



Universidade Federal
de Campina Grande

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

**PUERICULTURA: Percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um
município do sertão paraibano**

JANICE RUTH ANACLETO FERNANDES DANTAS

**CAJAZEIRAS - PB
2010**

JANICE RUTH ANACLETO FERNANDES DANTAS

PUERICULTURA: Percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município do sertão paraibano

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

ORIENTADORA: Especialista Cláudia Maria Fernandes

**CAJAZEIRAS - PB
2010**

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES**



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

D235p DANTAS, Janice Ruth Anacleto Fernandes
Puericultura: percepção dos enfermeiros da
estratégia Saúde da Família de um município do sertão
paraibano./ Janice Ruth Anacleto Fernandes Dantas.
Cajazeiras, 2010.
63f.

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

1. Pediatria. 2. Centros de Saúde. 2. Cuidado da criança.
2. Cuidados de enfermagem. I. Título.

UFCCG/CFP/BS

CDU-616-053.2

JANICE RUTH ANACLETO FERNANDES DANTAS

PUERICULTURA: Percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município do sertão paraibano

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

**Prof^ª. Esp. Cláudia Maria Fernandes
(Orientadora)**

**Prof^ª. Esp. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
(Membro examinador)**

**Prof^ª. Mestranda Arieli Rodrigues Nóbrega Videres
(Membro examinador)**

**CAJAZEIRAS - PB
2010**

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

Dedico este trabalho ao meu pai José Dantas (Zezão)

Tentei ver-me para além daquilo que me ensinaste. Nada vi. Tudo o que sou de base, de valores devo a ti. Ensinaste-me a SER. Mostraste os valores mais nobres, o sentido de responsabilidade, a importância do estudo, o amor as coisas simples. O valor da família e a preciosidade da amizade. Em ti encontrei sempre a segurança, o apoio, o bom senso e a sabedoria. Obrigada por tudo, Te Amo!

Agradecimentos

A Deus que me ajudou a vencer me dando forças para concluir essa caminhada, por ter me atendido nos momentos que tanto precisei e por ser tão maravilhoso em minha vida.

A meu Pai, José Dantas (Zezão), meu irmão Joseph Ragner, meu tio Pinbeirinho, minhas tias Fransquinha, Dina, Linda, Maria, Rosilda e Anália por sonhar comigo, lutar pelas minhas conquistas, vibrar nas minhas vitórias e acima de tudo, pelo amor incondicional. Amo vocês!

A Franzé, amor da minha vida, pela paciência, por estar sempre presente me incentivando a lutar pelos meus sonhos. Amo-te!

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

Obrigada.

“Não basta que o amor materno tenha a força de um sentimento instintivo: é preciso iluminá-lo com os conhecimentos da puericultura para que todo o bem feito ao bebê seja um bem consciente e lúcido.”

Franklin de Oliveira, O Cruzeiro, 10 out. 1953

RESUMO

DANTAS, Janice Ruth Anacleto Fernandes. **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.

A puericultura, área da pediatria voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde, atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Seus objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde. A criança deve ser assistida nas Unidades de Saúde da Família por uma equipe multiprofissional, sendo o enfermeiro o principal responsável por esta atividade. Este estudo buscou investigar a prática da puericultura na percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória-descritiva com abordagem quantiqualitativa realizada nas Unidades de Saúde da Família de um município do sertão paraibano. A população foi constituída por 08 enfermeiros que atuam nessas unidades, dos quais 100% concordaram em participar da pesquisa. Para a coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista do tipo semi-estruturado, levando-se em consideração os preceitos éticos contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados sócio-demográficos foram analisados estatisticamente sendo apresentados em forma de tabela, e os dados referentes ao objetivo da pesquisa foram analisados a partir do Discurso do Sujeito Coletivo à luz de Lefèvre e Lefèvre. Os resultados do estudo revelaram que há predominância de profissionais do sexo feminino, especialistas e que trabalham a um tempo considerável na ESF. Observou-se que a puericultura não compõe o quadro de atividades rotineiras nas unidades de saúde estudadas, bem como para alguns profissionais o termo parece ser desconhecido. Ao apresentar distorções acerca da temática, percebe-se a necessidade de reorganização da assistência, pois a divergência entre as respostas elucidou a limitação desses profissionais para a realização das consultas de puericultura, o que provavelmente se reproduz na atenção prestada.

Palavras - chave: Centros de Saúde. Cuidado da criança. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

DANTAS, Janice Ruth Anacleto Fernandes. **Childcare: Perception of nurses of the Family Health Strategy of a municipality of backwoods paraibano.** Work for the Conclusion of Course Bachelor in Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2010.63f.

The childcare, area of pediatrics directed mainly to the aspects of prevention and health promotion, acts in order to maintain the healthy child to ensure its full development, so that reaches adulthood without adverse influence and problems brought of childhood. Its basic objectives include the promotion of child health, disease prevention and education of children and their families, by means of guidelines antecipatórias risks to health. The child should be assisted in Health Units of the Family by a multiprofessional team, being the nurse the main responsible for this activity. This study investigated the practice of childcare in the experience of nurses of the Family Health Strategy. This is a search of the type exploratory-descriptive approach quantiqualitativa performed in Health Units of the Family of a municipality of backwoods paraibano. The population was composed by 08 nurses who work in these units, of which 100% agreed to participate. For the data collection used-if a roadmap for semi-structured, taking-on into account the ethical principles contained in resolution 196/96 of the National Council of Health. The socio-demographic data were statistically analyzed are presented in table form, and the data on the objective of this research were analyzed from the Collective Subject Discourse in the light of Lefèvre and Lefèvre. The results of the study showed that there is predominance of professionals of the female sex, experts and working to a considerable time in FHS. Observed-that the childcare not consists of the table of routine activities in health units studied, as well as for some professionals the term appears to be unknown. The present distortions about the theme, perceives-if the need to reorganise the assistance, because the divergence between the responses brought to light the limitation of these professionals for the consultations are held in childcare, which probably is reproduced in attention.

Keywords: Health Centers. Child care. Nursing care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.....	15
3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	18
3.3 PUERICULTURA.....	19
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	25
4.2 LOCAL DO ESTUDO	25
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
4.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO PARA A COLETA.....	26
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	27
4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR	28
5 RESULTADOS E DISCURSÕES	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES	56
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	
APÊNDICE C - CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO CEP	
ANEXOS	62
ANEXO A - OFÍCIO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	

1 INTRODUÇÃO

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Para que tais potencialidades se desenvolvam de forma efetiva e eficiente, é essencial a sistematização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CxD) da criança (BRASIL, 2002).

Compreender a saúde infantil é abrangê-la em todos os aspectos biológicos, psicológicos e sociais com o objetivo de tornar a criança um adulto mais saudável e com melhor qualidade de vida. É o que confirma Vidal (2003) ao afirmar que assegurar os direitos e o bem-estar das crianças é, sem dúvida, uma ação fundamental para o bom desenvolvimento de um país.

A puericultura área da pediatria preventiva sofreu grandes mudanças nos últimos anos, onde deixou de ser apenas um conjunto de noções e técnicas sobre cuidados de higiene e nutrição e passou a ser entendida como uma prática social avaliada de maneira mais crítica sendo desenvolvida como um processo multiprofissional e em parceria com as famílias e comunidades.

No Brasil, desde a década de 1980, políticas públicas voltadas para atenção e proteção à criança estão sendo instituídas. Com enfoque na assistência integral à saúde da criança, ações básicas como promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias na infância, imunização e acompanhamento do CxD são propostas pelo Ministério da Saúde (MS) na tentativa de resguardar os direitos da criança ao pleno desenvolvimento (ALVES; VIANA, 2006).

Os anos 90 trouxeram para o setor saúde a revalorização do tema família, culminando com a criação do Programa Saúde da Família. O MS, na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde, assumiu o desafio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), embasada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência (ROCHA, 2007).

A ESF vem realizando esforços para a modificação do processo de cuidado, revisitando conceitos fundamentais de vínculo, respeito, humanização, co-responsabilidade, entre outros, apontando para a reorientação do modo de operar os serviços de atendimento, visando a incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança (FIGUEIREDO; TONINI, 2007).

Nessa perspectiva, a criança será beneficiada integralmente por uma equipe interdisciplinar que compreenda todas as suas necessidades e direitos como indivíduo. As linhas estratégicas de intervenção à saúde da criança explicitam o conceito de integralidade por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde (FIGUEIREDO, 2003).

Na Unidade de Saúde da Família (USF) por intermédio do programa de puericultura, os profissionais envolvidos com a assistência à criança devem conhecer os padrões normais; compreender os marcos importantes do desenvolvimento; reconhecer os desvios o mais rápido possível e planejar ações direcionadas aos problemas identificados (LEITE; BERCINI, 2005).

Visto que o cuidado se dá por relações sociais, as ações e práticas em saúde são determinadas pela especificidade das relações, que se configuram como uma relação entre sujeitos e ampliam as visões sobre saúde, incluindo a percepção da integralidade do cuidado. Este existe na medida em que supõe uma ação mútua, marcada não apenas pelo estabelecimento, mas pela manutenção da relação social. Pelo diálogo, profissionais de saúde, em especial os enfermeiros puericultores, se tornam conjuntamente responsáveis pelo processo saúde-doença e, mais especificamente, pelo crescimento e desenvolvimento da criança (MARTINS et al., 2006).

Entende-se que a prática do enfermeiro nas USF é parte de um processo coletivo de trabalho que tem como finalidade produzir ações de saúde. Portanto, passa por uma série de transformações exigindo-se cada vez mais trabalhadores comprometidos com competência técnica, ética, comunicacional e política, para a implantação e organização dos serviços de saúde. Assim sendo, para que a puericultura seja desenvolvida em sua plenitude, o enfermeiro deve conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de buscar o conhecimento necessário para agir com qualidade nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde infantil.

