parte de sua formação acadêmica.

Segundo Sigaud e Veríssimo (1996), o enfermeiro é o profissional de saúde em condições de desenvolver as ações de acompanhamento do CD, uma vez que tem conhecimento acerca do processo de CD e das necessidades da criança bem como sobre as formas de atendê-las.

A Lei 7.498 em 1986, que regulamenta a profissão de Enfermagem, assegura em seu artigo 11º que é direito privativo do enfermeiro realizar consulta de Enfermagem e prescrição da assistência de Enfermagem e que este pode prescrever os medicamentos estabelecidos nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Cabe ao enfermeiro ter o cuidado de se resguardar desde o primeiro atendimento estando autorizado e deixando registrado em prontuário após prescrição.

O enfermeiro também supervisiona a administração da vacinação básica contra as doenças comuns da infância, como a poliomielite, o rotavírus, o tétano, a difteria, a coqueluche, a hepatite B entre outras. Além disso, pode prevenir uma série de problemas, fornecendo adequadas supervisões higiênicas, comportamentais e nutricionais, criando condições físicas para que as crianças, adolescentes e adultos estejam preparados para os desafios da vida moderna.(LOW et al, 2009)

Podendo assim, o enfermeiro, seguro do seu direito no desempenho da função intervir sobre os problemas e situações de saúde/doença prevalentes no perfil epidemiológico e social e desta forma contribuir para Atenção a Saúde Infantil.

2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ENFOQUE NA SAÚDE DA CRIANÇA

A educação em saúde consiste em um conjunto de saberes e experiências, que visa à prevenção de doenças e a promoção da saúde. Trata-se de um processo pelo qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, alcança a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença proporciona subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005)

No início do século XX, a educação em saúde, no Brasil, segundo Rosso e Collet (1999) era concebida através da educação sanitária, e esta era influenciada pela concepção de educação em saúde dos países da Europa.

No Brasil, o começo desse século foi marcado por transformações econômicas e sociais importantes. Ocorria o início da industrialização, que aumentou o comércio internacional e o processo imigratório acarretando desta maneira no aumento da urbanização e da população brasileira e assim ocasionando a proliferação de várias epidemias no país, como varíola, tuberculose e gripe, entre outras, instalando uma grave crise sanitária. No Rio de Janeiro, Osvaldo Cruz tenta controlar essa situação através da chamada polícia sanitária, obrigando as pessoas a receberem as vacinas, mantendo o controle e confinamento sanitário de leprosos, tuberculosos e portadores de doenças venéreas. Então, sente-se a necessidade de mudança, surge assim, no Brasil, nos anos 70, uma preocupação com o educar para a vida e para a saúde. (MELO, 1987 apud ROSSO; COLLET, 1999)

Com o repensar da prática de educação em saúde, programas para promoção de saúde foram incorporados ao serviço. Segundo Alves e Viana (2003), o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) desenvolvido, a partir de 1984, pelo MS, representou um marco definitivo no modelo de assistência à saúde infantil.

Todas as ações do programa tinham seu foco no caráter educativo, esse talvez tenha sido o mais relevante legado do programa, a indissociabilidade entre a ação da assistência e a Educação para a Saúde. As ações básicas de saúde formuladas pelo PAISC visam assegurar a

integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde, deslocando o enfoque da atenção voltada às patologias para a priorização das ações preventivas, cujo eixo básico é garantir o adequado crescimento e desenvolvimento da criança. (OLIVEIRA et al, 2007)

Em 1998, com a promulgação da Constituição Federal ocorreu à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) propondo a universalização do acesso ao sistema e o reconhecimento da saúde como direito do cidadão. Desta forma, ocorreu a reestruturação dos serviços de saúde de modo a priorizar ações educativas de caráter coletivo e preventivo em detrimento das ações de cunho individual e curativo, até então predominantes. (SANTOS, 2008)

A regulamentação do SUS propiciou inúmeras mudanças no modelo de atenção à saúde, enfocando a promoção, prevenção e recuperação de saúde. A tentativa, pelo Ministério de Saúde de mudança do modelo assistencial, pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) propôs, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para a reorganização do atendimento à saúde, que tem como objetivo reorientar a prática assistencial em direção a uma assistência à saúde centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social.

O PSF estimula a implementação de um novo modelo em unidades básicas de saúde, que seriam responsáveis pela atenção básica e porta de entrada do usuário no sistema (MS, 2001). De acordo com Alves (2005), a expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde.

Essas recebem como herança as políticas de saúde da criança iniciadas na década de 1980 e os desafios colocados pelo perfil sociodemográfico, político e epidemiológico atual do país, tendo como missão dar continuidade às ações básicas, com forte enfoque na qualidade de vida dessas crianças. (ALVES; VIANA, 2003)

A USB tem atuação através de uma equipe multiprofissional formada por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. (MS, 2001)

A equipe das UBS deve estar habilitada para reconhecer a realidade da população pela qual é responsável, para identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco às quais a população está exposta e para formular juntamente com a comunidade um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, para que, desta forma,

consiga prestar uma assistência integral e desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados. (VIEIRA et al. 2004)

O Enfermeiro é um dos atuantes do processo de trabalho em saúde com formação generalista e humanista agindo de forma crítica e reflexiva, com competência técnica, científica e política, fundamentada em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre as situações de saúde/doença prevalentes no perfil epidemiológico nacional e regional.

Conforme Novaczyk, Dias e Gaíva, (2006) em nossa cultura o cuidado da criança e a preocupação em levá-la à idade adulta de forma saudável continuam sendo responsabilidade da família, porém quando a unidade básica de saúde é procurada por uma mãe, ela necessita de orientações que condizem com seu entendimento e o contexto no qual vive. Entra neste momento, o papel de educador da enfermeira, o qual permeia todas suas atividades. E este “educar” deve ser adaptado ao tipo de clientela, ao seu contexto social e cultural.

Segundo Novaczyk (2008), no processo de educação em saúde, o enfermeiro deve passar as informações considerando as subjetividades, as necessidades, os conhecimentos e o contexto no qual está inserida a criança e sua família. A educação em saúde deve ser um momento de trocas, de diálogo e de compartilhamento de informações. Para que as ações de educação se concretizem, as informações/saberes populares devem ser identificadas e, com a atuação da equipe de saúde, reforçadas, lapidadas e adaptadas, para que impliquem em melhores condições de vida e saúde da população.

A Educação em Saúde deve proporcionar condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade, merecendo consideração como um dos mais importantes elos entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e as práticas de saúde. (LEVY, 2000)

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Este estudo é do tipo exploratório-descritivo com abordagem quanti-qualitativa, por permitir ao investigador aprofundar seus estudos nos limites de uma realidade específica.

Segundo Prestes (2003) na pesquisa exploratória adota-se uma postura de descobertas, pois esta se configura como a que acontece na fase preliminar, antes do planejamento formal do trabalho, o que complementa os preceitos da pesquisa descritiva, na qual o foco é observar, registrar, analisar, classificar e interpretar fatos.

A abordagem qualitativa, de acordo com Pereira (2004), responde as questões particulares, trabalhando com o universo de significados, crenças, valores, motivos, aspirações e atitudes, correspondendo a um espaço profundo das relações, fenômenos e processos que não podem ser reduzidos a variáveis, viabiliza o primeiro reconhecimento do objeto e instrumentaliza uma posterior abordagem alternativa.

Na pesquisa quantitativa o estudo se dá por meio da investigação das causas através de medidas objetivas, testando hipóteses, utilizando-se basicamente de estatísticas (GONÇALVES, 2003).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizadas no município de Sousa, que está situado na mesorregião do sertão paraibano e incluído na área geográfica de abrangência do semiárido brasileiro. É a principal localidade da microrregião homônima à cidade, possui área territorial de 842, 487 km² e sua população está estimada, segundo uma contagem do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) feita em 2009, em 65.930 habitantes.

Este município possui um total de 26 ESF, situando-se 19 na zona urbana e as demais na zona rural, funcionando no período diurno, com ações de atendimento primário a saúde, existindo em cada unidade uma equipe composta por aproximadamente 12 profissionais, correspondendo a 01 enfermeiro, 01 médico, 01 dentista, 01 auxiliar em consultório dentário,

01 técnico em enfermagem, 01 atendente e 06 agentes comunitários de saúde, possuindo um cronograma de assistência, onde dias da semana são destinados ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de zero a cinco anos.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Gil (1999), população é um conjunto de todos os elementos que possuem determinadas características em comum. A amostra constitui um subconjunto da população e através dela se permite estabelecer ou estimar as características da mesma.

