



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAMILA CÍNTIA ABREU SANTANA

**RELATOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS NA CONSULTA DE
PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

CAJAZEIRAS/PB

2014

CAMILA CÍNTIA ABREU SANTANA

**RELATOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS NA CONSULTA DE
PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores – CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF, da Universidade Federal de Campina Grande, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Edineide Nunes da Silva

CAJAZEIRAS/PB

2014

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

S232r Santana, Camila Cintia Abreu
Relatos vivenciados por enfermeiros na consulta de
puericultura na atenção primária à saúde. / Camila Cintia
Abreu Santana. Cajazeiras, 2014.
58f. : il.
Bibliografia.

Orientador(a): Edineide Nunes da Silva.
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Atenção primária à saúde. 2. Cuidado da criança. 3.
Enfermagem. 4. Puericultura. I. Silva, Edineide Nunes
da. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616-053.2

CAMILA CINTIA ABREU SANTANA

RELATOS VIVENCIADOS POR ENFERMEIROS NA CONSULTA DE PUERICULTURA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Aprovada em ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Edineide Nunes da Silva
(Orientadora)
UFCG/FSM

Prof.^a Ms. Eliane de Sousa Leite
(Membro examinador)
UFCG

Prof.^a Ms. Cecília Danielle Bezerra Oliveira
(Membro examinador)
ETSC/UFCG

CAJAZEIRAS – PB

2014

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois Ele me concedeu força, paciência e dedicação e aos meus familiares e namorado que me forneceram apoio e compreensão nos momentos mais difíceis da sua realização.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, o Autor da minha vida. Ele ouviu e respondeu todas as minhas orações destinadas a esta obra, como mais uma prova do seu amor incondicional para comigo. Sem Ele nada sou, nada tenho e nada posso, porém com Ele, posso todas as coisas.

A minha família, pelo apoio e o incentivo, principalmente, aos meus pais, Carmen Abreu e Francisco José, e ao meu irmão Francisco Claydson, por ser a minha base, por sempre terem acreditado em mim, de tal forma que por diversas vezes abdicaram dos seus próprios interesses para que eu pudesse concretizar esse projeto, e principalmente pelo amor e dedicação na minha criação. Sem dúvida nenhuma eles são o maior presente que Deus me deu aqui na terra.

A meu namorado Esdras Ferreira por sua paciência, pelo carinho, compreensão, atenção e pela ajuda indispensável para a realização desse trabalho, abdicando muitas vezes do tempo disponível para a obtenção de suas realizações pessoais, para a concretização da minha. Agradeço a Deus constantemente por tê-lo colocado em minha vida.

A minha orientadora Prof.^a Ms. Edineide Nunes da Silva, por ter aceitado e apoiado a minha ideia, por todas as suas orientações, e por ter me tranquilizado sempre que necessário. Uma pessoa admirável tanto pela competência profissional, quanto pelo jeito simples, amigável e educado de ser, assim como por agir sempre de forma correta independente da situação.

A todos os meus amigos, tanto aqueles cuja amizade já existia há algum tempo, quanto aqueles que me conquistaram durante o curso de Enfermagem, em especial a Leticia Milena, Gabrielle Soares e Ana Cláudia, pelo apoio e incentivo sempre presentes. Principalmente aqueles que sempre me traziam à lembrança de que Deus está no comando de todas as coisas e que oraram por mim durante a realização desse projeto, especialmente Josélio Batista e Kalline Soares que me ajudaram significativamente com suas orações e ações nos momentos mais angustiantes no decorrer desse período.

A todos os meus colegas de sala pelos laços criados, pelas aflições e aprendizagens desenvolvidas ao longo desse tempo, que Deus conceda sucesso pessoal e profissional a cada um deles.

Agradeço a todos os professores do Curso de Enfermagem da UFCG, Campus Cajazeiras, por disseminarem seus conhecimentos e experiências, contribuindo assim, de forma significativa para o meu crescimento científico e profissional, principalmente ao

professor Fábio Marques, pelos seus conselhos tão sábios, a professora Milena Costa pela sua dedicação para comigo sempre que precisei, as professoras Eliane de Sousa Leite e Cecília Danielle Bezerra Oliveira por disponibilizarem o seu tempo para tecerem correções e sugestões nesse estudo, contribuindo assim, para a obtenção de resultados satisfatórios.

Aos enfermeiros que aceitaram participar desse estudo, cuja contribuição foi indispensável para a construção e alcance dos seus objetivos.

Por fim, agradeço a todos que estão sempre comigo, me apoiando, incentivando e comemorando sempre que possível, mas também me advertindo e me consolando nos momentos necessários.

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”

Florence Nightingale

SANTANA, C. C. A. **Relatos vivenciados por enfermeiros na consulta de puericultura na atenção primária à saúde.** Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2014. Págs. 58.

RESUMO

A redução da mortalidade infantil tornou-se um dos objetivos do milênio a nível de território brasileiro devido a sua importância como indicador da saúde da criança. Para alcançar tal objetivo foram criadas diversas políticas públicas e programas de saúde da criança, geralmente indicados para ser executados na Atenção Primária à Saúde por meio da Estratégia Saúde da Família - ESF, buscando a promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento e reabilitação dos agravos. Uma das medidas aplicadas para a redução desse indicador é puericultura, cujo objetivo é acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos de 0 a 10 anos de idade. Essa medida deve ser realizada pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde e dentre eles, o enfermeiro. O objetivo desse estudo é conhecer as práticas da consulta de puericultura desenvolvidas pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde e identificar as facilidades e dificuldades vivenciadas por estes profissionais na realização da mesma. Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório descritivo com abordagem qualitativa, realizada em Unidades de Saúde da Família da zona urbana da cidade de Cajazeiras – PB. A amostra foi composta por 7 enfermeiros. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário semiestruturado, os dados objetivos foram analisados através da estatística descritiva simples, enquanto que os subjetivos mediante a técnica de análise textual. A análise de dados revela que todos os participantes do estudo são do sexo feminino, a maioria dos entrevistados apresenta conhecimento satisfatório, bem como afirma ter participado de uma capacitação recentemente acerca da consulta de puericultura, 71, 43% declara desenvolver essa consulta na unidade de saúde na qual atua, contudo observou-se que as ações realizadas na atuação desta prática, geralmente são compostas por procedimentos pontuais, ao invés de um atendimento holístico. Foi encontrado mais dificuldades do que facilidades na execução da consulta de puericultura, sendo a mais citada a falta de adesão à puericultura por parte dos pais ou responsáveis. Conclui-se que em sua prática diária na consulta de puericultura os enfermeiros realizam algumas ações isoladas, bem como vivenciam facilidades e dificuldades no exercício desta prática, a qual carece ser aperfeiçoada no intuito de promover às crianças uma assistência qualificada e eficaz.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Cuidado da Criança. Enfermagem. Puericultura.

SANTANA, C. C. A. **Reports experienced by nurses in consultation with childcare in primary health care.** Work Completion of the Undergraduate Nursing - Center for Teacher Education, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2014 Pp. 58th.

ABSTRACT

The reduction of infant mortality has become one of the millennium goals at the level of Brazilian territory due to its importance as an indicator of child health. To achieve this goal were created various public policies and programs child health, usually stated to be executed in Primary Health Care through of Family Health Strategy – FHS, seeking health promotion, disease prevention, treatment and rehabilitation of injuries. One of the measures taken to reduce this indicator is child care, whose goal is to monitor the growth and development of individuals 0-10 years of age. This measurement should be performed by professionals of Basic Health Units and among them, the nurse. The aim of this study is to know the practices of consultation childcare performed by nurses in primary health care and identify the facilities and difficulties experienced by these professionals in achieving the same. It is a research field with a descriptive exploratory qualitative approach, carried out in the Family Health Units of the urban area of Cajazeiras - PB. The sample consisted of seven nurses. Data collection was performed by applying a semi-structured questionnaire, objective data were analyzed through, while the subjective through simple descriptive statistics the technique of textual analysis. Data analysis reveals that all the study participants are female, most respondents has satisfactory knowledge and claims to have attended a training recently about the consultation childcare, 71, 43% declare develop this consultation at the health unit in which it operates, but was observed that the actions taken in the performance of this practice, usually consist of specific procedures, rather than holistic care. Was found more difficulties than facilities in query execution childcare, most cited the lack of adherence to childcare by parents or guardians. It is concluded that in their daily practice in consultation childcare nurses perform some isolated actions, as well as facilities and experience difficulties in exercising this practice, which needs to be improved in order to promote children a qualified and effective assistance.