Neste sentido, a escolha do tema se justifica pela vivência como acadêmica de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, onde foi observada uma carência na assistência do enfermeiro na realização da puericultura. Nessa perspectiva ao compor o quadro de ações propostas para a ESF, a realização da puericultura deve atuar como eixo norteador aos cuidados prestados a população infantil, fazendo-se necessário uma reflexão sobre a importância dessa atividade para os enfermeiros, bem como a qualidade da assistência prestada.

Logo, este estudo é de grande relevância para os profissionais, por fazê-los refletir e analisar criticamente o seu trabalho, os cuidados que prestam à criança e o que podem fazer para melhorar e tornar esta assistência mais efetiva, podendo conscientizá-los do valor da puericultura para o adequado desenvolvimento das crianças.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Investigar a prática da puericultura na percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município do sertão paraibano.

2.2 ESPECÍFICOS

- Avaliar a consulta de puericultura realizada pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família;
- Investigar como são desenvolvidas as atividades educativas pelos enfermeiros na consulta de puericultura;
- Identificar as dificuldades encontradas para realizar a puericultura.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

No Brasil, a atenção à saúde da criança representa uma área essencial dentro dos cuidados prestados à população. As políticas de saúde, deste campo de atuação, a partir das décadas de 1980 e 1990, desenvolveram programas buscando oferecer atendimento mais qualitativo e efetivo à criança (ERDMANN; SOUSA, 2009).

O MS e os poderes públicos têm estabelecido várias medidas de atenção e proteção à criança, as linhas estratégicas de intervenção destas medidas explicitam o conceito de integralidade por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde (BERTOLLI FILHO, 2004).

Dentre as ações executadas pelo MS destacam-se o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), o Alojamento Conjunto, 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 (RIBEIRO, 2004).

Com o intuito de incentivar o aleitamento materno evitando o desmame precoce bem como suas conseqüências para a saúde e o estado nutricional das crianças, o MS criou em 1981 o 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. Desenvolvido por dois anos, foi efetivamente o primeiro passo para o desenvolvimento de ações específicas para a melhoria da qualidade de vida das crianças (CICONI; VENÂNCIO; ESCUDER, 2004).

Em 1984, em uma ação coordenada entre governo federal, as secretarias estaduais e municipais de Saúde e o MS, foi elaborado o PAISC, no qual a assistência à criança precisava ser uma ação multiprofissional, sendo esse um dos princípios fundamentais do programa. Essa estratégia estabelecia como diretrizes e objetivos a realização de ações que favoreciam o crescimento, o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança; a diminuição da mortalidade infantil; o atendimento rotineiro, periódico e contínuo da criança; o incentivo e apoio ao aleitamento materno; a orientação alimentar no primeiro ano de vida; além de garantir níveis de cobertura vacinal e a identificação dos processos patológicos, favorecendo o diagnóstico e o tratamento precoce (LEITE; BERCINI, 2005).

Através do PAISC, o MS pontuou uma diretriz política para expansão e consolidação da rede de serviços básicos, utilizando a estratégia da assistência integral. O acompanhamento

do crescimento e do desenvolvimento (CxD) foi o eixo integrador das práticas assistenciais à criança por meio da sistematização de retornos ao serviço de saúde (FIGUEIREDO; MELO, 2007).

Nesse sentido, o PAISC possibilitou a criação de elos entre a população e os serviços de saúde com o compromisso de estarem preparados para resolver, a partir da unidade básica, a maioria dos problemas de saúde das crianças.

De acordo com Pereira et al. (2007), esse programa está voltado para a maximização do alcance da assistência prestada na infância, ou seja, permite tanto estender a cobertura dos serviços de saúde, quanto aperfeiçoar seu poder de resolução diante dos problemas de saúde mais prevalentes e relevantes encarados pela população.

No primeiro semestre de 1998, com o objetivo de dar impulso a uma rápida e significativa redução da mortalidade infantil fora lançada a estratégia AIDPI, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF) foi adaptada às características epidemiológicas locais e as normas nacionais. Essa estratégia deve ser realizada principalmente pelas equipes de Saúde da Família visando integrar promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças mais frequentes na infância, priorizando as ações básicas de saúde propostas pelo MS, que apresentam comprovada eficácia e reduzida complexidade tecnológica, para reduzir os agravos mais frequentes e de maior relevância na morbimortalidade de crianças até cinco anos de vida (BRASIL, 2002).

Vale ressaltar a proposta do Alojamento Conjunto, que enfoca a prática natural de manter mãe e filho juntos desde o nascimento, facilitando a assistência integral a ambos, proporcionando o fortalecimento do vínculo mãe-filho, permitindo a implementação de ações educativas dirigidas a toda a família, além de ser um momento oportuno para o incentivo e orientação para o aleitamento materno (MOURA; HOLANDA; RODRIGUES, 2003).

O Método Mãe Canguru introduziu uma inovação à assistência tradicional aos recém-nascidos (RNs) prematuros e de baixo peso, agrupando conhecimentos sobre as particularidades físicas e biológicas e as necessidades especiais de cuidados técnicos e psicológicos da mãe, do RN de baixo peso e de toda família, facilitando a assistência integral e o fortalecimento do vínculo afetivo (BENIGNA et al., 2004).

No Brasil, a Triagem Neonatal, conhecida como “Teste do pezinho” ocorreu de maneira heterogênea, até que, em 2001, foi implantado o Programa Nacional de Triagem Neonatal, com o objetivo de beneficiar a totalidade dos RNs em território brasileiro. O teste de triagem neonatal para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito e anemia falciforme é

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Adotada em nível nacional, a ESF reflete a valorização da família nas agendas das políticas sociais brasileiras. Seu principal propósito é a organização da prática da atenção à saúde sob novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional, fazendo a saúde chegar mais perto das famílias, com o objetivo de haver uma melhora na qualidade de vida dos brasileiros. Essa estratégia incorpora e reafirma os princípios do SUS e está estruturada a partir da USF (RONCALLI; LIMA, 2006).

Segundo Borba et al. (2007), assumindo a responsabilidade por determinada população, a ESF propõe organizar suas ações sob a égide da integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela, a partir de uma equipe multiprofissional, assegurando a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema.

Conforme Vieira et al. (2004), por meio de um conjunto de ações práticas que requerem grande pluralidade de atitudes, habilidades e conhecimentos técnicos e científicos de relativa baixa complexidade, a equipe deve estar apta para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco às quais a população está exposta; elaborar juntamente com a comunidade um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença; prestar assistência integral respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea e desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados.

Nessa perspectiva, as equipes de saúde devem interagir positivamente junto ao contexto familiar para compreender melhor as relações entre o paciente e seus familiares, transmitindo confiança, pois assim será capaz de resolver as possíveis situações adversas vivenciadas pelo usuário.

Dentro da equipe multidisciplinar que atua na ESF destaca-se o enfermeiro, o qual concentra suas ações no processo de trabalho de assistência dirigido a indivíduos ou grupos de indivíduos. Desta forma, a ação do enfermeiro é parte de um processo coletivo de trabalho que tem como finalidade produzir ações de saúde, caracterizando-se por um saber específico, com ações contínuas e articuladas com os demais membros da equipe (FIGUEIREDO; MELO, 2007).

Para Bourget (2005), além das atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de saúde da família, é responsabilidade do enfermeiro realizar assistência integral que visem à promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e até a

reabilitação e manutenção da saúde da família; realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicamentos, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal; planejar, supervisionar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, bem como realizar atividades de educação permanente dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem; contribuir e participar das atividades de educação permanente do auxiliar de enfermagem, do auxiliar do consultório dentário e do técnico em higiene dental; participar de gerenciamento dos insumos necessários para que a unidade de saúde funcione adequadamente.

De acordo com Nóbrega et al. (2005), as ações do enfermeiro devem fazer parte do dia a dia na ESF, estas ações devem contribuir enquanto espaço para construção e reconstrução coletiva de saberes, que impliquem em melhores condições de vida e saúde da população, a fim de consolidar o processo de cidadania que vem sendo pauta dos programas de ações das políticas para a população. O cotidiano das práticas desses profissionais deve estar voltado para educação em saúde e permeado por aspectos factuais que representem o contexto imediato e específico, revelando aspectos importantes sobre a prática educativa do enfermeiro da USF.

As equipes de saúde da família devem estar capacitadas tanto para identificar a realidade epidemiológica e sóciodemográfica das famílias adscritas como também reconhecer os problemas de saúde prevalentes e os riscos aos quais a população está exposta, a fim de desenvolver um processo de planejamento local participativo.

Os cuidados primários em saúde apresentam elevada relevância como uma possibilidade para o enfrentamento dos problemas. Esta prática assistencial, inserida no processo do trabalho coletivo, possibilita diagnosticar necessidades, prescrever e prestar cuidados resolutivos e qualificados a população assistida (BRASIL, 2005).

3.3 PUERICULTURA

A criança, por suas particularidades, tem sido objeto de prioridade social e governamental por se constituir um grupo vulnerável. As percepções mais difundidas da criança como ser em permanente desenvolvimento foi resultado de um longo processo que envolveu transformações na organização social alcançando as políticas públicas, permitindo a adoção de práticas e condutas para esse processo de mudanças. A identificação, dentro do

universo de crianças, de grupos de maior risco para a morbimortalidade infantil propicia a operacionalização de ações para minimizar estes riscos (AMARAL et al., 2008).

Na ESF, utiliza-se o programa de Puericultura para o acompanhamento da saúde das crianças, que tem como finalidade supervisionar o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor da criança, observar a cobertura vacinal, estimular a alimentação complementar e prevenir as doenças diarreicas e respiratórias. Esse programa apresenta um conteúdo voltado para atividades preventivas e de promoção da saúde contidas nas ações de vigilância que integram consultas programadas e realizadas em unidades de saúde e nas visitas domiciliares (OLIVEIRA; CADETE, 2009).

A Puericultura vem procurando atuar, dentro da perspectiva da atenção básica, sobre o binômio mãe-filho, buscando assegurar o CxD da criança na plenitude de suas potencialidades e, conseqüentemente, atuando na qualidade de vida das crianças incluídas nessa assistência.