A população desta pesquisa foi composta por 26 enfermeiros cadastrados e atuantes nas equipes das Estratégias de Saúde da Família do município de Sousa-PB. A amostra foi constituída por todos esses enfermeiros, os quais foram escolhidos através de uma amostragem não-probabilística intencional.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios para participarem da pesquisa foram que os enfermeiros atuassem na ESF há pelo menos seis meses, independentes do sexo e sem idade limite, e que concordassem em participar voluntariamente do estudo mediante explicação dos objetivos do trabalho e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Seriam excluídos os enfermeiros com tempo de atuação inferior ao estabelecido, que não fossem legalmente cadastrados na ESF e que não concordassem em participar da pesquisa.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário semi-estruturado e auto-aplicativo, contendo 19 questões, onde 11 são perguntas objetivas e 08 subjetivas, nas quais, segundo Gauthier, Cabral e Santos (1998), o entrevistado adquiri certa liberdade.

O questionário incluiu primeiramente questões que caracterizem a amostra, com a finalidade de traçar o perfil sócio-demográficos dos profissionais investigados, como: sexo,

faixa etária, estado civil, tempo de formação, titulação profissional, tempo de atuação na ESF. Por conseguinte, questões norteadoras do estudo, onde foi questionado quais as condutas desenvolvidas em puericultura pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e fatores que viabilizem e que interferem para melhor efetividade do Programa de Saúde da Criança na ESF.

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de maio a junho de 2011, após ser respeitadas as seguintes etapas: primeiramente foi requerido um ofício à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da Universidade Federal de Campina Grande, que logo em seguida, foi apresentado à Secretaria de Saúde do município de Sousa - PB para solicitar a permissão para a realização da pesquisa, mediante assinatura do ofício (ANEXO A), tornando-os conhecedor dos objetivos da pesquisa.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) liberando o desenvolvimento do estudo, foram realizadas visitas as Unidades de Saúde para um primeiro contato com os enfermeiros no intuito de esclarecer o objetivo do trabalho, de informar a liberdade do participante de desistir a qualquer momento se desejar e de que suas respostas serão mantidas no mais absoluto sigilo, seguindo os aspectos éticos da Resolução n.196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Logo após, foi solicitada a assinatura destes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a autorização das suas respectivas participações.

Em seguida foram entregues os questionários aos enfermeiros nas respectivas unidades de atuação e posteriormente agendados os dias e horários, conforme a disponibilidade dos participantes, onde foi realizada uma nova visita para obtenção dos dados através do recolhimento destes questionários devidamente preenchidos.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta de dados foram analisados os resultados, onde as questões objetivas foram estudadas quantitativamente e descritivamente, apresentadas em forma de tabela e gráficos. E a análise dos dados subjetivos centrou-se na metodologia de Análise de Conteúdo, contrapondo a prática com a literatura pertinente à temática, que para Bardin (1986) apud Minayo (2000), a Análise de Conteúdo trata-se de um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Pesquisa com seres humanos é aquela que, de forma individual ou coletivamente envolve o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou em partes, incluindo o manejo de informações ou materiais.

O posicionamento ético do pesquisador com relação ao desenvolvimento do estudo foi norteado a partir de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução n.196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, que têm como objetivo maior assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, Estado e, com especial preocupação, dos sujeitos da pesquisa.

A realização da coleta de dados aconteceu, única e exclusivamente, após parecer com aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e com a solicitação de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes da pesquisa envolvendo seres humanos (APÊNDICE A). Somente participariam da pesquisa os profissionais enfermeiros que concordarem com esse termo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a análise e discussão dos resultados fez-se necessário realizar a apresentação dos dados em dois momentos, no intuito de facilitar a compreensão. No primeiro momento serão dispostos os dados relativos à caracterização dos participantes da pesquisa analisados estatisticamente e demonstrado em forma de tabela e, no segundo momento os dados obtidos referentes à realidade vivenciada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca da puericultura, fundamentados qualitativamente através da Análise de Conteúdo Temática que segundo Bardin (1986) apud Minayo (2000), consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

4.1 DADOS QUE CARACTERIZAM OS PARTICIPANTES

Tabela 1- Caracterização da amostra

VARIÁVEL	N	%
FAIXA ETÁRIA		
20 a 29 anos	13	50
30 a 39 anos	12	46
40 a 49 anos	01	04
SEXO		
Masculino	02	08
Feminino	24	92
ESTADO CIVIL		
Solteiro	10	38
Casado	16	62
TEMPO DE FORMAÇÃO		
Menos de 1 ano	01	04
01 a 03 anos	08	31
04 anos ou mais	17	65
TITULAÇÃO PROFISSIONAL		
Enfermeiro Graduado	02	08
Enfermeiro Especialista	24	92
TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESF		
De 07 meses a 03 anos	17	65
De 03 a 05 anos	07	27
Mais de 05 anos	02	08

CURSO DE CAPACITAÇÃO EM PUERICULTURA

01 vez	11	42
02 vezes	02	08
Nunca	13	50

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

A tabela acima apresenta a caracterização da amostra, onde participaram da pesquisa 26 enfermeiros que atuam na ESF, na cidade de Sousa – PB, na qual 50% destes profissionais possuem a faixa etária de 20 a 29 anos, 46% de 30 a 39 anos e apenas 4% de 40 a 49 anos, constatando-se que a maioria destes enfermeiros são adultos jovens, que se justificaria pela a criação das ESF acarretando conseqüentemente no aumento da necessidade destes profissionais e assim ocorrendo uma maior valorização e procura do curso de graduação em enfermagem.

A atuação de profissionais cada vez mais jovens nessa área, nos leva a acreditar que sejam profissionais atualizados nas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, podendo assim desenvolver de forma efetiva o Programa de Puericultura. Todavia essa faixa etária menor pode também representar a falta de experiência e conseqüentemente insegurança.

De acordo com Ferreira (2009), o número de profissionais de saúde vem aumentando de maneira frequente, já que os jovens buscam mais esta área para exercerem suas idealizações. Contudo, associa-se a um quadro de profissionais caracterizados pela inexperiência, ao contrário daqueles com idade mais progressiva, maduros, experientes e envolvidos com seus objetivos profissionais.

Em relação ao gênero, 92% são do sexo feminino e 8% são do sexo masculino. A predominância do sexo feminino na profissão, corrobora com Lopes e Leal (2005), que afirmam ser a feminização da enfermagem um fato histórico e reforçam que a imagem do profissional de enfermagem durante séculos foi associada à mulher, que desde sempre desenvolveu o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos, e é sabido que esta profissão tem como essência o ato de cuidar, por isso tal relação. Isto é confirmado também por Almeida e Rocha (1989) quando enfatizam as raízes históricas como responsável pela predominância do sexo feminino na enfermagem.

O predomínio das mulheres no campo da enfermagem ainda é uma realidade. No entanto, cresce gradativamente o numero de profissionais de enfermagem do sexo masculino, tanto pelo amplo campo de trabalho como pela identificação pela área. O sexo masculino tem pontos fortes, como a força física e a maior capacidade de manter a calma em momentos de

grande tensão, que podem contribuir para o trabalho em equipe. E conforme Lopes e Leal (2005) a enfermagem não deprecia as práticas masculinas e não se é visível concorrências e rivalidades de sexo no interior da enfermagem.

Quanto ao estado civil, 62% dos entrevistados eram casados e 38% solteiros. Essa maioria pode contribuir com uma melhor atuação nas USB, pelo fato desses profissionais adquirirem mais compromisso e responsabilidade na vida conjugal, passando essa experiência e maturidade para seu desempenho profissional. Logo que, atualmente, conforme Ferreira (2009), a competência profissional se enquadra como requisito básico para o mercado de trabalho, necessitando de um profissional com postura ética, conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar sua equipe, assíduo, pontual e comprometido com a Instituição.

De acordo com o tempo de formação acadêmica 65% dos participantes possuem mais de quatro anos, 31% de um a três anos e apenas 4% menos de um ano de formação acadêmica. Segundo Guido (2003), observa-se que o tempo de formação pode estar relacionado à experiência pessoal e profissional do indivíduo, podendo acumular conhecimentos e aperfeiçoar sua prática, tornando-o mais seguro em relação às atividades e, possivelmente, com maior controle sobre as situações, fatores que podem oferecer subsídios para adequada identificação, avaliação e minimização de estresse, e desta forma oferecer um serviço com maior êxito.