Keywords: Primary Health Care. Child Care. Nursing. Childcare.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros por gênero, faixa etária, maior titulação e tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família	30
Gráfico 1 – Distribuição dos enfermeiros quanto à participação em capacitação referente a puericultura.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS – Atenção Primária à Saúde
CD – Crescimento e Desenvolvimento
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DN – Declaração de Nascido Vivo
DO – Declaração de Óbito
ESF – Estratégia Saúde da Família
FMS – Faculdade Santa Maria
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAISC – Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança
PIAM – Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNH – Política Nacional de Humanização
PNI – Programa Nacional de Imunização
PSE – Programa de Saúde na Escola
PSF – Programa de Saúde da Família
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMM5 – Taxa de Mortalidade de menores de 5 anos
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 GERAL.....	17
2.3 ESPECÍFICO	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 MORTALIDADE INFANTIL.....	19
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA	20
3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	22
3.4 PUERICULTURA	23
4 MATERIAL E MÉTODO	26
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	27
4.2 LOCAL DA PESQUISA	27
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	28
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS	28
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	29
4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	
ANEXOS	

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), (2013) a Taxa de Mortalidade de Menores de 5 anos (TMM5) por mil habitantes, no Brasil, reduziu de 58 para 16 de 1990 à 2011. Atingindo assim a meta do 4º objetivo do milênio: reduzir a mortalidade infantil, em dois terços, entre 1990 e 2015, três anos antes do previsto. (BRASIL, 2010). Apesar desse progresso significativo, o país precisa reduzir ainda mais essa taxa, tendo em vista que em 2011 sua posição era 107º, em uma lista em que a 1ª colocação é ocupada pelo país com pior taxa de mortalidade infantil (BRASIL, 2013).

Para atingir esse objetivo, cada criança deve ser vista como um ser único, através de um olhar holístico, além disso, a saúde desta deve ser visualizada antes mesmo do seu nascimento, através do pré-natal, no qual o profissional além de prestar os cuidados necessários para uma gravidez saudável, ainda devem contribuir positivamente com a adaptação dos futuros pais à chegada do bebê, tendo em vista que esse é um período de grandes mudanças (BRASIL, 2012a).

Diante disso, é perceptível que o profissional de saúde deve estar capacitado tanto para fornecer as informações, quanto para realizar os cuidados necessários. No intuito de unificar as ações de saúde destinadas ao público infantil, buscando uma atenção à saúde da criança de forma integral, contribuindo assim para a redução da mortalidade neste grupo populacional foram criadas as políticas públicas de saúde de atenção à criança (FROTA et al., 2010).

No contexto das políticas de saúde da criança, no ano de 2004, o Ministério da Saúde (MS) criou a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, cujo foco é o atendimento à criança nos diversos ambientes de atenção à saúde, por uma equipe interdisciplinar, baseado nas linhas de cuidado existentes nesse documento. Sua criação foi baseada na tentativa de melhorar a assistência de saúde da criança (ERDMANN; SOUSA, 2009).

Segundo Figueiredo (2012), a atenção à saúde da criança configura-se como importante programa da atenção primária a serem executados pela Estratégia Saúde da Família (ESF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A ESF como uma estratégia que favorece a reorientação do processo de trabalho da Atenção Básica (AB), aprofundando-se nas suas diretrizes, princípios e fundamentos, tornando-se capaz de aumentar a taxa de resolução e impacto na situação de saúde da população. Logo, esta é uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB (BRASIL, 2012b).

Diante do exposto, é perceptível que o atual modelo de saúde foca principalmente na promoção da saúde e prevenção da doença, tentando assim reverter à visão do modelo curativista, no qual o indivíduo busca os profissionais da saúde somente quando estão

apresentando determinados sinais e sintomas, buscando tratamento para a doença da qual é portador. No âmbito da saúde infantil a estratégia adotada para prestar assistência as crianças até os 10 anos de idade, com intuito de manter um crescimento e desenvolvimento saudáveis é denominada de puericultura que na visão de Ricco; Almeida; Ciampo, (2005), consiste na atenção integral a saúde da criança através do processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de forma harmoniosa, na qual seja possível inferir o estado de saúde, nutrição, imunização, qualidade de vida, dentre outros aspectos, tendo em vista que a existência de qualquer privação na área biopsicossocial pode repercutir no crescimento e desenvolvimento da criança.

Conforme preconizado pelo MS, a realização da puericultura é uma das atribuições do enfermeiro atuante na AB. Dessa forma, o profissional deve ter conhecimento associado a habilidades e atenção voltadas para a saúde da criança, promovendo acolhimento, escuta, procedimentos e orientações de forma adequada, buscando assim, adquirir a confiança e a credibilidade da mãe para que ela possa iniciar e da continuidade as visitas para que então seja possível a obtenção dos resultados esperados (BRASIL, 2012a).

Considerando este contexto, o interesse pela temática surgiu durante a vivência enquanto acadêmica de enfermagem no estágio curricular supervisionado I nas UBS do município de Cajazeiras – PB, onde foi possível detectar várias lacunas existentes na realização da consulta de puericultura, estimulando assim, o interesse de aprofundar os conhecimentos acerca do tema. Considerando o grau de importância do atendimento de enfermagem à criança saudável, essa pesquisa baseia-se nos seguintes questionamentos: quais são as práticas de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros na realização da consulta de puericultura? Quais as facilidades e dificuldades encontradas pelos enfermeiros da ESF na realização da consulta da puericultura? Considerando que a participação do enfermeiro é indispensável para a execução adequada da consulta de puericultura, espera-se que essa pesquisa contribua de forma significativa, como fonte de conhecimento e de avaliação da atuação da enfermagem na efetuação dessa consulta, bem como, nos permita compreender as dificuldades ou facilidades implicadas nessa prática.

Geral:

- Conhecer as práticas da consulta de puericultura desenvolvidas pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde.

Específico:

- Identificar possíveis facilidades e dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde na realização da consulta de puericultura.

3.1 MORTALIDADE INFANTIL

Os indicadores de saúde, principalmente os relacionados à mortalidade, são de extrema importância para o estabelecimento de prioridades na atenção à saúde de uma determinada população. Entre esses indicadores, encontram-se os destinados a calcular a mortalidade das crianças, sendo estes de grande utilidade, especialmente em regiões com baixo índice de desenvolvimento, pois a partir dele tem-se traçado metas nas últimas décadas para a obtenção da sua redução, garantindo assim uma melhor assistência por parte dos profissionais da saúde a população infantil (LAURENTI; SANTOS, 1996).

Até a década de 70, essa taxa era vista como um problema relacionado ao subdesenvolvimento econômico, visão esta que entrou em questionamento, devido a crescente redução da mortalidade infantil, desde o final dessa década, coexistindo assim com a crise econômica existente nos países em desenvolvimento. No Brasil, esse acontecimento estimulou a realização de estudos para identificar o que havia contribuído para essa redução nas décadas de 80 e 90, obtendo como resultado a diminuição da taxa de fecundidade, como o principal componente responsável na década de 80. Em 90, provavelmente os principais responsáveis foram os avanços sociais, juntamente com o aumento das ofertas dos serviços de saúde (COSTA et al., 2003).

Em 1975 foi criado o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), com a finalidade de coletar dados sobre o número de óbitos no Brasil, permitindo assim à construção de indicadores epidemiológicos que servem de subsídios para o planejamento das ações, atividades e programas voltados a saúde (BRASIL, 2011). Atualmente a Declaração de Óbito (DO), padronizada em todo o país, é o documento utilizado para o preenchimento desse sistema. O SIM tem como gestor, em instância federal, o Centro Nacional de Epidemiologia, da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), de acordo com o inciso IV do artigo 1º da Portaria nº 130/GM, de 12 de fevereiro de 1999. Em relação à mortalidade infantil a partir do SIM podem ser construídos alguns indicadores específicos, a saber, taxa de mortalidade: infantil; neonatal precoce; neonatal tardia; pós neonatal; e perinatal (BRASIL, 2001).

Em 1990, foi implantado o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), cujo objetivo é coletar os dados sobre todos os nascimentos informados no país e fornecer os dados sobre natalidade a todos os níveis do sistema de saúde, assim como o SIM, o SINASC, também é útil para a construção de indicadores que servem como suporte para o planejamento de gestão dos serviços de saúde. O documento que serve de porta de entrada para esse sistema

é a Declaração de Nascido Vivo (DN) que é impressa e distribuída pela Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica e Departamento de Análises e Situação em Saúde, da Secretária de Vigilância em Saúde (SVS), gestora a nível nacional do referido sistema (BRASIL, 2011).

Ainda no final da década de 90 a UNICEF destaca um novo indicador do índice de mortalidade infantil, a TMM5, cujo objetivo era não está sujeito ao sub-registro, problema este que pode causar taxas com resultados falsos positivos ou negativos em sistemas como os referidos acima. A TMM5 é a relação entre o número de óbitos de menores de 5 cinco anos num determinado ano e o número de nascidos vivos naquele ano (LAURENTI; SANTOS, 1996). A partir da utilização desse indicador, na publicação da “Situação Mundial da Infância 2013”, foi possível constatar uma redução considerável da mortalidade em crianças menores de 5 anos, no Brasil, em 2011 (UNICEF, 2013). A taxa superou as expectativas do 4º objetivo do milênio, cujo prazo para ser alcançado era até antes de 2015 (BRASIL, 2010).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA

Em 1984, o MS criou o Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC), cujo objetivo era reduzir os indicadores epidemiológicos da mortalidade infantil, através da sua atuação sobre as principais causas de morbimortalidade infantil. Para alcançar esse objetivo, foram instituídas as 5 Ações Integradas de Saúde, mais tarde transformadas nos seguintes programas: Programa Nacional de Imunização (PNI); de Incentivo ao Aleitamento Materno (PIAM); de Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento; de Terapia de Reidratação Oral; e de Assistência e Controle das Infecções Respiratórias Agudas. O PAISC foi considerado uma das políticas públicas de atenção à criança mais eficiente, tendo em vista que após ter sido implementada, o índice de mortalidade caiu de 70.9 para 47.6 por 1000 nascidos vivos, até o início dos anos 90 (CABRAL; AGUIAR, 2003).

Cabral; Aguiar (2003) afirmam que a partir dos anos 90, a redução da mortalidade permaneceu em declínio, porém, de forma lenta, mostrando que apenas a atuação do PAISC era insuficiente, pois a partir desta década os determinantes da taxa de mortalidade foram modificados de diarreia e infecções respiratórias para afecções perinatais, dessa forma, o MS, iniciou ações voltadas para o atendimento a gestante, desde o pré-natal até o nascimento, bem como ao recém-nascido, estimulando as instituições a aderirem a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, cujo objetivo é promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, no intuito de diminuir o desmame precoce, ocasião em que foram criados os dez passos para o sucesso do

aleitamento materno, tendo em vista que essa prática além de reduzir a mortalidade infantil, ainda apresenta diversas vantagens tanto para criança quanto para mãe.

De acordo com Brasil (2002), em 1996, foi implantada uma estratégia denominada Atenção às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), originalmente desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a UNICEF, com o intuito de considerar as doenças mais frequentes na infância de forma integrada, promovendo um atendimento de qualidade à criança, com um olhar holístico, ao invés de promover tratamento apenas para a doença isoladamente, pois esta estratégia leva em consideração a interligação da doença com outras enfermidades, e sobretudo, com o ambiente em que a criança encontra-se inserida.

Com o objetivo de fornecer ao recém-nascido de baixo peso um atendimento humanizado, em 1998, foi implementado o método Mãe-Canguru, cuja assistência tinha por finalidade estabelecer o contato pele a pele entre mãe e filho, favorecendo assim, uma maior participação dos pais nos cuidados prestados ao recém-nascido, promovendo uma maior interação entre eles e conseqüentemente a recuperação da criança (CABRAL; AGUIAR, 2003).

Em 1999, foi desenvolvido a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), cuja proposta é “respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação” (BRASIL, 2012d, p. 6), sendo o aleitamento materno a primeira alimentação indicada para o estabelecimento de uma vida saudável. Dentro dessa política foi instituído o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), cujo principal objetivo, dentre outros, é priorizar o acompanhamento de crianças menores de 5 anos suscetíveis aos agravos nutricionais (CAVALCANTI; RIBEIRO, 2003).

A PNAN foi atualizada em 2011 pela Portaria nº 2.715, devido a inversão do problema relacionado à alimentação e nutrição, a saber, nas últimas décadas houve redução da fome e escassez de alimentos, conseqüentemente da desnutrição, porém juntamente com esse acontecimento ocorreu um aumento do índice de sobrepeso e obesidade, resultando assim na necessidade da criação de novas ações para obtenção da alimentação saudável (BRASIL, 2012d).

Em 2004, foi criada a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e redução da mortalidade infantil, objetivando organizar a assistência de saúde da criança em linhas de cuidado, no intuito de garantir o atendimento integral a esta população, seja na prevenção, no tratamento ou reabilitação. Tais linhas estão organizadas em treze subáreas que englobam: ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada; atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; triagem neonatal: teste do pezinho; incentivo ao

aleitamento materno; incentivo e qualificação do crescimento e desenvolvimento (CD) da criança; alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; combate à desnutrição e anemias carenciais; imunização; atenção às doenças prevalentes; atenção à saúde bucal; e mental, tanto da mãe, quanto da criança; prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; e atenção às crianças portadoras de deficiência (BRASIL, 2004).

3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo Brasil (1997), o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, tinha como principal ideia o estabelecimento de uma aproximação entre profissionais e população, baseada no compromisso e corresponsabilidade, objetivando assim, reverter o modelo assistencial da época. Apesar de receber o nome de programa, caracterizava-se mais como estratégia, tendo em vista que sua intenção era identificar os problemas existentes no seu território, para então planejar as atividades necessárias para a resolução destes. Diante disso, posteriormente o programa, adquiriu a denominação de Estratégia Saúde da Família (TRAD; ESPERIDIAO, 2010).

De acordo com Figueiredo (2012), a ESF se estrutura na USF, composta por uma ou mais equipes multiprofissionais, responsáveis pelo bem-estar da população de sua área. Para o alcance desta finalidade, há o cadastro das famílias residentes no território pré-estabelecido para a unidade, que juntamente com informações provenientes de outras fontes, permitem o conhecimento dos problemas de saúde existentes na realidade dessa população, permitindo assim, a criação e o planejamento de atividades que tragam a resolução dos mesmos, por parte dos gestores, juntamente com a população. Dessa forma, os profissionais envolvidos nessa estratégia devem ter facilidade para trabalhar em equipe, planejando e programando as atividades a ser realizadas; e para lidar com pessoas.

A ESF deve atender aos seguintes programas da Atenção Primária: atenção à saúde da criança e da mulher, controle da hipertensão, da diabetes e da tuberculose, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal. Para cada programa existem atividades específicas para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, tratamento e/ou a reabilitação dos indivíduos (FIGUEREIDO, 2012).

Trad; Esperidiao (2010) relatam que as diretrizes da ESF possuem vários pontos convergentes com as da Política Nacional de Humanização (PNH), porém apesar do esforço por parte de alguns profissionais, tanto na organização da demanda, quanto na realização de

um atendimento adequado, baseado em relações horizontais, ainda existe a necessidade de aperfeiçoar alguns aspectos indispensáveis para o alcance de um atendimento contínuo e qualificado, no qual a pessoa seja vista de forma holística.

Azevedo; Costa (2010) afirmam que a AB, através da ESF, pode ser considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), devido à expansão que essa estratégia atingiu, porém, diante dos seus estudos, depreende-se que apesar da existência de serviços, da ampliação da cobertura da atenção básica, ainda há vários impasses para o alcance completo dos objetivos determinados pelo sistema, tornando-a, na maioria das vezes, uma porta de entrada estreita.

3.4 PUERICULTURA

Os programas de atenção à saúde da criança têm por finalidade promover a promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento e reabilitação. Para alcançar esses objetivos é necessária a atuação e participação dos profissionais, bem como do indivíduo e da sociedade (DEL CIAMPO et al., 2006).

De acordo com Saparolli (2010), a puericultura tem por finalidade, acompanhar o crescimento e desenvolvimento; realizar a imunização; orientar aos pais e/ou cuidadores sobre alimentação saudável, incluindo o aleitamento materno; sobre a prevenção de acidentes; sobre a higiene; além de identificar os possíveis agravos que podem acometer o grupo alvo tanto na infância quanto na fase adulta. Para ser realizada de forma correta e eficiente é necessário a participação de todos os profissionais de saúde atuantes na AB.

Além da atuação dos profissionais, a participação dos pais e/ou cuidadores, é indispensável para a realização de uma puericultura de qualidade, tendo em vista que estes serão os responsáveis pela adesão das crianças a esta prática, assim como pelos cuidados prestados a estas na maior parte do tempo (BRASIL, 2012a).

A Secretária da Saúde do Estado do Ceará (2002) considera que o estabelecimento de uma rotina e a criação de um vínculo com os pais e/ou cuidadores da criança, são ações facilitadoras para a realização da consulta de puericultura e que este deve ser estabelecido preferencialmente no pré-natal, momento adequado para contribuir com a saúde da criança, antes mesmo do seu nascimento, além de ser o momento ideal para obter-se a confiança da mãe.