Para Marcondes et al. (2002), a puericultura ocupa-se da infância normal, voltada principalmente para os aspectos da promoção da saúde e prevenção de doenças, atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu completo desenvolvimento, de forma que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Seus objetivos básicos vão além da promoção da saúde infantil e prevenção de doenças, contemplando a educação da criança e de seus familiares, relacionando a evolução da criança, nos aspectos físicos, sociais e psíquicos, com o ambiente onde ela está inserida e com o comportamento das pessoas que lhe prestam os cuidados nas etapas do seu desenvolvimento.

Em relação às respostas às necessidades de prevenção e de tratamento, o conjunto das ações visa à integralidade da assistência, deslocando o enfoque de uma assistência baseada em patologias para uma modalidade de atenção que contemple a criança no seu processo de CxD, além de propor a garantia da extensão de cobertura de atenção básica à saúde e, ao mesmo tempo, o aumento da capacidade resolutiva (CEARÁ, 2002).

Segundo Ribeiro et al. (2002), as consultas de puericultura nas USF são realizadas pelo enfermeiro e independente da consulta médica, sendo assim estes profissionais realizam a atividade com clientela própria. As crianças que frequentam essas consultas só são encaminhadas à consulta médica ou conduzidos a outros profissionais quando é detectado um problema de saúde que exija diagnóstico e tratamento específicos.

O profissional que pratica a puericultura deve desempenhar seu trabalho com ações não apenas clínicas, mas com uma concepção epidemiológica e social, relacionando-as intimamente com o complexo saúde indivíduo-família-comunidade. Conforme os riscos presentes as crianças receberão acompanhamento específico o qual será planejado pelas

equipes da atenção primária. Dentre os papéis desempenhados pelo puericultor destacam-se o de orientador e educador para a saúde, cujo trabalho se direciona a mãe e à família. Esta por ser o núcleo principal dos fatores ambientais e psicossociais, e aquela, tendo fortalecido o vínculo com o filho e mantendo sua auto-estima elevada, podem assegurar os melhores cuidados à criança (MARTINS et al., 2006).

A primeira atividade de puericultura deve ser realizada no pré-natal, cujos objetivos principais são estabelecer um vínculo afetivo e a realização de trabalho com a família, iniciar a orientação preventiva com ênfase na amamentação, apego, primeiros cuidados com o recém-nascido, segurança e imunizações (ZANOLLI; MERHY, 2001).

A efetividade da orientação antecipatória, conforme Blank (2003) é importante, pois promove o aumento do contato positivo entre pais e crianças, melhora a interação mãe-filho, a incorporação de hábitos nutricionais saudáveis, o cuidado com os dentes e promoção da amamentação natural.

Nesse sentido é importante ressaltar que a qualidade do serviço de puericultura está ligado a efetivação dos serviços de assistência pré-natal onde o Enfermeiro têm papel fundamental na orientação de gestantes e mães, encaminhando-as junto com seus filhos para as USF. Esforços no sentido de estimular e favorecer a prática da Puericultura não devem ser poupados, pelos seus benefícios para a saúde infantil e, conseqüentemente, para toda a sociedade.

Del Ciampo et al. (2006), asseveram que a assistência em puericultura é fundamental para a prevenção de diversas doenças durante os primeiros anos de vida da criança. A fim de garantir a qualidade desse atendimento, o MS propõe um calendário mínimo de consultas, assim distribuídas: uma consulta até 15 dias de vida, consultas com um mês, dois, quatro, seis, nove e doze meses, totalizando sete consultas no primeiro ano de vida. Mais uma consulta aos 18 meses e uma a cada ano até os cinco anos de idade.

A consulta de enfermagem compreende 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).

Para Saparolli e Adami (2007), a entrevista para avaliação clínica ajuda a estabelecer harmonia com os pais e a criança, fornece dados a partir dos quais se podem fazer diagnósticos iniciais, oferece oportunidades para que o enfermeiro e a família estabeleçam objetivos e possibilita também ao profissional educar e prestar apoio à família.

Através da entrevista, o enfermeiro obtém dados relacionados à realização do pré-natal, número de consultas, intercorrências gestacionais, uso de medicações, tipo de parto, peso ao nascimento e, ainda, coleta de dados socioeconômicos, sanitários, ambientais e habitacionais. Identifica a história pregressa e atual de saúde da criança e dos familiares, seus hábitos de vida, de alimentação, de lazer, além da relação afetiva e social da criança na família (OHARA; SAITO, 2008).

Durante a consulta de puericultura o enfermeiro utiliza gráficos, observa o desenvolvimento, o ganho ponderal e o de estatura, faz levantamento do estado de saúde da criança, compartilha as informações e os conhecimentos de enfermagem, a situação da criança relacionada à alimentação, à imunização, ao sono e repouso, ao lazer e ao relacionamento familiar. O registro dessas informações no Cartão da Criança é importante para que o enfermeiro possa identificar particularidades de cada criança, possibilitando a prescrição do cuidar de enfermagem (ALVES; VIANA, 2006).

De acordo com Ceará (2002), complementando as fases da consulta de enfermagem é fundamental a realização do exame físico cefalocaudal, devendo abranger as etapas correspondentes à inspeção, palpação, ausculta e percussão, de acordo com a necessidade de cada órgão ou sistema a ser avaliado. Para êxito do exame físico o enfermeiro não só deve ser capaz de distinguir com exatidão os sinais normais e anormais, como também as variações do normal entre os pacientes e os graus de normalidade em um mesmo paciente.

Conforme Oliveira e Cadete (2009) é importante lembrar que o CxD expressam o somatório de inúmeras alterações que ocorrem ao longo de toda a vida do indivíduo constituindo aspectos marcantes na infância, devendo nortear à saúde infantil.

O crescimento deve ser avaliado através da mensuração antropométrica (peso, altura, perímetro cefálico, torácico e abdominal), que nos fornece medidas importantes para a avaliação da saúde infantil por apresentar parâmetros para avaliação do estado nutricional e condições de saúde da criança (VIEIRA et al. , 2004).

Outro critério importante a ser avaliado e registrado é o desenvolvimento da criança. Caracteriza-se como um processo global e dinâmico de mudanças que ocorrem em uma pessoa, desde sua concepção, influenciado por diversos fatores físicos, entre os quais, os cuidados com a alimentação, a higiene e a prevenção de doenças, além da dimensão psicológica, relacionada à forma como uma criança aprende e interage com o ambiente em que vive (BRASIL, 2003b).

Corroborando com Brasil (2003b), o acompanhamento sistemático do CxD da criança menor de cinco anos, é recomendado em função da vulnerabilidade biológica nesta faixa

etária, podendo diferentes crianças com a mesma idade apresentar variações e riscos de adoecer e morrer completamente distintos, segundo as condições e qualidade de vida de suas famílias. A compreensão do cuidado à criança construída a partir das experiências vivenciadas pelos profissionais, gestores e mães e dos significados por eles atribuídos às atitudes necessárias para cuidar da criança na perspectiva da integralidade assume o desafio de possibilitar o pleno desenvolvimento infantil.

Ainda na perspectiva da ESF compete ao enfermeiro durante a realização da puericultura, a análise do esquema vacinal básico de rotina, a busca de faltosos, assistência às infecções respiratórias agudas (IRAs) em menores de cinco anos, assistência às doenças diarreicas e outras doenças prevalentes em crianças menores de cinco anos, atividades educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças (MARCONDES et al., 2002).

Queiroz e Jorge (2006) qualificam a puericultura como um marco, ao propor o atendimento à saúde infantil no contexto da integralidade do cuidado, e a sua adoção mostra-se como conduta importante para o reconhecimento dos direitos da criança.

Sob este aspecto, vale ressaltar que apesar dos avanços na área da saúde infantil muitas crianças menores de cinco anos ainda morrem por doenças do tipo infecciosas, intestinais, respiratórias, por desnutrição e prematuridade. A integralidade da atenção à criança deve considerar as complexas facetas que afetam a vida do binômio criança-família, na qual envolve desde aspectos políticos, socioeconômico e educacional da população. Além disso, médicos e enfermeiros puericultores necessitam estender seu foco na prevenção e educação em saúde das crianças e suas famílias.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A metodologia destina-se a relacionar as bases teóricas que foram utilizadas na análise e avaliação dos dados observados, com o conjunto de técnicas, métodos e procedimentos de estudos adotados pelo pesquisador. A função da metodologia consiste, então, em viabilizar a obtenção dos dados que foram estudados, servindo para o enriquecimento dos conhecimentos científicos. Para tanto, o modelo metodológico adotado deve ser capaz de abranger os fenômenos observados no mundo empírico e, assim, descrever e explicar esses fenômenos (MINAYO, 1999).

4.1 TIPO DE ESTUDO

A linha teórica e metodológica que orientou esta pesquisa foi do tipo exploratória-descritiva com abordagem quantiquantitativa. Conforme Salomon (2004), pesquisa exploratória e descritiva são as que têm por objetivo definir melhor o problema, proporcionar as chamadas intuições de soluções, descreverem comportamentos de fenômenos, definir e classificar fatos e variáveis.

Na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, não havendo interferência do pesquisador, os fenômenos são estudados sem a manipulação do mesmo. Uma das características desse tipo de pesquisa é que a técnica da coleta de dados é padronizada, e realizada, principalmente pela elaboração de questionários e da observação sistemática (ANDRADE, 2003).

A abordagem quantitativa envolve a coleta sistemática de informações numéricas, normalmente mediante condições de controle, com análise dessa informação, utilizando procedimentos estatísticos. Tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mesuráveis da experiência humana (POLIT; HUNGLER, 1995).

A abordagem qualitativa 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 (PEREIRA, 2004).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa de campo foi realizada nas Unidades de Saúde da Família do município de São João do Rio do Peixe, situado a oeste do sertão paraibano, na Microrregião Homogênea

de Cajazeiras, possui área territorial de 474.000 km², população estimada em 17.838 habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2006. Possui um total de 08 USF, situando-se 03 na zona urbana e 05 na zona rural, com ações de atendimento primário à saúde, constituindo-se a porta de entrada para os demais serviços.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com 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/amostra alvo deste estudo foi constituída por todos os profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de São João do Rio do Peixe – PB, totalizando um universo de oito profissionais, que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa mediante a explicação dos objetivos do trabalho e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a amostra foi constituída por 100% da população.