É certo que, a pouca experiência dos profissionais interfere diretamente na assistência prestada, principalmente quando se refere ao processo de acompanhamento infantil do crescimento e desenvolvimento, uma vez que requer conhecimentos amplos, atualizados e com embasamento científico aliado às práticas e ao trabalho em equipe, o que nem sempre pode ser adquirido apenas na formação acadêmica, logo quanto mais tempo de profissão, maior oportunidade de obter essas habilidades.

No que se refere à titulação profissional, verifica-se que 92% dos enfermeiros são especialistas, evidenciando o interesse pela sua qualificação e atualização dos seus conhecimentos, podendo assim contribuir para um melhor desempenho de suas funções. Conforme Linch, Guido e Fantin (2010), que enfatizam a pós-graduação como necessária para melhorar a qualidade do seu trabalho e para disseminar a produção e o conhecimento. Contudo não se justifica ainda 8% desses enfermeiros não possuírem nenhuma especialização, visto a facilidade em realizar cursos de pós-graduação, como a grande oferta, preços acessíveis e pós-graduação nos finais de semana, portanto esses profissionais em estudo

demonstraram falta de interesse em se aperfeiçoarem, assim podendo não atender as exigências necessárias a assistência eficaz.

Quanto ao tempo de atuação na ESF, 65% entre sete meses e três anos, 27% entre quatro a cinco anos apenas e 8% responderam atuarem a mais de cinco anos. Demonstrando-se predominante o curto tempo de atuação, sendo indiscutivelmente um ponto negativo para assistência ao cliente e sua qualidade, pois quanto mais tempo de atuação maior o conhecimento, a prática e a experiência profissional. Confirmado por Silva et al. (2009) que aponta o tempo prolongado de trabalho em uma unidade ou serviço, como fator favorável para maior adaptação ao ambiente, menor estresse, e até mesmo a banalização do processo de trabalho e das atividades.

Fazendo referencia à capacitação na área da puericultura, 50% dos profissionais entrevistados não possuíam nenhuma capacitação na área, 42% participaram de pelo menos uma e 8% de duas capacitações em puericultura. De acordo com esses dados, faz-se necessário a promoção de capacitações para que esses profissionais possam interagir com a equipe, identificar e intervir nas diferentes situações clínicas, além de possuir domínio intelectual na dinâmica assistencial da puericultura. Pois para Nóbrega et al. (2003) o enfermeiro possui habilidades e conhecimento para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, entretanto, quando se volta à atenção para a detecção de problemas no desenvolvimento da criança, ainda existir uma deficiente atuação, no sentido de tomada de decisões, o que gera uma necessidade evidente e urgente de aprimoramento na área.

4.2 DADOS REFERENTES À TEMÁTICA

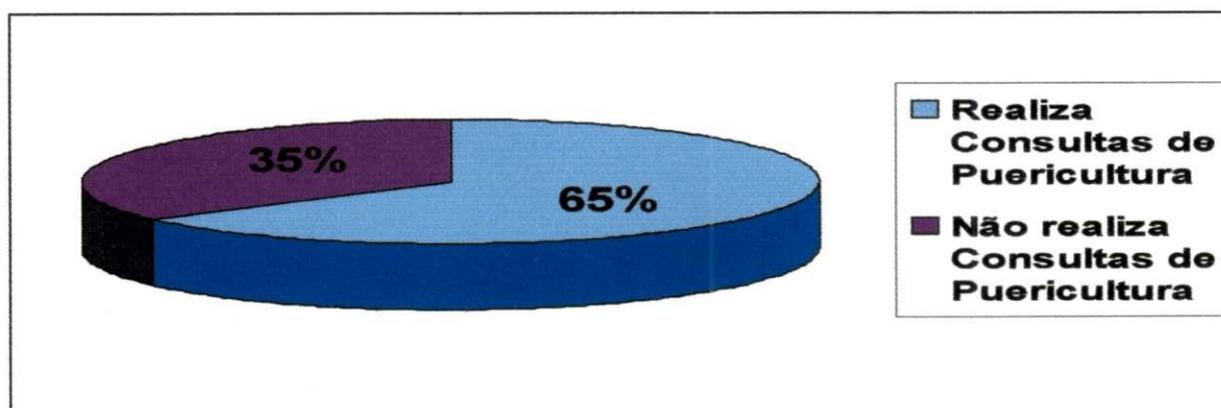


Gráfico 1 - Distribuição percentual dos participantes referente à realização da puericultura na USF.
Fonte: Própria Pesquisa/2011.

O gráfico 1 se refere ao questionamento *Na Unidade de Saúde da Família (USF) na qual atua, você realiza consultas de puericultura?*

Conforme os dados coletados, 65% dos entrevistados afirmaram realizar consultas de puericultura e 35% não desenvolve essa atividade. A partir dos dados encontrados, observou-se a prevalência da realização de consultas de puericultura, contudo, ainda apresentou um número significativo de profissionais que não a realizam. Visto ser uma proposta do MS e também por se saber que compete principalmente ao enfermeiro prestar essa assistência, a ausência da realização das consultas de puericultura demonstra que embora os esforços para garantir a integralidade da assistência ainda falta um longo caminho a percorrer. Corroborando com Mello et al. (2009), a assistência em puericultura seria uma ação programática da atenção básica à saúde no Brasil em conformidade com a ESF. No entanto, ainda se convive com uma variedade de problemas que alteram a capacidade dos serviços de saúde de operar de forma eficaz, o que pode ser detectado por meio de reduzida efetividade das ações propostas.

Compreende-se que a prática do enfermeiro nas USF é parte de um processo coletivo de trabalho que tem como alvo produzir ações de saúde. Por conseguinte, passa por uma série de transformações exigindo-se cada vez mais trabalhadores comprometidos e competência técnica, ética e comunicacional, para a implantação e organização dos serviços de saúde. (DANTAS, 2010)

Vale ressaltar a relevância do reconhecimento por parte desses profissionais envolvidos para a importância da puericultura na prevenção, promoção e recuperação da saúde da criança, pois, esta consiste num conjunto de técnicas para a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, de forma contínua e integrada, avaliando determinantes sociais, econômicos e culturais, visando intervenções oportunas.

No quadro a seguir são expostas as Idéias Centrais (ICs) e as Discussões referentes ao questionamento *Quantas consultas de puericultura realizam em média por turno? Quanto tempo dura aproximadamente a consulta típica de puericultura?*

Exposição e Comentários das categorias que surgiram.

IDÉIA CENTRAL	CONDUTA
<p style="text-align: center;">Tempo de duração da consultas</p>	<p>1. No meu caso a área é extensa e devido às muitas atribuições para o enfermeiro, muitas vezes o tempo é inviável para uma consulta de qualidade, realizando 20 a 25 consultas por turno e com duração média entre 5 a 10 minutos.</p> <p>2. Realiza-se 5 a 10 consultas por turno, variando a duração entre 15 a 20 minutos.</p> <p>3. A consulta de puericultura dura em média 30 minutos, realizo geralmente 1 consulta por turno.</p>

Quadro 1: Distribuição da idéia central relacionada ao tempo de duração das consultas de puericultura.

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Da análise dos dados expostos no quadro, constatou-se que a maioria dos entrevistados realiza entre 20 a 25 consultas por turno com a duração aproximada de apenas 5 a 10 minutos cada, uma menor parte destes profissionais de 5 a 10 que dura em média de 15 a 20 minutos a consulta e apenas um só realiza uma consulta por turno que se estende há 30 minutos.

Estes dados demonstram que a consulta de puericultura é desenvolvida na maioria das vezes de forma rápida e inadequada, levando freqüentemente a ineficácia do PAISC. Nesse sentido, corrobora Monteiro e Ferriani (2000) que enfatizam a consulta de puericultura no consultório particular, com tempo gasto de trinta a sessenta minutos, como a consulta adequada e considerada como padrão de atendimento quando a anamnese e o exame físico são os mais completos, já no ambulatório da Previdência Social, o tempo gasto fica em torno de vinte minutos e o atendimento é um pouco aquém, com supressão de alguns pontos na anamnese e no exame físico. No Centro de Saúde, a duração é menos de dez minutos e a consulta é baseada apenas na indagação das condições alimentares, e do problema atual da criança, com exame físico sucinto.

Ainda, segundo Assis et al. (2001), refletir sobre esse aspecto do cuidado na atenção básica nos faz perceber que cuidar de crianças implica promover uma acolhida generosa, a escuta atenta, o diálogo, o vínculo e a responsabilização, logo requer tempo.

O gráfico 2 faz referência ao questionamento *O Ministério da Saúde possui um cronograma preconizado para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças com até 2 anos de idade, você conhece?*

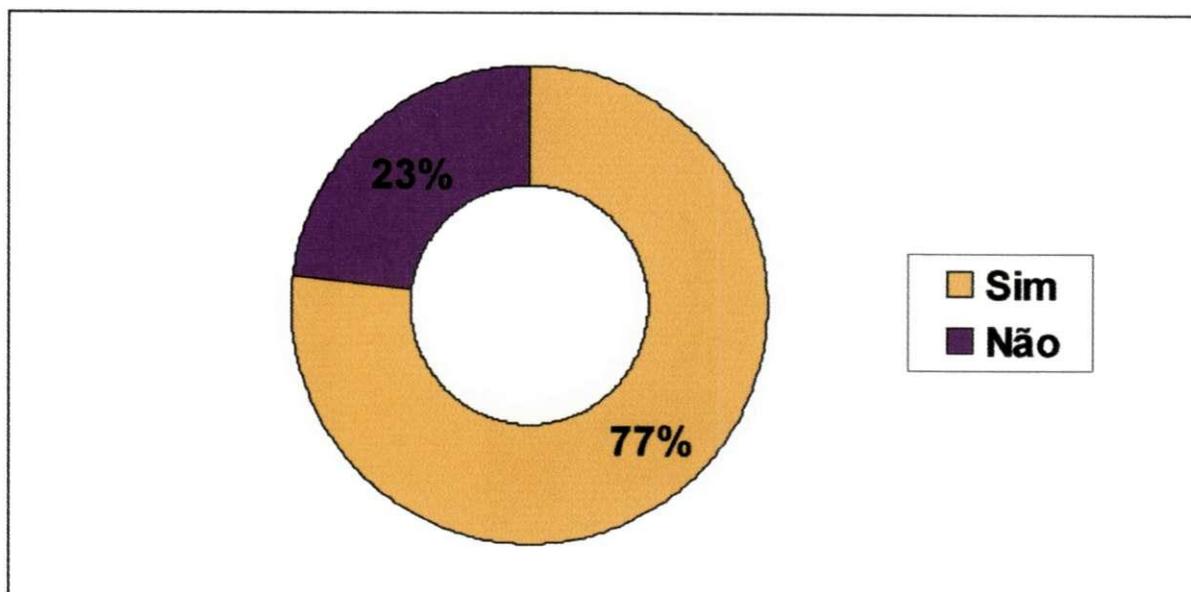


Gráfico 2: Distribuição percentual dos profissionais referente ao conhecimento do cronograma preconizado pelo MS para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças até 2 anos de idade.

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

De acordo com os dados coletados e expostos no gráfico, 77% conhecem o cronograma e 23% não conhecem. Esses dados apontam que apesar da maioria possuir tal conhecimento, ainda existe uma parcela relevante que não possui, mesmo sendo este cronograma estabelecido pelo MS e de grande importância, o que demonstra limitação no conhecimento e provavelmente na atenção efetuada por estes profissionais. Pois segundo Sigaud e Veríssimo (1996) o acompanhamento regular e integral do crescimento e desenvolvimento infantil constitui um meio oportuno para indicar as condições de saúde e vida, buscando a promoção, proteção e recuperação de saúde.

O Ministério da Saúde preconiza um calendário mínimo de consultas, que deve ser no primeiro ano de vida pelo menos uma consulta no primeiro mês, segundo, quarto, sexto, nono e décimo segundo, duas consultas no segundo ano de vida, no décimo oitavo mês e vigésimo quarto, e uma consulta anual a partir dos 3 anos, atendendo as crianças até cinco anos.

O quadro abaixo contém as ICs e as Discussões em relação à pergunta *Como é realizada essa consulta de puericultura? E qual a periodicidade do retorno destas consultas?*

Exposição e Comentários das categorias que surgiram

IDÉIA CENTRAL	CONDUTA
<p>Acompanhar o Crescimento e Desenvolvimento da criança.</p>	<p>1. A puericultura é realizada juntamente com o ACS, no dia padronizado como Dia do Peso, envolvem o acompanhamento do peso e da estatura, orientações nutricionais e higiênicas.</p> <p>2. É realizada na consulta a avaliação do crescimento e desenvolvimento, a verificação do cartão vacinal alertando as mães para não deixarem de vacinar seus filhos, a suplementação nutricional com sulfato ferroso quando necessário, a solicitação de exames para a pesquisa de verminoses.</p> <p>3. Na consulta de puericultura é feita a triagem, a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança através das medidas antropométricas, avaliação do desenvolvimento neurológico pelo menos nos primeiros meses de vida, as possíveis carências nutricionais e orientações quanto à higienização.</p>

Quadro 2: Distribuição da idéia central relacionada às consultas de puericultura

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Evidencia-se de acordo com este quadro que a maioria das consultas de Puericultura são realizadas juntamente com Agente Comunitário de Saúde (ASC) e destina-se apenas a pesar e a medir as crianças, verificar o cartão de vacinação e orientar quanto à higiene e alimentação. Apenas uma minoria relatou fazer a avaliação neurológica, e esta voltada apenas para os primeiros meses de vida. Corroborando com Assis (2001) quando afirmar que embora as enfermeiras salientem a importância da puericultura, durante as observações da pesquisa verificou-se que as ações desenvolvidas em saúde da criança são do tipo mecanizada, reproduzindo a fragmentação no modo como se produz o cuidado.

Isto pode estar relacionado ao pouco tempo destinado para a atividade e/ou a falta de capacitação nesta área por grande parte desses profissionais, para que desta forma possuíssem o conhecimento necessário para realização de um exame físico completo, incentivando assim

a dedicação e a disponibilização de mais tempo para essa atividade. Que segundo Sigaud e Veríssimo (1996), para realização da puericultura há a necessidade da detecção do conhecimento sobre crescimento e desenvolvimento, em relação às necessidades e riscos à saúde.

Low et al. (2009) enfatiza que na consulta de puericultura deve ser realizado o exame físico completo, pois é através da avaliação global da criança que o enfermeiro consegue detectar precocemente as alterações das áreas do crescimento estatural e do desenvolvimento neuropsicomotor.

O quadro a seguir contém as ICs e as Discussões em relação à pergunta *Como é realizada essa consulta de puericultura? E qual a periodicidade do retorno destas consultas?*

O questionamento acima a princípio iria contemplar apenas duas categorias, porém os sujeitos entrevistados ao responderem como é realizada a puericultura destacaram uma nova categoria que foi o acompanhamento logo após o parto, sendo assim foi considerada também essa nova categoria que emergiu das falas dos sujeitos, haja vista a importância dessa categoria para a temática.

Exposição e Comentários das categorias que surgiram

IDÉIA CENTRAL	CONDUTA
<p>Acompanhar criança logo após o parto.</p>	<p>1. A consulta depende da idade da criança, como por exemplo, se for a 1ª consulta deve ser realizada logo após o parto, onde realiza-se a historicidade do parto, o peso, a estatura, apgar e intercorrências ao nascer; realiza-se o exame físico, condições de higiene e repouso e as condições da moradia, prescrições de enfermagem, como também acompanhamento do cartão vacinal para colocar as vacinas em dia.</p> <p>2. Na consulta de puericultura também orientamos as mães para amamentação, como posição e pega adequada.</p>

Quadro 3: Distribuição da idéia central relacionada ao acompanhamento logo após o parto.

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Da análise do exposto no quadro percebe-se que os participantes da pesquisa compreendem a importância da ampla coleta de informações e de iniciar precocemente o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. De acordo com Nóbrega et al. (2003), o acompanhamento à criança, desde o nascimento até os primeiros anos de vida,

constitui elemento fundamental para a identificação precoce de desvios no desenvolvimento psicomotor, também que a história patológica progressiva da mãe, sua situação socioeconômica, sua história obstétrica anterior, assim como dados relacionados ao pré-natal, ao trabalho de parto e ao pós-parto podem apontar indícios de comprometimento sensório-motor e cognitivo da criança recém-nata.

Também se observa a valorização do aleitamento materno por esses profissionais, a qual está em harmonia com o preconizado pelo MS. Pois o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses é de grande importância, devido a previne mortes infantis e varias infecções, e deve ser mantido associado a outros alimentos até o segundo ano de vida. (VENÂNCIO, 2003)

O quadro abaixo contém as ICs e as Discussões em relação à pergunta *Como é realizada essa consulta de puericultura? E qual a periodicidade do retorno destas consultas?*

Exposição e Comentários das categorias que surgiram

IDÉIA CENTRAL	CONDUTA
<p>Periodicidade das Consultas</p>	<p>1. O retorno destas consultas de 0 a 7 meses é mensal, realiza-se nova consulta aos 9 meses, aos 12 meses, aos 15 meses e no 24º mês. Do 3º ao 5º ano de vida, uma consulta anual.</p> <p>2. A consulta de puericultura é realizada mensalmente, no Dia do Peso agendada pelo ACS.</p> <p>3. A consulta ocorre mensalmente e também de acordo com a necessidade.</p>

Quadro 4: Distribuição da idéia central relacionada periodicidade das consultas de puericultura

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Conforme visto no quadro a periodicidade da consulta de enfermagem em puericultura, é mensal. Observou-se, também, segundo alguns destes profissionais que as consultas são desenvolvidas de acordo com a faixa etária, seguindo o cronograma preconizado pelo MS.

As consultas regulares são de grande importância para a detecção precoce de alterações e implantações de ações que promovam a recuperação de saúde. Conforme Nóbrega et al. (2003) a adequada intervenção precoce diante das limitações observadas na criança durante a consulta de puericultura é primordial para a prevenção de desvios psicomotores.

Ainda segundo Silva et al.(1999), a realização de pelo menos nove consultas no primeiro ano de vida, e a continuação do acompanhamento até os seis anos de idade, são muito relevantes para a prevenção de diversas doenças durante os primeiros anos de vida da criança.

O gráfico abaixo refere-se à pergunta *As gestantes atendidas pela ESF são orientadas quanto à continuação do acompanhamento da saúde do seu bebê?*

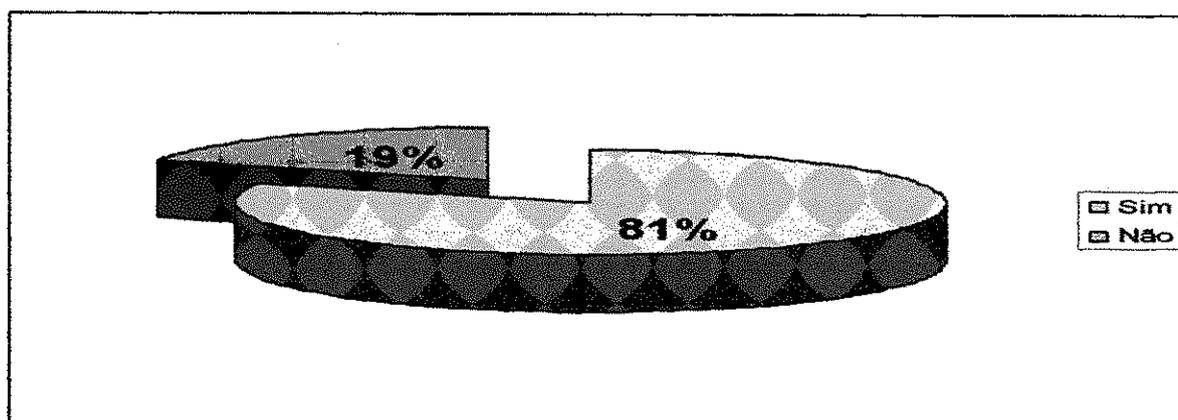


Gráfico 3: Distribuição percentual dos profissionais referente à orientação das gestantes quanto à continuação do acompanhamento da saúde do seu bebê
Fonte: Própria Pesquisa/2011.

De acordo com o gráfico observa-se que 81% dos profissionais entrevistados orientam as gestantes quanto à continuação do acompanhamento do bebê após a gestação, demonstrando por parte desses profissionais o interesse em aproveitar a oportunidade para precocemente criar o vínculo da criança com a unidade de saúde. E que a não realização desse encaminhamento por 19% dos entrevistados pode estar interligada a não realização de consultas de puericultura por esses profissionais de acordo com dados supracitados e a realização do pré-natal de forma inadequada.

O pré-natal deve ser uma oportunidade para criar o elo precoce da criança e família com a UBS, para desta forma possibilitar a criança quando nascer usufruir do seu direito a saúde, sendo desenvolvidas as ações da primeira semana de vida e aplicado o contínuo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Corroborando com Queiroz e Jorge (2006), todas as ocasiões de contato com as crianças e seus cuidadores devem ser aproveitadas para conversar e trocar experiências, estabelecendo uma relação intersubjetiva com essas pessoas que buscam os serviços à procura da saúde dos filhos.

O gráfico a seguir refere-se ao questionamento *São realizadas atividades educativas para ações básicas de promoção e prevenção à saúde da criança? Se sim quais?*

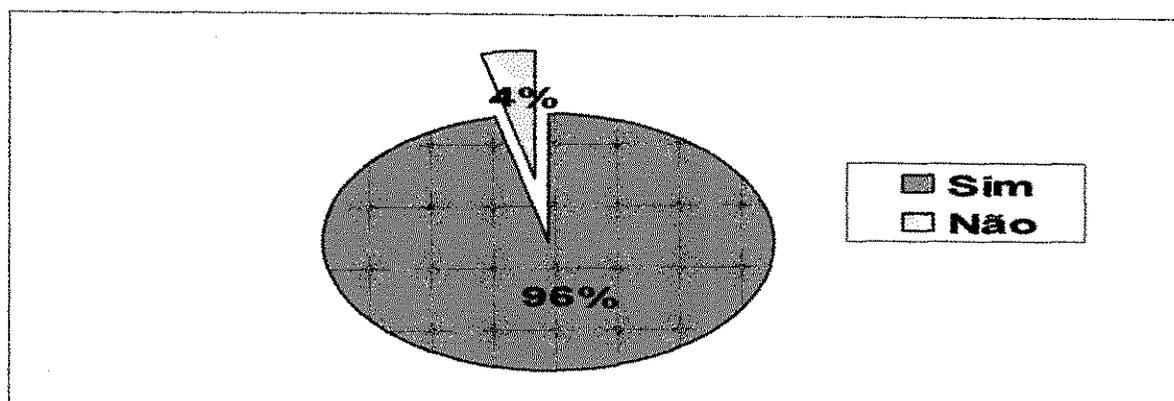


Gráfico 4: Distribuição percentual dos profissionais referente à realização de atividades educativas.
Fonte: Própria Pesquisa/2011.

De acordo com o gráfico obteve-se que 96 % dos entrevistados executam atividades educativas para promoção e prevenção à saúde da criança e que 4% apenas não desenvolve tais atividades.

Esses dados revelam que as atividades educativas são facilmente disponibilizadas por esses profissionais, sendo um importante fator de promoção a saúde da criança, haja vista que as orientações repassadas contribuem muito para o não adoecer.

Corroborando com Novaczyk (2008) onde se contata que as atividades de promoção e de atenção básica são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da população e as ações educativas são as principais estratégias em direção à promoção da saúde.

O próximo quadro faz alusão ao questionamento anterior *São realizadas atividades educativas para ações básicas de promoção e prevenção à saúde da criança? Se sim quais?*

Exposição e Comentários das categorias que surgiram

IDÉIA CENTRAL	ATIVIDADES
Ações Educativas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Palestras para as crianças nas escolas e para mães e crianças na unidade de saúde, para orientações de higiene corporal, prevenção de acidentes e alimentação. 2. Rodas de Conversas com as mães para orientar quanto à nutrição, a vacinação e a prevenção de infecções nos seus filhos, porém muitas só comparecem quando tem o lanche. 3. São passadas informações sempre que as mães comparecem a unidade, também

	através das salas de esperas.
--	-------------------------------

Quadro 5: Distribuição da idéia central relacionada *atividades educativas na puericultura*.
Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Segundo o quadro os entrevistados, em relação às atividades educativas, demonstraram compromisso com essas atividades, pois todos relataram realizar palestras, rodas de conversa, sala de espera e orientações em todas as oportunidades. Sendo visto desta forma que a educação em saúde nestas unidades de saúde contribui para a promoção da saúde da criança.

Sendo enfatizado por Alves (2005) que a educação em saúde trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos fatores condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde, promovendo a prevenção de doenças e promoção da saúde. E ainda destaca-se que dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, os de atenção básica seria privilegiado para o desenvolvimento dessas práticas educativas em saúde.

Contudo essas as atividades podem encontrar dificuldades em relação ao comparecimento das mães, que conforme os dados coletados, a assiduidade destas está ligada a oferta de alimentação, sendo evidenciada a necessidade de conscientização e cooperação por parte da comunidade.

O quadro abaixo se refere à pergunta *Quais as estratégias aplicadas para o acompanhamento adequado de CD?*

Exposição e Comentários das categorias que surgiram

IDÉIA CENTRAL	ATIVIDADES
<p>Estratégias para o Acompanhamento do CD</p>	<p>1. Busca ativa dos faltosos para o acompanhamento do CD e para imunização infantil.</p> <p>2. Parceria com a Pastoral da Criança, que contribui com a oferta de alimentos as crianças de baixo peso e sem condições financeiras.</p> <p>3. Incentivo ao Aleitamento materno</p>

	exclusivo até o 6º mês e a continuação até os 2 anos junto a alimentação.
--	---

Quadro 6: Distribuição da idéia central relacionada estratégias para o acompanhamento adequado do CD.

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

De acordo com as informações trazidas no quadro acima, as estratégias para o acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento adotadas pelos entrevistados condizem com a realidade e com a necessidade para efetivação do Programa de Puericultura nas UBS. Pois Conforme Assis et al, (2011) o desenvolvimento de estratégias no acompanhamento infantil é necessária, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de imunizações e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações.

A imunização infantil, como estratégia preventiva, é reconhecida como um procedimento eficiente segundo as estatísticas da OMS e do UNICEF, indicando que a intensificação da prática de vacinar as crianças reduz significativamente o número total de mortes infantis causadas por doenças imunopreveníveis no mundo. (UNICEF, 1991)

Nos serviços de puericultura, além do acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil através da atualização da caderneta da criança, é indispensável ações como o incentivo ao aleitamento materno, e também as orientações quanto a uma alimentação saudável, para prevenir a desnutrição e a obesidade. (BRASIL, 2005)

Logo, observa-se como uma efetiva estratégia a parceria de algumas equipes de Saúde da Família com a Pastoral da Criança, no sentido de contribuir para resolução da deficiência estado nutricional das crianças de baixo peso e sem condições financeiras para tal nutrição.

O incentivo ao aleitamento materno foi referido por todos os participantes da pesquisa, e segundo Venâncio (2003) é uma estratégia priorizada pelo MS através do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), e esta isoladamente ainda é a que mais previne doenças na infância, além de promover o vínculo afetivo do binômio e completo bem estar físico e mental da mãe e da criança. (VENÂNCIO, 2003)

No quadro a seguir através das ICs e Discursões os participantes elucidam *Os fatores que viabilizem a realização da Puericultura na Unidade de Saúde da Família?*

Exposição e Comentários das categorias que surgiram

IDÉIA CENTRAL	FACILITAÇÃO
<p>Fatores que viabilizem a Puericultura</p>	<p>1. Bom relacionamento dos ACS com a comunidade e o comprometimento com as suas funções.</p> <p>2. Suplementação com alimentos por parte dos governantes seria uma importante medida para resolver o estado nutricional das crianças desnutridas e sem condições financeiras.</p> <p>3. Vagas suficientes para o encaminhamento de atendimento especializado.</p> <p>4. A oferta de Capacitações nesta área para a Equipe de Saúde da Família.</p>

Quadro 7: Distribuição da idéia central relacionada aos fatores que viabilizem a realização da Puericultura na USB

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Em relação aos fatores que viabilizam a realização da puericultura na Unidade de Saúde da Família, a maioria dos entrevistados faz menção ao bom relacionamento dos ACS com a comunidade e ao comprometimento com seu trabalho, visto que esses profissionais são responsáveis pela articulação do contato entre a unidade básica de saúde e a população.

Para os participantes desta pesquisa, os governantes deveriam oferecer suplementação nutricional às crianças desnutridas e sem condições financeiras, para desta forma solucionar um impasse na promoção do crescimento saudável da criança. Logo, evidencia-se a limitação no conhecimento por esses profissionais, pois de acordo com Brasil (2009) deve ser acessível uma alimentação saudável, saborosa, variada, harmônica, higiênica, e também deve se valorizar as comidas regionais saudáveis.

Essa promoção de uma alimentação saudável é respaldada pelas Políticas Nacionais de Alimentação saudável e Nutrição (PNAN) e também se insere como um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), sendo desenvolvidas pelo MS, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, ações de apoio e promoção à alimentação como o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, Programa Nacional de Suplementação de Ferro, Programa Nacional para Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo (Pró-Iodo), o Programa Bolsa Família, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, e a Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar.

De acordo com os entrevistados a oferta de vagas suficientes para o encaminhamento de atendimento especializado seria um fator importante para a efetivação do acompanhamento da criança. Uma vez que quando se encontra alterações no crescimento e desenvolvimento da criança é sempre necessário o encaminhamento aos profissionais especializados. Consoante Nóbrega et al. (2003) que enfatiza que durante a consulta de enfermagem de puericultura, o enfermeiro deve estar atento aos mais sutis sinais de desvios no desenvolvimento da criança para detectar precocemente a necessidade de encaminhamento a um profissional especializado.

A promoção de capacitações na área de puericultura, para maior parte dos participantes, também seria um fator que viabilizaria a prática desta. A capacitação é um instrumento de atualização e aperfeiçoamento, que segundo Lima et al. (2009) proporciona a maior probabilidade de competência no exercício de sua função, logo que reproduz o domínio de conhecimentos específicos que resultam de formação, treinamento e experiência para sua atuação profissional.

Deram origem as ICs e discussões presentes no quadro abaixo a resposta dos entrevistados em relação à pergunta *De acordo com seu ponto de vista cite fatores que poderiam ser modificados na puericultura para uma melhor efetividade?*

Exposição e Comentários das categorias que surgiram

IDÉIA CENTRAL	DIFICULDADES
<p>Fatores que poderiam ser modificados na Puericultura</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A modificação da estrutura física, pois algumas atividades não podem ser realizadas. 2. Equipamentos indispensáveis como uma balança não estão em bom funcionamento. 3. Maior interesse e cooperação da comunidade, comparecendo aos retornos e a vacinação. 4. A real atuação do Pediatra e Nutricionista do NASF junto à equipe de Saúde da Família.

Quadro 8: Distribuição da idéia central relacionada aos fatores que poderiam ser modificados para uma melhor efetividade do Programa.

Fonte: Própria Pesquisa/2011.

Em relação aos fatores que poderiam ser modificados na puericultura para uma melhor efetividade, há referência à falta de estrutura física adequada e de instrumentos básicos em

funcionamento para a realização das atividades de rotina na puericultura. Corroborando com Figueiredo e Mello (2001) que citam como dificuldades para a realização da puericultura o espaço físico, muitas vezes com portas abertas, salas com mais de uma atividade e também a disposição irregular dos móveis.

Conforme observa Vasconceles et al. (2011), as instalações físicas das unidades básicas de saúde não traduzem um ambiente acolhedor, o que é priorizado pelo MS. Onde o espaço físico deve atender aos aspectos sociotécnicos dos serviços e às necessidades dos sujeitos. Logo este cita que não existe um ambiente próprio para o atendimento da criança, que deveria possuir um clima infantil, e em relação aos instrumentos de trabalho para o cuidado com a criança, as unidades são equipadas apenas com material básico, sem instrumentos específicos para o atendimento infantil, como a mesa em que o bebê é examinado que é utilizada por todos e também não há brinquedos para auxiliar este exame.

A maioria dos entrevistados faz alusão há necessidade de contribuição por parte da comunidade, através do comparecimento aos retornos e a vacinação, nos levando a reconhecer que para a efetivação do acompanhamento não só é necessário o empenho do profissional de saúde, mas também a valorização deste serviço pela sociedade e a conscientização da mesma. De acordo com Brasil (2009) a sensibilização e a mobilização da sociedade para o enfrentamento de situações e ações que interferem na qualidade de vida são os objetivos da educação em saúde e essa tomada de consciência é essencial.

É exposta também pelos entrevistados, a necessidade da real atuação do Pediatra e Nutricionista do NASF junto à equipe de Saúde da Família, evidenciando a necessidade de concretização deste apoio, pois o NASF é entendido como uma potente estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das equipes de Saúde da Família, bem como sua resolubilidade, uma vez que promove a criação de espaços para a produção de novos saberes e ampliação da clínica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A puericultura é de fundamental importância, uma vez que é a partir da consulta de puericultura que se torna possível estabelecer condutas preventivas adequadas, em uma ação contínua de educação para a saúde. Atualmente as ações de enfermagem da UBS destinadas à puericultura voltam-se às ações básicas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, através da verificação das medidas antropométricas, da avaliação neurológica, da imunização, do incentivo ao aleitamento materno, das orientações alimentares, dos agendamentos e repasse de informações individuais e grupais. Para efetivação destas ações cabe ao enfermeiro estabelecer uma rotina, exigindo do mesmo conhecimento, determinação, ética e comprometimento.

O presente estudo teve como propósito descrever como os enfermeiros desenvolvem as ações de puericultura na Estratégia Saúde da Família. Neste sentido, buscou-se conhecer a consulta de puericultura e as principais ações de promoção e prevenção realizadas pelos enfermeiros, verificar as estratégias adotadas por esses frente à prática da puericultura e identificar os fatores que interferem na viabilização.

De acordo com o resultado ora analisado constatou-se que a puericultura vem sendo desenvolvida, mas não de forma integral, pois a consulta de puericultura é realizada na maioria das vezes de forma rápida e inadequada, juntamente com o Agente Comunitário de Saúde (ASC) e destina-se apenas a pesar e a medir as crianças, verificar o cartão de vacinação e orientar quanto à higiene e alimentação adequada, sem focalizar e realizar a avaliação neurológica e as atividades para esse desenvolvimento, além de não orientar as mães quanto à importância do incentivo a criança para desenvolver suas habilidades e potencialidades.

É necessária, então, a reformulação dessas práticas para aplicação completa das ações básicas preconizadas, para assim desenvolver um cuidado integral à saúde da criança. Todavia, para um papel efetivo da enfermagem, também é preciso intensificar a comunicação e o acolhimento, criando uma vinculação entre o enfermeiro e a mãe, e conseqüentemente a participação da família na realização da promoção da saúde infantil.

Outro sim, a partir dos dados analisados, observou-se que a estratégia adotada para efetivação da puericultura trata-se da busca ativa de crianças faltosas ao calendário de imunizações e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Desse modo,

desenvolvendo uma das ações preconizadas pelo MS para o aumento da cobertura vacinal e os retornos periódicos para as consultas.

A capacitação dos recursos humanos é de extrema necessidade para uma atuação mais eficaz, pois além de promover a incorporação de conhecimento, experiência e segurança, motiva os profissionais a aplicarem seu potencial máximo.

Quanto à realização de atividades educativas durante a puericultura, verificou-se que esses profissionais mostraram-se comprometidos com tais atividades, consistentes em conduzir os pais ou responsáveis a contribuir para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, através da educação em saúde onde a criança deve ser vista em todos os aspectos físicos, mentais e sociais.

De acordo com os entrevistados, a estrutura física das unidades não constitui um ambiente acolhedor e adequado à puericultura, e faltam instrumentos básicos em devido funcionamento, o que dificulta a realização das atividades de rotina na puericultura. Desse modo, tem-se ciência de que muitos problemas não podem ser resolvidos pelos profissionais, pois dependem de políticas que promovam melhores condições de trabalho.

Com essas exposições, pode-se concluir que os objetivos propostos do presente estudo foram alcançados e, almeja-se contribuir para um olhar dos profissionais envolvidos nesta prática sobre a necessidade de medidas corretivas, na busca de uma atuação mais comprometida com a promoção, prevenção e recuperação da saúde infantil.

Nesse sentido, para a puericultura é imprescindível, além de conhecimento científico, a delicadeza, a disposição, e a amorosidade, acarretando no cuidar humanizado, com ações e serviços capazes de suprir as necessidades biológicas, físicas, emocionais e intelectuais da criança.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, P. Introdução ao Estudo de Pediatria. In: MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 7.ed. São Paulo: Sarvier, 1988. p.3-10.

ALVES, C.R.L.; VIANA, M.R.A. **Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes**. Belo Horizonte: Coopmed; 2003.

ALVES V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial Interface - **Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005

ASSIS, W.D.N.C.; REICHERT, A.P.S.; SÁ, L.D. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 jan-fev; 64(1): 38-46. Acesso em abril de 2011.

AUGUSTO, M.; NODA, M. **Enfermeira pediátrica em terapia intensiva**. São Paulo, Sarvier,1987.

BARDIN, L. **L' analyse de contenu**. Paris: PUF, 1986. IN: MINAYO, M.C.de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2000. 225 p. (Saúde em debate).

BONILHA, L. R. de C. M. **Puericultura: olhares e discursos no tempo**. Campinas: UNICAMP, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Resolução 196/96**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**, Brasília, DF, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Enfermagem. Série A Normas e Manuais Técnicos**; n.135, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, "Normas Básicas para Alojamento Conjunto", **Portaria MS/GM no 1.016**, 26 de agosto de 1993. DOU no 167 de 1/9/93, seção I, p. 13.066.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Promoção da Saúde IV** – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 60 p.: il. (Painel de Indicadores do SUS, 6)

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Série: **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Secretaria de atenção à saúde, departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: MS, 2005.

CARNEIRO, G. Um compromisso com a esperança: **História da Sociedade Brasileira de Pediatria – 1910-2000**. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2000.

CUNHA, A.J.L.; SILVA, M.A.F.S.; AMARAL, J.J.F. A estratégia de “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância- AIDPI” e sua implantação no Brasil. **Rev. Ped.** Ceará. 2001 <http://www.socep.org.br/Rped> Acesso em fevereiro de 2011.

DANTAS, J. R. A. F. **Puericultura: Percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município do sertão paraibano**. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2010. 63f.

FERREIRA, J. C. de O.; KURCGANT, P. Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, V. 22, N.1, P. 31-6, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a05v22n1.pdf>> Acesso em maio de 2011.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. de. **A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde**. 2001

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Situação mundial da infância 1991. Brasília: UNICEF, 1991.

GARCIA, M.G.; FERREIRA, E.A.P; OLIVEIRA, F.P.S.de. Análise da compreensão de pais acerca do Teste do Pezinho. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** v.17 n.1 São Paulo abr. 2007. Acesso em fevereiro de 2011.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, E. P. **Conversas sobre a Iniciação a Pesquisa**. 3. Ed. Campinas: Alínea, 2003.

GUIDO L. A. **Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica** [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2003.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003.

LEITE, G.B. BERCINI, L.O. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do Programa Saúde da Família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003 **Revista Ciência, cuidado e saúde**, 2003. Acesso em fevereiro de 2011.

LEVY, S. **Programa educação em saúde**. 2000. Disponível em: <http://www.saúde.gov.br> Acessado em abril de 2011.

LIMA, G. G. T. et al. Registro do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. **Revista Rene**. Fortaleza, v.10, n.3, p. 117-124, jul./set, 2009. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em maio de 2010.

LIMA, G. G. T. et al. Registro do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. **Revista Rene**. Fortaleza, v.10, n.3, p. 117-124, jul./set, 2009. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em junho de 2011.

LINCH, G. F. C.; GUIDO, L. A.; PITTHAN L. O.; UMANN, J. Unidades de hemodinâmica: a produção do conhecimento. **Rev Gaúcha Enferm**. 2009 Dez; 30(4):1-15.

LOPES, M.J.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação da enfermagem brasileira. *Cad. Pagu*. Campinas: SP, n.24, Jan/Jun, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>> acesso em: 24/05/2011.

LOW, S.T.; ABRÃO, F.M. da S.; AQUINO, J.M.de.; MONTEIRO E.M.L.M.; Neta, M.J. P. **Consulta de enfermagem em puericultura no Centro de Saúde Escola Na cidade do Recife**, Pernambuco: um relato de experiência. 2009.

MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica. Tomo I Pediatria Geral e Neonatal**. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2002.

MELO, J.A C. de Educação sanitária: uma visão crítica. Cadernos do Cedes-educação e saúde. São Paulo, n.4, p.28-43, 1987. In: ROSSO C.F.W.; COLLET N. Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 1999 [cited 2006 jul 11];1(1): Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/Educa.html. Acesso em fevereiro de 2011.

MELLO, D. F. et al. Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 22, n.6. São Paulo, nov./dez, 2009. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em maio de 2011.

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2000. 225 p. (Saúde em debate).

MONTEIRO, A.I.; M. FERRIANI das G. C. **Atenção à saúde da criança**: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. 2000. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em fevereiro de 2011.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cad Saúde Pública** 2002; 18(6):1809-1811.

NIQUINI, R.P.; BITTENCOURT, S.A.; LACERDA, E.M.de.A.; OLIVEIRA, M.I.C.de.; LEAL, M.do.C. Acolhimento e características maternas associados à oferta de líquidos a lactentes. **Rev. Saúde de Pública**. Rio de Janeiro, 2009. Acesso em fevereiro de 2011.

NÓBREGA, M. de F. B.; JORGE, M. S. B.; VALDÉS, M. T. M.; SILVA, L. M. S. da. **Formação do enfermeiro para detecção precoce de desvios psicomotores em lactentes** - Fortaleza, estado do Ceará, Brasil. 2003

NOVACZYK AB. **Assistência à saúde integral da criança na atenção básica: uma análise da política nacional atual** [dissertation]. Cuiabá: Faculdade de Enfermagem/UFMT; 2008. 109p. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a25.htm>. Acesso em fevereiro de 2011.

NOVACZYK, A.B.; DIAS, N.S.; GAÍVA, M.A.M. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2006;10(4):1124-37. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a25.htm>. Acesso em fevereiro de 2011.

OLIVEIRA, V. C.; CADETE, M. M. N. A Consulta de Enfermagem no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. **Reme - Rev. Min. Enfermagem.**; vol. 11, nº 1, p. 77-80, jan/mar, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: fevereiro de 2011.

OLIVEIRA, C.B.; FRECHIANI, J.M.; SILVA, F.M.; MACIEL, E.L.N. **As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe**. Vitória, 2007.

PAGANI, T. C. Interdisciplinaridade e Humanização da Assistência em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: **Revisão Bibliográfica**. 2002, 57 f. Monografia da Faculdade de Enfermagem, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2002.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de Dados Quantitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. 3 ed. São Paulo, SP: Edusp, 2004.

PRESTES, M. L. de M. **A Pesquisa e a Construção do Conhecimento Científico**. 2 ed. São Paulo: Rêspel, 2003.

QUEIROZ, M. V.; JORGE, M. S. Estratégia de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface**. Online. São Paulo, vol.10, n. 19, p. 117-130, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em junho de 2011.

ROCHA, S.M.M. **O Processo de Trabalho em Saúde e a Enfermagem Pediátrica: socialidade e historicidade do conhecimento**. Tese apresentada a Esc. Enf.-USP para concurso de livre-docência. Ribeirão Preto, 1990.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/ estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino- Americana de Enfermagem**, 2004, julho-agosto; 12(4): 658-64. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em fevereiro de 2011.

ROCHA, S.M.M. **Puericultura e Enfermagem** São Paulo: Cortez, 1987.

ROSSO C.F.W.; COLLET N. Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 1999 [cited 2006 jul 11];1(1): Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/Educa.html. Acesso em fevereiro de 2011.

SANTOS, S.M.R. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Revista Texto & Contexto-Enfermagem** v.17 (n.1) Florianópolis jan./mar. 2008. Acesso em fevereiro de 2011.

SIGAUD, C.H.S.; VERÍSSIMO, M.L.R. Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1996.

SILVA, A. A. M. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luis (Maranhão), Brasil. **Rev. Panamericana de Saúde Pública**, Washington, D.C., v. 6, n. 4, p. 1-2, 1999. Acesso em fevereiro de 2011.

SILVA, R.M.; BECK, C.C.; GUIDO, L.A.; LOPES, L.F.D.; SANTOS, J.L.G. Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno. **Texto Contexto Enferm.** 2009 Abr-Jun; 18(2):298-305.

SOUSA, V. D. de; BARROS, A. L. B. de. O ensino do exame físico em escolas de graduação em enfermagem do município de São Paulo. **Rev.latino-am.enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 11-22, julho 1998. Acesso em fevereiro de 2011.

VASCONCELOS, E. N. et al. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). **Ciência e Saúde Coletiva**, 14(4): 1225-1234, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: Acesso em fevereiro de 2011.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J Pediatría** (Rio J). 2004;80(5 Supl):S173-S180. Disponível em: <http://www.jped.com.br>. Acesso em fevereiro de 2011.

VENÂNCIO, S. I. **Dificuldades para o Estabelecimento da Amamentação: O Papel das Práticas Assistenciais das Maternidades.** *Jornal Pediatría*, 79 (1): p.1-2, 2003. Disponível em: http://www.jped.com.br/conteudo/port_resumo.asp?varArtigo=927. Acesso em março 2011.

VIEIRA, E. T. et al. O Programa Saúde da Família sob o Enfoque dos Profissionais de Saúde. **RBPS**, 17(13): 119-126, vol. 17, nº 3, Fortaleza, 2004. Disponível em: <http://www.unifor.br/hp/doc-noticias/vol17.artigo3.pdf>. Acesso em abril de 2011.

TUNES, E. É Possível uma Visão Holística do Desenvolvimento da Criança? **Rev.Bras.Cresc.Des.Hum.II**(2) São Paulo, 1992. Acesso em fevereiro de 2011.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO-TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**PUERICULTURA: uma realidade vivenciada pelos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no município de Sousa-PB**”. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho terá como objetivo geral: Descrever como os enfermeiros desenvolvem as ações de puericultura na Estratégia Saúde da Família no município de Sousa-PB.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder um questionário semi-estruturado e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 91858577 com **Cláudia Maria Fernandes**.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

1. Caracterização da Amostra:

1.1 Nome da USF: _____

1.2 Faixa Etária dos Enfermeiros atuantes: 20 a 29 anos

30 a 39 anos

40 a 49 anos

Acima de 50 anos

1.3 Sexo: Masculino Feminino

1.4 Estado Civil: Solteiro

Casado

Separado

Viúvo

1.5 Tempo de Formação: Menos de 1 ano

1 a 3 anos

mais de 4 anos

1.6 Titulação Profissional: Enfermeiro Graduado

Enfermeiro Especialista

1.7 Há quanto tempo atua na ESF? 7 meses a 3 ano

4 a 5 anos

mais de 5 anos

1.8 Você já fez alguma capacitação sobre puericultura? Nunca

1 vez

2 vezes

3 vezes ou mais

2. Dados referentes à temática:

2.1 Na Unidade de Saúde da Família (USF) na qual atua, você realiza consultas de puericultura?

Sim Não

2.2 Aproximadamente quantas consultas de puericultura realiza em média por turno? Quanto tempo dura aproximadamente sua consulta típica de puericultura?

minutos

2.3 Como é realizada essa consulta de puericultura? E qual a periodicidade do retorno destas consultas?

2.4 O Ministério da Saúde possui um cronograma preconizado para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças com até 2 anos de idade, você conhece?

() Sim () Não

2.5 As gestantes atendidas pela ESF são orientadas quanto à continuação do acompanhamento da saúde do seu bebê?

() Sim () Não

2.6 São realizadas atividades educativas para ações básicas de promoção e prevenção à saúde da criança?

() Sim () Não

Caso a resposta seja SIM. Quais?

2.7 Quais as estratégias aplicadas para o acompanhamento adequado de CD?

2.8 Liste três fatores que viabilizem a realização da Puericultura na Unidade de Saúde da Família?

1- _____

2- _____

3- _____

2.9 De acordo com seu ponto de vista cite três fatores que poderiam ser modificados na Puericultura para uma melhor efetividade?

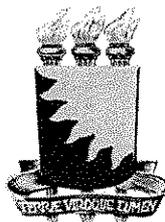
1- _____

2- _____

3- _____

ANEXO(S)

ANEXO A
FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

**PROJETO: CAAE nº 0172 .0.133.000-11
Data da entrega no CEP 04/05/2011**

PARECER

x APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TITULO: PUERICULTURA: uma realidade vivenciada pelos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família o município de Sousa-PB

PESQUISADOR: CLAUDIA MARIA FERNANDES

**PARECER: A pesquisa em análise tem por objetivo descrever como os enfermeiros desenvolvem as ações de puericultura na Estratégia Saúde da Família no município de Sousa-PB. Atende as exigências protocolares deste CEP mediante Res. 196\96 do CNS/MS.
Apresento parecer Aprovado. Salvo melhor juízo.
Campina Grande, 11 de maio de 2011.**

PARECERISTA 03

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUIS.
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa**

ANEXO B
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOUSA – PB
RUA PEDRO PRIMEIRO Nº 47 – ESTAÇÃO
CNPJ: 05.626.697/0001-24

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “**PUERICULTURA**: uma realidade vivenciada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no município de Sousa-PB” desenvolvido pela aluna Vaniely Oliveira Ferreira do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Esp. Cláudia Maria Fernandes.

Sousa – PB, ____ de _____ de _____.

Dr. Gilberto Sarmento
Secretário Municipal de Saúde
Sousa - PB

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAIAZENHAS - P.B.

ANEXO C
TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Pesquisa- PUERICULTURA: uma realidade vivenciada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no município de Sousa-PB.

Eu, **Cláudia Maria Fernandes**, Enfermeira, Professora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG:1.128.539 SSP-PB e CPF: 518.798.834-49 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de 2011.

ORIENTADORA