A puericultura é uma prática destinada a todos os profissionais, porém o enfermeiro é o principal organizador dessa prática, tendo em vista que é de sua responsabilidade,

acompanhar a evolução da criança, orientar e sanar as dúvidas da família, enquanto interage com a mesma, na busca de identificar os fatores sociais, culturais e ambientais, que podem intervir na saúde da criança, além de ser o responsável por intervenções apropriadas para a manutenção da saúde infantil (SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DO CEARÁ, 2002).

Para facilitar o trabalho dos profissionais na consulta de puericultura, bem como a orientação dos pais, cuidadores e população em geral, foi lançada a Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania, documento composto por informações sobre os cuidados necessários para a obtenção da saúde da criança; por gráficos e lacunas que serão preenchidas pelos enfermeiros, na consulta de enfermagem para o acompanhamento da criança; e pela descrição dos direitos da criança e dos pais (BRASIL, 2007).

Apesar de haver uma metodologia documentada da ESF, informações prestadas pelo MS e demais órgãos interessados pela atenção à saúde da criança e sobre a importância da consulta de puericultura, esta ainda é pouco realizada no ambiente da AB. Os principais entraves encontrados para a sua realização está presente tanto na prestação de assistência pelo profissional da enfermagem, quanto na adesão dos pais/responsáveis a consulta (ASSIS et al., 2011).

De acordo com Assis et al. (2011), as dificuldades de assistência fornecida pelo enfermeiro estão associadas a vários fatores, entre eles, a sobrecarga de trabalho, tanto assistencial, quanto administrativa; o baixo índice de adesão dos pais; a falta de organização da equipe voltada a promoção de saúde e prevenção de doenças; a falta de recursos humanos; a deficiência nos serviços de referências e contra referências; e a rotatividade constante dos profissionais médicos na USF.

Segundo Vitolo; Gama; Campagnolo (2010), o baixo índice de adesão dos responsáveis está relacionado à: falta de conhecimento sobre a importância da puericultura, o que os fazem acreditar ser esta uma prática desnecessária; problemas com o serviço, como o fato do horário da consulta ser geralmente pela manhã, coincidindo assim com os seus horários de trabalho, e atendimento profissional insatisfatório; distância entre a moradia e a USF; existência de outros filhos que ficam a mercê do cuidado na hora da consulta; falta de tempo; submissão da criança a atendimento especializado; baixa escolaridade da mãe; além da estrutura familiar.

Desta forma, depreende-se que apesar dos grandes avanços alcançados, ainda há a necessidade de uma melhora significativa na organização e atendimento da equipe atuante na APS através da ESF, especialmente do profissional de enfermagem, além da busca pela

sensibilização da população quanto à importância da consulta de puericultura, para que assim, ocorra a adesão e a realização adequada dessa prática, contribuindo para a manutenção da saúde da criança, e conseqüentemente, dos futuros adultos, obtendo assim, uma população preventiva (VITOLLO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório descritivo com abordagem qualitativa acerca das praticas realizadas pelos enfermeiros da APS, bem como das facilidades e dificuldades vivenciadas por estes profissionais na execução da consulta de puericultura no município de Cajazeiras-PB.

Segundo Gil (2008) as pesquisas exploratórias possuem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Marconi; Lakatos (2003) afirmam que o estudo exploratório juntamente com o descritivo permite que a descrição completa dos fenômenos.

A pesquisa qualitativa descreve a complexidade de um determinado problema, por meio da compreensão e classificação dos processos dinâmicos vivenciados pelos grupos, contribuindo assim no processo de mudança, o que possibilita entender as particularidades dos indivíduos participantes (DIEHL, 2004).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado na cidade de Cajazeiras, município brasileiro situado no oeste da Paraíba, pertencente à Mesorregião do Sertão Paraibano e à Microrregião de Cajazeiras, localiza-se acerca de 477 km de distância da capital do estado, João Pessoa e segundo dados do IBGE (2013), ocupa uma área de 565.899 km², com população estimada em 60.612 habitantes.

No âmbito da saúde, o município possui 112 estabelecimentos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), com assistência voltada para as diversas necessidades do ser humano (CNES, 2014) Entre eles, 16 UBS distribuídas na zona urbana e rural, responsáveis pelo atendimento primário da saúde à população. O campo de pesquisa deste estudo foi composto pelas 12 UBS localizadas na zona urbana do referido município.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Silva; Menezes (2005) a população ou universo da pesquisa é composta por indivíduos que possuem características em comum, pré-estabelecidas para a realização de um estudo e amostra é uma parte da população escolhida de acordo com uma regra.

A população da pesquisa foi composta por 12 enfermeiros atuantes nas UBS da zona urbana do município de Cajazeiras – PB, enquanto que a amostra foi constituída por sete destes enfermeiros, tendo em vista que somente estes manifestaram o interesse em participar deste estudo. Foram excluídos da pesquisa: 01 enfermeiro que no momento da coleta estava em seu primeiro dia de trabalho na USF, outros 03 enfermeiros que não devolveram o instrumento de coleta a pesquisadora participante e 01 que encontrava-se ausente da UBS nos dias agendados para a coleta de dados.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através da utilização de um questionário semiestruturado (Apêndice D), elaborado com a finalidade de alcançar os objetivos propostos pela pesquisa, sendo este composto por questões objetivas e subjetivas, distribuídas em dados de identificação dos pesquisados e dados específicos do estudo.

Gil (2008) aponta que a finalidade do questionário é traduzir os objetivos da pesquisa em questões específicas, de forma que os dados obtidos com as suas respostas permitam a descrição das características da população participante, assim como o conhecimento da realidade estudada.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para o desenvolvimento deste estudo foi solicitado à Coordenação do Curso de Enfermagem da UFCG, um ofício de encaminhamento deste projeto à Coordenação do Programa Rede Escola Municipal, apresentando os objetivos, o caráter científico, a relevância social da pesquisa, ocasião em que foi solicitado o termo de anuência.

Após a autorização do programa Rede Escola Municipal por meio da assinatura do termo de anuência, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (FSM), através da Plataforma Brasil cuja intenção foi a de qualificar e analisar os aspectos éticos da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no mês de agosto do ano vigente, para a sua execução os enfermeiros foram abordados pela pesquisadora a fim de agendar uma

data adequada para a coleta dos dados respeitando a disponibilidade de tempo de cada um, ocasião em que lhes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados através da estatística descritiva simples. De acordo com Falco (2008), esse tipo de estatística se preocupa com a coleta, organização, classificação, apresentação, interpretação e análise de dados referentes ao fenômeno através de gráficos e tabelas, além de calcular medidas que permitam descrever o fenômeno. Enquanto que os dados qualitativos foram analisados por meio da técnica de análise textual na qual se recomenda que o leitor trabalhe o texto por etapas, aprofundando-se na compreensão de cada uma para, depois, articulá-las em um todo. (TOZONI-REIS, 2010)

4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO

Esta pesquisa respeitou os pressupostos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece normas éticas envolvendo pesquisas com seres humanos. De modo especial, o princípio de que o indivíduo pesquisado deve ser respeitado em todo seu contexto, incluindo o livre consentimento estabelecido através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), contendo todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento. O pesquisador garantiu o sigilo das informações fornecidas e o direito do participante desistir de contribuir com o estudo a qualquer momento. Outros aspectos como privacidade, anonimato, confidencialidade e a proteção de imagem também foram assegurados no decorrer da pesquisa (BRASIL, 2012c).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a apresentação e discussão dos resultados obtidos, os dados foram divididos em dois momentos, inicialmente aqueles relativos à caracterização sociodemográfica da amostra, e no segundo momento os dados específicos do estudo, os quais foram organizados em cinco categorias temáticas.

5.1 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

A tabela 1 contempla os dados relativos à caracterização sociodemográfica dos entrevistados, através da qual verifica-se predominância do gênero feminino entre os enfermeiros atuantes na ESF no município de Cajazeiras, com 100% dos participantes da pesquisa. Esse achado é semelhante aos dados encontrados no estudo realizado por Ramos et al. (2009), em oito municípios localizados na região Sul do Rio Grande do Sul e Fernandes et al. (2010), e em 27 municípios da macrorregião do Triângulo Sul, os quais apresentam prevalência feminina de 95,8% e 92,2%, respectivamente.

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros por gênero, faixa etária, maior titulação e tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família. Cajazeiras - PB, 2014.

Variáveis	f	%
Gênero		
Masculino	0	00
Feminino	7	100
Faixa etária		
Entre 21 e 30 anos	4	57,14
Entre 31 e 40 anos	3	42,86
Maior Titulação		
Graduação	3	42,86
Especialização	3	42,86
Mestrado	1	14,29
Tempo de atuação na ESF		
Menos de 1 ano	3	42,86
Entre 1 e 5 anos	4	57,14
Total	7	100

FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com Padilha; Vaghetti; Brodersen (2006), a mulher está alcançando, através dos movimentos de transformação mundial, uma posição social na qual vem assumindo-se como cidadã, profissionalizando-se, conquistando assim o mercado de trabalho. Essa inserção no mercado de trabalho é essencial para a sua sobrevivência tendo em vista que a mesma

necessita manter uma dupla jornada de trabalho, para conciliar a sua atuação profissional juntamente com o âmbito doméstico.

A mulher geralmente é influenciada a realizar sua escolha profissional através da história familiar e social, exercendo assim, frequentemente papéis tidos como femininos, como é caso da enfermagem, tendo em vista que sua atuação é baseada no ato de cuidar do outro, função esta designada à mulher desde os primórdios (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

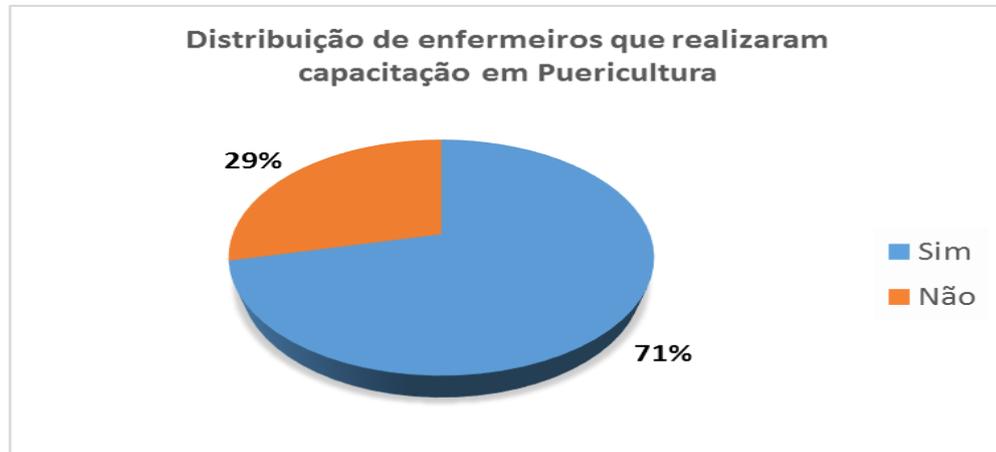
Ao examinar a faixa etária verifica-se que a amostra é composta por pessoas entre 21 a 40 anos, sendo que 57,14% tem idade entre 21 e 30 anos, podendo ser considerada uma população relativamente jovem, possivelmente esta idade pode estar associada a um menor tempo de experiência profissional, entretanto, figura como a década de vida onde o indivíduo apresenta maior probabilidade de atuação e produção profissional.

No tocante a maior titulação dos entrevistados evidencia-se que há um empate entre os que possuem apenas graduação e especialização representados pelo percentual de 42,86%, e 14,29% possui mestrado. Diante disso, percebe-se que uma boa parte dos entrevistados buscam a qualificação profissional, que na visão de Camilato; Chiepe e Ricco (2012), trata-se de um processo educacional para desenvolvimento de valores por meio de treinamentos e educação no ambiente de trabalho. É através dela que as pessoas se tornam aptas a desenvolverem atitudes, habilidades e comportamentos diferentes, melhorando a qualidade na prestação de seus serviços. A este respeito, os dados deste estudo revelam uma atitude positiva, tendo em vista que a procura constante pelo aprimoramento do conhecimento, contribui para uma prestação de serviços qualificada, e certamente capaz de promover melhoria na qualidade de vida da população assistida.

Em relação ao tempo de atuação dos profissionais entrevistados, nota-se que 57,14% possuem entre 1 e 5 anos de atuação na ESF, enquanto que um percentual bastante representativo 42,86% atuam há menos de 01 ano, este curto tempo de atuação profissional pode estar associado a faixa etária dos profissionais, uma vez que a maioria é relativamente jovem. Esse dado corrobora com o estudo de Oliveira; Tavares (2010), realizado no Triângulo Mineiro, no qual foi constatado que 50% dos profissionais tinham de 1-3 anos de vínculo com a ESF e que 16% atuava há menos de 1 ano.

No intuito de compreender a situação dos entrevistados com relação à capacitação profissional sobre a puericultura, os dados da figura 1 disposta a seguir, evidenciam que a maior parte da amostra, representada por 71,43% participou de algum tipo de capacitação relativa à puericultura, e esta ocorreu há no máximo 4 meses antes do início desta pesquisa,

portanto, pode ser considerada como atual. Esse achado é bastante positivo, tendo em vista que é perceptível que a maior parte dos profissionais busca um aprimoramento dessa prática para aplicá-la adequadamente no ambiente de trabalho que a exerce.



FONTE: Dados da pesquisa, 2014.

Gráfico 1 – Distribuição de enfermeiros que realizaram capacitação em Puericultura. Cajazeiras - PB, 2014.

No estudo realizado por Campos et al. (2011) foi possível constatar que a busca pelo aprimoramento do conhecimento em cursos específicos é uma das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a realização de uma consulta de enfermagem qualificada no âmbito da puericultura.

De acordo com Vieira et al. (2012), muitos problemas de saúde podem ser solucionados ou amenizados por meio da capacitação do profissional. Quando voltada ao cuidado infantil, esse treinamento deve ter como eixo uma visão holística da criança, buscando identificar as que apresentam maior vulnerabilidade e risco, priorizando o atendimento daquelas que apresentem algum sinal de gravidade, além de orientar a mãe ou família, e de lembrar sobre a responsabilidade da mesma diante da continuidade da assistência prestada aos seus filhos e/ou familiares.

5.2 DADOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO

Considerando-se que para realizar qualquer cuidado à saúde é necessário que o profissional possua um conhecimento prévio sobre o mesmo, nesta parte do estudo buscou-se identificar o nível de conhecimento dos participantes acerca da consulta de puericultura, questionando-os sobre qual é sua visão sobre a temática em questão. Neste sentido, foi

possível observar que a maioria demonstrou possuir conhecimento satisfatório sobre o assunto em questão, contudo, detectou-se limitação na visão de alguns entrevistados, conforme pode ser constatado a partir das falas contidas na categoria descrita a seguir:

1 - Significados atribuídos pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde à consulta de puericultura

“Atendimento e avaliação, como também monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil.” E2

“A puericultura abrange o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança incluindo a análise de suas características físicas, psicológicas e sociais.” E3

“É um conjunto de meios que visam assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental da criança.” E4

“É um atendimento direcionado as crianças a fim de acompanhar o crescimento e desenvolvimento das mesmas, além de orientar os responsáveis.” E7

“É avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança sadia.” E5

“Puericultura trata-se especialmente do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, priorizando-se os menores de 2 anos.” E1

“O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança principalmente entre os 5 anos de idade.” E6

Percebe-se que no entendimento dos enfermeiros entrevistados a finalidade da consulta de puericultura é acompanhar e avaliar o crescimento e desenvolvimento das crianças, promovendo cuidados para mantê-los dentro do padrão de normalidade. Entretanto, encontra-se equívocos no discurso de alguns entrevistados a exemplo de E1 e E6 quando afirmam que a puericultura prioriza crianças de 2 e 5 anos, respectivamente. Ademais o entrevistado E5 aponta a puericultura como estratégia voltada a criança sadia, é sabido que

esta prática visa favorecer o crescimento de crianças saudáveis, entretanto, também assiste aquelas que adoecem. O Ministério da Saúde preconiza que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento deve ser realizado em criança de 0 a 10 anos propiciando promoção da saúde, prevenção de agravos, além de cuidados em tempo oportuno (BRASIL, 2007).

2 - Distribuição de enfermeiros que realizam a consulta de puericultura

Nesta etapa buscou-se conhecer a distribuição de enfermeiros que realizam a consulta de puericultura, assim, verificou-se que 71,43% dos participantes responderam positivamente a este questionamento, este percentual demonstra que essa consulta está sendo realizada na maioria das UBS, sendo assim, um achado de cunho positivo desse estudo.

Segundo Oliveira et al. (2013), a consulta de puericultura tem a função de realizar a prevenção de doenças, bem como a promoção e recuperação da saúde, sendo capaz de repercutir numa melhoria de dados epidemiológicos, tendo em vista que através dela é possível ocorrer mudanças individuais e coletivas, ou seja, os seus benefícios não são somente para as crianças, mas, também, para a sua família.

Ao analisar as falas que justificam o desenvolvimento da puericultura nas UBS descritas abaixo, constata-se que apesar da maioria dos profissionais ter afirmado realizar a consulta na unidade de saúde em que atuam, na verdade ela ainda é uma prática que está sendo implantada, ou seja, ainda não é efetivada em sua totalidade. Também foi possível comprovar a inexistência desta prática na rotina de trabalho de duas das UBS estudadas, conforme pode ser visto nas falas a seguir:

“Acompanhamento mensal na própria U. S. F pelos A. C. S, médico, enfermeira. É realizada a avaliação da antropometria, consulta, orientação nutricional com profissional a cada 3 meses.” E2

“É realizado mensalmente juntamente com a enfermeira e os ACS” E5

“Foi implementada há pouco tempo na qual estamos dando prioridade às crianças menores de 02 anos.” E6

“Ainda estamos implementando a Puericultura nesta UBS tendo em vista que a população não foi acostumada a este tipo de atendimento e acaba

procurando a UBS apenas para atendimento médico de urgência quando as crianças encontram-se doentes.” E3

“Estamos tentando implantar, usando como veículo o peso de ACS. E7

“Trata-se de uma prática que não faz parte da rotina da UBS, mas que pretende-se implantar.” E1

Em conformidade com esse achado Vasconcelos et al. (2012) afirma que apesar da implantação da consulta de puericultura existir há vários anos, ainda há ESF que não a realiza. Essa pesquisa ainda denota a importância da sua realização, conforme preconizado pelo MS, a fim de proporcionar qualidade de vida às crianças assistidas, melhorando assim, os indicadores de saúde e evitando a superlotação da rede terciária do município.

3 - Atividades realizadas na consulta de puericultura e nível de satisfação de enfermeiros acerca desta prática

Ao serem questionados sobre a realização de atividades na consulta de puericultura 71,43% afirmaram executa-las, porém a maioria das atividades citadas não denota a execução desta consulta em sua totalidade, ou seja, restringem-se apenas a efetuação de procedimentos isolados, bem como ao acompanhamento de grupos de crianças específicos, tais percepções são visualizadas nas falas a seguir:

“Avaliando as medidas antropométricas. A questão da alimentação. Avaliando também a higiene corporal bem como dentária.” E6

“Peso, altura, se a criança caso necessite de alguma especialidade ela é encaminhada para um nutricionista, entre outros.” E5

“Acompanhamento mensal nas creches pertencentes a área adscrita, com antropometria, escovação e acompanhamento mensal também na U. S. F.” E2

“Palestras sobre o assunto.” E4

“Como falei anteriormente estamos tentando introduzir na UBS.” E7

A partir das falas acima listadas é possível notar que os entrevistados possuem uma visão, e conseqüentemente uma atuação reduzida acerca da consulta de puericultura,

associando-a somente a realização de alguns procedimentos pontuais, ao invés de visualizá-la como uma prática que exige do profissional um atendimento holístico, no respeito ao crescimento e desenvolvimento adequado para cada indivíduo.

De acordo com Secretária Municipal de Saúde de Londrina (2006) as atribuições do enfermeiro neste programa são: realizar o exame físico na criança, identificando riscos em seu crescimento e desenvolvimento; agendar a primeira consulta com o médico e demais quando for necessário; fornecer a relação dos nascidos vivos para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e solicitar a busca ativa para identificação dos faltosos do programa; preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança; verificar e administrar as vacinas conforme o calendário básico de vacinação; incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo até os seis meses e orientar sobre a implementação da alimentação complementar após os seis meses; orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; identificar dúvidas e dificuldades da mãe e de outros membros da família que participam das consultas procurando esclarecê-las.

Ainda neste sentido da integralidade, Campos et al. (2010) apontam que a consulta de enfermagem no âmbito da puericultura deve ser integral, prestando atendimento tanto à criança quanto a família, indo além das intercorrências, considerando a questão educativa, o que lhe permite promover a prevenção aos agravos à saúde. Dessa forma, além de pesar, medir e examinar a criança, ele deve avaliar seu crescimento e desenvolvimento, a carteira de vacinação, além de acompanhar a criança desde a gestação, buscando direcionar a família para que tenha condições de lidar de maneira satisfatória com seus problemas.

Deste modo, ao analisar as colaborações dos autores acima mencionados correlacionando-as aos cuidados prestados pelos enfermeiros estudados na consulta de puericultura, reforça-se que estes últimos são fragmentados, carecendo, portanto de um melhor aperfeiçoamento.

Em relação ao nível de satisfação dos enfermeiros abordados acerca da consulta de puericultura por eles desenvolvida, verificou-se que 42,86% dos participantes afirmam sentirem-se satisfeito e muito satisfeitos com a atual prática por eles desenvolvida, e embora seja este um percentual muito positivo, torna-se por outro lado preocupante, uma vez que transmite a ideia de que embora as atividades de puericultura desenvolvidas por eles sejam limitadas, mais da metade dos entrevistados estão satisfeitos com esta situação, passando a ideia de que não há necessidade de melhorar essa consulta

4 - Dificuldades e facilidades vivenciadas pelos enfermeiros na implementação da consulta de puericultura

Quando questionados acerca da existência de possíveis dificuldades e facilidades vivenciadas no contexto da puericultura, 71,42% dos entrevistados afirmam encontrar algum tipo de dificuldade na sua realização, sendo a falta de adesão dos pais ou responsáveis a prática em questão, a mais indicada, seguida por falta de tempo do profissional, deficiência na infraestrutura da UBS e carência de recursos materiais para a realização da puericultura.

Corroborando com a dificuldade mais apontada pelos enfermeiros do estudo, Ximenes Neto et al. (2010) aponta que os principais motivos citados pela mãe, pelos quais não se levava a criança à consulta de puericultura, foram: esquecimento, falta de tempo, irrelevância da consulta por parte das mães, desinteresse, falha na marcação da consulta, desconhecimento das rotinas da unidade, ausência de informação a respeito do dia da consulta e acontecimentos inesperados.

Diante desses achados propõe-se que: sejam realizadas visitas às mães faltosas, pelo ACS; realização de orientações quanto à importância da puericultura para manutenção da saúde de seu filho, explicando-lhes sobre o calendário de consultas e as ações desenvolvidas; a consulta seja disponibilizada em turnos alternados; haja recepção e acolhimento no (re) agendamento da consulta; as mães sejam informadas que ESF trabalha visando a oferecer um serviço de qualidade; a equipe deve compreender o quesito saúde como sinônimo de qualidade de vida e não de ausência de doença. Essas medidas constituem-se um desafio aos profissionais, para que realmente haja uma mudança nessa realidade e assim eles possam assistir a classe infantil de forma adequada e efetiva. (XIMENES NETO et al., 2010)

De acordo com Feliciano et al. (2008), nas equipes de saúde com baixa cobertura de atendimento da puericultura os enfermeiros tendem a reclamar acerca da sobrecarga de trabalho, justificando a impossibilidade de realizar o acompanhamento adequado devido à falta de tempo. Os autores reiteram que o excesso de atribuições do enfermeiro é um fato indiscutível, porém o que sobressai nessas equipes é a falta de articulação técnica, dificuldades relacionadas com a comunicação adequada entre os profissionais, além da realização de acordos para acomodar outros interesses.

O item acerca da deficiência na infraestrutura da UBS e carência de recursos materiais para a realização da puericultura convergem com um achado na pesquisa de Moita; Queiroz (2005), o qual demonstra que na prática, algumas equipes de saúde da família executam o seu trabalho em meio a um ambiente com infraestrutura precária, com escassez de material de

consumo e às vezes até mesmo com equipamentos sucateados. Eles afirmam que é competência das secretarias de saúde a garantia de uma infraestrutura adequada bem como do fornecimento dos materiais necessários para o atendimento à população.

Em relação à existência de facilidades na realização da consulta de puericultura, a maioria respondeu negativamente a este questionamento, levando-nos a crer que existem mais dificuldades do que facilidades na sua efetuação, sendo este um achado negativo para a obtenção de um atendimento de qualidade às crianças. Porém, alguns profissionais declaram encontrar facilidades no desenvolvimento dessa consulta, o que pode ser visto nos relatos a seguir:

“Boa vontade e responsabilidade das mães ao deslocar-se com as crianças até a UBS / sensibilização dos ACS ao realizarem puericultura / adesão médica e vontade de participar da puericultura.” E2

“Pois o profissional da saúde vai avaliar das crianças o estado nutricional; situação vacinal, desenvolvimento psicomotor.” E4

“A estrutura física da unidade, a disponibilidade dos ACS, a vacinadora no horário da puericultura (já vai atualizar o cartão de vacina).” E5

5 - Sugestões elencadas pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde para a melhoria da consulta de puericultura

Considerando a necessidade de aperfeiçoamento da puericultura nas UBS estudadas, os entrevistados foram convidados a apresentarem sugestões para a melhoria dessa prática, as quais estão contempladas nas falas a seguir:

“Poder reunir com mais facilidade e sensibilizar outros profissionais a participarem das ações voltadas a puericultura” E2

“Incluir o profissional médico.” E5

“Deve-se trabalhar a questão da puericultura desde o pré-natal para que desta forma as mães tenham conhecimento da importância desta prática para boa saúde das crianças.” E6

“Diminuir a carga de funções do enfermeiro e proporcionar treinamentos pelo menos a cada 6 meses.” E7

De acordo com as sugestões, para que haja o aperfeiçoamento nos atendimentos da consulta de puericultura é necessário a existência de uma equipe interdisciplinar; a busca pela adesão da mãe ou responsável à prática, promovendo orientações desde a realização do pré-natal; a redução da sobrecarga de funções dos profissionais da enfermagem atuantes na ESF,

além da existência de treinamentos sobre o tema com frequência para que os enfermeiros mantenham-se sempre atualizados.

Segundo Araújo; Rocha (2007) na proposta de saúde da família, o trabalho em equipe é baseado na comunicação entre os profissionais antes da realização das intervenções técnicas, o estabelecimento do dialogo cotidiano nas unidades básicas pode contribuir para a visão de que todos os profissionais tem a mesma importância nessa estratégia, ao invés de ser uma junção de profissionais que nem sequer conhecem as potencialidades dos outros, resultando em divisão social do trabalho e estabelecendo uma hierarquização, na qual um manda e o outro apenas obedece, sem direitos a explicar a sua opinião sobre o assunto discutido. A falta de interação nesse ambiente pode resultar em um atendimento fragmento e desumano baseado apenas na doença do indivíduo e não da busca na manutenção do seu bem-estar.

De acordo com estudos realizados por Lima et al. (2007) o acompanhamento do pré-natal efetuado pela equipe de saúde atuante na APS pode ser considerado como um fator positivo e motivador para a adesão das mães à consulta da puericultura, tendo em vista que os dados dessa pesquisa denotam que as mães que receberam assistência pré-natal no período indicado pelo MS, bem como aquelas que iniciaram precocemente o pré-natal e compareceram ao puerpério, provavelmente foram aquelas que levaram as crianças as consultas da puericultura.

A qualificação dos trabalhadores da ESF é uma prática indispensável para o desenvolvimento de uma atuação adequada e eficaz, tendo em vista a existência dos diversos avanços que ocorrem nessa área, ora apresentando novas ideias, ora, apenas melhorando as antigas. Dessa forma torna-se perceptível a necessidade da atuação dos gestores em relação à manutenção de condições adequadas que permitam e também contribuam para a realização adequada da consulta de puericultura, fornecendo assim, atendimento de qualidade a população assistida.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo obteve êxito em relação aos seus objetivos, tendo em vista que apontou as principais práticas desenvolvidas pelos enfermeiros, bem como as dificuldades e facilidades por eles vivenciada na realização da consulta de puericultura na Atenção Primária à Saúde, no município de Cajazeiras-PB, através das quais foi possível constatar tanto os pontos positivos quanto aqueles que necessitam ser aperfeiçoados objetivando uma consulta de qualidade e eficaz.

A maioria dos profissionais demonstra possuir conhecimento satisfatório acerca da finalidade da consulta de puericultura, entretanto, alguns entrevistados apresentam um olhar ainda limitado em relação a esta prática, além disso, aqueles que afirmaram realizar ações voltadas para esta consulta demonstraram apenas a execução de procedimentos isolados, ao invés de atuar buscando o bem-estar geral da criança, por meio de conhecimento, acompanhamento, avaliação e orientações acerca do seu crescimento e desenvolvimento adequado.

Os resultados da pesquisa sugerem a necessidade do aprimoramento científico dos enfermeiros, através de capacitações atualizadas voltadas para a puericultura, o empenho dos mesmos na implementação da prática nas unidades, realizando os procedimentos técnicos e também de orientações, de preferência a partir do pré-natal, visando garantir a mãe o conhecimento sobre a puericultura e buscando a confiança desta no profissional da enfermagem.

Além disso, é necessário o apoio dos gestores do município, tendo em vista que estes são responsáveis diretos pela saúde da população, manutenção dos estabelecimentos, equipamentos, medicamentos, infraestrutura, condições de trabalho dos profissionais, além de outros, de forma que sua colaboração é indispensável para o pleno funcionamento destas unidades bem como do serviço de puericultura, tão importante para a melhoria da qualidade de vida das crianças para que estas se tornem adultos saudáveis.

ARAÚJO, M. B. S. de; ROCHA, P. M. de. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 445-464, mar. /abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000200022&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 set. 2014.

ARAÚJO, M. F. S. de; OLIVEIRA, F. M. C. de. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**. João Pessoa, n. 14, p. 03-14, set. 2009. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/caos/n14/DOSSIE%20SA%C3%9ADE_TEXTO%20I_ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20ENFERMEIRO.pdf>. Acesso em: 04 set. 2014.

ASSIS, W. D. de, et al . Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev. bras. enferm.** Brasília , v. 64, n. 1, p. 38-46, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2014.

AZEVEDO, A. L. M. de; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface Comunicação Saúde Educação**. Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, Lisboa: LDA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aspectos da qualificação técnica profissional do SUS. **Revista RET-SUS: Rede de Escolas Técnicas do SUS**, Rio de Janeiro, ano VII, n. 61, maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF, n. 33, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **PNAN: Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/cgiae/sinasc/>>. Acesso em: 06 jun. 2014

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade Infantil (SIM)**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/>>. Acesso em: 06 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília, DF: Ipea, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania**. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **AIDPI: Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância**. Curso de Capacitação. Módulo I. 2ed. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Procedimento de Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **CNESNet, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. [S.l.], 2014. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=25&NomeEstado=PARAIBA>. Acesso em: 31 maio 2014

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 2012**. Brasília, DF, dez. 2012c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2014.

CABRAL, I.V.; AGUIAR, R. C. B., As políticas públicas de atenção à saúde da criança menor de 5 anos: um estudo bibliográfico. **Rev. Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 11, p. 285-91, 2003. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v11n3/v11n3a08.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2014.

CAMILATTO, A. J.; CHIEPPE, D.; RICCO, A. S. A qualificação profissional na hotelaria e a qualidade de serviços: um estudo de caso na percepção do hóspede. **Destarte**. Vitória, v. 2, n. 1, p. 48-65, 2012. Disponível em: <<http://revistas.es.estacio.br/index.php/destarte/article/view/69>>. Acesso em: 01 set. 2014.

CAMPOS, R. M., et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-574, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 set. 2014.

CAVALCANTI, N. F; RIBEIRO, H. Condições socioeconômicas, programas de complementação alimentar e mortalidade infantil no Estado de São Paulo (1950 a 2000). **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 12, n. 1, p. 31-42, jan./ jun. 2003. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902003000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2014.

COSTA, M. C. N., et al. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 6, p. 699-706, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600003&

lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun. 2014.

DEL CIAMPO, L. A. et al. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 739-743, jul./ set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2014.

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

ERDMANN, A. L; SOUSA, F. G. M. de., Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 33, n. 2, p. 150-60, 2009. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/150a160.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2014.

FALCO, J. G. **Estatística Aplicada**. Cuiabá: EdUFMT, 2008.

FELICIANO, K. V. O. de et al. Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. Recife, v. 8, n. 1, p. 45-53, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/06.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

FERNANDES, J. F. et al. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 434-42, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a04v19n3>>. Acesso em: 03 set. 2014.

FIGUEIREDO, E. N. de. **Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Curso de Especialização em Saúde da Família. Módulo Político Gestor. São Paulo: [s.n.], 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 25 maio 2014.

FROTA, M. A., et al. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco**. Fortaleza, v. 1, n. 3, p. 129 – 132, 2010. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/42/42>>. Acesso em: 15 set. 2014

GASPARINO, R. F; SIMONETTI, J. P; TONETE, V. L. P. Consulta de enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 1112-22, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/CLIENTE/Downloads/1342-9030-1-PB.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Cajazeiras Paraíba, infográficos, informações completas. [S.l.], 2013. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250370&search=paraiba|cajazeiras|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 31 maio 2014.

LAURENTI, R; SANTOS, J. L. F. Taxa de mortalidade de menores de 5 anos proposta pela UNICEF: análise crítica de sua validade como indicador de saúde. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 30, n. 2, p. 148-52, abr. 1996. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun. 2014.

LIMA, C. C. de. Avaliação da assistência materno-infantil prestada por uma equipe rural do Programa Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 452-458, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300009>. Acesso em: 17 set. 2014.

LIMA, G. G. T. et al. Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 117-124, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/10.3/html/13.htm>>. Acesso em: 04 set. 2014.