4.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO PARA COLETA

Os dados foram coletados no mês de maio de 2010, através de entrevista semi-estruturada que coletou informações sobre a percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família quanto à prática da puericultura.

Primeiramente foi solicitada a Secretaria de Saúde do município de São João do Rio do Peixe - PB a permissão para a realização da pesquisa, mediante assinatura de um ofício (ANEXO A), tornando-os cientes dos objetivos da pesquisa. Em seguida, foi realizado o primeiro contato com os enfermeiros das Unidades de Saúde na perspectiva de esclarecer a finalidade do trabalho. Posteriormente foi solicitada a autorização para suas respectivas participações. Deixando claro o caráter científico da pesquisa, que eles poderiam desistir a qualquer momento se desejassem e que suas respostas seriam mantidas no mais absoluto sigilo, seguindo os aspectos éticos da Resolução 196/96 que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Para realizar a coleta de dados, os participantes responderam a um roteiro de entrevista semi-estruturado (APÊNDICE B), o instrumento foi utilizado para traçar o perfil sócio-

demográficos dos profissionais investigados, atendendo aos seguintes aspectos: sexo, faixa etária, estado civil, tempo de formação, titulação profissional, tempo de trabalho na ESF e os dados voltados para os objetivos da pesquisa.

A entrevista foi estruturada a partir de uma ordem preestabelecida pelo entrevistador e além de conter questões fechadas e diretas incluiu perguntas abertas, nas quais o entrevistado adquiriu certa liberdade (GAUTHIER; CABRAL; SANTOS, 1998).

Para a obtenção dos dados, utilizou-se a técnica de entrevista de maneira individual. Para isso, foi utilizado um roteiro semi-estruturado para o registro dos relatos. Os locais de realização das entrevistas foram as próprias unidades escolhidas para o estudo.

Desta maneira, o participante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começou a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados foram analisados após a coleta de dados, onde as questões objetivas foram estudadas quantitativamente, apresentadas em forma de tabela e gráficos de acordo com os objetivos da pesquisa. As questões subjetivas foram avaliadas qualitativamente contrapondo com a literatura pertinente à temática do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), segundo Lefèvre e Lefèvre (2003). O DSC consiste em analisar depoimentos provenientes de questões subjetivas, agrupando a auto-expressão do pensamento ou opinião coletiva de sentido semelhante em discursos-sínteses redigidos na primeira pessoa do singular, como se uma pessoa falasse em nome de uma coletividade.

A análise do discurso do sujeito coletivo dos participantes inseridos no estudo envolveu as seguintes etapas: seleção das expressões-chave de cada discurso individual, obtidas para cada questão proposta para o estudo, às expressões-chave representam a prova discursiva - empírica da verdade das idéias centrais; identificação das idéias centrais que cada um dos indivíduos apresenta em seu discurso e as expressões-chave para cada resposta de uma dada pergunta, formando a síntese do conteúdo dessas expressões; agrupamento das idéias centrais semelhantes ou complementares, envolvendo as mesmas respostas de um questionamento proposto para a pesquisa, transcrevendo-se literalmente os termos utilizados pelos participantes do estudo; construção do discurso-síntese, ou discurso do sujeito coletivo, através do agrupamento das idéias centrais semelhantes. Para a construção do discurso -

síntese, várias idéias centrais e várias expressões-chave foram reunidas em um só discurso, como se todas tivessem sido proferidas por um mesmo indivíduo.

4.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

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. Logo, foi solicitado o Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes da pesquisa envolvendo seres humanos (APÊNDICE A), segundo a resolução citada, devendo-se sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade (BRASIL, 1996). Para realizar a coleta de dados, o projeto foi encaminhado para apreciação e parecer ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, com parecer favorável sob o número de protocolo 493042010 (APÊNDICE C).

5 RESULTADOS E DISCURSÕES

Para fundamentar este estudo, fez-se necessário realizar a apresentação dos dados expostos em dois momentos. Com o intuito de facilitar a compreensão, serão dispostos inicialmente os dados relativos à caracterização dos sujeitos investigados analisados estatisticamente e demonstrado em forma de tabela, seguido dos dados correspondente a percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca da puericultura, fundamentados qualitativamente através do Discurso do Sujeito Coletivo conforme Lefèvre e Lefèvre (2003).

5.1 Dados que caracterizam os participantes

Tabela 1- Caracterização da amostra

VARIÁVEL	n	%
SEXO		
Masculino	03	37,5
Feminino	05	62,5
FAIXA ETÁRIA		
20 a 29 anos	03	37,5
30 a 39 anos	05	62,5
ESTADO CIVIL		
Solteiro	01	12,5
Casado	07	87,5
TEMPO DE FORMAÇÃO		
01 a 03 anos	02	25
04 a 06 anos	03	37,5
Mais de 06 anos	03	37,5
TITULAÇÃO PROFISSIONAL		
Enfermeiro Graduado	02	25
Enfermeiro Especialista	06	75
TEMPO DE TRABALHO NA ESF		
Menos de 01 ano	01	12,5
De 01 a 03 anos	03	37,5
De 04 a 06 anos	02	25
Mais de 06 anos	02	25
TOTAL	08	100

Participaram da pesquisa 08 enfermeiros que atuam na ESF, na cidade de São João do Rio do Peixe – PB, na qual 37,5% destes profissionais são do gênero masculino e 62,5% do sexo feminino. A predominância do sexo feminino na profissão, corrobora com Lopes et al. (2007), que enfatizam as raízes históricas da predominância do referido sexo na enfermagem ao salientar que a imagem do profissional de enfermagem durante séculos foi confundida com a da mulher e o ato de cuidar, uma extensão das funções maternas.

Contudo, é significativo o número de profissionais do sexo masculino neste estudo, apontando uma mudança no perfil da profissão. Segundo Monteiro et al. (2008), o universo masculino inserido nas equipes de Saúde da Família teve um aumento expressivo demonstrando a capacidade dos homens assumirem responsabilidades na promoção do cuidar, assim como qualidade na assistência prestada.

Dos profissionais entrevistados 87,5% eram casados e 12,5% solteiros. Dos quais, 37,5% encontravam-se na faixa etária de 20 a 30 anos e 62,5% na faixa etária de 30 a 39 anos. No que concerne ao tempo de experiência profissional 25% tinham de 01 a 03 anos, 37,5% de 04 a 06 anos e outros 37,5% mais de 06 anos de profissão. A variável idade associada ao tempo de formação é bastante significativa, pois permite construir uma análise dimensional dos participantes ao interligar faixa etária à experiência profissional. Segundo Rocha et al. (2007), o tempo de formação pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de relativa maturidade, assim como em uma dada época reflete o conhecimento e aptidões valorizadas em determinado período.

A implantação da ESF foi substancial no aumento da procura dos profissionais de saúde pela enfermagem, com a sua criação a enfermagem teve uma maior valorização e reconhecimento o que justifica a atuação elevada de profissionais cada vez mais jovens nessa área. Para a atuação profissional houve necessidade de aperfeiçoamento na sistemática da assistência, bem como as competências gerais e específicas passaram a capacitá-lo a fim de interagir com a equipe, identificar e intervir nas diferentes situações clínicas além de possuir domínio intelectual na dinâmica assistencial, buscando essa nova reformulação na profissão de enfermagem.

Quanto à titulação profissional, observa-se que 75% dos enfermeiros são especialistas, demonstrando o interesse pela qualificação, o que pressupõe um perfil de profissionais comprometidos com a atualização dos seus conhecimentos e interessados em respaldar-se cientificamente, para uma melhor e mais consciente desempenho de suas atividades. No entanto, visto a facilidade em realizar cursos de pós-graduação torna-se indiscutivelmente negativo e preocupante vivenciar uma parcela de 25% dos participantes sem esse nível de instrução.

Segundo Martins (2006), a especialização como instrumento de qualificação, seja no ensino, na assistência, na gerência ou na prática investigativa é de extrema importância para o profissional de enfermagem por proporcionar uma forma diferenciada de conhecimento, que resulta em melhorias na qualidade da assistência prestada à clientela.

A atualização e o aperfeiçoamento tornaram-se necessidades para atuação do enfermeiro. A capacitação reproduz o domínio de conhecimentos específicos que resultam de formação, treinamento e experiência para exercer determinada função, quanto mais capacitado for o profissional, maior é a probabilidade de ser competente no exercício de sua função (LIMA et al., 2009).

Fazendo alusão ao tempo de trabalho na ESF, apenas 12,5% atuam a menos de um ano, 37,5% de 01 a 03 anos, 25% entre 04 a 06 anos e outros 25% a mais de 06 anos. Evidenciando-se a relação entre o tempo de formação e a experiência profissional, ao enfermeiro que atua a mais tempo na USF presume-se um maior conhecimento prático podendo este contribuir para elevar o nível da assistência e sua qualidade, tornando-a compatível com o que preconiza o MS.

Conforme Rocha et al. (2007), a experiência profissional, o envolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam nos profissionais a permanência em uma organização e ainda o tempo de trabalho em uma instituição pode estar associado à proposta de trabalho e a satisfação individual.

5.2 Dados voltados para o objetivo da pesquisa

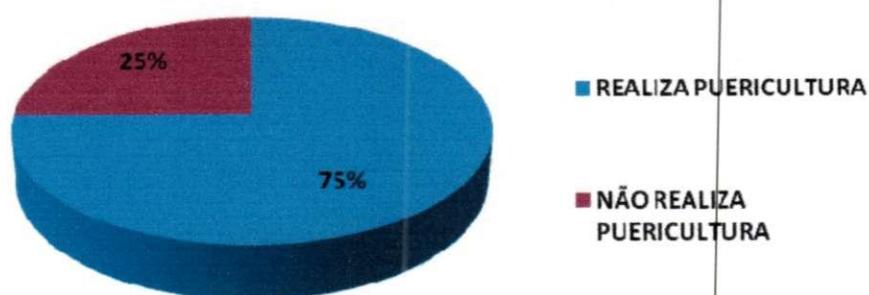


Figura 1- Distribuição percentual referente à realização da puericultura na USF.

