



Universidade Federal
de Campina Grande

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

KARINE VIEIRA DE OLIVEIRA

DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS ENFERMEIROS PARA A
REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE PUERICULTURA

CAJAZEIRAS - PB
2013

KARINE VIEIRA DE OLIVEIRA

**DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS ENFERMEIROS PARA
REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE PUERICULTURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Cláudia Maria Fernandes

**CAJAZEIRAS – PB
2013**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096

Cajazeiras - Paraíba

O482d Oliveira, Karine Vieira de

Dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a realização da consulta de puericultura/Karine Vieira de Oliveira. Cajazeiras, 2013.

63f. : il.

Bibliografia

Orientadora: Claudia Maria Fernandes

Monografia (Graduação) – UFCG/CFP

KARINE VIEIRA DE OLIVEIRA

**DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS ENFERMEIROS PARA A
REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE PUERICULTURA**

Aprovado em 25/09/2013

BANCA EXAMINADORA

Profª. Esp. Cláudia Maria Fernandes
(Orientadora - UAENF/CFP/UFCG)

Profª. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
(Membro- UAENF/CFP/UFCG)

Profº. Ms. Antônio Fernandes Filho
(Membro- UAENF/CFP/UFCG)

Dedico este trabalho às pessoas que sempre estiveram ao meu lado pelos caminhos que trilhei, me acompanhando, apoiando, acreditando em mim e são a razão maior da minha vida: Meus Pais.

Dedico também aos meus estimados avós Cândida Marques (*in memorian*) e Manoel Vieira (*in memorian*) que são exemplos de caráter e dignidade, e minha tia Mércia Maria (*in memorian*) que sonhou comigo essa conquista. A vocês a realização de um grande sonho.

AGRADECIMENTOS

A cada vitória o reconhecimento devido ao meu Deus, pois só Ele, mestre de todas as obras, o todo onipotente é digno de toda honra, glória e louvor. Senhor, obrigada por ter iluminado meu caminho e por permitir concluir mais uma etapa de minha vida.

A meu pai, Marcelo Silva, por todo seu amor incondicional, meu eterno agradecimento pelos momentos em que estive ao meu lado, torcendo e vibrando comigo, me apoiando e me fazendo acreditar que nada é impossível. Meu amado pai saiba que eu te amo muito.

A minha mãe, Euda Vieira, por ser tão dedicada, por ter sido a pessoa que mais desejou a concretização deste sonho e acreditou na minha capacidade, meu agradecimento pelas horas em que ficou ao meu lado não me deixando desistir e me mostrando que sou capaz de chegar onde desejo, a você minha mãe meu eterno amor.

A minha tia e exemplo de mulher, Jane Silva, pessoa que tenho imensa admiração, amor e gratidão, pessoa que sempre investiu em mim e me transmite um amor de mãe. Por ter me proporcionado momentos de grande experiência, ter depositado em mim confiança, que sempre me motivou a fazer o melhor, e por seu carinho, a você meu muito obrigada.

A minha amiga e irmã do coração Vandressa Dias, que acompanhou a minha trajetória acadêmica, que dividiu comigo momentos importantes, que sempre foi minha confidente, meu ombro amigo, a pessoa a qual pude contar sempre. Agradeço por me ouvir, pelos momentos de diversão, pelo cuidado mútuo e principalmente pelo amor e respeito fraternal.

A minha amiga e colega de turma, Luzimara Abrantes, pessoa iluminada que Deus me presenteou. Obrigada por ter compartilhado comigo momentos de alegria e conquista, por enfrentar comigo as dificuldades e compartilhar dia a dia a vivência acadêmica. Que essa amizade seja eterna

A minha querida amiga e exemplo de profissional Wyara Melo, que me deu grande suporte, que sempre estive disposta a me ajudar, a dividir conhecimentos. Pelas horas de compreensão e paciência quando era de luz e calma que eu precisava, pela contribuição no meu crescimento profissional e pela amizade sincera, eu te agradeço muito.

Ao Colégio Monteiro Lobato, e em especial a todos os professores que eu tive a honra de ser aluna e que hoje são meus colegas de trabalho. Foi nessa instituição de ensino que pude aprender os valores necessários à formação de verdadeiro cidadão. Muito obrigada a vocês Família CML por ter sido a base sólida para a concretização do meu sonho;

Aos meus amados alunos, que a cada aula, cada diálogo, sorriso e agradecimento despertaram em mim forças e coragem para continuar lutando. Sinto-me feliz por isso, sem dúvidas a experiência em sala de aula me ajudou bastante no desempenho na vida acadêmica. Obrigada a todos os que fizeram somar minhas expectativas e experiência profissional.

Aos meus mestres da UFCG, que foram âncora do saber, o norte que conduziu ao aprendizado e direcionava ao caminho do conhecimento. A vocês que contribuíram, diretamente, para a formação de meu caráter e profissionalismo aqui manifesto o meu carinho e gratidão por terem sido verdadeiros Mestres.

Aos amigos que fiz durante o curso, pelo verdadeiro elo de amizade que construímos e em particular aqueles que sempre estiveram ao meu lado Nayara Valéria, Gradycélia Oliveira, Sinara França, Mikaelly Gonçalves e Cristina Pinheiro. Sem vocês essa trajetória não teria sido tão prazerosa.

A todas as excelentes enfermeiras que encontrei durante toda a minha trajetória acadêmica, em especial Josélia Farias, Amanda Silveira e Sandra Medeiros, carrego uma admiração enorme e uma gratidão eterna por terem despertado em mim o amor pela saúde pública, e pela transferência de ensinamentos que levarei comigo por toda vida.

Aos os meus amigos do peito, Bruna Oliveira, Wallber Moreno, Wesley Lira, e Guadalupe Figueiredo que contribuíram direta e indiretamente na realização desse ideal, que dividiram momentos inesquecíveis, que sempre estão de braços abertos para me receber, que ficam felizes ao ver cada conquista minha e que sem dúvidas ocupam um lugar especial no meu coração.

Ao meu namorado e companheiro, Daniel Dantas pelo apoio, compreensão e amor incondicional. A você meu amor, um muito obrigado cheio de gratidão e afeto.

Aos pacientes que me proporcionaram a prática do conhecimento, por terem sido protagonistas da minha formação, pela confiança e respeito na hora da assistência e principalmente por aceitarem contribuir com o meu processo de aprendizagem.

A minha orientadora, Cláudia Maria Fernandes, pela disponibilidade, prontidão e atenção em construir comigo esse trabalho. Graças ao seu profissionalismo, competência e paciência hoje esse trabalho se faz realidade. Que muitas bênçãos sejam concedidas a você ao longo de sua vida.

As professoras que fizeram parte da Banca Examinadora, Roberta Freire e Aissa Romina pela colaboração e participação. Sem vocês a conclusão desse trabalho não seria possível.

Enfim, a todos que contribuíram para que eu pudesse subir mais esse degrau. Não posso dizer que este é o fim, este é apenas o começo da próxima jornada. Muito obrigada!

***“Ninguém é digno do oásis se não
aprender a atravessar seus desertos”.***

(Augusto Cury)

RESUMO

OLIVEIRA, Karine Vieira. **Dificuldades encontradas pelos enfermeiros para a realização da consulta de puericultura.** 2013. 63 folhas. Monografia (Curso Bacharelado em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2013.

O interesse sobre a saúde da criança emerge desde os primórdios da humanidade, quando a figura dos pais tinha total domínio sobre os filhos, o que por sua vez, permitia-lhes matar, vender, expor os recém-nascidos, ou ainda provocar atos como: o aborto e o infanticídio. Em meados do século XVII iniciaram as primeiras tentativas de proteção aos direitos da criança, e surge então o termo – Puericultura voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde, atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno crescimento e desenvolvimento (ALMEIDA, 2005). Porém, apenas no início do século XX surgiram as primeiras políticas públicas de saúde no Brasil, que têm atualmente na atenção básica o seu subsídio no Programa de Saúde da Família, reconhecido como Estratégia de Saúde da Família. Nesse contexto, dentro dos programas priorizados pela ESF, destaca-se a Puericultura destinada a crianças de 0 a 5 anos, e tem no Enfermeiro o principal responsável pela execução das ações destinadas a assistência à saúde da criança. Com isso o estudo objetiva identificar as principais dificuldades relatadas pelos enfermeiros para realização da Puericultura na Estratégia de Saúde da Família de um município do sertão paraibano. Metodologicamente, o estudo trata-se de uma pesquisa tipo exploratória- descritiva, de campo e com abordagem quanti-qualitativa. Sendo realizada com 15 enfermeiros da ESF do município de Sousa – PB. Foi utilizado um questionário semi-estruturado, aplicado durante o mês de agosto de 2013. Os dados quantitativos foram apresentados em forma de tabelas e discutidos a luz da literatura pertinente à temática e os dados qualitativos utilizaram-se da análise de conteúdo. Vale ressaltar que a pesquisa baseou-se na normatização do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996. Considera-se a pesquisa como relevante por trata assunto bastante importante à saúde da criança e ao mesmo tempo para a toda a equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família, bem como por contribuir para a maior valorização da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro. Notou-se que os profissionais de enfermagem gostam e executam a Puericultura, porém não da forma preconizada pelo Ministério da Saúde, pois ainda existem inúmeros desafios que precisam ser transpostos nessa atividade; e que a ação eficaz do enfermeiro contribui para uma melhor promoção e prevenção de doenças no que diz respeito a assistência a saúde da criança.

Palavras-chaves: Assistência de Enfermagem – Puericultura – ESF.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Karine Vieira. **Difficulties encountered by nurses for carrying out the consultation of childcare.** In 2013 63 pages. Monograph (Course Bachelor of Nursing) - Center for Teacher Education, Federal University of Campina Grande, PB – Cajazeiras-PB, 2013.

Concern about the health of the child arises since the dawn of mankind , when the figure of the parents had total control over the children , which in turn allowed them to kill , sell, expose newborns , or cause such acts as : abortion and infanticide . In the mid- seventeenth century began the first attempts to protect the rights of the child , and then comes the term - Childcare primarily focused on aspects of prevention and health promotion , acts to keep the child healthy growth to ensure their full and development (Almeida , 2005) . However , only in the early twentieth century came the first public health policies in Brazil , which currently have in your primary care subsidy program in Family Health , recognized as the Family Health Strategy . In this context , within the programs prioritized by the ESF , there is the Childcare aimed at children 0-5 years old, and the nurse has the primary responsibility for implementation of actions to assist the health of the child . With this study aims to identify the main difficulties reported by nurses to perform the Childcare Strategy in Family Health in a city of Paraiba backwoods . Methodologically , the study addresses is an exploratory - descriptive research type , and field with quantitative and qualitative approach . Being carried out with 15 nurses from the ESF in the municipality of Sousa - PB . We used a semi-structured questionnaire applied during the month of August 2013. Quantitative data were presented in tables and discussed in the light of the literature on thematic and qualitative data were used content analysis . It is noteworthy that the research was based on the rules of the National Health Council (CNS) , by Resolution No. 196, dated October 10, 1996 . It is considered as relevant for the research topic is very important to children's health and at the same time for the entire health team Family Health Unit , as well as contribute to greater appreciation of the query childcare performed by nurses . It was noted that nurses like and perform Childcare , though not in the way advocated by the Ministry of Health , because there are still many challenges that need to be overcome in this activity , and that the effective action of the nurse contributes to a better promotion and prevention disease with regard to the child's health care .

Keywords : Nursing Care – Childcare - ESF.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

DNCr - Departamento Nacional da Criança

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MES - Ministério da Educação e Saúde

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OB - Normas Operacionais Básicas

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização Mundial das Nações Unidas

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PAISC - Programa Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAISMC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis: Idade, Sexo e Estado Civil	38
Tabela 02: Tempo de formação	39
Tabela 03: Título Profissional	40
Tabela 04: Tempo de atuação como Enfermeira na ESF	40
Tabela 05: Você já fez alguma capacitação sobre puericultura?	41
Tabela 06: Gosta da área de puericultura e se sente satisfeito (a) em realiza-la?	41
Tabela 07: Há um cronograma de atividades na ESF em que há um dia específico para a realização das consultas de puericultura?	42
Tabela 08: Há retorno das consultas?	44
Tabela 09: Realiza consulta de Puericultura de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde?	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 GERAL.....	18
2.2 ESPECÍFICOS.....	18
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS.....	19
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.....	21
3.3 ATENÇÃO BÁSICA.....	24
3.4 PUERICULTURA.....	27
3.5 A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PUERICULTURA.....	29
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	32
4.1 TIPO DE ESTUDO	32
4.2 LOCAL DO ESTUDO	33
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	34
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	34
4.5 INSTRUMENTO PARA A COLETA.....	34
4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	35
4.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	36
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	38
5.2 DADOS REFERENTES À TEMÁTICA.....	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS.....	50
ANEXO	55
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	56
APÊNDICES	57
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	58
APÊNDICE B - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DOS PESQUISADOR RESPONSÁVEL	60
APÊNDICE C - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO	61

PESQUISADOR PARTICIPANTE	
APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	62
APÊNDICE E – ORÇAMENTO	63

1. INTRODUÇÃO

Na antiguidade, o poder dos pais sobre os filhos era absoluto, isso lhes permitia matar, vender ou expor os recém-nascidos. O aborto e o infanticídio eram permitidos, Ou seja, não existia por partes dos políticos ou da população um cuidado específico para que houvesse qualquer tipo de proteção aos direitos infantis. Os maus tratos de crianças e adolescentes vão além do abandono, no Brasil. Sendo assim, era necessário ocorresse à criação e aprovação de estatutos, tais como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que é o reflexo do direito brasileiro, dos avanços obtidos na ordem internacional, em favor da infância e da juventude (OTENIO; OTENIO; MARIANO, 2008).

Sempre houve algumas dificuldades em encontrar documentação oficial sobre as políticas públicas de atenção à saúde da criança desenvolvidas na primeira metade do século XX, como explica, (BRASIL, 2011). Somente, a partir das décadas de 70 e 80 ocorreram várias reformas nas políticas públicas de saúde, o que por sua vez, permitiu uma maior reflexão sobre a assistência e saúde da criança.

Sendo assim, era necessária que houvesse por parte da Atenção Básica (AB) ações específicas voltadas ao atendimento a criança. Brasil (2010) esclarece que a AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A Saúde da Família é a estratégia prioritária da Atenção Básica e para sua organização segue os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

A proposta do PSF, que mais tarde passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é atingir o maior número de pessoas dentro de uma área geográfica e populaça definidas em âmbito municipal, por meio de ações básicas preventivas e promocionais de saúde.

Nota-se que a ESF objetiva promover a mudança nas práticas de saúde, preocupando-se com o modo como as equipes atuam nestas unidades, bem como, com a organização desse processo de trabalho em relação às ações específicas de saúde da criança.

Com ênfase na saúde da criança, na ESF, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é a *Puericultura*, que tem como propósito acompanhar o crescimento e desenvolvimento de criança com faixa etária de 0 a 5 anos, observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias (LEITE, 2005). Para isto, pressupõe a atuação de toda equipe de atenção à criança, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, consulta médica e grupos educativos.

Dentro da atuação dos profissionais que atuam na ESF, destaca-se aqui a profissão do enfermeiro, que um dos profissionais mais essenciais a qualquer sistema de saúde que pressupõe atendimento de qualidade e alicerçada em um processo de trabalho moderno e tecnicamente aceitável em sociedades desenvolvidas. A enfermagem é uma profissão essencial, de utilidade pública, de valor social inquestionável (MACHADO, 2010).

A competência do enfermeiro para integrar a ESF está estabelecida em sua formação acadêmica, a qual instrumentaliza a realizar a consulta, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem em toda a assistência de enfermagem. A Resolução do Conselho Nacional de Educação CNE/CES nº 03/2001, mencionada expressamente na Resolução COFEN nº 271/2002 prevê, na formação do profissional enfermeiro, a capacidade de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, intervir no processo saúde-doença, com a finalidade de proteger e reabilitar a saúde, na perspectiva da integralidade da assistência e integração da enfermagem as ações multiprofissionais. (Informativo COREN-PB 08/2004, nº 10).

Fundamenta-se esta pesquisa como extremamente relevante, por considerar que é necessário compreender o cotidiano do trabalho do enfermeiro em relação à prática da puericultura, pois, a mesma contribui para obter elementos consistentes que instrumentalizem a reflexão sobre o atual modo de organização do trabalho desses profissionais na atenção à saúde da criança nesse cenário. Este estudo também permite aos profissionais uma reflexão a cerca de seu trabalho, os cuidados prestados à criança e

o que se pode fazer para melhorar a assistência de enfermagem, garantindo assim uma puericultura adequada e eficaz.

A partir dessa premissa, o interesse pela pesquisa surgiu, em virtude das observações e das experiências vivenciadas, pela pesquisadora participante, durante os estágios supervisionados nas Estratégias de Saúde da Família, onde foram observados entraves e desafios enfrentados pelo enfermeiro na realização da consulta de puericultura, como também, a qualidade da assistência prestada. No plano da contribuição da pesquisa, espera-se que os resultados possam vislumbrar a prática do enfermeiro na puericultura, bem como, as ações executadas por ele, principalmente diante de desafios do dia a dia, resultando na otimização de suas ações.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral:

Identificar as principais dificuldades relatadas pelos enfermeiros para realização da Puericultura na Estratégia de Saúde da Família de um município do sertão paraibano.

2.2 Específicos:

- Compreender a dinâmica de trabalho do enfermeiro que desenvolve ações de puericultura na ESF;
- Analisar quais os fatores que interferem para a realização da puericultura na atenção à saúde da criança na ESF;
- Identificar como os enfermeiros podem melhorar sua consulta de Puericultura na ESF.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

A criança é um ser vulnerável que carece de assistência sistemática e periódica (CAMPOS, 2012). Desde o seu nascimento até os últimos anos que compreende a infância, a criança deve receber os cuidados necessário e adequados para a manutenção de sua qualidade de vida, enfatizando não apenas a prevenção de agravos e doenças, mas principalmente promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança, a fim de garantir crescimento e desenvolvimento adequados nos aspectos físico, emocional e social.

O interesse da sociedade pelas crianças nem sempre esteve presente. Até o século XVII, a criança era vista como estorvo, desgraça, fardo insuportável para a família. Os cuidados dispensados ao bebê não eram uma tarefa agradável aos pais. No final do século XVIII, no entanto, algumas publicações motivaram novos sentimentos dos pais em relação à criança. Dentre elas, o *Emilie de Rousseau* (1762) trazia inúmeras recomendações às mães para que cuidassem pessoalmente dos filhos. (BADINTER, 2010).

Na antiguidade, o poder dos pais sobre os filhos era absoluto, era-lhe permitido matar, vender ou expor os filhos recém-nascidos. A deformidade da criança ou a pobreza da família bastavam para que a justiça doméstica decretasse sua morte ou seu abandono. O aborto era legítimo e o infanticídio admitido. Um vasto e variado conjunto de leis sobre o abandono foi se formando. Nele não se nota nenhuma preocupação com o lado ético da questão ou com a sorte das crianças. Bebês nascidos defeituosos, por exemplo, podiam perfeitamente ser mortos, atirados ao mar ou queimados. Acreditava-se que as deformidades traziam azar para a comunidade e para a família.

Com base em, Del Priore (2004), embora por lei as crianças livres não pudessem tornar-se escravas (apenas servas), muitas das abandonadas foram reduzidas a essa condição. Outras foram submetidas a abusos; algumas foram estropiadas (torciam-lhes os braços ou as pernas, quebravam-lhes os membros, ou furavam-lhes os olhos), para servirem a mendigos que, assim, pensavam poder alcançar melhor a piedade pública.

Inúmeras eram as causas da mortalidade infantil, somente a partir dos avanços no ensino da pediatria na Europa, e com os progressos trazidos pela Revolução Industrial, no século XIX, houve redução da mortalidade infantil nos países industrializados. (CARNEIRO, 2000).

Garcia et al. (2008), dizem que, dentre os avanços na área da pediatria e os novos campos de atuação que visavam um olhar diferenciado a criança, desde a arte de cuidar fisiológica e higienicamente das crianças até o amparo emocional, destaca-se o surgimento da Puericultura. O termo Puericultura surgiu na França em 1762, em tratado do suíço Jacques Ballexserd, e foi definida como “um conjunto de regras e noções sobre a arte de criar fisiológica e higienicamente as crianças” chegando ao Brasil por meio de Moncorvo Filho, fundador do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, em 1899.

Ainda utilizando-se dos autores supracitados, no Brasil, a partir do final do século 18, já se observava um progressivo aumento da atenção médica dirigida às crianças, registrada nos primeiros tratados sobre educação física em língua portuguesa, guias de higiene infantil dirigido às mães, teses universitárias tratando do parto e dos recém-nascidos e estudos sobre a mortalidade infantil.

O reconhecimento da importância da atenção à saúde da criança, no Brasil, segundo Rocha (2000), sofreu influência da Europa ocidental, no início de 1920, sendo nesse período, criadas as primeiras leis de proteção à infância – regulamentação de trabalho do menor, da gestante e da puérpera nas fábricas, fiscalização das creches e serviços de amas-de-leite.

Em 1930, a puericultura se institucionaliza, incorporada às leis, às propostas de saúde pública e a prática pediátrica. No período, sob influência norte-americana, a educação em saúde ganha mais força, passando a ser realizada diretamente com a população em centros de saúde. Vão sendo criadas novas orientações de puericultura, que passam a ser desenvolvidas com pré-escolares e escolares. (FREIRE, 2000).

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).

A prática de puericultura perdurou durante décadas e continua a existir na atualidade, sob o cognome de “Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança” embasado em um corpo conceitual que se traduz por normas e regras

higiênicas a serem cumpridas pelas mães. Tal atividade vem fazendo parte de um Programa Integrado de Assistência à Criança, do Ministério da Saúde.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.

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

É na Declaração dos Direitos da Criança de 1959, que a criança passa a ser considerada humana não apenas no âmbito geral dos direitos humanos, mas na especificidade da infância. A Declaração dos Direitos da Criança teria sido um importante instrumento na produção da criança ao criar um âmbito específico onde a criança seria produzida. Os direitos da criança afirmariam que as crianças são sujeitos de características específicas – sujeitos que, em momento específico da vida, precisam ter respeitados e garantidos direitos que deem conta de sua especificidade. Os direitos da criança funcionam como mecanismos subjetivadores que sujeitam as crianças e as produzem como sujeitos infantis.

Nas políticas públicas de saúde, a especificidade do infantil produz uma política específica para a saúde da criança e articula a saúde como um direito da criança que envolve os demais direitos relativos às condições de vida. (BRASIL, 2008).

No ano de 1975, com o objetivo de contribuir para a redução da morbidade e mortalidade da mulher e da criança, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil. Entre suas diretrizes básicas destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil.

Na década de 80, baseado na análise das condições sanitárias e epidemiológicas da população brasileira, foi elaborado o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), norteado pelas seguintes diretrizes: 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 crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência nessa faixa etária. Através do PAISC, foi estabelecida uma assistência multiprofissional à criança (BRASIL, 2002).

Novaczyk; Dias; Gaíva (2006) acrescentam que este programa foi considerado uma política de universalização da assistência à saúde, porque visa o benefício e alcance de toda população infantil brasileira.

Uma vez responsável por um efetivo cuidado com o processo de crescimento e desenvolvimento de cada uma e de todas as crianças da população adstrita, os serviços desse programa deveriam estar preparados para resolver, a partir da unidade mais elementar, a maioria dos problemas de saúde das crianças. Do mesmo modo, deveriam estar capacitados a atuar contra fatores indesejáveis do meio ambiente que impedem ou restringem cada criança de realizar seu potencial genético.

Nas políticas públicas de saúde, a especificidade do infantil produz uma política específica para a saúde da criança e articula a saúde como um direito da criança que envolve os demais direitos relativos às condições de vida. (LARA; GUARESCHI; HÜNING, 2009).

O primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência de que se tem notícia foi instituído durante o Estado Novo (1937/1945). As atividades desse programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância.

Em 1940, essas atividades foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado pelo presidente Getúlio Vargas com a assinatura do Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro. Com o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, foi instituído, em 25 de julho de 1953, o Ministério da Saúde, que incorporou e assumiu as ações até então de responsabilidade do DNCr. (BRASIL, 2012).

No ano de 1975, com o objetivo de contribuir para a redução da morbidade e mortalidade da mulher e da criança foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil. Entre suas diretrizes básicas destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e,consequentemente, a melhoria da saúde materno-infantil.

Em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). O objetivo era melhorar as condições de

saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde.

No ano seguinte, o PAISMC deu lugar a dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Ambos surgiram como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional, e seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços, conforme preconiza a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2012).

Nos anos 90, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), o Ministério da Saúde tenta reorganizar e melhorar a atenção básica, e se apresenta como campo propício à incorporação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) que tem como finalidade promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância. Trata-se de uma nova abordagem da atenção à saúde na infância, desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF), caracterizando-se pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância, ao invés do enfoque tradicional que busca abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingem a criança e do contexto em que ela está inserida. (BRASIL, 2002).

No âmbito da atenção básica à saúde, o Ministério da Saúde ainda lançou, em 2002, o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: acompanhamento o crescimento e desenvolvimento infantil. O documento expressa a adoção de medidas para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, enfocando a garantia de direito da população e cumprimento de dever do Estado.

A redução da mortalidade infantil é ainda um grande desafio no País para os gestores, profissionais de saúde e para a sociedade como um todo. Com este intuito a Coordenação de Atenção à Criança, do Ministério da Saúde, lança a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que age como um orientador para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança. Pretende-se, assim, ressaltar que o foco da atenção de todos, cada qual dentro de sua missão profissional, é a criança, em toda e qualquer oportunidade que se apresente, seja

na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos, como a creche, pré-escola e a escola. (BRASIL, 2005)

Ao longo das mudanças dessas diretrizes há reconhecimento de que, apesar dos avanços alcançados, os indicadores de saúde revelam longo caminho a percorrer com vistas ao direito integral à saúde, assumido nas leis brasileiras.

3.3 ATENÇÃO BÁSICA

Desde o estabelecimento da meta “Saúde para todos no Ano 2000”, em 1978, em Alma-Ata, o Brasil implantou o Sistema Único de Saúde (SUS), universalizou o acesso aos serviços e definiu a Atenção Básica à Saúde (ABS) como porta de entrada e principal estratégia para alcançar essa meta. (FACCHINI et al., 2006).

Com a aprovação da Portaria MS/GM nº 648/06 de 28 de março de 2006, foi instituída assim a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que traz os Princípios, Fundamentos e áreas de atuação da Atenção Primária, bem como as responsabilidades e competências de cada esfera de Gestão; a infra-estrutura e as especificidades da estratégia Saúde da Família e as atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF). A PNAB é realizada por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.(BRASIL, 2006).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (PNAB, 2012).

Em 1988, a promulgação da nova Constituição Brasileira estabeleceu o lema: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse processo,

foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. (BRASIL,1991).

A partir desse período, várias iniciativas institucionais legais e comunitárias foram criando condições de viabilização do direito à saúde de acordo com a Lei 8.080/90 - “Lei Orgânica da Saúde”, promulgada pelo Ministério da Saúde que regulamenta o SUS. Segundo essa Lei, a saúde não é só a ausência de doenças e é determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc. Outra Lei, a 8.142/90, regulamenta a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Foram criadas, também, as Normas Operacionais Básicas (NOB) que é um instrumento jurídico-institucional editado periodicamente pelo Ministério da Saúde para aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional; regular as relações entre os seus gestores e normatizar o SUS.

A história do PSF tem início quando o MS formula o PACS, em 1991. A partir daí começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão somente) o indivíduo (VIANA; DAL POZ, 1998).

O Programa de Saúde da Família foi criado em 1994 e o documento que define as bases do programa destaca que “ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua” (MS, 1994).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), a Saúde da Família é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada por equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de cerca de 3 a 4.500 mil pessoas ou de mil famílias de uma determinada área.

Apesar de ter sido “batizado” de programa, o PSF foi nomeado recentemente através da Portaria Nº 648, 28 de março de 2006 de Estratégia. Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, enquanto que a ESF é voltada para uma Atenção Primária à Saúde qualificada, resolutiva e contínua.

Campos (1989), ao descrever o SUS, aponta que nesta alternativa de modelo assistencial, o mercado não seria o principal critério para organizar e distribuir serviços,

mas o planejamento, realizado não a partir do poder aquisitivo das pessoas, mas de suas necessidades de saúde. O atendimento seria universal – todos poderiam utilizar o sistema –, gratuito e organizado; hierarquizado segundo a complexidade da atenção e regionalizado conforme a distribuição populacional e do quadro de morbimortalidade das comunidades.

A ESF é visto como um divisor de água da saúde pública brasileira, visto que tornou o atendimento multiprofissional em saúde mais próximo da população e favorecendo uma melhora no que diz respeito a saúde dos indivíduos.

Em resposta ao modelo curativista e médico-clínico, a ESF promove um novo modelo assistencialista diferenciado e centrado na humanização, uma vez que o modelo assistencialista presente no país ainda não contempla os princípios do SUS, apresentando-se com baixa resolutividade e baixo impacto social.

Ainda há diversos entraves e desafios a serem superados, os gestores e profissionais ainda falham diante da execução dos princípios que regem o SUS e o PNAB, que ainda há falhas na infra estrutura das Unidades de Saúde da Família e falta de materiais necessários a execução de procedimentos, por isso faz-se necessário um novo olhar e uma nova postura quanto toma-se por foco o Programa da Família, pois o mesmo é consequência de um processo de des-hospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde, e tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar.

3.4 PUERICULTURA

As ações oferecidas na Estratégia de Saúde da Família direcionadas à saúde da criança objetivam a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Promover e recuperar a saúde e o bem estar da criança têm sido, há muito tempo, prioridade dentro da assistência à saúde infantil, a fim de garantir seu pleno desenvolvimento e promover uma melhor qualidade de vida durante a infância, já que é nessa fase que o indivíduo torna-se mais exposto as enfermidades e riscos.

Nesta Estratégia, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças desde o período da gestação até a idade de 5 ou 6 anos é o Programa de Puericultura, que é norteados por cinco ações básicas que deverão ser seguidas durante as atividades voltadas para a prática da assistência à saúde da criança instituídas

e foram instituídas pelo Ministério de Saúde, são elas: promoção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, prevenção e controle de patologias de origens diarreicas e das infecções de ascendências respiratórias agudas, imunização, além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2002).

A Puericultura deve acontecer de forma contínua, sistemática e periódica e pressupõe a atuação de toda equipe de atenção à criança, de forma intercalada ou conjunta para alcançar um objetivo comum que uma criança dentro dos padrões considerados saudáveis para sua idade. A identificação de situações que vulnerabilizam a saúde da criança permitirá a execução de ações, possibilitando a redução da morbimortalidade além de potencializar seu desenvolvimento.

Ela é entendida como uma ferramenta que tem como principal objetivo atuar sobre o binômio mãe-filho durante a fase da infância, visto que essa é a etapa do ciclo da vida de maior vulnerabilidade biológica e, se não, social de todo o ser humano (DELCIAMPO; ROSA; RICCO, 1994).

O contato da criança e sua família com a unidade de saúde da família e a equipe multiprofissional deve ocorrer desde o nascimento da criança, a partir das visitas domiciliares, e seguidas pelas consultas de enfermagem na unidade. É importante ressaltar que para que a

Puericultura seja efetivada corretamente, é imprescindível a participação ativa da mãe nesse atendimento, pois é através dela que a criança chega à unidade de saúde. Quando a mãe não está inserida como deveria nesse processo, existe uma falha substancial desse trabalho, porque há uma interrupção contrária à frequente busca pelo atendimento de saúde desse infante. Vários são os motivos, e inclusive um deles é a percepção das mães sobre a puericultura, que por ora se faz desconhecida. Sendo assim, antes de tudo, se faz necessário conhecer a percepção materna, já que é ela a criadora do vínculo. (PEREIRA, 2012).

A não participação ou responsabilização das mães é apenas um dos inúmeros entraves que diariamente são enfrentados pela enfermagem nas ESFs, diversos são fatores ligados a não realização ou a não execução com qualidade do atendimento humanizado e holístico a crianças durante o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento.

O Ministério da Saúde, a fim de garantir a qualidade da assistência prestada à criança, propõe um calendário mínimo de consultas de puericultura, assim distribuídas:

uma consulta até 15 dias de vida, uma consulta com um mês, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses, totalizando assim, sete consultas no primeiro ano e meio de vida. (BRASIL, 2009) O mesmo poderá ter sua periodicidade alterada de acordo com a necessidade e/ou em caso de situações especiais como: crianças de até seis meses de idade que tenham nascido com peso inferior a 2.500 gramas e/ou tenham sido, de forma prematura, desmamadas e aquelas que apresentem déficit do crescimento/desenvolvimento. Com isso, a puericultura deve ser vista como um conhecimento prático da promoção/prevenção da saúde/doença, além de favorecer a educação recíproca entre criança, família e profissional da saúde. (OLIVEIRA,2002)

Entretanto, ainda não há a plena execução desse calendário mínimo de consultas nas ESFs, pois inúmeras são dificuldades encontradas, seja por parte dos profissionais de saúde, seja por parte da gestão.

A consulta em puericultura é considerada arma eficaz para a diminuição da morbimortalidade infantil e para que flua sem falhas, é imprescindível a participação ativa da mãe nesse atendimento, pois é através dela que a criança chega à unidade de saúde.

Mesmo podendo ser desenvolvida pelo profissional médico, a realização da consulta de puericultura é também uma atribuição de responsabilidade da enfermagem. Por essa razão a enfermagem tem um papel importantíssimo nessa assistência, visto que é participante ativa no acompanhamento das crianças através da consulta de enfermagem em puericultura, sendo esta atividade – consulta de enfermagem – privativa do enfermeiro, como coloca a Lei nº 7.498/86 (BRASIL, 2010).

A assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Por meio do acompanhamento da criança saudável, papel da puericultura, espera-se reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se para alcançar todo seu potencial.

3.5 A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PUERICULTURA

Sigand *et al.* afirmam que a enfermagem, na saúde pública, por possuir uma posição frente à comunidade, de profissão educadora e assistencial à saúde, compartilha, com a criança e a família, informações e conhecimentos acerca da situação de saúde na

qual aquela criança se encontra, por meio de dados objetivos, previamente coletados e interpretados. As orientações abrangem diversas áreas como nutrição, higiene e limpeza, brincadeira/estimulação, imunização, comunicação social e o próprio relacionamento entre criança, família e comunidade.

Atualmente, a ESF, com a presença atuante do profissional enfermeiro, é utilizada como auxílio à atenção básica, tratando-se assim de uma “estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de favorecer o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados

De forma a auxiliar aos profissionais de saúde na realização da puericultura, foram criados, pelo Ministério da Saúde, programas como o de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que tem como objetivos contribuir para a redução da morbidade e mortalidade associada às principais causas de doenças na infância, introduzir medidas de promoção/prevenção de saúde/doença na rotina dos atendimentos e acompanhar o crescimento/desenvolvimento das crianças, a fim de favorecer o diagnóstico precoce de patologias. (CIAMPO, 2006)

A enfermagem desempenha um papel primordial no que diz respeito a contemplação da promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação em saúde, por meio de orientações e ações práticas eficazes na atenção aos riscos e agravos à saúde. O enfermeiro integra a equipe de saúde altamente qualificada e habilitada para atuar no processo saúde/doença, no contexto das consultas de puericultura na atenção básica. O enfermeiro é o profissional que monitoriza a evolução da criança, apoia e orienta a família interagindo com a mesma, compreendendo e lidando com os efeitos dos determinantes culturais, sociais e ambientais, intervindo de forma apropriada para manter saudável esse pequenino ser. (CEARÁ, 2009).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB-2012) diz que o Enfermeiro atua de forma direta em todas as ações desenvolvidas na ESF, realiza atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade.

Com a implementação da ESF houve o avanço da implantação da consulta de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde e esta atividade passou a ser realizada de forma contínua a seus usuários, constituindo uma estratégia de atendimento de caráter generalista, centrada no ciclo vital e na assistência à família.

A Consulta de Enfermagem à Criança, segundo Saparolli e Adami (2007), é caracterizada como uma ação que visa à reorganização da assistência básica à saúde para desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade e identificar precocemente a necessidade de tratamento das doenças. Faz-se necessária uma atenção integral à criança e um amplo conhecimento tecno-científico por parte do enfermeiro para que possa conduzir suas consultas com êxito e segurança.

O Enfermeiro tem a possibilidade de acompanhar de forma geral o processo de desenvolvimento infantil, sendo ainda conhecedor dos diversos fatores que interferem no processo saúde-doença do infante. Enfermeiros comprometidos com a saúde da criança tornam-se aptos e interagem integralmente nessa atividade.

Embora a consulta de enfermagem atualmente seja uma prática prestada de modo sistemático, no atendimento de puericultura às crianças das famílias assistidas pelas ESF, é possível observar na prática profissional, que nem todos os enfermeiros percebem-se aptos, nem interagem tecnicamente com esta atividade. Tal dificuldade pode ser explicada pelos inúmeros desafios que estes profissionais enfrentam em seu cotidiano, desde a inadequada infraestrutura do seu ambiente de trabalho até a não participação das mães no acompanhamento e retornos das consultas de Puericultura.

Para que essa prática assistencial tenha a qualidade esperada é essencial que os serviços disponíveis, tenham estruturas adequadas abrangendo: áreas físicas e instalações; materiais e equipamentos; número adequado de enfermeiros com preparo específico, e que interajam com o cliente e sua família na perspectiva da criação de vínculos construído pela afetividade e, respeito à autonomia dos usuários.(SAPAROLLI E ADAMI 2007).

Diante do modelo curativista que ainda prevalece na ESF, a procura pela consulta de Enfermagem para a realização de Puericultura é bastante escassa, pois as mães/responsáveis pelos menores não visam prioritariamente a prevenção de doenças e só buscam ajuda quando as crianças apresentam algum sinal ou sintoma que altere sua qualidade de vida.

Além disso, muitas vezes, a consulta de enfermagem em Puericultura não é claramente definida para a comunidade e para os outros profissionais de saúde, que as confundem com uma simples triagem de pacientes para consulta médica. Daí a importância de divulgar e promover os reais objetivos e ações da Puericultura para toda

a comunidade assistida pelo ESF, bem como a relevância da atuação do enfermeiro diante da Puericultura

Dessa forma, a atuação do enfermeiro na puericultura possibilita o desenvolvimento de uma assistência sistematizada, de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde infantil (ASSIS et AL, 2011) Com isso, espera-se reduzir a ocorrência de doenças e assim aumentar as chances do crescimento e desenvolvimento.

4. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Uma metodologia, por definição, significa o estudo dos métodos, ou “receita”, para as etapas a serem seguidas em um determinado processo, e são fundamentais para o desenvolvimento dos projetos, desde que bem aplicados de acordo com as necessidades da empresa e do projeto, pois não existe uma receita perfeita para todos.

Ela 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 estudo adotados pelo pesquisador. (MINAYO, 2008).

O autor mencionado anteriormente define pesquisa como uma atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino. Para ela, pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca, e por isso, tem a característica do provisório e do inacabado permanente.

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa científica acadêmica, realizada para maior compreensão sobre o tema de pesquisa proposto: Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro para realização da Puericultura.

4.1 TIPO DE PESQUISA

A linha teórica e metodológica que orientou esta pesquisa é do tipo exploratório - descritiva, de campo, e com abordagem quanti-qualitativa.

Na pesquisa exploratória-descritiva, os estudos exploratórios tem por objetivo descrever completamente determinado fenômeno, como, por exemplo, o estudo de um caso para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas. Dá-se precedência ao caráter representativo sistemático e, em consequência, os procedimentos de amostragem são flexíveis. Neste tipo de pesquisa adota-se uma postura de descobertas, pois esta se configura como a que acontece na fase preliminar, antes do planejamento formal do trabalho, o que complementa os preceitos da pesquisa descritiva, na qual o foco ‘e observar, registrar, analisar, classificar e interpretar fatos. (PRESTES, 2003).

Na visão de Cervo; Bervian; Silva (2006) a pesquisa descritiva tem por finalidade: observar, registrar, analisar e correlacionar variações de fatos ou fenômenos ocorridos, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e suas características, elas são também as que são mais solicitadas por organizações como empresas comerciais ou instituições educacionais.

Segundo Lakatos (2006), a pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou ainda, de descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.

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 lógicas e os atributos mesuráveis de experiência humana. (POLIT; HUNGLER, 2005).

A abordagem qualitativa, de acordo com Pereira (2004), respondem 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.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa de campo foi realizada em Unidades ESF no município de Sousa, pertencente à Mesorregião do Sertão Paraibano, que localiza-se a oeste da capital do estado, distante desta cerca de 427 km. Ocupa uma área de 842,275 km², sendo o terceiro maior município do estado em extensão territorial. Sua população recenseada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 foi de 65.807 habitantes, sendo o sexto mais populoso do estado. A escolha do local justificou-se por ter sido uma das unidades de campo de estágio prático do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Campina Grande, e possuir uma equipe formada de acordo com o que preconizam os princípios das políticas públicas em saúde.

Este município possui um total de 26 ESFs, situando-se 19 na zona urbana e 07 na zona rural, onde destas fizeram parte da pesquisa 15 ESFs, por conter maior número de crianças de 0 a 5 anos. As unidades funcionam no período diurno, com ações de

atendimento primário a saúde, existe em cada unidade uma equipe composta por aproximadamente 12 profissionais, correspondendo a 01 enfermeiro, 01 médico, 01 dentista, 01 auxiliar em consultório dentário, 01 técnico em enfermagem, 01 atendente e 06 agentes comunitários de saúde, podendo variar de acordo com a área e população adscrita, possuindo geralmente um cronograma de assistência, onde dias da semana são destinados ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de zero a cinco anos.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Conforme Varão, Batista e Martinho (2006), a população é o conjunto de indivíduos que partilham ou apresentam características comuns. Já a amostra é representação desses sujeitos com características relevantes para o estudo.

A população desta pesquisa foi composta por 15 enfermeiros cadastrados e atuantes nas equipes da ESF da zona urbana do município de Sousa-PB, dos quais 66,66 % concordaram em participar da pesquisa. A amostra foi constituída por 10 enfermeiros, os quais foram escolhidos através de uma amostragem não-probabilística intencional, onde os elementos da amostra são julgados como adequados baseado em escolhas de casos específicos, na população onde o pesquisador está interessado.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos nessa pesquisa os enfermeiros que atuam na ESF há pelo menos 6 meses, independente do sexo e idade e que concordassem em participar voluntariamente do estudo mediante explicação dos objetivos do trabalho e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A).

Automaticamente foram excluídos os enfermeiros que não fossem legalmente cadastrados na ESF e que não concordassem em participar da pesquisa recusando-se a assinar o TCLE e preencher o instrumento de coleta.

Dos 15 participantes possíveis, foram entrevistadas 10 enfermeiras, as 5 que não responderam o questionário se enquadravam nos critérios de exclusão inerentes a pesquisa.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

De acordo com Silva; Menezes (2005), a coleta de dados estará relacionada com o problema, a hipótese ou os pressupostos da pesquisa e objetiva obter elementos para que os

objetivos propostos na pesquisa possam ser alcançados. Com isso, o instrumento de coleta de dados escolhido deverá proporcionar uma interação efetiva entre você, o informante e a pesquisa que está sendo realizada. Para facilitar o processo de tabulação de dados por meio de suportes computacionais, as questões e suas respostas devem ser previamente codificadas.

Gil (2008) considera como sendo uma técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado.

O período de coleta foi entre os dias 06 a 10 de agosto de 2013 e para obter os objetivos proposto da pesquisa, foi aplicado um questionário (APÊNDICE A) caracterizado como semi-estruturado, a partir de uma ordem pré-estabelecida pelo entrevistador e além de conter questões objetivas inclui perguntas subjetivas, nas quais o entrevistado adquire certa liberdade.

Também é considerado um questionário auto-aplicativo, contendo 15 questões, sendo elas 11 objetivas e 4 subjetivas, que estão dispostas em uma "progressão lógica". Segundo Good; Hatt (2006), é de extrema importância pois leva o informante gradativamente de um quadro de referência a outro facilitando o entendimento e as respostas.

O instrumento de coleta ou questionário incluiu questões a fim de traçar o perfil sócio demográfico do enfermeiro entrevistado, foram utilizadas variáveis como sexo, idade, estado civil, titulação e tempo de atuação no trabalho. E, por conseguinte questões norteadoras relacionadas a temática abordada, como os fatores que favorecem e/ou influenciam a Puericultura na ESF, as dificuldades encontradas para realização da Puericultura e como seria possível melhorar as consultas.

Os participantes foram identificados pela letra E seguidos da numeração entre 1 a 10.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no mês de agosto de 2013, após serem respeitadas todas as etapas para a efetivação da coleta.

A priori houve o consentimento prévio da Instituição envolvida, por meio de um Termo de Autorização Institucional (APÊNDICE D), assinado pela secretária de saúde do município de Sousa. Em seguida realizado houve um contato com os enfermeiros das ESFs selecionadas, na perspectiva de esclarecer o objetivo do trabalho, e logo após, foi solicitada a assinatura destes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO A) para a autorização das suas respectivas participações, deixando claro o caráter científico da pesquisa.

A pesquisadora responsável e a pesquisadora participante (aluna colaboradora do estudo) também assinarão um Termo de Compromisso das Pesquisadoras (APÊNDICE B e C) Em seguida foram entregues os questionários aos enfermeiros nas respectivas unidades de atuação e posteriormente agendados os dias e horários, conforme a disponibilidade dos participantes, onde foi realizada uma nova visita para obtenção dos dados através do recolhimento destes questionários devidamente preenchidos.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Oliveira (2008) diz que a análise de conteúdo é um instrumento de pesquisa científica com múltiplas aplicações, onde os procedimentos utilizados podem variar em função dos objetivos da pesquisa. Pode ser conceituada de diferentes formas, considerando a vertente teórica e a intencionalidade do autor que a desenvolve, abarcando conceitos associados à semântica estatística do discurso político; técnica visando à inferência através da identificação objetiva e sistemática de características específicas das mensagens; técnica para produzir, inferências replicáveis e práticas partindo dos dados em direção a seu contexto ou ainda como um conjunto de técnicas de análise das comunicações.

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 da análise de conteúdo, proposto por Bardin.

Os dados quantitativos foram analisados de forma descritiva, com tratamento estatístico percentual, onde as questões foram analisadas e apresentadas em tabelas e

gráficos construídos na versão 14.0 do Microsoft Office Excel 2010, sendo os mesmos confrontados à luz da literatura pertinente à temática. Utilizou-se cálculos de frequência, porcentagem e média.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Pesquisa com Participação Humana inclui todo projeto em que pessoas são submetidas a atividades físicas, inclui exercícios corporais, ingestão de produtos e procedimentos médicos, estudos de opinião, que incluem qualquer pesquisa de opinião, questionários e testes, observação de comportamento, gravação de pessoas e estudos em que o pesquisador é o objeto de pesquisa.

Esta pesquisa estará norteada respeitando os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, normatizados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Esta Resolução também assegura aos participantes do estudo informações acerca dos seus objetivos, bem como anonimato, a liberdade para o consentimento e desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para sua assistência.

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 pela resolução acima citada.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa serão apresentados de duas formas: a primeira, através de tabelas onde serão discutidos conforme a luz da literatura pertinente à temática estudada; e a segunda se utilizará da análise de conteúdo, onde será possível conhecer as falas descritas pelos sujeitos da pesquisa.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

**Tabela 1 – DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS:
IDADE, SEXO E ESTADO CIVIL – SOUSA/PB**

Variáveis		
Idade	<i>f</i>	%
20 – 29 anos	5	50
30 – 39 anos	5	50
40 – 49 anos	-	-
Acima de 50 anos	-	-
Sexo	<i>F</i>	%
Masculino	-	-
Feminino	10	100
Estado Civil	<i>f</i>	%
Solteiro (a)	5	50
Casado (a)	4	40
Divorciado (a)	1	10
Viúvo (a)	-	-
Outros	-	-
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

A tabela 01 refere-se quanto a idade dos participantes, onde 5 (50%) das entrevistadas disseram ter idade entre 20 e 29 anos e as outras 5 (50%) possuem de 30 a 39 anos. Nota-se que cada vez mais cedo as pessoas inserem-se no mercado de trabalho, como pôde ser observado ao longo da pesquisa. Mercado de trabalho, este, que se torna mais competitivo e exigente, o que implica da população um nível de instrução maior, como pode ser observado mais adiante no grau de escolaridade das mesmas.

No que se refere ao sexo, há uma larga predominância do sexo feminino com 100% (10) das respostas. Isso pode ser explicado justamente pela inserção da mulher no

mercado de trabalho nos últimos anos o que fica visível em todos os âmbitos organizacionais a presença cada vez maior do sexo feminino.

Pereira; Santos; Borges (2005), ponderam em seu artigo que há algumas décadas a porcentagem de mulheres economicamente ativas tem aumentado consideravelmente. O que por sua vez, pode ser explicado alguns fatores, como os movimentos políticos e sociais ocorridos no mundo entre as décadas de 60 e 70. Essa mudança de padrões culturais impulsionou as mulheres a estudarem mais e a participar do mercado de trabalho de forma consistente. Seja por motivos financeiros ou mudanças nos padrões culturais ou até por realização pessoal é fato que as mulheres tem entrado de forma consistente no mercado de trabalho.

Historicamente, a profissão de Enfermagem sempre foi amplamente difundida entre as mulheres, o que embasa a larga predominância feminina nos resultados da presente pesquisa. Padilha; Vaghetti; Brodersen (2006), dizem que a enfermeira, ao acompanhar os movimentos de transformação no mundo com relação à posição da mulher na sociedade, vem assumindo-se como cidadã, profissionalizando-se e conquistando o mercado de trabalho, além de assumir papéis públicos de direção e chefias, que antes eram apenas reservados aos homens. Essa perspectiva tem gerado uma tendência crescente em correlacionar a análise da enfermagem, em seus processos histórico, político, cultural, educativo e trabalhista, à da problemática da mulher na sociedade, pois a enfermeira é o espelho em que se reflete a situação da mulher através dos tempos.

No que se refere ao estado civil, 5 (50%) são solteiras, 4 (40%) são casadas e 1 (10%) é divorciada.

Tabela 02: TEMPO DE FORMAÇÃO

Tempo de formação	<i>f</i>	%
Menos de 1 ano	-	-
1-3 anos	3	30
4-6 anos	2	20
Mais de 6 anos	5	50
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Para a Tabela 02, em referencia a relação quanto o tempo de formação, 5 (50%) estão formadas a mais de 6 anos, 3 (30%) de 1 a 3 anos e 2 (20%) de 4 a 6 anos. Nota-se

que as entrevistas possuem certa experiência na atenção básica, porém, poucas são as que realmente se interessam pela área de puericultura.

Tabela 03: TÍTULO PROFISSIONAL – SOUSA/PB

Título Profissional	F	%
Enfermeiro Graduado	2	20
Enfermeiro Pós Graduado	8	80
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Quando questionadas sobre a titulação profissional, a tabela 01 demonstra que 8 (80%) disseram ser Pós graduadas e 2 (20%) são apenas graduadas. O grande número de profissionais no mercado de trabalho, bem como, a necessidade de haver cada vez mais profissionais com excelência explicam esse fato. Diante de tal situação, cabe ao enfermeiro aprimorar cada vez mais as suas práticas e adaptar-se as exigências não apenas do mercado de trabalho, mas principalmente, visando um atendimento holístico e de qualidade a toda a população.

Aarestrup; Tavares (2008) elucidam que a formação dos enfermeiros proposta pelo SUS é evidente em alguns cursos de graduação que vêm desencadeando mudanças em meio a um processo de transformação da formação e do próprio sistema de saúde. Exigindo do enfermeiro competências de caráter educativo, assistencial, administrativo e político, todas engajadas no compartilhamento de informações e conhecimento do enfermeiro.

Tabela 04: TEMPO DE ATUAÇÃO COMO ENFERMEIRA NA ESF – SOUSA/PB

Tempo de atuação como Enfermeira na ESF	F	%
6 meses	2	20
1-4 anos	1	10
Mais de 4 anos	4	40
Outro	3	30
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

A tabela 04 mostra que o maior percentual das entrevistadas possuem mais de 4 anos na ESF com 4 (40%), seguidas de 3 (30%) estão atuando a 8 meses, 2 (20%) a 6 meses e 1 (10%) de 1 a 4 anos. Essa longa permanência pode ser explicada em

detrimento do concurso público, o que permite ao profissional criar vínculos tanto com o serviço desempenhado, quanto com a população.

5.2 DADOS REFERENTES À TEMÁTICA

A seguir serão expostos os dados referentes às questões norteadoras do estudo e analisadas conforme a luz da literatura. Nessa etapa os dados serão apresentados quantitativamente em forma de tabelas, como também, analisados qualitativamente através da fala dos entrevistados, utilizando a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin.

Tabela 05: Você já fez alguma capacitação sobre puericultura? – SOUSA/PB

Você já fez alguma capacitação sobre puericultura?	<i>F</i>	%
Sim	3	3
Não	7	70
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Na tabela 05, quando questionadas acerca de já terem feito alguma capacitação em puericultura, apenas 3 (30%) disseram que sim e os outros 70% (7) não possuem nenhuma capacitação na área.

Com base em Campos et al. (2011), a consulta de enfermagem à criança tem como objetivo prestar assistência sistematizada de enfermagem, de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde. Sua realização envolve uma sequência sistematizada de ações: histórico de enfermagem e exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem, e avaliação da consulta. Esta prática assistencial foi legalizada pela Lei nº 7.498/86 que regulamentou o Exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro.

Tabela 06: Gosta da área de puericultura e se sente satisfeito (a) em realiza-la? – SOUSA/PB

Gosta da área de puericultura e se sente satisfeito (a) em realiza-la?	<i>F</i>	%
Sim	10	100
Não	-	-
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

A respeito de gostarem da área de puericultura e se sentirem satisfeitas em realiza-la, 100% (10) das entrevistadas disseram que sim, que gostam e se sentem satisfeitas nessa área, o que pode ser expresso na tabela 06.

Souza et al. (2010) demonstram que a puericultura consiste na realização de um conjunto de técnicas que visam garantir à criança um bom desenvolvimento mental, físico e moral, dando ênfase, portanto, a sua integralidade, exerce um papel primordial na promoção da saúde infantil. Sendo assim, o profissional de enfermagem, tem como responsabilidade atender e compreender esse universo que envolve a saúde da criança, e para que isso ocorra satisfatoriamente é imprescindível que o mesmo goste de atuar nessa área.

Tabela 07: Há um cronograma de atividades na ESF em que há um dia específico para a realização das consultas de puericultura?

Há um cronograma de atividades na ESF em que há um dia específico para a realização das consultas de puericultura?	<i>F</i>	%
Sim	5	50
Não	5	50
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

A respeito de haver algum tipo de cronograma de atividades na ESF em que há um dia específico para a realização das consultas de puericultura, a tabela 07 demonstra que 5 (50%) disseram que sim e os outros 50% (5) disseram que não. Acerca dos dias mais comuns para essas consultas, foi ressaltado a terça-feira, a quarta-feira e a quinta-feira, como podem ser descritos nas falas a seguir:

“As consultas são agendadas com os agentes comunitários de saúde para a avaliação antropométrica (peso/altura) das crianças, quanto ao calendário de vacinação infantil. A maior demanda é

na sexta, em relação as doenças prevalentes na infância, a demanda é livre..”

(E 2)

“... Nas quartas-feiras pela manhã. Ocorre a vacinação juntamente com aferição de peso e altura e acompanhamento da caderneta da criança.”

(E 3)

“Na segunda quinta-feira de cada mês é feito o acompanhamento do peso e altura das crianças, juntamente com a colaboração da pastoral da criança. O momento é aproveitado para verificar as vacinas.”

(E 5)

Nota-se que esse acompanhamento quando é feito, é lembrado pelas profissionais de enfermagem, em sua maioria, apenas como o ato de pesar e checar a altura da criança, como também verificar as vacinas. Mas, é importante abrir uma discussão que a puericultura não se restringe a esses três pontos. Campos et al. (2011), vem embasar essa visão, dizendo que a puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada.

Blank (2003) diz que a colocação sequencial de dados antropométricos em curvas padronizadas foi consagrada como um indicador sensível do estado de saúde da criança, embora o apoio científico ao valor da monitorização do crescimento como teste de triagem seja pobre.

Por outro lado, as pesquisadas que expuseram não ter um dia apropriado para esse tipo de atendimento, responderam o seguinte:

“A comunidade não respeita o cronograma e comparece ao posto no dia que lhe convém.”

(E 1)

“Não há um dia especificamente certo, quando as crianças aparecem no PSF a gente realiza puericultura, pois há muito tempo os ACS’s ficaram com esse papel.” (E 4)

“Na unidade em que atuo nunca houve puericultura, não há fichas para registro de atividades, sendo que no mês de outubro será implantada. Toda a equipe está se preparando para isso, orientando a comunidade e providenciando as fichas.” (E 6)

A não compreensão da população e alguns problemas de cunho organizacional acabam dificultando a atuação do enfermeiro nessas situações, como pode ser demonstrado nas falas anteriores. Sendo assim, torna-se imprescindível a educação continuada a comunidade, bem como, o trabalho mais sério de repasse das verbas aos PSFs por parte dos administradores municipais.

Tabela 08: Há retorno das consultas?

Há retorno das consultas?	<i>F</i>	%
Sim	2	20
Não	3	30
Às vezes	5	40
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Na tabela 08, quando indagadas a respeito de ocorrer o retorno as consultas, 5 (50%) disseram que acontece às vezes, 3 (30%) afirmaram não ocorrer e apenas 2 (20%) disseram que sim. A comunidade por possuir uma visão que foca apenas na doença, acaba não levando em consideração que o mais importante é a prevenção, então isso explica esse baixo número de retorno as consultas.

Tabela 09: Realiza consulta de Puericultura de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde?

Realiza consulta de Puericultura de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde?	<i>f</i>	%
Sim	3	30%
Não	7	70%
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Sobre realizarem a consulta de Puericultura de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, 7 (70%) disseram que não e 3 (30%) que como visto na tabela 09. É importante para o enfermeiro que ele atinja a criança e sua família, uma vez que, reconhece que a consulta de enfermagem vai promovendo mudanças significativas em todo contexto da comunidade, tanto no aspecto preventivo como no curativo, permitindo atender às metas previstas pelo Ministério da Saúde relacionadas à saúde da criança, tais como: incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, combate às carências nutricionais, imunização e assistência às doenças prevalentes na infância, mesmo que não seja de forma integral, como destaca Campos et al. (2011).

Ao serem interrogadas a respeito da existência de fatores que favoreçam e/ou facilitem a realização das consultas de Puericultura na ESF e quais são esses fatores, as mesmas responderam que:

“Já tivemos mais. Hoje, no momento não contamos com os métodos necessários para desenvolver a consulta completa. A balança está quebrada, a brinquedoteca desativa, as mães descompromissadas, a sala de vacina desativada, entre outros.”

(E 1)

“Sim. 1) incentivo para as mães; 2) presença de um pediatra; 3) parcerias com o NASF; 4) lanche para o dia D.”

(E 8)

“Sim. Parceria com os profissionais do NASF (nutricionista, educador físico).”

(E 10)

Pode ser observada a discrepância das respostas, de modo que, algumas unidades possuem um aporte melhor, sendo auxiliados por órgãos como o NASF e outros profissionais de saúde o que torna a Puericultura mais completa e proporciona ao enfermeiro uma condição mais tranquila de executar as suas atividades, já que com a multidisciplinaridade não sobrecarrega apenas um dos profissionais da equipe.

Sobre as dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras para a realização da puericultura na sua ESF, elas responderam que:

“Falta de espaço físico, de profissionais de apoio na Unidade de Saúde e de horário reservado pelo médico a tal demanda.”

(E 2)

“Várias funções administrativas, burocráticas e assistenciais são delegadas a enfermeira e isso é uma das dificuldades enfrentadas. Por ser de uma comunidade um tanto quanto carente se não fosse a contrapartida da pastoral com a sobra seria mais difícil a adesão das mães.”

(E 5)

“Estrutura física inadequada, pois, não é realizado o peso e estatura na Unidade.”

(E 10)

As falas das enfermeiras, confirmam o que foi demonstrado nas respostas anteriores. As dificuldades enfrentadas são as mais diversificadas possíveis, desde a infraestrutura da Unidade de Saúde, até a adesão das mães e da participação das mesmas no cuidado para com seus filhos. Tudo isso acaba provocando no enfermeiro um sentimento de impotência. Frente a essas questões, o estudo corrobora com o de Campos et al. (2011), que revela em seus dados que mesmo sentindo-se frustrado por ter de conviver com tantas dificuldades e com a sensação de impotência ao interagir com situações sociais e econômicas tão adversas, que não permitem que suas intervenções levem à resolução esperada dos problemas detectados.

Porém, a realização da consulta de enfermagem determina que o enfermeiro sinta-se gratificado ao perceber-se que consegue estabelecer vínculo com a comunidade, passa a ser reconhecido profissionalmente e tem a possibilidade de promover mudanças individuais e coletivas, contribuindo com a promoção da saúde de sua clientela.

Quando questionadas como melhorar a realização das consultas na puericultura, as entrevistadas, disseram que:

“Conscientizar as mães da importância das consultas do acompanhamento da ESF desenvolvimento da criança, realizando reuniões e oficinas com elas para que elas sejam mais comprometidas com as nossas atividades e cuidados para com a criança.”

(E 1)

“Melhorando o atendimento, no nosso caso, facilitando mais, pois como eu já havia falado antes, na maioria das vezes os ACS's interferem e fazem o nosso papel.”

(E 4)

“Trabalhar as mães com as informações sobre a importância do acompanhamento de suas crianças pela Enfermagem e tentar buscar cada vez mais adesão ao programa.”

(E 7)

A partir do que foi discorrido pelas entrevistadas, observa-se de acordo com as suas falas, que as melhorias, em maior parte, só serão tendenciosas a ocorrer quando as mães se propuserem a ser mais atuantes nos cuidados e atendimentos de seus filhos, como também, na conscientização das mesmas para que isso aconteça juntamente com os profissionais de saúde, ou seja, que exista um feedback entre mãe/enfermeiro, por exemplo. Somente dessa forma, as enfermeiras poderiam fazer com que aos poucos a melhoria na prestação de seus serviços fossem mais incisivas e resolutivas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Básica, representada principalmente pela ESF foi criada objetivando tornar o acesso dos serviços básicos de saúde mais próximo da população, desenvolver ações e programas que possam atingir todos os grupos e faixas etárias promovendo uma melhor assistência em saúde; porém ainda é preciso consolidar esta estratégia para que assim possa ser alcançado um padrão de excelência na Atenção Básica, como é o caso da Puericultura, que permite a avaliação da criança em sua fase de maior susceptibilidade e que por inúmeras dificuldades não é executada como preconiza o MS.

Diante do exposto, percebe-se o quanto a consulta de Puericultura precisa ser valorizada pela população, principalmente pelas mães, não podendo ser entendida apenas como mero controle da criança, visando o peso, altura e cobertura vacinal, como a maioria da população acredita, e sim compreendida como um momento de cuidado e de extensão da promoção da saúde, assistindo a criança de forma holística e pessoal.

No que se refere à atuação do Enfermeiro na ESF, pode-se observar que é de fundamental importância a sua participação na equipe multiprofissional da estratégia, principalmente no que diz respeito as atividades relacionadas a atenção à saúde da criança. O enfermeiro, através da consulta de Puericultura, tem autonomia para diagnosticar, avaliar e encaminhar para outros serviços, crianças que estejam fora dos padrões de saúde adequados para sua idade, embora haja inúmeras dificuldades que impedem este profissional de executar as ações de Puericultura corretamente.

A partir dos achados desse estudo, conclui-se que os profissionais de enfermagem não dispõem tanta atenção a puericultura como deveria, uma vez que, é necessário haver uma relação de dualidade entre profissionais de saúde e a família, nesse caso as mães. Já que por falta de informação as mesmas acabam não se preocupando tanto na prevenção de eventuais doenças inerentes a infância.

Ainda há a prevalência do modelo curativista, fazendo com que as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelo enfermeiro se tornem tímidas e fragmentadas. Além da população já está acostumada a esse modelo ainda existe a interferência negativa de alguns profissionais da equipe multiprofissional de saúde da unidade, por exemplo, os agentes comunitários de saúde, que distorcem a imagem da Puericultura ao executar a pesagem e medidas de crianças em domicílio como se apenas isso fosse

necessário para a avaliação da criança ou como se substituísse a consulta de enfermagem.

Sendo assim é importante que o enfermeiro ofereça, não apenas, uma assistência adequada nesses casos, mas que ele se preocupe em desempenhar a educação continuada para com a família, em linhas gerais. Com base nisso, o estudo torna-se extremamente relevante para que os profissionais e a sociedade tenham embasamento a respeito e que a partir disso, as mudanças e a conscientização comecem a existir com relação à atenção à saúde da criança.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria de Fátima Santos de; OLIVEIRA, Fabíola Moreira Casimiro de. A Atuação do Enfermeiro na Equipe de Saúde da Família e a Satisfação Profissional. **Rev Eletr de Ciênc Soc.**, n. 14, set, 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em 14 de setembro de 2013.

ASSIS, Wesley Dantas de. et.al. **Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família**, 2010.

ASSIS, Wesley Dantas 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, feb. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Abr. 2012.

BADINTER, E.. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.

BELLUSCI, Domingos Gabriel de Paula. **Programa Saúde da Família II: manual para o dia a dia das equipes de saúde da família**. 2ª ed. São Paulo: Lawbook, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança ações básicas**. Ministério da Saúde. Brasília, 1964. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf> Acesso em: 15 de janeiro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assessoria de comunicação social, ABC do SUS/MS**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1**. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aidpi_modulo_1.pdf>. Acesso em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** – Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Lei nº 7498 de 25 de Junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e de outras providências**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em;

<<http://www.fiocruz.br/redeblh/media/70ahsaudecrianca.pdf>>. Acesso em 18 de agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 14 de agosto de 2013.

BLANK, Danilo. **A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências**. Jornal de Pediatr, v. 79, Sup. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a03.pdf>>. Acesso em 14 de setembro de 2013.

CAMPOS, G. W. de S. **Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate**. In: Campos, G.W. de S. et al. Planejamento sem normas. São Paulo, Editora HUCITEC, p.53-60, 1989.

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol; et al. **Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**, 2010.

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol; 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. 566-74, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>>. Acesso em 14 de setembro de 2013.

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

CEARÁ. Secretária da Saúde do Estado. **Manual de Normas para Saúde da Criança na Atenção Primária**. Fortaleza: SESA, 2002.

_____. Secretária do Estado da Saúde. **Manual de normas para saúde da criança na atenção primária: módulo I: puericultura**. Fortaleza, 2002.

COELHO, Denise Carla Goldner. **As Políticas de Atenção à Criança e ao Adolescente do Município de Serra: Desconstruindo Vilões e Mocinhos**, 2010. Disponível em: <http://www.ufes.br/ppgpsi/files/dissertacoes/DISSERTACAO_DENISE_CARLA_GOLDNER.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2013

COLLET, N; OLIVEIRA BRG. **Manual de enfermagem pediátrica**. Goiânia, 2002

CORDEIRO H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cad. Saúde Família**, jan-jun, 1996.

DEL PRIORE, M. (org.). **História das crianças no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2004.

Del Ciampo LA, et al. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 739-43, 2006.

FIGUEIREDO, Nêbia Maria A. de. **Tratado Prático de Enfermagem**. 2ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

FIGUEIREDO; Glória Lúcia Alves; MELLO, Débora Falleiros de. Aenção à saúde da criança no brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 6, nov-dez., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_17.pdf>. Acesso em: 11 de março de 2013.

FRANCO, T.R. et al. **Avaliação do Programa de Puericultura na Unidade de Saúde Centro Social Urbano**, Pelotas/RS. In: XVI Congresso de Iniciação Científica, Pelotas/RS, 2007. Anais Universidade Federal de Pelotas.

GARCIA, M.G.; FERREIRA, E.A.P; OLIVEIRA, F.P.S.de. Análise da compreensão de pais acerca do Teste do Pezinho. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v.17, n. 1, abr., 2007. Disponível em: <HTTP>. Acesso em: 13 de novembro de 2012.

GOODE, William J.; HATT, Paul K. **Métodos em pesquisa social**. 2 ed. São Paulo: Nacional, 1968.

GUSSON, Antônio Carlos T.; LOPES, José Carlos. Pediatria no século 21: uma especialidade em perigo. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 28, n.1, mar., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000100018>. Acesso em: 20 de dezembro de 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=251620>>. Acesso em:

KLIEGMAN, Robert M.; et al. **Nelson, Princípios de Pediatria**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

LEITE GB, Bercini LO. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do programa saúde da família do município de Campo Mourão, Paraná, 2003. **Cienc. cuid. saude**. 2005.

MACHADO, M. H. A profissão de enfermagem no século XXI. **Rev Brasil de Enferm**, Brasília, v. 52, n. 4, p. 589-595, out/dez 2010.

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

OSIS, MARIA JOSÉ DUARTE. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito, e o programa: história de uma intervenção**. Dissertação [Mestrado]. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 1994.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; VAGHETTI, Helena Heidtmann; BRODERSEN, Gladys. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 292-300, abr/jun, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br:8080/xmlui/bitstream/handle/1/1572/G%C3%AAnero%20e%20enfermagem-%20uma%20an%C3%A1lise%20reflexiva.pdf?sequence=1>>. Acesso em 14 de setembro de 2013

PEREIRA, Analine de Moraes Fernandes Pereira; et.al. **Consulta de Enfermagem em Puericultura Segundo a visão materna: Uma revisão integrativa**, 2012.

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, Rosângela Saldanha; SANTOS, Danielle Almeida dos; BORGES Waleska. **A mulher no mercado de trabalho**. Universidade Federal de Mato Grosso. São Luís, ago, 2005. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/programa%C3%A7%C3%A3o/321waleska_Rosangela_Danielle.pdf>. Acesso em 14 de setembro de 2013

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

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

ROCHA, S.M.M. **O Processo de Trabalho em Saúde e a Enfermagem Pediátrica: socialidade e historicidade do conhecimento**. 1990. Tese [Doutorado]. Escola de Enfermagem da USP. Ribeirão Preto, 1990.

ROCHA, S.M. **Puericultura e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 2000.

ROSSO C.F.W.; COLLET N. **Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense**. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 1999. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/Educa.html. Acesso em março de 2013.

SAPAROLLI, Eliana Campos Leite; ADAMI, Nilce Piva. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 20, n. 1, mar., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v20n1/a10v20n1.pdf>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2013.

SIGAND, C.H.S; VERISSÍMO, M.L.O.R. **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, p.137-62, 1996.

SOUZA, Fernanda Ferreira; et al. **Impasses da puericultura de enfermagem: uma revisão de literatura**. Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica. 2010. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0807_0778_01.pdf>. Acesso em 14 de setembro de 2013.

VANZIN, A.S.; NERY, M.E.S. **Consulta de Enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre: RM&L, 1996.

VASCONCELOS EM. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec; 2001.

VIANA, A . L. D.; DAL POZ. M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 1-48, 1998.

ANEXO



Comitê de Ética em Pesquisa da FUNEDI-UEMG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, do
sexo _____, de _____ anos de idade, residente
à _____,
declaro ter sido informado e estar devidamente esclarecido sobre os objetivos e
intenções deste estudo, sobre as técnicas (procedimentos) a que estarei sendo
submetido, sobre os riscos e desconfortos que poderão ocorrer. Recebi garantias de total
sigilo e de obter esclarecimentos sempre que o desejar. Sei que minha participação está
isenta de despesas. Concordo em participar voluntariamente deste estudo e sei que
posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda
de qualquer benefício (caso o sujeito de pesquisa esteja matriculado na Instituição onde
a pesquisa está sendo realizada).

Assinatura do sujeito de pesquisa

_____/_____/_____

Assinatura da testemunha

_____/_____/_____

Pesquisador responsável

Eu, _____,
Responsável pelo Projeto “Dificuldades encontradas pelo enfermeiro para
realização da consulta de Puericultura” declaro que obtive espontaneamente o
consentimento deste sujeito de pesquisa (ou do seu representante legal) para
realizar este estudo.

Assinatura _____
_____/_____/_____

APÊNDICES



APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Caracterização da Amostra:
a) Nome da ESF: _____
b) Faixa Etária do(a) Enfermeiro(a): ☐ 20 a 29 anos ☐ 30 a 39 anos ☐ 40 a 49 anos ☐ Acima de 50 anos
c) Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
d) Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viúvo
e) Tempo de Formação: ☐ Menos de 1 ano ☐ 1 a 3 anos ☐ 4 a 6 anos ☐ mais de 6 anos
f) Titulação Profissional: ☐ Enfermeiro Graduado ☐ Enfermeiro Especialista
g) Tempo de atuação na ESF: ☐ 6 meses ☐ 1 a 4 anos ☐ Mais de 5 anos ☐ Outro Qual? _____
2. Dados referentes à temática:
a) Você já fez alguma capacitação sobre puericultura? ☐ Sim ☐ Não
b) Gosta da área de Puericultura e se sente satisfeito(a) em realizá-la? ☐ Sim ☐ Não
c) Há um cronograma de atividades na ESF em que há um dia específico para realização das consultas de puericultura? ☐ Sim ☐ Não Justifique:

d) Há retorno das consultas de puericultura? () Sim () Não () Às vezes
e) Realiza a consulta de Puericultura de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde? () Sim () Não
f) Existem fatores que favoreçam e/ou facilitem a realização das consultas de Puericultura na ESF? Quais?
g) Quais as dificuldades enfrentadas por você para a realização da Puericultura na sua ESF?
h) Como melhorar a realização das consultas na puericultura?

**APÊNDICE B - TERMO DE REPONSABILIDADE E COMPROMISSO DOS
PESQUISADOR RESPONSÁVEL**

Pesquisa: "Dificuldades encontradas pelo Enfermeiro para realização da consulta de Puericultura"

Eu, Cláudia Maria Fernandes Enfermeira, Professora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG 1128539 e CPF: 518798834-49 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

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

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Sousa – PB, _____ de _____ de 2013.

Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR PARTICIPANTE

Eu, Karine Vieira, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me, junto com a minha orientadora, a professora Cláudia Maria Fernandes, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado "Dificuldades encontradas pelo Enfermeiro para realização da consulta de Puericultura" e comprometo-me a assegurar que sejam seguidos 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 pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com a minha orientadora, pela entrega do relatório final ao Comitê de Ética e pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras – PB, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do Pesquisador Participante



APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOUSA – PB
RUA SADY FERNANDES ARAGÃO, S/N - ESTAÇÃO CEP:58802-030
CNPJ: 05.626.697/0001-24

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu,

_____,
Secretária de Saúde do município de Sousa, autorizo e estou ciente da intenção da realização da pesquisa intitulada **"Dificuldades encontradas pelo Enfermeiro para realização da consulta de Puericultura."**, que será desenvolvida, nas Estratégias de Saúde da Família do respectivo município, no mês de agosto de 2013, com abordagem quanti-qualitativa, tendo como pesquisadora responsável a professora Cláudia Maria Fernandes e como colaboradora Karine Vieira de Oliveira do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campus de Cajazeiras - PB.

Sousa – PB, _____ de _____ de 2013.

Secretária Municipal de Saúde
Sousa – PB

APÊNDICE E – ORÇAMENTO

Item	Quantidade	Valor unitário	Valor total
Gastos com material permanente			
Pen Drive	1	R\$ 20,00	R\$ 20,00
Gastos com material de consumo			
Resma de papel A4	1	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Caneta	2	R\$ 1,00	R\$ 2,00
Grampeador	1	R\$ 15,00	R\$ 15,00
Grampos pra grampeador	1	R\$ 3,00	R\$ 3,00
Gastos diversos			
Impressão / Xerox	120	R\$ 0,07	R\$ 8,40
Deslocamento até os locais de aplicação de questionário, transporte.	2	R\$ 2,50	R\$ 5,00
Gasolina para o transporte	1	R\$ 10,00	R\$ 10,00
Créditos para celular	2	R\$ 13,00	R\$ 26,00
TOTAL GERAL			R\$ 104,40