MARCONI, M. A. de; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARQUI, A. B. T. de et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**. Rio Grande do Sul, v. 44, n. 4, p. 956-61, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/14.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

MOITA, K. M. T. ; QUEIROZ, M.V.O. Puericultura: concepções e praticas do enfermeiro no programa de saúde da família. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 9-19, jan./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/777/pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014.

OLIVEIRA, F. F. S. et al. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da família. **Rev. RENE**. Piauí, v. 14, n. 4, p. 694-703, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/183/pdf>>. Acesso em: 04 set. 2014

OLIVEIRA, J. C. A. de; TAVARES, D. M. S. dos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774-781, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000300032&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 set. 2014.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 292-300, abr/jun 2006. Disponível em: <<file:///C:/Users/CLIENTE/Desktop/G%C3%AAnero%20e%20enfermagem-%20uma%20an%C3%AAlise%20reflexiva.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2014.

RAMOS, C. S. da et al. Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. **Cienc. Cuid. Saude**. Pelotas, v. 8, p. 85-91, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9722/5535>>. Acesso em: 03 set. 2014.

RICCO, R. G; ALMEIDA, C. A. N; CIAMPO, L.A. **Puericultura**. Temas de Pediatria, São Paulo: Nestlé, n. 80, 2005. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/17060253/Puericultura>>. Acesso em: 25 maio 2014.

SAPAROLLI, E. C. L. Puericultura. In: UNIFESP. UNA-SUS. **Módulo de Casos Complexos**: Caso 1 Danrley. Especialização em Saúde da Família Modalidade à Distância. São Paulo, 2010-2011. Tema 4. p. 29-30. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Caso_1.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2014.

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DO CEARÁ. **Manual de Normas para Saúde da Criança na Atenção Primária**. Módulo I. Puericultura. Fortaleza: SESA, 2002.

SECRETARIA MUNICIPALDE LONDRINA. **Protocolo Clínico de Saúde da Criança**. Londrina: [s.n], 2006.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 4. Ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

TRAD, L. A. B; ESPERIDIAO, M. A. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1099-1117, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2014.

TOZONI-REIS, M. F. C., **A Pesquisa e a Produção de Conhecimentos**. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Texto produzido para o Curso de Pedagogia da UNESP. 2010. Disponível em: <<http://www.acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/195/3/01d10a03.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2014.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2013**: crianças com deficiência. [S.l.], 2013.

VASCONCELOS, V. M., et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**. Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 326-331, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000200017&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 set. 2014.

VIEIRA, V. C. de L. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm**. Mandaguari, v. 17, n. 1, p. 119-25 jan./mar. 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/CLIENTE/Downloads/26384-96295-2-PB.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2014.

VITOLO, M. R; GAMA, C. M; CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequencyofpublicchildcareservice use andassociatedfactors = Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **J. Pediatria**. (Rio J.), Porto Alegre, v. 86, n. 1, p. 80-84, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2014.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Por que eu não levo meu filho para a consulta de puericultura... **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** São Paulo, v.10, n.2, p.51-9, dez. 2010. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n2/v.10_n.2-art1.pesq-por-que-nao-levo-meu-filho-para-consulta.pdf>. Acesso em: 04 set. 2014.

APÊNDICE A**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM****TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(Pesquisador Participante)**

Eu, **CAMILA CINTIA ABREU SANTANA**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me, junto com minha orientadora, Profa. Ms. **EDINEIDE NUNES DA SILVA**, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “Puericultura: fragilidades e potencialidades vivenciadas por enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família”. Comprometo-me ainda em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientador nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de 2014.

CAMILA CINTIA ABREU SANTANA

Pesquisador Participante

APÊNDICE B**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM****TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(Pesquisador Responsável)**

Eu, **EDINEIDE NUNES DA SILVA**, professora do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me pela orientação de **CAMILA CINTIA ABREU SANTANA**, discente do Curso de Graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Puericultura: fragilidades e potencialidades vivenciadas por enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família”. Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me, também, pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP – FSM) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

EDINEIDE NUNES DA SILVA
Pesquisador Responsável

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Senhor (a) está sendo convidado para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “Puericultura: fragilidades e potencialidades vivenciadas por enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família”.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: a pesquisa se justifica pela necessidade de realização de estudos acerca da puericultura a nível local, considerando que a realização adequada desta pratica contribui significativamente para o bem-estar da criança e conseqüentemente da população em geral. Os objetivos dessa pesquisa são: identificar as potencialidades e fragilidades vivenciadas pelos enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família do município de Cajazeiras – PB no âmbito da puericultura; conhecer as práticas de puericultura desenvolvidas pelos enfermeiros atuantes na Estratégia de Saúde da Família. Para desenvolver este projeto, após os tramites legais de sua aprovação, será necessário a vossa autorização mediante a assinatura deste documento, para em seguida responder um questionário contendo questões objetivas e subjetivas sobre a temática.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Não identificamos riscos potenciais, morais ou físicos mediante a participação neste estudo. Como benefícios destaca-se a possibilidade de conhecer a realidade da puericultura a nível local, o que certamente favorecerá a tomada de decisão para o aperfeiçoamento desta prática.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: a participação nesta pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que esta somente se trata de uma pesquisa composta por questionários contendo sua opinião sobre o assunto proposto.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: está sendo garantido o direito de ser esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, podendo inclusive recusar-se a participar, retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, uma vez que a participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. A identidade do entrevistado será tratada com padrões profissionais de sigilo. Os dados somente serão utilizados em eventos e ocasiões científicas e não serei citado(a) nominalmente ou por qualquer outro meio. Uma cópia deste consentimento informado, devidamente assinado, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra com o(a) entrevistado(a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: a participação no estudo não acarretará custos e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____,

fui informado(a) sobre a pesquisa e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir caso deseje. As pesquisadoras EDINEIDE NUNES DA SILVA (pesquisadora responsável), email:edineidens@hotmail.com, telefone (83) 3531-9120 e Camila Cíntia Abreu Santana (pesquisadora participante), email: camila_cintiapb@hotmail.com, responsabilizam-se em seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. E eu sei que em caso de dúvidas poderei contatá-las. Além disso, fui informado(a) que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, situado na BR 230, Km 504, Cristo Rei, Cajazeiras – Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do telefone: (83) 3531-2722. Assim sendo, declaro estar de acordo em participar voluntariamente deste estudo.

Cajazeiras - PB, ____/____/____

_____/_____/_____
 Nome Assinatura do Participante da Pesquisa Data

_____/_____/_____
 Nome Assinatura do Pesquisador Responsável Data

_____/_____/_____
 Nome Assinatura do Pesquisador Participante Data

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PESQUISA: Puericultura: fragilidades e potencialidades vivenciadas por enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família

I - DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:

01 – Gênero

Masculino Feminino

02 – Faixa etária

Entre 21 e 30 anos Entre 31 e 40 anos 41 anos ou mais

03 – Maior titulação:

Graduação Especialização Mestrado Doutorado

04 – Tempo de atuação na ESF:

Menos de 1 ano entre 1 e 5 anos 6 anos ou mais

05 – Já realizou alguma capacitação sobre Puericultura?

Sim Não Se “Sim”, há quanto tempo? _____

II - DADOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO

1 – Na sua visão o que é a Puericultura?

2 – A puericultura é implementada na ESF que você trabalha?

Sim Não Por gentileza justifique sua resposta: _____

3 – No seu trabalho enquanto enfermeiro da Atenção Básica, você desenvolve ações no contexto da Puericultura?

Sim Não

Caso positivo, por gentileza descreva as ações que você

realiza: _____

4 – Qual é o seu nível de satisfação em relação a puericultura desenvolvida pela UBS que você trabalha?

Insatisfeito

Satisfeito

Pouco Satisfeito

Muito Satisfeito

5 – Você encontra fragilidades/dificuldades frente a realização da Puericultura?

Sim Não

6 – Caso encontre dificuldades para execução da puericultura, estas estão relacionadas a:

Deficiência na infra-estrutura da UBS para a realização do procedimento

Carência de recursos materiais para a realização da puericultura

Falta de tempo do profissional

Dificuldade de adesão à puericultura por parte dos pais ou responsáveis

Outros: _____

7 – Você encontra potencialidades e/ou facilidades na execução da Puericultura?

Sim Não

Caso positivo, por gentileza nos informe quais as

facilidades encontradas frente a realização da puericultura: _____

8 – Por gentileza apresente sugestões para o aperfeiçoamento da Puericultura

ANEXO A



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA REDE ESCOLA MUNICIPAL /DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada 'PUERICULTURA; FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES VIVENCIADAS POR ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA', a ser desenvolvida pela pesquisadora, Camila Cíntia Abreu Santana sob orientação da Profa. Ms. Edineide Nunes da Silva, está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
Departamento de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escola-Programa Saúde na Escola

Renata Emanuela de Q. Rêgo
Enfermeira
COREN-PB 350.144