A figura 1 refere-se ao questionamento: a puericultura faz parte das atividades realizadas na Unidade de Saúde da Família (USF) em que você trabalha? De acordo com os dados coletados, 75% dos entrevistados responderam que sim e 25% que não há realização desta atividade.

Observa-se a partir dos achados, que apesar de constar nas agendas nacionais de saúde, ainda há uma prevalência relevante de profissionais que não realizam a consulta de puericultura. Sendo apontada como o conjunto de técnicas que permitem assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, compete ao enfermeiro prestar essa assistência de forma integral e contínua.

Corroborando com Bonilha e Rivorêdo (2005), a atenção à saúde da criança proposta atualmente pelo MS dirige-se para o contexto da integralidade do cuidado revestindo-se como importante estratégia para o reconhecimento dos direitos na infância.

Na ESF a realização da puericultura representa o compromisso pela garantia de uma assistência integral, qualificada e humanizada. As ações de promoção da saúde devem ser acionadas por meio de estratégias que envolvam a coletividade em geral e a família, esta como responsável pela criança e como detentora de um saber que não poderá ser descartado, mas aperfeiçoado e adaptado ao saber científico dos profissionais.

Nessa perspectiva, aos enfermeiros cabe a responsabilidade pelo desenvolvimento da atividade supracitada assim como a efetividade das ações. Na saúde em geral e, mais especificamente, na saúde da criança, são muitos os obstáculos a serem enfrentados para que ações sejam implementadas com vistas a um novo paradigma que não aquele que prioriza somente a doença, introduzindo conceitos e ações facilitadores de promoção da saúde.

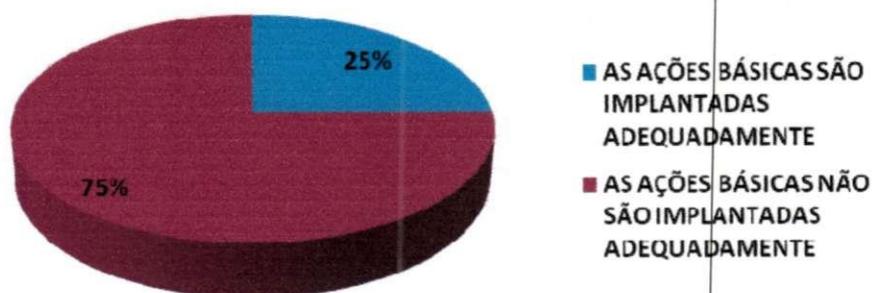


Figura 2- Distribuição percentual referente às ações básicas de saúde voltada à saúde da criança implantadas de forma adequada na USF.

Na figura 2 os dados coletados apontam que 25% dos entrevistados responderam sim quando questionados se as ações básicas de saúde voltada à saúde da criança são implantadas de forma adequada na USF em que trabalham e 75% responderam que não.

Ao analisar os dados percebe-se a falta de compromisso em realizar as ações propostas para atenção à criança, bem como a conformidade dos profissionais frente a não efetividade dessas ações e sua implantação adequada, podendo ser detectado por meio da falta de indignação dos mesmos.

Conforme Mello et al. (2009), a assistência em puericultura está colocada como ação programática da atenção básica à saúde no Brasil em consonância com a ESF. No entanto, ainda convivemos 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.

As dificuldades enfrentadas pelos municípios de pequeno porte, frequentemente aparecem nos discursos dos gestores municipais que alegam a falta de investimentos em saúde atribuída à falta de recursos financeiros. Muitas vezes atrelando a isso a deficiência na assistência à saúde, passando a atribuir aos profissionais o esforço para identificar, atender e suprir às necessidades da população assistida.

No quadro a seguir são expostas as Idéias Centrais (ICs) e os Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs) referentes ao questionamento a respeito da importância da realização da puericultura.

IDÉIA CENTRAL – 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO-1
Acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança.	<i>Permite acompanhar o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, social e afetivo da criança. Orientar a maneira adequada quanto à amamentação, desmame e introdução de novos alimentos, assim como acompanhar o calendário de vacinas e a detecção de doenças e agravos prevalentes na infância.</i>
IDÉIA CENTRAL – 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO-2
Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido.	<i>Serve como complemento da assistência pré-natal através de visitas e consultas desde o puerpério imediato até o tardio. Acompanhando a paciente após o parto, identificando situações de risco ou intercorrências e intervindo para que tanto a mãe quanto o RN não venham a ter complicações.</i>

Quadro 01 – ICs e DSCs referentes ao questionamento: Qual a importância da realização da Puericultura?

De acordo com o DSC-1, percebe-se que os participantes da pesquisa compreendem a importância da realização da puericultura, demonstrando conhecimento satisfatório acerca da temática proposta.

A puericultura caracteriza-se pelos cuidados preventivos, como controle do crescimento e desenvolvimento, orientação alimentar, vacinação e atenção ao surgimento de possíveis enfermidades infantis constituindo importante instrumento para a promoção de boas condições de saúde na infância, possuindo o enfermeiro relevante papel na qualidade dessa atenção.

Segundo Oliveira e Cadete (2009), durante a realização da puericultura, com o objetivo de monitorar o crescimento e o desenvolvimento do grupo infantil, não se pode perder de vista a promoção da saúde por meio de ações educativas, que consistem em avaliar e promover a aquisição de competências para atender também a outras necessidades da criança, tais como comunicação, higiene, imunização, sono, nutrição, amor e segurança. Para isso é necessário aptidão dos profissionais em orientar às mães quanto aos cuidados com a criança.

No DSC-2 evidencia-se distorção quanto ao conceito da temática proposta. Ao responder o questionamento os participantes referenciam consultas puerperais como sendo atividades de puericultura, o que demonstra limitação no conhecimento e provavelmente na atenção efetuada por estes profissionais.

Consoante Monteiro e Ferriani (2000), tendo em vista que a desinformação dos profissionais de saúde pode comprometer o desempenho da estratégia como proposta, pautando-se na perspectiva dos princípios sugeridos para a prática neste modelo de atenção surge à necessidade de capacitação dos profissionais como recurso para atualização dos conhecimentos.

Percebendo o equívoco ou mesmo desconhecimento desses profissionais a respeito da temática, pode-se dizer que essa deficiência no conhecimento esteja relacionada à falta de aperfeiçoamento tendo em vista as diversas modificações que ocorrem nos programas disponibilizados pelo MS para a ESF, e compete ao enfermeiro acompanhar essas transformações não só para adequar o seu atendimento como também promover o seu crescimento profissional.

É possível também associar essa deficiência ao fato de que uma parcela significativa dos entrevistados não possui curso de especialização, o que restringe o conhecimento desses profissionais as informações adquiridas na academia.

O quadro abaixo contém as ICs e os DSCs referentes ao questionamento sobre como é realizada a consulta de puericultura.

IDÉIA CENTRAL - 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO-1
Desenvolvendo ações de promoção à saúde e prevenção aos agravos.	<i>Estimulando o aleitamento materno, exercendo a vigilância do crescimento e desenvolvimento. Através da mensuração do peso, estatura, observando a imunização, além de encaminhar e referenciar os desvios do crescimento e desenvolvimento.</i>
IDÉIA CENTRAL - 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO-2
A puericultura não é realizada.	<i>Na ESF onde trabalho atualmente não há realização da puericultura. Sou recém chegada e estou tentando implantar a consulta de puericultura.</i>
IDÉIA CENTRAL - 3	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO-3
Através de visitas domiciliares agendadas pelos ACS.	<i>Logo após o parto, através de visita domiciliar à puérpera agendada pelos ACS é realizada anamnese: verificando o cartão da criança, fazendo indagações sobre aleitamento, dor, fluxo vaginal, febre, condições psicoemocionais, sociais, avaliação clínico ginecológica, etc. Os ACS pesam as crianças e de acordo com a necessidade a enfermeira encaminha para o nutricionista.</i>

Quadro 02 - ICs e DSCs referentes ao questionamento: Como é realizada a consulta de puericultura?

O quadro 02 demonstra três conjunturas para o questionamento supracitado. No entanto, apenas o DSC-1 revela propriedade sobre a realização da puericultura, corroborando com as intervenções preconizadas pelo MS.

Segundo o Brasil (2005), nos serviços de puericultura oferecidos pela equipe de Saúde da Família é indispensável ações como o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil, orientações a alimentação saudável, prevenção do sobrepeso e obesidade e imunizações.

Portanto ao enfermeiro recai a responsabilidade de verificar os marcos tradicionais do desenvolvimento infantil, assim como as modificações psicofísicas permitindo desenvolver ações interativas entre o ser cuidado, o meio social e a unidade de saúde.

A ausência de puericultura constitui a idéia central no DSC-2 demonstrando que apesar dos esforços para garantir a integralidade da assistência, os dados demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para cumprir o direito à saúde garantido pelos poderes públicos a população infantil.

Samico et al. (2005), indicam que dificuldades no processo de trabalho, falta de equipamentos e outros insumos, assim como problemas no cumprimento de normas técnicas

por parte dos profissionais são pontos que persistem e tornam-se impeditivos para uma adequada atenção à saúde.

Ao avaliar as respostas que originaram o DSC-3, equivalem as considerações apontadas para o DSC-2 no quadro 01, pois os participantes persistem em definir as atividades de puericultura de forma equivocada, o que induz acreditar na falta de conhecimento do termo.

Percebendo-se que os participantes da entrevista possuem um conhecimento limitado em relação à temática, presumem-se lacunas no desenvolvimento de suas ações, pois são estas que determinam a eficácia da assistência à criança, já que especialmente ao enfermeiro compete o desempenho desta atividade.

Segundo Blank (2003), o perfil da maioria da população infantil do país exige ações básicas de cuidado por apresentar doenças perfeitamente preveníveis e tratáveis em nível ambulatorial e domiciliar. Assim, a ESF por intermédio das ações de puericultura busca incorporar atividades elencadas em favor da promoção da saúde infantil na perspectiva de prevenir prováveis enfermidades.

Resguardando o direito infantil de crescer e desenvolver-se com todo o seu potencial, competem a todos que compõem o cenário da saúde o conhecimento e técnica para realização das ações programadas com a finalidade de prestar a mais completa assistência.

No quadro a seguir através das ICs e DSCs os participantes elucidam como é feito o aprazamento das consultas de puericultura nas unidades de saúde em que trabalham.

IDÉIA CENTRAL - 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO-1
De acordo com o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde.	<i>Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê, caso o mesmo seja de risco deverá acontecer nos primeiros 3 dias após alta. O retorno da mulher e do RN ao serviço de saúde deve ser de 7 a 10 dias após o parto. Deve-se agendar as próximas consultas de acordo com o calendário preconizado para o acompanhamento da criança, no 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º mês de vida.</i>
IDÉIA CENTRAL - 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO-2
ACS agenda a visita.	<i>Após o parto a equipe é comunicada pelo ACS e imediatamente é agendada a visita, de preferência em até 7 dias. Um mês após a primeira visita é realizada a segunda.</i>

Quadro 03 – IC e DSC referente ao questionamento: Como é feito o aprazamento dessas consultas?

O DSC-1 demonstra o trabalho dos profissionais em conformidade com as ações propostas pelo MS. O segmento do calendário preconizado e o acompanhamento sistemático

do crescimento e do desenvolvimento servem como indicadores da qualidade da atenção prestada à criança.

O MS estabeleceu um número mínimo de consultas, considerando a qualidade de atendimento à criança de forma sequenciada. Definindo assim as consultas de puericultura sempre que possível: consulta da 1º semana de vida - visita domiciliar ou ambulatorial; consulta ao final do 1º mês, aos 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses, e 24 meses (CEARÁ, 2002).

Ao planejar o calendário de puericultura o enfermeiro pode organizar o que melhor se adapte ao seu contexto, adaptando os procedimentos às necessidades da criança e da família, avaliando os fatores de risco, adequando as atividades a estrutura e aos recursos dos serviços de saúde.

O DSC-2 revela as deficiências encontradas nos serviços de saúde, pois ao relacionar a puericultura aos cuidados maternos pós-parto, os participantes da pesquisa insistem no erro confirmando a falta de conhecimento acerca da temática.

Nessa perspectiva, alguns estudos apontam a crise na formação e no desenvolvimento dos recursos humanos em saúde, decorrente das mudanças do processo produtivo e aspectos relativos às formas de trabalho e a organização dos serviços. Conforme Marques (2004), nos últimos anos, os avanços alcançados na gestão do sistema de saúde vêm definindo as necessidades de requalificação dos profissionais de forma dinâmica, apontando para a revisão dos modelos de formação adotados, tendo os princípios e pressupostos do SUS como base para a mudança das metodologias e dos conteúdos programáticos utilizados no ensino. Portanto, a busca por mudanças no processo de formação de recursos humanos implica transformação de concepções e práticas e também a produção de novos conhecimentos e saberes.

Assim, é fundamental na prática de enfermagem investimentos na qualificação profissional, pois a disponibilidade e a qualidade da assistência que os serviços de saúde oferecem constituem condicionantes importantes da evolução das condições de saúde, constituindo elementos relevantes para a prática de enfermagem na gestão do cuidado e requerendo do profissional, um conhecimento ampliado sobre seu campo de atuação.

Questionados sobre o conhecimento do cronograma preconizado pelo MS para o acompanhamento do crescimento x desenvolvimento de crianças com até 02 anos de idade, 100% dos entrevistados responderam conhecer o cronograma. Entretanto, esta noção por todos é questionável devido às incoerências apresentadas nas respostas anteriores.

Com o propósito de sistematizar as ações da enfermagem na puericultura, respaldar os enfermeiros que atuam na atenção básica e subsidiá-los na prática assistencial, o cronograma preconizado pelo MS busca atender as necessidades prevalentes na infância. Portanto, a consulta de enfermagem é uma estratégia de atendimento, direcionada ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança por meio de consultas mensais o que possibilita a diminuição da morbimortalidade em menores de cinco anos de idade (RONZANNI; SILVA, 2008).

Os programas de saúde voltados às crianças contemplam ações programáticas educativas e assistenciais que visam atendê-las de forma integral e individualizada. Desta forma, o enfermeiro torna-se responsável pelo desenvolvimento de ações promotoras, preventivas e de recuperação à saúde, desenvolvendo ações dirigidas à promoção do crescimento e do desenvolvimento saudável.

As respostas dos entrevistados sobre quais atividades educativas são desenvolvidas na realização da puericultura deram origem as ICs e DSCs presentes no quadro abaixo.

IDÉIA CENTRAL - 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO-1
Orientações aos responsáveis quanto aos cuidados com as crianças.	<i>Falo da importância do vínculo afetivo, vacinação, higiene corporal e ambiental, atividades lúdicas. Orientações a grupos de mães. Palestras feitas aos responsáveis pelas crianças e demonstração do cartão de vacina.</i>
IDÉIA CENTRAL - 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO-2
Orientações materno-infantis	<i>Durante a visita, a gestante é orientada quanto à importância do aleitamento materno tanto para ela quanto para o RN, é orientada ainda quanto à higiene, alimentação, possíveis complicações neste período, cuidados com o coto umbilical, vacinação, entre outros. Normalmente as atividades são feitas individualmente orientando quanto a atividades físicas, sexual, direito da mulher e planejamento familiar.</i>

Quadro 4- ICs e DSCs referente ao questionamento: Quais as atividades educativas desenvolvidas na puericultura?

Ribeiro et al. (2000), apontam que durante as consultas de puericultura o enfermeiro deverá orientar à mãe sobre atividades que estimulem o desenvolvimento global da criança, sendo fundamental a valorização do seguimento das mudanças que ocorrem em seus filhos durante seu processo de crescimento. Para isso, é importante que os pais saibam que o desenvolvimento é fruto da interação com o ambiente em que vive e a família constitui um dos principais parâmetros.

Percebe-se no DSC-1 que as atividades educativas durante as consultas de puericultura precisam ser ampliadas, sendo necessária a transmissão de conhecimento pertinente ao

crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis. Essas informações devem fazer parte da rotina do enfermeiro, visando à participação constante dos responsáveis pela saúde da criança.

Durante a consulta as orientações constituem um foco imprescindível a ser executado pelos profissionais de enfermagem e alguns procedimentos relacionados principalmente aos aspectos educativos, requerem ajustes de fácil resolução, a fim de contemplar aspectos essenciais à saúde da criança aprimorando, assim, a qualidade da consulta de enfermagem prestada nas USF.

O DSC-2 remete a análise de que se convive com uma sucessão de problemas que alteram a capacidade dos serviços de saúde de operar de forma eficaz, o que pode ser identificado através do discurso dos profissionais que se apresentam despreparados quanto à realização de algumas atividades.

Logo, tais achados deixam dúvidas acerca do tipo de acompanhamento que estas crianças estão recebendo, visto que a avaliação do crescimento e desenvolvimento é considerada o eixo norteador da assistência à saúde da criança, com ênfase na vigilância de vários fatores que podem interferir neste processo, devendo ser configurada como uma das ações mais importantes para o alcance da melhor qualidade de vida (HOFFMANN; OLIVEIRA, 2009).

Vê-se aqui a necessidade da implantação da Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia de reorientar/ reorganizar a prática assistencial por promover no profissional inquietação frente aos processos de trabalho, o que resulta em transformação das práticas na assistência à saúde.

Quando questionados sobre a orientação as gestantes sobre a puericultura durante a realização do pré-natal, todos os participantes da pesquisa responderam orientá-las. Para Blank (2003), o cuidado com a criança deve se iniciar antes mesmo do nascimento, através das consultas de pré-natal onde o obstetra rotineiramente zela pela saúde da gestante e do conceito, visando assim boas condições de nascimento da criança e sua saúde futura, razão pela qual o pré-natal é considerado indispensável.

A assistência prestada às famílias e às crianças, no momento correto, pode modificar positivamente o atual padrão epidemiológico da saúde da criança. O diagnóstico precoce e decisões apropriadas, quer seja através da assistência no nível local ou nos serviços de maior complexidade tecnológica demonstram eficiência no processo de organização da atenção nos serviços de saúde, agilizando a efetivação do atendimento e a resolutividade desejada.

Contudo, as concepções anteriores feitas por alguns dos entrevistados sobre a implantação e realização da puericultura mostram-se errôneas, apontando prováveis deficiências na execução da mesma e a necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais.

No quadro a seguir encontram-se as ICs e DSCs referente ao processo de orientação da atividade de puericultura às mães.

IDÉIA CENTRAL - 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO-1
Orientação quanto à importância da realização da puericultura e da continuidade desse atendimento.	<i>Oriento quanto à importância de estar levando a criança ao posto, para avaliação da enfermeira e do médico. As gestantes são conscientizadas que o acompanhamento continua após o parto com a realização da puericultura e são orientadas quanto à importância da mesma. A enfermeira recebe a criança e a família, observa o comportamento dos mesmos, usa o prontuário para o registro, entrevista a mãe com foco na condição dos prováveis agravos, usa também o cartão da criança. Informo que ao nascer a criança deve ser acompanhada mensalmente. Durante as orientações sobre cuidados incluo informações sobre imunização, acompanhamento do peso, desenvolvimento até 2 anos de idade no mínimo.</i>
IDÉIA CENTRAL - 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO-2
Através das consultas de pré-natal.	<i>Através da consulta e da visita domiciliar. A orientação se dá mensalmente através das consultas de pré-natal.</i>

Quadro 5- ICs e DSCs referente ao questionamento: Como se dá o processo de orientação da atividade de Puericultura às mães?

No que concerne as orientações às mães, o DSC-01 demonstra a efetividade desta prática que além de promover a saúde, dar suporte ao profissional para avaliar as condições da mãe, ou qualquer responsável, para assumir, com suficiência, o cuidado da criança.

Segundo Queiroz e Jorge (2006), todas as oportunidades de contato com as crianças e seus cuidadores devem ser aproveitadas para conversar e trocar experiências, demonstrando uma atitude de compreensão e aproximação com a realidade das famílias, estabelecendo uma relação intersubjetiva com essas pessoas que buscam os serviços à procura da saúde dos filhos.

Os objetivos da puericultura contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, através de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes. Certamente, estas orientações realizadas a um grupo de mães interessadas com a saúde do filho trarão uma

participação de modo a obter conhecimentos para desenvolver habilidades e atitudes favoráveis à saúde da criança (MARTINS, 2008).

Nesse caso, deve-se facilitar a participação das mães e o entendimento sobre a maneira de cuidar coerente com a realidade dos sujeitos. Nesse sentido, é indispensável utilizar uma linguagem simples e compreensiva, denotando o inestimável respeito à cultura, expressa essencialmente por meio da linguagem.

Na unidade básica a consulta de puericultura deve ser realizada conforme o manual de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança, devendo contemplar o registro periódico do peso, estatura, comprimento e perímetro cefálico na caderneta da criança, a observação dos marcos do desenvolvimento, avaliação do esquema vacinal, bem como saber escutar e conversar com a mãe sobre o desenvolvimento do seu filho e sua estimulação, discutindo os conhecimentos de cuidados gerais (FALEIROS et al., 2005).

Nessa perspectiva, apesar da existência de um programa que contemple o desenvolvimento infantil sob todos os aspectos, verifica-se o desconhecimento e a inabilidade de promover o cuidado de forma integral. O DSC-02 remete a isto, tornando-se imprescindível a realização de um programa de educação continuada, na medida em que a participação dos enfermeiros no conjunto das atividades desenvolvidas na ESF é significativa, assim como a contribuição dos seus trabalhos no quantitativo da força de trabalho empregada.

Logo abaixo estão expostas as ICs e os DSCs referentes às dificuldades encontradas pelos profissionais para a realização da puericultura como rotina nas unidades de saúde da família.

IDÉIA CENTRAL - 1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO-1
Sim, devido à deficiência estrutural e profissional.	<i>Sim. Devido às deficiências de instrumentos. A cultura das famílias que envolvem vários atores como pais, vizinhos, amigos e também os próprios profissionais tem dificuldades em realizar uma puericultura como recomenda o Ministério, alguns por múltiplas obrigações, outros por não terem habilidades para tal procedimento. Por esta não ser prática de rotina neste município, por exemplo, a minha equipe não tem uma unidade (espaço físico) de referência, atendemos em escolas, capelas, casa na comunidade. As localidades longe da unidade básica dificultam realizar mensuração/avaliação antropométrica.</i>
IDÉIA CENTRAL - 2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO-2
Não há dificuldades.	<i>Não. Na USF que faço parte não tenho dificuldades.</i>

Quadro 6- ICs e DSCs referente ao questionamento: Há dificuldades para realização da Puericultura como rotina da Unidade de Saúde da Família? Exemplifique-as.

Nos resultados apontados no DSC-01, há referência de que a realização das atividades que são preconizadas pelo MS por vezes não constitui rotina nas USF devido à falta de estrutura adequada para a sua realização. Para o MS, a ambiência é um dos principais fatores para o acolhimento do usuário. A distribuição de estrutura organizacional e as modalidades de utilização do espaço físico devem atender aos aspectos sociotécnicos dos serviços e às necessidades dos sujeitos (ZANOLLI; MERHY, 2001).

Para tanto, na ESF para melhorar o acesso e a qualidade da atenção prestada, requer, dentre outros pontos, que as ações e serviços realizados no cuidado à criança sejam garantidos com capacidade estrutural, investimento nos recursos humanos e uma definição de uma política intersetorial capaz de contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Isso é importante, pois requer dos gestores locais de saúde o desenvolvimento de um olhar epidemiológico e de vigilância acerca da problemática.

Outro fator determinante presente no discurso é a interferência dos conhecimentos empíricos da população que acarreta dificuldade na realização adequada das atividades programadas, assim como a falta de habilidade profissional na realização das mesmas.

Os aspectos culturais e sociais das famílias relacionados aos cuidados infantis ultrapassam gerações, interferindo na aceitação dos ensinamentos, assim como na efetividade das atividades propostas.

Segundo Pessanha e Cunha (2009), os profissionais relatam que em seus serviços a realidade, por vezes, difere da vivenciada na vida acadêmica ou mesmo nos cursos de capacitação profissional realizados pelas secretarias de saúde, o que impossibilita a aplicação de diversos conhecimentos adquiridos, seja pelas limitações no processo de trabalho ou nas relações entre a equipe de saúde e a população.

Logo, para efetividade das ações propostas pelo MS para a ESF tem que haver interação entre os agentes promotores de saúde e os usuários. Pois, ao intervir sob a forma de trocas, orientações e observações, a enfermagem poderá ampliar sua dimensão, favorecendo o relacionamento com o outro, reconhecendo necessidades e limitações, e ampliando o cuidado com o ser humano na busca de uma atenção integral e contínua.

No DSC-2 os entrevistados não referem dificuldades para implantação da puericultura. No entanto, ao analisar os discursos anteriores percebe-se uma distorção do assunto abordado, permitindo crer que as dificuldades não existem porque não há realização desta atividade.

O sucesso dos serviços básicos de saúde depende do desempenho de suas equipes e, a efetividade das ações propostas traduz o potencial desses profissionais. Conforme Ronzanni e Silva (2008), a assistência de enfermagem é um componente fundamental na ESF e, por isso,

também motivo de crescentes debates e novas significações. Logo, formação e capacitação de recursos humanos são questões essenciais que devem incorporar novos elementos para a reorientação do processo de trabalho em saúde.

Nesse sentido, aos enfermeiros é imprescindível a delicadeza, a gentileza, a disposição, mas tudo isso, sem o conhecimento científico e o suporte técnico gerencial e instrumental necessário, acarretará ações e serviços que não vão produzir nas crianças o efeito de um cuidado capaz de suprir suas necessidades biológicas, físicas, emocionais e intelectuais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta de puericultura realizada nas Unidades de Saúde da Família é uma das atribuições da enfermagem, a qual deve deter o conhecimento sobre crescimento e desenvolvimento da criança e aplicá-lo de forma coerente. A efetividade dessa assistência pode ser conquistada sem grandes modificações no atendimento diário, cabendo aos profissionais estabelecer uma rotina e ter conhecimento do que não pode deixar de ser avaliado e orientado durante a consulta. A sua realização exige do enfermeiro uma postura que envolve, além do conhecimento, o comprometimento no sentido de prestar uma assistência humanizada e diferenciada a população infantil, apoiando suas famílias para a adoção das melhores condutas.

O presente estudo teve como propósito analisar a prática da puericultura na percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Neste sentido, buscou-se avaliar a consulta realizada pelos enfermeiros, assim como, investigar como são desenvolvidas as atividades educativas e identificar as dificuldades encontradas para realização da puericultura.

No tocante ao resultado encontrado foi possível vislumbrar uma realidade preocupante no segmento da atenção à saúde da criança na rede básica. Constatou-se de acordo com os dados coletados que, apesar de fazer parte das ações propostas pelo Ministério da Saúde, a puericultura não compõe o quadro de atividades rotineiras nas Unidades de Saúde da Família e para alguns profissionais, o termo parece ser desconhecido.

Os resultados obtidos revelaram uma necessidade de reorganização da assistência, pois a divergência entre as respostas dos diferentes atores ilustrou a incoerência desses profissionais quanto à realização das consultas de puericultura, o que provavelmente se reflete na atenção prestada.

A necessidade de formação permanente desses profissionais por meio de cursos, capacitações e atualizações configura uma ação de extrema importância, porque além de permitir o domínio das técnicas, constitui um mecanismo que propicia desenvoltura na realização das atividades efetivando, dessa forma, a comunicação entre profissionais e a população assistida.

No que concerne a realização de atividades educativas transmitidas pelos enfermeiros durante a puericultura, observa-se a realização dessa assistência que consiste em transmitir aos pais ou responsáveis a maneira adequada de lidar com as transformações ocorridas na infância, assim como, interagir com esse processo na tentativa de promover o crescimento e desenvolvimento saudável.

Como a puericultura trata da prevenção e promoção da saúde infantil, cujo intuito consiste em prevenir agravos e evitar que a criança adoça, é necessário que o puericultor não

se esqueça de relacionar as crianças com os aspectos físicos, sociais e ambientais nos quais elas estão inseridas, incorporando a família na realização dessa atividade.

As USF pesquisadas, segundo os entrevistados, não possuem ambiente e instrumental adequado para o atendimento das crianças, bem como, há dificuldades no enfrentamento das questões sociais e culturais. Desse modo, para efetiva realização da puericultura mostra-se necessário além da criatividade dos profissionais, a interação com a população adscrita para avaliar os critérios que as mães utilizam no cuidado com seus filhos.

Como ressaltado anteriormente, o foco dos profissionais é a criança, dentro do contexto da sua família e sociedade. Cada olhar adiciona saberes e possibilidades de atuação integral sobre o todo da criança. A idéia central deve ser a de não perder oportunidades de atuação, de prevenção, de promoção e da assistência, enfim, de cuidado, com vinculação e responsabilização sobre a continuidade da atenção.

Diante do exposto, pode-se concluir que os objetivos propostos do presente estudo foram alcançados e, esperamos que esta contribua na desenvoltura dos profissionais de enfermagem que devem sempre ampliar seus conhecimentos e formas de atuação trabalhando na perspectiva de vivenciar junto dos familiares o processo de crescimento e desenvolvimento infantil.

Nesse sentido, pensar em puericultura induz a pensar nos diversos modos de atuar na promoção de uma infância saudável. Por sua vez, implica em um movimento de repensar as práticas de saúde e de educação que se voltam para esta parcela significativa da sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. **Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes.** Belo Horizonte: COOPMED, 2006.

AMARAL, J. J. F. et al. Implementação da Estratégia: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Nordeste. **Revista de Saúde Pública.** Online. São Paulo, vol. 42, p. 598-606, Agosto, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 18 de Janeiro de 2010.

ANDRADE, M. G. **Introdução a Metodologia do Trabalho.** 6. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2003.

BENIGNA, M. J. C. et al. **Assistência Materno-Infantil: influência do Programa Saúde da Família na Atenção Básica.** Campina Grande- UEPB. Centro de Pós-Graduação, 2004. 105f.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil.** 4. ed. São Paulo: Ática, 2004.

BLANK, D. A. Puericultura Hoje: Um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria.** Online. Porto Alegre, Vol. 79, Supl.1, p. 13-22, mai./jun., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2010.

BONILHA, L. R. C. M.; RIVORÉDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria.** Porto Alegre. V.81, n.1, jan./fev., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 24 de Maio de 2010.

BORBA, P. C.; OLIVEIRA, R. S.; SAMPAIO, Y. P. C. C. **O PSF na prática: organizando o Serviço.** Juazeiro do Norte, Ceará, FMJ, 2007.

BOURGET, M. M. **Programa Saúde da Família: manual para o Curso Introdutório.** São Paulo: Martinari, 2005.

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

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

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** 2º ed. Atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

FIGUEIRDO, N. M. A.; TONINI, T. (Org.) **SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva**. São Caetano do sul, SP: Yendis Editora, 2007.

GAUTHIER, J. H. M.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I. **Pesquisa em Enfermagem – Novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

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

HOFFMANN, M. V.; OLIVEIRA, I. C. S. Conhecimento da família acerca da saúde das crianças de 1 a 5 anos em uma comunidade ribeirinha: subsídios para a enfermagem pediátrica. **Rev. Bras. de Enfermagem**. Vol.75, n.5. Brasília. Out./Dez., 2009. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 22 de Abril de 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2006, tabela Estimativas das Populações Residentes. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/estimativa2006/POP2006_DOU.pdf. Acesso em: 24 de Janeiro de 2010.

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 PSF do Município de Campo Mourão. **Rev. Maringá**, vol. 4, n°3, p. 224-230, set/dez, 2005. Disponível em: <http://www.bvs.gov.br>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2010.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da Educação Permanente para a Transformação das Práticas de Saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.18, n.2, p.152, abr. 2007. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 22 de 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: 24 de Maio de 2010.

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

MARQUES, D.; SILVA, E. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Rev. Bras. Enfermagem**. Vol.57, n.5. Brasília. Set./Out, 2004. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 24 de Maio de 2010.

MARTINS, A. P. V. "Vamos criar seu filho": os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. **Hist. Ciência Saúde-Manguinhos**. Vol.15, n.1. Rio de Janeiro, jan./mar, 2008. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 22 de Abril de 2010.

MARTINS, A. S. et al. Perfil dos enfermeiros e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Revista de enfermagem**. Online. São Paulo, v.15, n.3, p.472-478, 2006. Disponível: <http://www.bvs.gov.br>. Acesso em: 19 de Janeiro de 2010.

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: 22 de Abril de 2010.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1999.

MONTEIRO, A. I.; FERRACINI, M. G. C. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8, n.1, p. 99-106, Jan.2000. Disponível em: <http://www.bvs.gov.br>. Acesso em: 18 de Maio de 2010.

MONTEIRO, A. I. et al. Aprendendo, refletindo e praticando o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança através da consulta de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, n.1, 2008. Disponível em: <http://www.bvs.gov.br>. Acesso em: 18 de Maio de 2010.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA, F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 19, nº 6, p. 1791-1799, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 25 de Janeiro de 2010.

NOBREGA, L. L. R. et al. **Contextos da ação educativa do enfermeiro do PSF: participação popular**, 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Novembro. Goiânia, 2005.

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: 22 de Janeiro de 2010.

OLIVEIRA, V. C.; CADETE, M. M. N. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paulista de Enfermagem**. ; vol. 22, nº 3, São Paulo, maio/junho, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2010.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. (Org.) **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008.

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.

PEREIRA, A. L. et al. Programas de atenção à Saúde. in: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org). **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007, p. 255-333.

PESSANHA, R. V.; CUNHA, F. T. S. A aprendizagem-trabalho e as tecnologias de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Texto e Contexto-enfermagem** Vol.18, n.2. Florianópolis, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 22 de Abril de 2010.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

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: 23 de Janeiro de 2010.

RIBEIRO, C. A. et al. Consulta de enfermagem à criança num projeto de integração docente assistencial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.13, número especial, parte II, p.134-137, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 24 de Maio de 2010.

RIBEIRO, C. A. et al. Consulta de enfermagem pediátrica como parte da assistência a saúde/ instruindo um projeto interativo: sua experiência da implementação no processo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.15, n.2, p.75-88, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 23 de Janeiro de 2010.

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: 22 de Janeiro de 2010.

ROCHA, J. B. B. et al. Perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista de Enfermagem UERJ**. Online. Rio de Janeiro, n.1, v.15, jan/mar, 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br>. Acesso em: 18 de Janeiro de 2010.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, 2007. Jan./Mar; 15(1): 46-52. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br>. Acesso em: 18 de Maio de 2010.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 11, nº 3, p. 713-724, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 22 de Janeiro de 2010.

RONZANNI, T. M.; SILVA, C. M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol.13, n.1. Rio de Janeiro. Jan./Fev, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 22 de Maio de 2010.

SALOMON, D. V. **Como fazer uma monografia**. 11 ed. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2004.

SAMICO, I. et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. **Saúde Materno Infantil**, 2005, 5(2): 229-240. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 28 de Janeiro de 2010.

SAPAROLLI, E. C. I.; ADAMI, N. P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2007; 20(1): 55-61. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 21 de Janeiro de 2010.

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: 28 de Janeiro de 2010.

VIDAL, S. A. Avaliação da Aplicação da Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), Por Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**. Online. Recife, vol. 3, nº 2, pp. 205-213, abr./jun.,2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 21 de Janeiro de 2010.

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: 18 de Janeiro de 2010.

ZANOLLI, M. L.; MERHY, E. E. A Pediatria e as Suas Apostas Reformistas. **Caderno de Saúde Pública**. Online. Rio de Janeiro, vol. 17, n° 4, p. 977-987, jul./ago., 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 25 de Janeiro de 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: PUERICULTURA: Percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município do sertão paraibano

Pesquisador responsável: Cláudia Maria Fernandes

Pesquisador participante: Janice Ruth Anacleto Fernandes Dantas

Eu _____, RG _____, CPF _____, residente na _____, fui informado(a) que este projeto tem o objetivo de analisar a prática da puericultura na percepção dos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família. A realização desta pesquisa parte do pressuposto que se faz necessário avaliar a assistência à saúde da criança, possibilitando um acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento e a construção de estratégias que promovam a saúde integral nesta fase da vida.

Para desenvolvê-lo será necessário realizar os seguintes procedimentos: a realização de uma entrevista utilizando um roteiro semi-estruturado, instrumento composto por dados sócio-demográficos para traçar o perfil dos profissionais e dados voltados para os objetivos da pesquisa.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras - PB, telefone (83) 3531-2848.

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto.

Cajazeiras – PB, _____ de _____ de _____.

Nome do sujeito/ou do responsável: _____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista aos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Dados sócio – demográficos

- 1) Sexo: () masculino () feminino
- 2) Faixa Etária: () 20 a 29 anos
() 30 a 39 anos
() 40 a 49 anos
() Acima de 50 anos
- 3) Estado Civil: () Solteiro
() Casado
() Separado
() Viúvo
- 4) Tempo de Formação: () Menos de 1 ano
() 1 a 3 anos
() 4 a 6 anos
() mais de 6 anos
- 5) Titulação Profissional: () Enfermeiro Graduado
() Enfermeiro Especialista
- 6) Tempo de trabalho na ESF: () Menos de 1 ano
() 1 a 3 anos
() 4 a 6 anos
() mais de 6 anos

Dados voltados para o objetivo da pesquisa

1. A puericultura faz parte das atividades realizadas na Unidade de Saúde da Família (USF) em que você trabalha?
() Sim () Não
2. As ações básicas de saúde voltada à saúde da criança são implantadas de forma adequada na USF em que você trabalha?
() Sim () Não
3. Qual a importância da realização da Puericultura?

4. Como é realizada a consulta de puericultura?

5. Como é feito o aprazamento dessas consultas?

6. Conhece o cronograma preconizado pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento do crescimento x desenvolvimento de crianças com até 2 anos de idade?

Sim Não

7. Quais as atividades educativas desenvolvidas na puericultura?

8. Durante a realização do Pré-Natal, as gestantes são orientadas sobre a Puericultura?

Sim Não

9. Como se dá o processo de orientação da atividade de Puericultura às mães?

10. Há dificuldades para a realização da Puericultura como rotina da Unidade de Saúde da Família? Exemplifique-as.

APÊNDICE C

FACULDADE SANTA MARIA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **Puericultura: Percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família de um município do sertão Paraibano**, protocolo 493042010 da pesquisadora Claudia Maria Fernandes, foi aprovado, em reunião realizada no dia 13/05/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após o término da pesquisa, deve ser encaminhado ao CEP/FSM o relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Para este fim, será emitida uma certidão específica.

Cajazeiras – PB, 14 de maio de 2010.


Josélio Santos
Coord. do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS - PARAIBA

Ofício 019-2010 – Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem

Cajazeiras, 05 de abril de 2010.

DA: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem
Prof. Dr. Francisco Fábio Marques da Silva

AO: Ilmo. Sr. Carlos Frederico Nogueira Nonato
Secretário de Saúde do Município de São João do Rio do Peixe - PB

Solicitamos a V. Sa., autorização para a aluna **Janice Ruth Anacleto Fernandes Dantas**, matrícula **50612093**, coletar dados referente à Monografia de Conclusão do Curso Bacharelado em Enfermagem, intitulada: **PUERICULTURA: Percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município do sertão paraibano**, sob a orientação da professora Cláudia Maria Fernandes, durante o período letivo 2010.1.

Na certeza do pronto atendimento a este pleito, agradecemos a vossa atenção, e nos despedimos cordialmente com votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

Prof. Doutor Francisco Fábio Marques da Silva
Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem