

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

RAYLANNE NUNES SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM
ESTUDO SOB A ÓTICA MATERNA/ACOMPANHANTE**

PICOS

2012

RAYLANNE NUNES SILVA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM
ESTUDO SOB A ÓTICA MATERNA/ACOMPANHANTE**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima

PICOS

2012

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

S586a Silva, Raylanne Nunes.

Assistência de enfermagem à criança na atenção
primária: um estudo sob a ótica das mães/acompanhantes /
Raylanne Nunes Silva. – 2012.

CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (63 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Piauí, Picos, 2012.

RAYLANNE NUNES SILVA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ESTUDO SOB A ÓTICA DAS MÃES/ACOMPANHANTES

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 02/07/2012

BANCA EXAMINADORA:

Luisa Helena de Oliveira Lima

Prof^ª. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima
Professora Adjunta do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI- CSHNB
Presidente da Banca

Edina Araújo Rodrigues Oliveira

Prof^ª. Esp. Edina Araújo Rodrigues de Oliveira
Professora Auxiliar do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI- CSHNB
2º. Examinador

Mailson Fontes de Carvalho

Enfermeiro Mailson Fontes de Carvalho
Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Picos
3º. Examinador

Aos meus amados pais,

Por sempre dispensar um imensurável amor a mim. Suas constantes presenças e amor incondicional levaram-me a sempre acreditar na minha capacidade, e hoje posso compartilhar com vocês tamanha vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus que sempre me ilumina, pela força, perseverança, por estar sempre acompanhando meus passos, por todas as dádivas concedidas durante todo esse percurso.

A minha mãe, Deusliane, por me guiar em minhas escolhas, pelos conselhos de valor imensurável. Pelo carinho, por sempre ter feito dos meus sonhos os seus e não medir esforços para a sua concretização.

A minha família, em especial meu pai, minha irmã, minha vó e ao Gabriel, por torcerem pelo meu sucesso, por sempre acreditar nos meus sonhos, e comemorar as minhas vitórias. Amo vocês!

Aos colegas de turma, que proporcionaram valiosas trocas de conhecimentos e experiências, pelos momentos de aprendizado.

As minhas amigas Thalita Figueiredo, Samara Osório e Rauênia Gonçalves, pelo companheirismo acima de tudo, por todos os momentos de alegria, pelo carinho, pelas longas risadas, por sempre estarem prontas a me ajudar, enfim, por toda a presença nesses anos de convivência diária.

A professora Luisa Helena, pela orientação e disponibilidade. Pela contribuição na minha formação profissional, seus ensinamentos foram essenciais para o desenvolvimento dessa pesquisa.

A professora e amiga Edina Araújo, por quem tenho grande admiração e carinho, pela contribuição na minha vida pessoal e profissional, pelos ensinamentos repassados, pelas palavras de encorajamento, pela disponibilidade mesmo estando distante.

Ao enfermeiro Mailson, pelas contribuições no início da pesquisa.

A Agente comunitária de saúde Edileusa por ter sido prestativa no período da coleta de dados.

Aos companheiros do Grupo de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente, principalmente aqueles que contribuíram na coleta de dados, sem vocês esse estudo não seria possível.

Aos participantes da pesquisa, pela contribuição e tempo concedido nas entrevistas realizadas.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho.

MUITO OBRIGADA!

“A palavra progresso não terá qualquer sentido quando houver crianças infelizes.”

Albert Einstein

LISTA DE TABELAS

1.	Perfil socioeconômico das mães/acompanhantes. Picos, 2012.....	29
2.	Distribuição da amostra de acordo com dados de caracterização das crianças. Picos, 2012.....	30
3.	Distribuição da amostra de acordo com dados das condições sanitárias das mães/acompanhantes. Picos, 2012.....	31
4.	Tabela 4. Caracterização da amostra de acordo com o atendimento à saúde da criança por enfermeiros da atenção básica. Picos, 2012.....	32
5.	Caracterização da amostra de acordo com ações básicas à saúde da criança realizadas pelos enfermeiros nas unidades de saúde.....	32
6.	Distribuição da amostra de acordo com dados das orientações repassadas no decorrer das consultas. Picos, 2012.....	33
7.	Distribuição da amostra de acordo com a resolutividade do serviço nas unidades básicas. Picos, 2012.	34
8.	Distribuição da amostra de acordo com conhecimento das mãe/acompanhantes sobre os sinais de perigo do AIDPI, 2012.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRA	Infecção respiratória aguda
PAISC	Programa de Assistência Integral à saúde da criança
RAG	Relatório Anual de Gestão
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Scienc
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
USF	Unidade de Saúde da Família

RESUMO

INTRODUÇÃO: A assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância devido à vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Diante disso, torna-se relevante investigar o modo como os enfermeiros desenvolvem o atendimento direcionado a esse grupo populacional. **OBJETIVOS:** Investigar a assistência à criança realizada por enfermeiros nas unidades básicas de saúde do município de Picos, sob a ótica materna/acompanhante, verificar as orientações repassadas a esse grupo populacional e investigar o perfil socioeconômico e sanitário das famílias. **MÉTODOS:** Estudo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado nas unidades básicas de saúde, com 103 mães ou acompanhantes de crianças que procuraram atendimento no período de janeiro a maio de 2012. Utilizou-se um formulário adaptado do instrumento elaborado por Prado e Fujimore, com informações como dados socioeconômicos, situação vacinal da criança, às ações básicas da saúde da criança, orientações repassadas durante as consultas, resolutividade do serviço. Para a realização do estudo, seguimos todos os princípios éticos contidos na Resolução 196/96 que rege pesquisas envolvendo seres humanos. **RESULTADOS:** Participaram da pesquisa 103 mães/acompanhantes, das quais 97,1% eram do sexo feminino. Do total de participantes, 55,3% possuíam instalação sanitária interna. Identificou-se que o enfermeiro sempre reforça a importância do retorno (88,2%). Em relação às orientações, em apenas 47% dos atendimentos foi abordada a manutenção da higiene do lar. Constatou-se que, diante de infecção respiratória aguda, as mães/acompanhantes relataram que se deve dar uma maior quantidade de líquido e de alimento (62,1%). **CONCLUSÃO:** Reporta-se, portanto, a necessidade de orientações efetivas aos acompanhantes na assistência direcionada à criança. O enfermeiro em especial, assume um papel expressivo na assistência à criança, exercendo ações conjuntas com as mães ou acompanhantes, através das orientações norteadoras do cuidado.

Palavras-chave: cuidado da criança, enfermagem, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Health care of children is an activity of paramount importance given the vulnerability of human beings in this phase of the life cycle. Therefore, it becomes important to investigate how nurses develop services targeted to this population group. **OBJECTIVES:** To investigate the child care performed by nurses in primary health care units of the municipality of peaks, from the perspective mother / chaperone, check the guidance given to this population group and investigate the socioeconomic and health of families. **METHODS:** A cross-sectional descriptive and quantitative approach, performed in basic health units, with 103 mothers or caregivers of children who sought care from January to May 2012. We used an adapted form of the instrument developed by Prado and Fujimori, with information such as socioeconomic data, vaccination status of the child, on basic child health, guidance given during consultation, problem solving service. For the study, we followed all ethical principles contained in Resolution 196/96 governing research involving human subjects. **RESULTS:** The study included 103 mothers / caregivers, of which 97.1% were female. Of all participants, 55.3% had a toilet inside. It was identified that nurses always reinforces the importance of return (88.2%). Regarding guidelines, only 47% of the consultations was addressed to maintain the hygiene of the home. It was found that, in the face of acute respiratory infection, mothers / caregivers reported that they should take a greater amount of liquid and food (62.1%). **CONCLUSION:** It refers, therefore, the need for effective guidelines on targeted assistance to escort the child. Nurses in particular, plays a significant role in childcare, performing actions with mothers or caregivers, through the guiding care guidelines.

Key-words: child care, nursing, primary health care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVO	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	Atenção à saúde da criança na rede básica	18
3.2	As mães/acompanhantes como protagonistas no cuidado à criança	20
3.3	A contribuição do enfermeiro no cuidado à criança	22
4	METODOLOGIA	25
4.1	Tipo de estudo	25
4.2	Ambiente de investigação	25
4.3	População e amostra	26
4.4	Coleta de dados	27
4.5	Análise de dados	27
4.6	Aspectos éticos e legais	27
5	RESULTADOS	29
5.1	Características socioeconômicas das mães/acompanhantes	29
5.2	Características das crianças do estudo	30
5.3	Condições sanitárias das mães/acompanhantes	31
5.4	Atendimento à saúde da criança por enfermeiros nas UBS	32
5.5	Ações básicas desenvolvidas pelos enfermeiros que realizaram o atendimento à criança	32
5.6	Orientações repassadas durante o atendimento	33
5.7	Resolutividade do serviço	34
5.8	Conhecimento das mães/acompanhantes sobre os sinais de perigo do AIDPI	35
6	DISCUSSÃO	36
7	CONCLUSÃO	46
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICES	53
	ANEXO	63

1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde da criança através do acompanhamento sistemático e periódico é uma atividade de fundamental importância devido à vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Por meio desse processo espera-se reduzir as altas taxas de morbimortalidade infantis ainda encontradas no Brasil e contribuir para que a criança atinja todo o seu potencial de crescimento e desenvolvimento.

Em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), desenvolvido para atender os agravos mais frequentes das crianças de 0 à 5 anos de idade, e tinha como objetivos promover a saúde integral da criança, melhorar a qualidade do atendimento e aumentar a cobertura dos serviços de saúde, a fim de influenciar os fatores determinantes e condicionantes da morbimortalidade infantil no país (BRASIL, 1984).

A criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela Lei 8069/1990 também representou um grande avanço ao considerar a criança enquanto sujeito de direitos – vida, saúde, educação, alimentação, lazer, cultura, família, desenvolvimento integral, proteção contra toda forma de violência, exploração e maus tratos (PRADO, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a partir de 1995, a estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), incorporado ao Programa Saúde da Família (PSF). A estratégia surgiu com a finalidade de instituir as ações de controle já existentes no PAISC. Entretanto, a AIDPI enfatiza também a necessidade de melhorar as ações relacionadas à família e à comunidade, quanto à atenção prestada pelo serviço de saúde. Nesse sentido, inclui a necessidade de ampliar as habilidades dos profissionais de saúde, reestruturar a organização do serviço e instrumentalizar os familiares e a comunidade no cuidado da criança (ÁVILA, 2009).

No entanto, apesar dos avanços alcançados, os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde. Na maioria dos casos, os óbitos poderiam ser evitados se as crianças fossem encaminhadas para um serviço de saúde qualificado, e assistidos por uma equipe multiprofissional preparada.

De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (2010), os coeficientes de mortalidade infantil do Brasil e do Piauí são respectivamente de 19,88 e 26,2 para cada mil nascidos vivos. O Relatório Anual de Gestão (RAG) (2010) do município de

Picos – Piauí aponta que o coeficiente de mortalidade infantil de Picos é de 16,05 para cada mil nascidos vivos (PICOS, 2010).

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. Esta situação é agravada quando se reconhece que em sua maioria estas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados (BRASIL, 2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), instituída nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) deve ser estruturada para oferecer atendimento integral às crianças e suas famílias, deve ter como metas principais a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Neste contexto, surge a puericultura como ferramenta oportuna no acompanhamento periódico e sistemático das crianças.

Promoção da saúde é um conjunto de ações exercidas de forma contínua e global, objetivando a diminuição da morbimortalidade e oportunizando um nível ótimo de crescimento e desenvolvimento físico, intelectual e emocional da criança, conduzindo-o a uma vida mais longa, completa e produtiva possível. Esta definição engloba a prevenção de doenças e dá ênfase à necessidade do desenvolvimento da família no processo de aprendizagem ativa para a manutenção da saúde (ASSIS; EINOFT; PRATES, 2008).

Ações de promoção da saúde tais como, higiene, alimentação e estímulo ao desenvolvimento e ações de prevenção de agravos como, vacinação, higiene pessoal e ambiental, cuidado com acidentes no lar, identificação e tratamento precoce dos problemas de saúde da criança, fazem parte da competência técnica dos profissionais que realizam a puericultura (CEARÁ, 2002).

Um estudo de caracterização da clientela atendida no Programa de Puericultura revelou a importância da realização desta assistência, no sentido de garantir a cobertura vacinal no primeiro ano de vida, de propiciar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil, oferecendo um retorno importante para a mãe, já que a mesma acompanha a evolução da criança, além de auxiliar na prevenção das doenças mais comuns da infância por meio do conteúdo educativo presente nas consultas (LEITE; BERCINI, 2005).

O programa de puericultura é realizado por meio de atividades exercidas pelo enfermeiro. Através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é possível estabelecer condutas preventivas adequadas à idade e cuidados gerais com a criança, em um processo contínuo de educação para a saúde. A consulta é realizada de forma

sistematizada, objetivando elaborar um plano assistencial à criança e a seu familiar, proporcionando o seguimento da criança no seu primeiro ano de vida através do agendamento de retorno à UBS (CORREA; LUQUE; ROCHA, 2004).

Para a realização do cuidado à criança, a educação em saúde deve estar presente através do envolvimento da mãe, do cuidador e da família para que abandonem a passividade diante das práticas dos profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro, e assim desenvolvam ações educativas que partam da realidade por ela vivida, em uma relação verdadeiramente dialógica (GÓES; LA CAVA, 2009).

No decorrer do curso, entre as atividades práticas e estágios curriculares, pôde-se observar que o Programa de Puericultura e o atendimento à criança não está sendo realizado de forma efetiva pelo profissional enfermeiro em muitas UBS no município de Picos - PI. Com fundamento nessa realidade, tendo em vista a importância estratégica desta prática para a promoção da saúde das crianças, no sentido de assegurar acompanhamento da criança saudável e atender as suas necessidades globais, torna-se relevante investigar o modo como os enfermeiros desenvolvem o atendimento infantil para essa população na Estratégia de Saúde da Família.

O estudo proporciona o conhecimento das atitudes mediadoras no cuidado à criança, incorporadas pelos enfermeiros nas UBS do município de Picos sob a ótica das mães/acompanhantes que buscam assistência para a criança, já que estes devem participar diretamente desse processo, através das orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo-se oferecer medidas preventivas mais eficazes que irão refletir no crescimento e desenvolvimento da criança, bem como no fortalecimento dos vínculos entre mãe/filho/família/.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- ✓ Investigar a assistência à criança realizada por enfermeiros nas unidades básicas de saúde do município de Picos, sob a ótica materna/ acompanhante.

2.2 Específicos

- ✓ Traçar o perfil socioeconômico e sanitário das mães/acompanhantes;
- ✓ Verificar como são realizados os atendimentos de enfermagem á criança nas unidades de básicas de saúde;
- ✓ Identificar as orientações repassadas às mães/acompanhantes durante o atendimento à criança.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Atenção à saúde da criança na Rede Básica

Na atenção básica, a saúde da criança está em consonância com a Estratégia Saúde da Família através de programas que contemplam a promoção da saúde e, sobretudo a prevenção de agravos. As localidades onde essa estratégia foi implantada têm demonstrado grandes experiências, no sentido de garantir o crescimento e desenvolvimento saudável às crianças.

O Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios de integralidade, igualdade, universalidade, descentralização, com acolhimento aos usuários em todos os níveis de complexidade, elege como uma de suas prioridades, o programa de saúde da criança. Este tem como objetivos a promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos na assistência, sendo estes objetivos que para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de prover qualidade de vida para criança, ou seja, para que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (BRASIL, 2004).

Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde. Os programas desenvolvidos buscam oferecer um atendimento humanizado e de melhor qualidade para esse público. O atendimento à criança e sua família é um desafio para a equipe de saúde, necessitando-se efetivar o acompanhamento adequado, orientando e dando suporte para que ocorra uma assistência planejada, individualizada e de qualidade com os recursos socioeconômicos disponíveis.

Dentre os principais objetivos da assistência à saúde infantil desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família (USF) estão a promoção e a recuperação da saúde das crianças, buscando assegurar um crescimento e desenvolvimento saudáveis na plenitude de suas potencialidades, sob o ponto de vista físico, mental e social através das consultas realizadas pelo enfermeiro (ASSIS *et al.*, 2011).

Nos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, notadamente a Portaria Nº 2.488 de 2011 e o Caderno de Atenção Básica (Saúde da Criança), a promoção da saúde infantil aparece em destaque, como parte da lista de elementos e princípios definidores da ESF. Com efeito, se a lógica dessa estratégia é a da responsabilização pela saúde de uma determinada população, o serviço deve organizar seu processo de trabalho de modo a superar o modelo tradicional centrado em procedimentos e na cura de doenças para buscar construir

uma lógica de organização que contemple, além da clínica, a promoção da saúde e a qualidade de vida dos indivíduos de sua área de abrangência (ASSIS *et al.*, 2011).

A capacitação teórico-prática e a supervisão da educação continuada das equipes da atenção básica são fundamentais para a plena inserção de todos os profissionais no cuidado com a criança. Assim, o trabalho com a criança e a família pode ser realizado com todo o potencial que a equipe multiprofissional detém. Esta deve conhecer a população infantil da área de abrangência da unidade de saúde para programar e avaliar as ações a serem desenvolvidas.

Toda a equipe de saúde deve estar preparada para esse acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuro-psicomotor da criança (BRASIL, 2005).

A fim de garantir a qualidade da assistência prestada à criança, o Ministério da saúde preconiza um calendário mínimo de consultas à criança propondo sete consultas no primeiro ano de vida, duas no segundo e uma por ano a partir do terceiro ano de vida até a criança completar seis anos de idade. A escolha da faixa etária das crianças de zero a 5 anos deve-se ao fato de nesta fase do ciclo de vida, a vulnerabilidade da criança é maior, resultando em uma assistência de caráter vigilante, já que nesse momento do desenvolvimento ocorre a adaptação relacionada à nutrição, ambiente, imunidade, idade e também são adquiridos os marcos do desenvolvimento (BRASIL, 2005).

A educação em saúde é um importante instrumento de trabalho no decorrer do acompanhamento infantil, especialmente quando pautada na problematização da realidade, na busca da conscientização e na construção de indivíduos críticos e criadores, privilegiando o intercâmbio de saberes, no qual o saber profissional e o senso comum se unam em nome do bom senso (ACIOLI, 2008).

Neste contexto, são tarefas essenciais da equipe de saúde, intervenções efetivas que contribuam para a prevenção de doenças, detecção precoce e tratamento eficaz. Faz-se necessário em sua prática diária à promoção da saúde, pautada na realidade vivida por cada família, viabilizando aos pais o conhecimento necessário para o cuidado adequado a saúde de seus filhos, fortalecendo uma visão integrada da saúde infantil.

Assim, a promoção da saúde tem como objetivo assegurar iguais oportunidades a todos e disponibilizar meios de potencializar a saúde. As pessoas, assim como a comunidade em geral, têm o direito de ter conhecimento e controle sobre os fatores determinantes para

obtenção da saúde. Desse modo, ambientes favoráveis, acesso à informação e oportunidades para fazer escolhas saudáveis configuram-se elementos que favorecem a promoção da saúde.

Cabe ao profissional de saúde a missão de acolher a criança e seu acompanhante, compreender a extensão do problema que a aflige e propor procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia. Constitui sua função implícita estabelecer um canal de comunicação com a mãe ou com a pessoa responsável pela criança, de modo que ela apreenda as recomendações, referentes ao tratamento e aos cuidados a serem prestados no domicílio, assim como memorize os sinais indicativos de gravidade que exigem o retorno imediato da criança ao serviço de saúde (BRASIL, 2002).

Em um estudo realizado nas regiões Nordeste e Sul do Brasil ficou evidenciado que a cobertura de puericultura, adotando como critérios nove ou mais consultas, alcançou apenas um quarto das crianças. Os autores destacam que isso pode ocorrer pelo fato das mães preferirem cuidados especializados para seus filhos, alegando que os profissionais de ESF, por serem submetidos a uma ampla variedade de demandas da população, estariam menos aptos para as necessidades específicas da criança, reforçando o comportamento das mães de só procurar o serviço apenas quando a criança apresenta um problema de saúde (FERNANDES *et al.*, 2010).

3.2 As mães/acompanhantes como protagonistas no cuidado à criança

É essencial o incentivo à participação da família em toda a atenção à criança, envolvendo-a com a informação sobre os cuidados e problemas de saúde, bem como nas propostas de abordagem e intervenções necessárias, entendidas como direito de cada cidadão e potencial de qualificação e humanização da assistência.

O acompanhamento do profissional para esse grupo populacional se justifica pela necessidade de orientação e controle sobre questões relacionadas ao aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento, introdução ao esquema de imunização, assistência e controle às doenças prevalentes na infância, principalmente pelo fato de estas ações utilizarem uma metodologia assistencial simples, econômica, não traumática, aceitável culturalmente e que propicia a identificação das crianças com déficit nutricional ou em risco de adoecerem, favorecendo, assim, uma intervenção precoce e eficaz (BLANK, 2003).

Segundo Ciampo *et al* (2006), dentre os vários papéis desempenhados pelo profissional que realiza a consulta, destacam-se o de orientador e educador para a saúde, cujo

trabalho se direciona a mãe e à família. Trazendo desta forma um maior vínculo da mãe com o filho e mantendo sua autoestima elevada, podendo assim, assegurar os melhores cuidados à criança.

Neste contexto, a família é considerada o núcleo central da atenção à saúde, onde os indivíduos com suas condições de moradia, trabalho, alimentação, educação e lazer, entre outras, interagem com uma equipe de profissionais de saúde, a fim de diagnosticar as situações que afetam o seu bem-estar, compartilhando, assim, as responsabilidades no encaminhamento das soluções para cada caso detectado (LIMA *et al.*, 2007).

As consultas direcionadas às crianças devem considerar toda a família, tendo, no entanto, um destaque especial em relação à mãe, pois esta será sempre o melhor agente de saúde, por ser aquela pessoa que mais bem conhece e cuida da criança, sendo essencial dedicar suficiente tempo e atenção à mesma, orientando-a, em atitude de diálogo, sem jamais apelar para discursos impositivos ou autoritários. É importante procurar sempre fortalecer a autoestima e o vínculo mãe-filho, não restringindo o tempo na orientação materna e nem reforços positivos quando de seus sucessos. Desta forma, a mãe, sentindo-se segura e valorizada, certamente terá suavizado e esclarecido o seu papel, o que levará a benefícios para a criança que, afinal, é o centro de toda a questão (RICCO; ALMEIDA; CIAMPO, 2005).

A mãe, em primeiro lugar, precisa ter consciência de que exerce um papel fundamental. Sua escolaridade, sua saúde mental e física, indícios de alcoolismo, trabalho fora do lar e estrutura familiar caracterizada pela falta do companheiro, diminuindo o acesso à saúde, interferem intensamente na sua capacidade de exercer devidamente o cuidado. Nesse contexto, uma assistência adequada visando nortear antecipadamente as mães, com o intuito de alcançar benefícios para a díade mãe-filho, resultará no diagnóstico precoce de qualquer anormalidade na saúde da criança, evitando, em certo grau, complicações futuras.

A mãe busca no serviço de saúde que suas dúvidas e anseios sejam resolvidos. Seu envolvimento com o serviço e a valorização de seus conhecimentos levam-na a se interessar e participar das decisões tomadas em relação à criança. Entretanto, a negligência na atenção às necessidades emocionais maternas se destaca como um problema (ASSIS; VERISSIMO, 2010).

Em um estudo realizado por Alves, Santos e Cardoso (2011) é possível perceber que as mães se sentem confiantes quanto às orientações que lhes são passadas pela enfermeira. Elas sentem-se respaldadas e amparadas, na medida em que é assegurado a elas o conhecimento acerca dos cuidados que deve ser prestado a seu filho, que ocorre por meio das orientações recebidas durante a consulta de enfermagem, uma vez que o cuidado em saúde

implica assumir e agir como princípio educativo, entendendo o ser humano nos valores, crenças, determinações socioeconômicas e sociais.

Essa interação exige uma habilidade refinada de comunicação, como o exercício da escuta e ação dialógica. A fala dialogada está além de um ato técnico e automatizado, para isso, convém ao enfermeiro adquirir capacidade de compreender e entender o ser humano, sabendo ouvir e, ao intervir, fazê-lo com ações compreensivas e humanizadas (MACHADO *et al.*, 2005).

Para ser desenvolvida a interação enfermeiro - acompanhante em sua plenitude, é necessário conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, sua interação e relações dentro do contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida. As ações de saúde refletem positivamente sobre o meio social, a começar pela família, pois, sem o envolvimento desta, as orientações que visam o cuidado às crianças não terão sucesso.

A promoção integral à saúde da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos são objetivos que requer mudança no conteúdo das práticas, redefinição dos objetos dessas práticas e dos meios empregados nas ações, fazendo com que o sujeito adote hábitos de saúde mais saudáveis.

3.3 A contribuição do enfermeiro no cuidado à criança

Cuidar de crianças implica em promover uma acolhida generosa, confiança, diálogo, vínculo e habilidades. A assistência de enfermagem direcionada à criança requer do profissional um cuidado minucioso e a conquista do pequeno paciente, assim será transmitido tranquilidade e segurança aos pais, o que faz dessa prática um desafio para os profissionais que a realiza.

A consulta realizada pelo enfermeiro, direcionada à criança, consiste na puericultura que 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 da criança, da família e da comunidade e identificar precocemente a necessidade de tratamento das doenças.

Em seu estudo, Assis *et al* (2011) revela que embora as enfermeiras salientem a importância da Puericultura, durante as observações verificou-se que as ações desenvolvidas em saúde da criança são do tipo mecanizada, reproduzindo a fragmentação no modo como se

produz o cuidado. Em geral, não foram identificadas ações que atendam as necessidades singulares das crianças em seu processo de crescimento e desenvolvimento, um dos objetivos da prática dessa consulta.

O Cartão da Criança é o principal instrumento utilizado para esse acompanhamento, devendo ser atualizado periodicamente e o seu uso, constantemente valorizado. O profissional deve sempre solicitar o Cartão da Criança à mãe e juntamente com o prontuário resgatar dados pertinentes ao desenvolvimento da criança, para obter informações relativas aos focos de atenção a serem avaliados durante a consulta, além de obter dados da consulta anterior (BRASIL, 2005).

Os objetivos gerais da consulta de puericultura segundo Ciampo *et al* (2006), são: vigiar o crescimento físico e o desenvolvimento da criança; verificar a cobertura vacinal; promover a segurança e a prevenção de acidentes; e de lesões no ambiente doméstico; estimular a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comum na comunidade; promover a higiene física e mental; propiciar a socialização e a estimulação cultural e a adaptação da criança em seu meio social.

Dentre os vários papéis desempenhados pelo puericultor (como é chamado o profissional que realiza a puericultura) destacam-se o de orientador e educador para a saúde, cujo trabalho se direciona à mãe e à família. Esta, por ser o núcleo principal dos fatores ambientais e psicossociais, e aquela, tendo fortalecido o vínculo com o filho e mantendo sua auto-estima elevada, podem assegurar os melhores cuidados à criança (CIAMPO *et al.*, 2006).

Além de uma entrevista minuciosa durante a consulta, o exame físico deve ser completo, incluindo verificação de sinais vitais e mensuração antropométrica. A paciência e disponibilidade são requisitos indispensáveis para a efetividade do exame físico. Em relação aos pais, é importante uma abordagem sistematizada na busca de informações sobre aspectos que podem refletir na saúde de seu filho.

Essas ações devem estar na dimensão da vigilância em saúde da criança, com atuação integral do profissional, e a idéia central deve ser a de não perder oportunidades de atuação, seja na prevenção, promoção e/ou assistência, mantendo o vínculo com a família e estimulando a responsabilidade contínua e conjunta (serviço de saúde e família) na atenção à criança (ASSIS *et al.*, 2011).

Dentro desta perspectiva, o enfermeiro, por meio de revisões periódicas, desempenha seu trabalho com ações não apenas clínicas, mas com uma concepção epidemiológica e social, relacionando-as intimamente com o complexo saúde-indivíduo-família-comunidade (VIEIRA *et al.*, 2012).

A educação em saúde, que desponta com a reorientação do modelo assistencial, apresenta o diálogo como instrumento principal, dando vez e voz aos usuários, considerando o seu conhecimento, crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem. Desse modo, os mesmos são envolvidos nas ações, assegurando a sustentabilidade e efetividade da assistência em saúde (MONTEIRO *et al.*, 2011).

Por meio de uma educação crítica, tem-se o fortalecimento das ações desenvolvidas no cuidado à saúde infantil, contribuindo com o desenvolvimento de ações inovadoras, na qual o enfermeiro realiza o acompanhamento da criança mediante a participação da mãe ou cuidador, possibilitando a valorização de práticas de cunho preventivo, tornando o usuário sujeito das ações a serem desenvolvidas.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

A pesquisa envolveu um estudo do tipo transversal e descritivo, com abordagem quantitativa. De acordo com Rouquayrol e Almeida Filho (2003), os estudos transversais são investigações que produzem instantâneos da situação de saúde de uma população com base na avaliação do estado de saúde de cada um dos membros, e daí, produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Desta forma, são especialmente apropriados para descrever as relações entre os fenômenos em um ponto fixo.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Uma de suas características mais marcantes está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionários e a observação sistemática (GIL, 2010).

Já a pesquisa quantitativa é aquela em que o investigador usa primariamente alegações pós-positivas para desenvolvimento de conhecimentos, como o raciocínio de causa e efeito, redução de variáveis específicas, hipóteses e questões, além de empregar estratégias de investigação que consiste em experimentos, levantamentos e coleta de dados e os instrumentos predeterminados que geram dados estatísticos (CRESWELL, 2007).

4.2 Ambiente de investigação

O presente estudo foi desenvolvido nas UBS da zona urbana do município de Picos - PI. De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município, há um total de 30 equipes de saúde da família sendo: 20 na zona urbana e 10 na zona rural (BRASIL, 2011).

O município de Picos situa-se na região centro-sul do Piauí, que faz parte da Macrorregião 3 – Semi-árido, território do Vale do Guaribas. Fundada em 12 de dezembro de 1890, está a 206 m de altitude, 320 km distante de Teresina (capital do Estado), é atravessada pela BR-316 ou Rodovia Transamazônica, BR 407, e fica muito próxima a BR-020. Possui

uma população estimada pelo censo demográfico 2010 do IBGE de 73.414 habitantes (BRASIL, 2010).

4.3 População e Amostra

A população desta pesquisa foi constituída a partir dos 3599 atendimentos realizados nas UBS da zona urbana do município de Picos no ano de 2010 à criança de 0 a 4 anos, por ser a faixa etária mais prevalente nos atendimentos nas UBS (BRASIL, 2011). Foram utilizados como critérios de inclusão para participar do estudo: ter disponibilidade para participar da pesquisa e residir na zona urbana. Foram considerados como critério de exclusão da pesquisa: mães ou acompanhantes que apresentaram alguma incapacidade que impossibilite de responder ao formulário.

O cálculo amostral foi realizado utilizando a fórmula para estudos transversais com população finita (LUIZ; MAGNANINI, 2006): $n = (Z\alpha^2 \times P \times Q \times N) / (Z\alpha^2 \times P \times Q) + (N - 1) \times E^2$. Onde:

n = tamanho da amostra;

Z α = coeficiente de confiança;

N = tamanho da população;

E = erro amostral absoluto;

Q = porcentagem complementar (100-P);

P = proporção de ocorrência do fenômeno em estudo;

Foram considerados como parâmetros o coeficiente de confiança de 95% (1,96), o erro amostral de 5% e a população de 3599 atendimentos à criança de 0 a 4 anos realizados nas UBS da zona urbana da ESF do município de Picos no ano de 2010 (BRASIL, 2011). A proporção de ocorrência das consultas foi calculada dividindo o número de consultas à criança menor de 5 anos realizadas no Município de Picos no ano de 2010 pelo número de crianças com idade entre 0 e 5 anos incompletos residentes no Município de Picos no ano de 2010 (P=0, 874818). A partir da aplicação da fórmula encontrou-se um total de 161 atendimentos. No entanto, participaram deste estudo 103 mães/accompanhantes que compareceram nas UBS durante o período de coleta estabelecido (janeiro a maio de 2012).

A amostra foi proporcionalmente dividida entre as vinte equipes que participaram do estudo. As mães foram selecionadas de forma consecutiva conforme forem comparecendo à UBS para atendimento à criança.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em ambiente calmo, de preferência em sala reservada para este fim nas próprias UBS, de modo que não intervisse na obtenção de fidedignas informações. Os dados foram coletados no período de janeiro à maio de 2012, sendo conduzida por meio de um formulário (APÊNDICE A) adaptado do instrumento elaborado por Prado e Fujimori (2005).

O formulário contém perguntas relacionadas aos dados socioeconômicos, à situação vacinal da criança, às ações básicas da saúde da criança, às orientações repassadas pelos enfermeiros durante as consultas, à resolutividade do serviço e às condutas desenvolvidas pelas mães/acompanhantes em situações que representam sinais de perigo à sua saúde da criança. Este estudo é parte integrante de um projeto de pesquisa que tem como objetivo principal analisar o atendimento à criança realizado por enfermeiros nas unidades de saúde da família no município de Picos-PI.

4.5 Análise de dados

Os dados foram analisados com base na literatura específica e em tratamento estatístico, digitados utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007 e posteriormente transportado software *Statistical Package for the Social Scienc* (SPSS) versão 17.0. Os mesmos foram apresentados por meio de tabelas ilustrativas e, a fim de se analisá-los descritivamente, foram calculadas as medidas de estatística descritiva.

4.6 Aspectos Éticos e Legais

O presente estudo está de acordo todos os princípios éticos contidos na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), que rege pesquisas envolvendo os seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sob protocolo nº 0347.0.045.000-11 (ANEXO 1).

Para realização desta pesquisa, foi solicitado ao Coordenador da ESF de Picos mediante ofício, autorização para a coleta de dados. Em conformidade com as Diretrizes e Normas da Pesquisa em seres humanos, todos os participantes do estudo assinaram o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B e APÊNDICE C) sendo garantido o anonimato e liberdade para participar do estudo ou dele desistir em qualquer momento, bem como garantia de nenhum prejuízo ou complicação. Foram respeitados os princípios da bioética: beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia.

5 RESULTADOS

Os dados coletados foram organizados por grupos de respostas, apresentados em tabelas e analisados com a utilização da estatística descritiva.

5.1 Características socioeconômicas das mães/acompanhantes

Tabela 1. Perfil socioeconômico das mães/acompanhantes. Picos, 2012. n=103.

Variáveis	F	%		
1. Sexo				
Feminino	100	97,1		
Masculino	3	2,9		
Total	103	100		
2. Relação com a criança				
Mãe	89	86,4		
Avó	7	6,8		
Pai	3	2,9		
Outros	4	3,9		
Total	103	100		
3. Estado civil				
Casado(a)	67	65		
Solteiro(a)	36	35		
Total	103	100		
4. Ocupação				
Do lar	82	79,6		
Estudante	7	6,8		
Técnico de Enfermagem	2	1,9		
Copeiro(a)	2	1,9		
Babá	2	1,9		
Lavrador(a)	2	1,9		
Professor(a)	1	1,0		
Cabeleireiro(a)	1	1,0		
Médico(a)	1	1,0		
Secretário(a)	1	1,0		
Agente de saúde	1	1,0		
Vendedor(a)	1	1,0		
Total	103	100		
5. Chefe da família				
Não	93	90,3		
Sim	10	9,7		
Total	103	100		
6. Número de pessoas que contribuem com a renda				
Uma pessoa	69	66,7		
Duas pessoas	26	25,2		
Três pessoas	6	5,8		
Acima de três pessoas	2	1,9		
Total	103	100		
	KS (valor p)	Média	Desvio-Padrão	Mediana
7. Idade (anos)	0,015	27,53	8,561	25,00
8. Anos de estudo	0,010	10,60	4,023	11,00
9. Renda familiar	0,000	962,07	882,365	640,00

KS – Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Os dados coletados demonstraram que a maioria dos participantes do estudo era do sexo feminino (97,1%), e era constituído predominantemente pelas mães das crianças (86,4%). Em relação ao estado civil, 65% relataram ser casados.

Percebeu-se ainda que a mediana de idade apresentada pelos participantes da pesquisa foi de 25 anos. Quanto à escolaridade observou-se uma mediana de 11 anos de estudo. Com relação à renda familiar constatou-se que as famílias possuíam uma mediana de 640 reais e que predominantemente apenas uma pessoa contribuía com esta (66,7%). A maioria dos entrevistados não era o chefe da família (90,3%), e tinham o lar como sua ocupação (79,6%), conforme a tabela 1.

5.2 Características das crianças do estudo

Tabela 2. Distribuição da amostra de acordo com dados de caracterização das crianças. Picos, 2012. n=103.

Variáveis				
1. Sexo		f	%	
Masculino		53	51,5	
Feminino		50	48,5	
Total		103	100	
2. Situação vacinal da criança				
Vacinação em dia		88	85,4	
Vacinação atrasada		15	14,6	
Total		103	100	
3. Motivo do atraso do cartão				
Não atrasou		88	85,4	
Falta de vacina na unidade de saúde		10	9,7	
Esquecimento do responsável		2	1,9	
Falta de conhecimento do responsável		1	1,0	
Outros		2	2,0	
Total		103	100	
4. A criança apresentou problemas de saúde nos últimos 30 dias				
Não		58	56,3	
Sim		45	43,7	
Total		103	100	
5. Problemas apresentados pelas crianças				
Doenças respiratórias		21	46,7	
Diarreia		8	17,8	
Febre		6	13,3	
Alergias		3	6,7	
Inflamação na garganta		2	4,5	
Engasgamento		1	2,2	
Vômitos		1	2,2	
Anemia		1	2,2	
Varicela		1	2,2	
Conjuntivite		1	2,2	
Total		45	100	
6. Número de problemas resolvidos		34	75,5	
7. Idade (meses)	KS (Valor p)	Média	Desvio-Padrão	Mediana
	0,103	29,17	17,341	27,00
8. Peso	0,682	9996,41	6228,158	9700,00
9. Estatura	0,000	39,06	41,658	47,00

KS – Teste de Kolmogorov-Smirnov.

De acordo com a tabela 2, das 103 crianças levadas para o atendimento, 51,3% eram do sexo masculino, e tinham a média de idade de 29,17 meses. Quanto à situação vacinal, observamos que 14,6% das crianças encontraram-se com a vacinação desatualizada, sendo a falta de vacina na unidade (9,7%) a justificativa mais prevalente.

Em relação aos dados antropométricos, as crianças apresentavam a média de peso de 9.996,41g e a estatura foi de 47 cm.

Os dados ainda revelaram que 46,7% das crianças apresentaram problemas de saúde nos últimos 30 dias que antecederam a coleta de dados, sendo que 46,7% dessas crianças foram acometidas por doenças respiratórias.

5.3 Condições sanitárias das mães/acompanhantes

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com dados das condições sanitárias das mães/acompanhantes. Picos, 2012. n=103.

Variáveis	f	%
1. Tipo de instalação sanitária		
Interna	57	55,3
Externa	39	37,9
Inexistente	6	5,8
Não sabe/não respondeu	1	1,0
Total	103	100
2. Destino dos dejetos		
Fossa	43	41,7
Sistema público de esgoto (rede geral)	40	38,8
Esgoto a céu aberto	16	15,5
Não sabe/não respondeu	1	1,0
Outros	3	2,9
Total	103	100
3. Abastecimento de água		
Rede geral interna	53	51,5
Rede geral externa	48	46,6
Poço ou nascente	2	1,9
Total	103	100
4. Tratamento de água		
Filtração	59	57,3
Sem tratamento	42	40,8
Cloração	1	1,0
Fervura	1	1,0
Total	103	100
5. Destino do lixo		
Coletado em dias alternados	82	79,6
Coletado diariamente	17	16,5
Jogado em céu aberto	3	2,9
Queimado	1	1,0
Total	103	100
6. Melhoramento público*		
Calçamento de rua	72	69,9
Iluminação de rua	69	67

*Questão de múltipla escolha.

Conforme o exposto na tabela 3 a maioria dos entrevistados (55,3%), possuíam instalação sanitária interna e 38,8% usam o sistema público de esgoto como destino para dejetos. O abastecimento de água é proveniente da rede geral interna (51,5%) e utilizam como medida de tratamento a filtração (57,3%). Quando indagados sobre o destino do lixo, 79,6% das mães/acompanhantes relataram que este é coletado em dias alternados. No que concerne ao melhoramento público, um total de 69,9% pessoas possuíam calçamento na rua e 67% usufruem de iluminação pública.

5.4 Atendimento à saúde da criança por enfermeiros nas UBS

Tabela 4. Caracterização da amostra de acordo com o atendimento à saúde da criança por enfermeiros da atenção básica. Picos, 2012. n=103.

Variáveis	f	%
Não receberam atendimento pelo enfermeiro	52	50,5
Receberam atendimento à criança pelo enfermeiro	51	49,5
Total	103	100

A tabela 4 mostra o número de pessoas que relataram alguma assistência à saúde da criança realizada por enfermeiros nas UBS. O resultado aponta que 50,5% das mães/acompanhantes afirmaram que suas crianças nunca receberam atendimento prestado pelo enfermeiro da unidade de saúde.

5.5 Ações básicas realizadas pelos enfermeiros que realizaram o atendimento à criança

Tabela 5. Caracterização da amostra de acordo com ações básicas à saúde da criança realizadas pelos enfermeiros nas unidades de saúde. Picos, 2012. n=51.

Variáveis	Sempre		Às vezes		Nunca	
	f	%	f	%	f	%
1. Cumprimenta a mãe/acompanhante	51	100	-	-	-	-
2. Observa o comportamento da criança	46	90,2	5	9,8	-	-
3. Solicita o cartão da criança	44	86,3	1	2,0	6	11,8
4. Informa os pontos observados na consulta	43	84,3	5	9,8	3	5,9
5. Realiza o exame físico	40	78,4	9	17,6	2	3,9
6. Elogia as atitudes positivas	41	80,4	4	7,8	6	11,8
7. Orienta, explica e verifica a compreensão e condutas necessárias	42	82,4	3	5,9	6	11,8
8. Reforça a importância do retorno	45	88,2	2	3,9	4	7,8
9. Providencia quando necessário o encaminhamento para a consulta médica	39	76,5	4	7,8	8	15,7

*Questão de múltipla escolha.

Ao analisar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros no decorrer do atendimento, 100% das mães/acompanhantes afirmaram que o enfermeiro sempre cumprimentam-nas ao receber a criança.

Durante o atendimento o enfermeiro sempre observa o comportamento da criança (90,2%) e sempre solicita a caderneta de vacinação (86,3%).

Observou-se que 84,3% das mães/acompanhantes proferiram que o enfermeiro sempre informa os pontos observados na consulta, além de realizar o exame físico durante o atendimento (78,4%). Identificou-se também que 80,4% das mães/acompanhantes sempre são elogiadas diante de atitudes positivas e relataram que sempre recebem orientações e explicações sobre condutas necessárias à saúde das crianças (82,4%).

Ainda sobre tais resultados, 88,2% das mães/acompanhantes informaram que o enfermeiro sempre reforça a importância do retorno, e sempre providencia quando necessário o encaminhamento para a consulta médica (76,5%).

5.6 Orientações repassadas durante a assistência

A contabilização dos pontos observados na assistência do enfermeiro sob a ótica das 51 mães/acompanhantes que afirmaram ter recebido atendimento do enfermeiro foi organizada na Tabela 6, a seguir.

Tabela 6. Distribuição da amostra de acordo com dados das orientações repassadas no decorrer das consultas. Picos, 2012. n=51.*

Variáveis	f	%
1. Desenvolvimento da criança de acordo com a faixa etária	39	76,5
2. Alimentação complementar	37	72,5
3. Higiene da criança	34	66,7
4. Dieta equilibrada	34	66,7
5. Aleitamento materno exclusivo	33	64,7
6. Higiene pessoal na manipulação dos alimentos	29	56,8
7. Prevenção de acidentes domésticos	25	49,0
8. Manutenção da higiene do lar	24	47,0

*Questão de múltipla escolha

Os dados revelam que em relação à alimentação, 64,7% das mães/acompanhantes referem serem instruídas sobre o aleitamento materno exclusivo, 72,5% sobre a importância da alimentação complementar.

No referente ao desenvolvimento da criança de acordo com a idade, 76,5% das mães/acompanhantes relataram que o enfermeiro as orientam sobre esse acompanhamento.

5.7 Resolutividade do serviço

Na intenção de conhecer o grau de resolutividade do serviço, foram investigadas as atitudes tomadas pelos profissionais da equipe de saúde diante o atendimento à criança, segundo às mães/acompanhantes que buscam assistência aos seus filhos na rede básica.

Tabela 7. Distribuição da amostra de acordo com a resolutividade do serviço. Picos, 2012. n=103.

Variáveis	F	%
1. Quando busca o atendimento à criança?		
Só quando precisa	72	69,9
De rotina	31	30,1
2. Recebe orientações quando a criança apresenta problemas de saúde?		
Recebe, verbalmente	51	49,5
Recebe, por escrito	20	19,4
Não	14	13,6
Não se aplica	27	26,2
3. É prescrito medicamento à criança?		
Sim	76	73,8
Não	5	4,9
Não se aplica	22	21,4
4. Você recebe orientações sobre a medicação da criança?		
Sim, verbalmente	54	52,4
Sim, por escrito	39	37,9
Não	2	1,9
Não se aplica	22	21,4
5. Você entende as orientações recebidas sobre o uso da medicação?		
Sempre	59	57,3
Às vezes	20	19,4
Nunca	2	1,9
Não se aplica	22	21,4
6. Onde recebe o medicamento prescrito?		
Compra o medicamento	38	36,9
No próprio serviço	37	35,9
Alguém lhe compra o medicamento	13	12,6
Não obtém na maioria das vezes	5	4,9
Não se aplica	10	9,7
7. Você dá regularmente o medicamento prescrito?		
Sim	76	73,6
Não	5	4,9
Não se aplica	22	21,5
8. Caso não dê o medicamento, por que não o faz?		
Esquece de oferecer	14	13,6
Não entende a letra do médico	4	3,9
Não acha necessário	3	2,9
Remédio é caro	2	1,9
Não se aplica	80	77,7

Ao se avaliar a resolutividade do serviço, definiu-se que 69,9% dos participantes da pesquisa buscam o atendimento à criança apenas quando precisa e que 49,5% recebem orientações verbalmente sobre os problemas de saúde da criança. Na análise quanto à medicação, 73,7% relataram que o profissional prescreve o medicamento à criança, 52,4%

recebe orientações verbalmente sobre o uso da medicação, 57,3% entende as orientações repassadas sobre esse uso, 36,9% compram o medicamento prescrito, 73,6% dá regularmente o medicamento à criança e 13,6% esquecem de dar o medicamento.

5.8 Conhecimento das mães/acompanhantes sobre os sinais de perigo do AIDPI

A tabela 8 expõe dados relacionados ao conhecimento das mães/acompanhantes sobre os sinais de perigo à saúde de suas crianças de acordo com a estratégia AIDPI. Questionou-se as atitudes e conhecimento dos participantes da pesquisa diante do desenvolvimento de doenças como IRA (infecção respiratória aguda) e diarreia por serem comuns na infância.

Tabela 8. Distribuição da amostra de acordo com conhecimento das mães/acompanhantes sobre os sinais de perigo do AIDPI, 2012. n=103.

Variáveis	f	%
1. Quando a criança tem IRA deve-se dar		
Menos líquido e menos alimento	12	11,7
A mesma quantidade de líquido e alimento de sempre	27	26,2
Uma maior quantidade de líquido e de alimento	64	62,1
Total	103	100
2. Quando a criança tem diarreia deve-se dar		
Menos líquido	7	6,6
A mesma quantidade de líquido de sempre	11	10,7
Uma maior quantidade de líquido	85	82,5
Total	103	100
3. Quando a criança tem diarreia deve-se dar		
Menos alimento	47	45,6
A mesma quantidade de alimento de sempre	35	34,0
Uma maior quantidade de alimento	21	20,4
Total	103	100

Constatou-se que diante de IRA as mães/acompanhantes relataram que se deve dar uma maior quantidade de líquido e de alimento (62,1%). Quando questionados sobre a diarreia, 82,5% das mães/acompanhantes responderam que se deve dar mais líquido, e uma menor quantidade de alimento (45,6%).

6. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo investigar o atendimento à criança realizado por enfermeiros nas unidades básicas de saúde do município de Picos, sob a ótica materna/acompanhante. O acompanhamento profissional para esse grupo populacional investigado promove ações que propicia a identificação de crianças em risco de adoecerem, favorecendo, assim, uma intervenção precoce e eficaz.

6.1 Características socioeconômicas das mães/acompanhantes

Após a análise dos resultados constatou-se que a mediana de idade dos participantes da pesquisa foi de 25 anos, isso mostra que a população estudada é constituída por adultos, o que se espera certo grau de maturidade para o desempenho no cuidado à criança. Sobre essa mesma variável, uma pesquisa envolvendo 49 acompanhantes de crianças na UBS de uma equipe rural do município de Teixeira – MG, a média da idade foi de 27,5 anos e a mediana de 27 anos de idade (mínima de 18 e máxima de 38 anos) (LIMA *et al.*, 2007).

Em relação ao sexo dos participantes do estudo, 97,1% são do sexo feminino, identificando assim a forte tendência da presença das mulheres no campo do cuidado. Vale ressaltar que desse total 86,4% eram as mães das crianças, o que corrobora com o estudo realizado por Alves *et al* (2009), constituído por 364 mães/acompanhantes onde destacou-se que em 84% dos casos a entrevista foi realizada com a mãe da criança.

A preponderância das mães pode estar associada ao fato de que estas passam mais tempo com os filhos, o que entra em conformidade com relação à profissão/ocupação, pois a maioria dos entrevistados tinha o lar como a sua principal ocupação (67,6%), em concordância 90,3% afirmam não serem chefes da família. Resultado semelhante ocorreu em um estudo realizado no município de Cruzeiro do Sul em que Maia e Souza (2010), mostraram que 89,86% das mães tiveram o lar como principal ocupação, sendo responsáveis pelos afazeres domésticos e pelo cuidado com os filhos.

De acordo com Santos (2011), esse dado pode ter significados positivos visto que, a mãe quando dedicada aos afazeres domésticos, teria mais tempo para cuidar de seu filho, dando uma atenção maior às demandas da criança, seja no âmbito do cuidado à saúde da criança, bem como, no fortalecimento da inter-relação mãe-filho e na formação da moral e do

caráter da criança, com tempo disponível para acompanhá-la nas consultas de puericultura nas unidades de saúde.

No que se refere à situação conjugal, a maioria dos participantes da pesquisa (65%) encontra-se casados, fato que coincide com o estudo de Kishi; Caccia-Bava e Martinez (2009), onde 81,1% dos entrevistados informaram viver sob união estável.

Em relação à escolaridade das mães/acompanhantes, percebe-se que a prevalência da amostra possui uma mediana de 11 anos de estudo (ensino fundamental), o que difere com o estudo de Vitolo; Gama e Campagnolo (2010), onde 72,8% dos entrevistados tinham escolaridade menor ou igual a 8 anos. Eles comprovaram em uma pesquisa sobre a frequência de utilização do serviço de puericultura e fatores associados, que a alta frequência de crianças que não são levadas para acompanhamento no serviço público de puericultura pelas famílias está associada à baixa escolaridade das mães/responsáveis.

Correlacionando a não realização de uma atividade remunerada, o inferior nível de escolaridade e a renda mensal, percebe-se que a população encontra-se em um baixo nível socioeconômico, visto que a mediana da renda familiar foi de 640 reais e que predominantemente em 66,7% dos casos apenas uma pessoa contribui com esta. Isso implica na baixa disponibilidade de recursos para suprir as necessidades essenciais a uma qualidade digna de vida e acesso a uma adequada alimentação, vestuário, habitação, educação, saúde, lazer, entre outros.

De maneira mais ampla, Monteiro e Freitas (2002) também destaca que a tendência secular das condições de saúde na infância, em qualquer população, é fortemente condicionada pela evolução do poder aquisitivo das famílias com crianças e pela situação da escolaridade dos membros destas. Do poder aquisitivo das famílias, dependem, por exemplo, a disponibilidade de alimentos, a qualidade da moradia e o acesso a serviços essenciais, como os de saneamento e os de assistência à saúde.

Por sua vez, o nível da renda familiar é um indicador de bem-estar social, pois uma condição familiar econômica favorável permite o acesso a bens de consumo e serviços que proporcionam uma boa qualidade de vida, como boa moradia, saneamento básico e educação.

6.2 Características das crianças do estudo

No tocante a situação vacinal das crianças, os resultados da presente casuística mostraram que 85,4% destas estão com a vacinação em dia, mediante informação obtida, quer

no cartão da criança, quer pelo relato das mães acompanhantes. O estudo desenvolvido nas regiões Sul e Nordeste por Piccini *et al* (2007) discorre sobre a importância do cumprimento do cartão de vacina das crianças. Os resultados apontaram que a cobertura de vacinação total foi de 88% assemelhando-se com o resultado da presente pesquisa, sendo ainda esta proporção significativamente menor no Sul (83%) do que no Nordeste (92%).

A imunização faz parte das intervenções para a diminuição da morbimortalidade infantil. É de suma importância seguir o calendário básico de vacinação preconizado pelo Ministério da Saúde, uma vez que as doenças infecciosas podem invadir o organismo, diminuindo a resistência da criança, tornando-a mais vulnerável. Deve-se, portanto, estabelecer uma importância maior a esse aspecto, pois não há justificativa para não se cumprir enfaticamente a aplicação de todas as vacinas disponíveis, ressalvadas as contraindicações específicas.

Quando indagados sobre o motivo do atraso da vacinação, 9,7% das mães/acompanhantes referiram à falta de vacina na unidade de saúde. Corroborando com esta pesquisa, o estudo realizado por Molina em Botucatu-SP (2005) sobre a situação vacinal de crianças na unidade básicas de saúde, verifica-se que 38,9% dos entrevistados apontaram também a ausência da vacina na UBS como causa da não vacinação da criança.

Ainda sobre essa variável, Santos (2011) mostra em sua pesquisa, que 10,2% das mães justificaram o atraso da vacina por ausência da mesma ou por esquecimento do dia/mês. Vale ressaltar que 1,9% das mães/acompanhantes da presente pesquisa também inferiram haver esquecido a data de atualização da vacinação.

Saparolli e Adami (2007) revelam em seu estudo que em 64,9% das consultas observadas as mães/acompanhantes foram informadas sobre os tipos e doses de vacinas recomendadas, e apenas em 7,0% dos atendimentos foram esclarecidas sobre as possíveis reações locais e sistêmicas que podem ocorrer após a vacinação. Mas em nenhuma consulta as enfermeiras orientaram às mães/responsáveis para retornarem ao serviço, caso a criança apresentasse eventos adversos.

Assim, as ações de investigação da situação vacinal infantil e de orientação à comunidade sobre o assunto, realizadas durante as consultas de puericultura pelos profissionais enfermeiros, podem ser considerados como um dos passos para se atingir índices mais elevados de cobertura vacinal.

Na pesquisa em questão, 46,7% das crianças apresentaram problemas respiratórios nos últimos dias que antecederam a coleta de dados. Diversos estudos têm apontado a doença respiratória como a principal causa de adoecimento da população infantil. Estudo realizado

em Campo Mourão, Paraná no qual Leite e Bercini (2005) caracterizaram crianças atendidas na puericultura mostram que 62,9% das crianças tiveram episódio mórbido por problema respiratório.

De cada quatro crianças com problemas respiratórios, três têm apenas resfriados, que, embora, de menor gravidade, causam mal-estar, pois provocam febre, tosse, dor ou dificuldade para respirar e inapetência (PRADO, 2005).

Verifica-se também que o acometimento por diarreia teve um numero considerável, visto que 17,8% casos foram relatados na pesquisa. As doenças diarreicas e respiratórias persistem como graves serviços de urgência, o que demanda capacitação das equipes de saúde para uma atenção qualificada, com continuidade da assistência até a resolução completa dos problemas, evitando-se internação hospitalar desnecessária e a morte por esse motivo (BRASIL, 2004).

6.3 Condições sanitárias das mães/acompanhantes

O saneamento básico constitui um dos fatores de estreita dependência para o crescimento humano, refletindo assim nas condições de vida da criança, no passado e no presente, sobretudo na qualidade de vida (BRASIL, 2002).

Os resultados do presente estudo apontam para uma precariedade nas condições sanitárias de parte dos domicílios, refletindo negativamente na saúde da população, visto que 5,8% das famílias não possuem instalação sanitária, cerca de 15,5% desprezam os dejetos em esgoto a céu aberto, 40,8% não utilizam nenhum tipo de tratamento na água em consumo, e 2,9% desprezam o lixo a céu aberto.

A deficiência no acesso a esses serviços e as condições de saneamento ambiental desfavoráveis, propicia a difusão de agentes infecciosos de transmissão oral-fecal (como muitos dos agentes etiológicos das diarreias) quer seja nos espaços públicos, no peridomicílio ou nos espaços privados intradomiciliares e em residências com elevada aglomeração (FERRER, 2007).

O estudo de César *et al* (2005) mostra a precariedade nas condições sanitárias de crianças residentes em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. Cerca de 40,0% dos domicílios não tinham qualquer tipo de sanitário ou privada, mais da metade não recebia água encanada, e somente 15,0% dos domicílios estavam conectados à rede pública de esgoto.

No estudo de Araújo *et al* (2010) relacionado ao surto de diarreia por rotavírus no município de Bom Jesus, os autores mostraram que em relação às condições de saneamento básico, metade das famílias não tinha acesso ao sistema de coleta pública de lixo, 59,1% utilizavam fossa séptica, 77,3% consumiam água da rede de abastecimento pública e 54,5% não bebiam água filtrada.

Por isso, o acesso à água e ao saneamento pode ser considerado problema de saúde pública, tendo em vista que são medidas preventivas, e que a ausência desses serviços está inversamente relacionada à ocorrência de uma série de enfermidades (ARTEIRO, 2007).

Tendo em vista que o saneamento básico é um dos fatores determinantes e condicionantes à saúde, a intersetorialidade se torna relevante, no sentido de garantir às famílias melhorias nas condições de vida, acesso ao adequado abastecimento de água nos domicílios. É importante a orientação sobre o tratamento da água, destino do lixo, das fezes e o uso adequado das fossas domiciliares, visto que a disponibilidade de rede de água e esgotos adequados reduz a morbidade na infância de maneira considerável.

6.4 Atendimento à saúde da criança por enfermeiros nas UBS

A maioria dos participantes (50,5%) relata que nunca houve consulta realizada pelo enfermeiro direcionada à criança. Em consonância, o estudo de Sousa (2011) revela que dentre 14 enfermeiros entrevistados na cidade de Picos, apenas 4 afirmaram realizar consultas de puericultura, demonstrando ainda, em alguns casos, que o enfermeiro enfatiza não completar o calendário mínimo de consultas até a criança atingir os seis anos de idade.

Um fato importante e que merece destaque é que desse total de 49,5% atendimentos relatados pelas mães/acompanhantes, grande parte consistia em atendimentos direcionados aos sinais e sintomas, dando ênfase às atividades curativas.

Situações como estas descritas podem estar vinculadas à falta de um protocolo referente às consultas de puericultura, ou seja, um documento que possa nortear as ações desses profissionais de saúde. De acordo com Vieira *et al* (2012), a falta deste material dificulta a padronização de condutas entre as UBS como, por exemplo, o intervalo entre as consultas no calendário da criança sadia e da criança de risco, e a forma de captação da criança para a consulta de puericultura.

Portanto, se faz necessário um atendimento sistematizado, baseados em protocolos que contemplam atividades preventivas e de acompanhamento à criança, no sentido de assegurar a efetividade do programa de puericultura preconizado pelo Ministério da Saúde.

6.5 Ações básicas desenvolvidas pelos enfermeiros que realizaram o atendimento à criança

O resultado da presente pesquisa, referente à atitude do profissional em cumprimentar o acompanhante da criança (100%), foi estimulante, pois esse primeiro contato propicia um bom diálogo no transcorrer da assistência, favorecendo a capacidade de comunicação. No entanto, observa-se que essa comunicação muitas vezes não ocorreu de maneira satisfatória, visto que segundo as mães/acompanhantes, o enfermeiro nem sempre informa os pontos observados na consulta (9,8%), nunca elogia atitudes positivas (11,8%), nunca orienta e verifica a compreensão do acompanhante em relação às condutas necessárias (11,8%).

A Capacidade de comunicação consiste em técnicas utilizadas para ensinar e recomendar à mãe/acompanhante, como perguntar e escutar, elogiar, recomendar e verificar se foi entendido o que se explicou (BRASIL, 2003). Face ao resultado encontrado, se faz necessário uma escuta atenta por parte do profissional, visto que este é o espaço para que os acompanhantes expressem suas dúvidas, seus sentimentos, suas dificuldades e necessidades para proporcionar cuidado às crianças.

Em outro estudo os autores destacam que os fatores que podem influenciar na forma como os cuidadores de crianças se vinculam à unidade de saúde estão relacionados à capacidade de escuta qualificada dos profissionais, aliada ao desempenho clínico destes e à interação da equipe de saúde com as famílias (PICINNI, 2007).

Ainda segundo o relato das mães/acompanhantes, o enfermeiro sempre observa o comportamento da criança (90,2%). É importante que o profissional conheça como se comporta uma criança normal, que fatores podem contribuir para que seu desenvolvimento possa se alterar e reconhecer comportamentos que possam sugerir algum problema. (OPAS, 2005).

No entanto, não se verificou a preocupação dos profissionais com a continuidade da assistência através do encaminhamento à consulta médica quando necessário, visto que 15,7% das crianças nunca receberam esse encaminhamento. Em contrapartida, no estudo realizado por Pina *et al* (2009) em Ribeirão Preto-SP, foi garantida a continuidade da assistência

estabelecendo-se comunicação com outros membros da equipe, como discussão dos casos com o médico, encaminhamento para consulta médica, posterior diálogo entre médico e profissional da enfermagem responsável pelo atendimento, esclarecendo sinais, sintomas, hipóteses diagnósticas e tratamento.

Isso se torna especialmente importante na saúde da criança, pois os eventos agudos consistem em motivo de muita angústia e ansiedade para os cuidadores das crianças que, se não encontrarem acolhidas as suas queixas nas USF, conformam uma demanda reprimida e acabam sendo atendidos em prontos-socorros, buscando a satisfação de suas necessidades imediatas e forçando a organização do sistema de saúde em torno dos serviços mais voltados ao pronto-atendimento (PINA *et al.*, 2009).

6.6 Orientações repassadas durante o atendimento

Buscando avaliar as orientações repassadas durante as consultas, percebe-se que 76,5% dos acompanhantes afirmam que foram instruídos sobre o desenvolvimento da criança. Apesar dessa orientação ter ocorrido com mais prevalência quando comparado aos outros itens investigados, este percentual ainda é preocupante, tendo em vista que acompanhamento do crescimento e desenvolvimento se coloca como o eixo privilegiado do cuidado com a criança, possibilitando a identificação de necessidades especiais que merecem abordagem oportuna e deve ser realizado pela equipe de saúde, conforme protocolo do Ministério de Saúde (BRASIL, 2005).

No estudo de Saporoli e Adami (2007) no que tange a orientação, dentre 114 consultas observadas, em cerca 93 consultas (81,2%) ocorreu diálogo com as mães/responsáveis sobre o processo do desenvolvimento infantil, orientando-as sobre medidas que favorecem a aquisição das habilidades esperadas para suas crianças.

Ao serem questionados sobre alimentação complementar, cerca de 72,5% dos acompanhantes afirmaram ter recebido orientações sobre alimentação que deve ser fornecida a criança. Já no estudo de Santos (2011) sobre essa mesma variável, o percentual foi de 82,4%.

No entanto, em relação sobre as condutas indicadas para amamentação exclusiva e eficaz da criança, observou-se que em apenas 64,3% dos atendimentos prestados estas condutas foram discutidas com as mães/acompanhantes.

O aleitamento materno é importante tanto para a prevenção de doenças infecciosas, especialmente, das enfermidades diarreicas, como para o crescimento e desenvolvimento da

criança que é bastante dependente da satisfação das necessidades nutricionais. É consenso que as condições adequadas de alimentação implicam na oferta exclusiva de leite materno durante, pelo menos, quatro meses e, se possível, nos seis meses de vida, além da complementação por outros alimentos a partir desta idade (SAPAROLLI; ADAMI, 2007).

A orientação quanto à segurança e proteção quanto acidentes domésticos, faz parte das ações de promoção da saúde no cuidado à criança (CEARÁ, 2002). A orientação do enfermeiro quanto a esse aspecto foi relatada por apenas 49% das mães/acompanhantes.

Assis *et al* (2008) ressalta que dois terços de todos os acidentes com crianças ocorrem em casa, isso justifica a importância de se orientar sobre a manutenção da segurança no lar.

6.7 Resolutividade do serviço

A resolutividade manifesta a aptidão para solucionar o problema de saúde da pessoa, pressupondo a integralidade do cuidado que resulta, na atenção básica, da capacidade de atender às necessidades de saúde mediante atuação direta da equipe, encaminhamento para outros níveis de densidade tecnológica, articulação dos recursos da comunidade e fornecimento de informações aos níveis organizacionais com poder de articulação intersetorial (FELICIANO *et al.*, 2008).

Ao serem questionados sobre a busca no atendimento à criança, 69,9% mães/acompanhantes afirmaram que procuram assistência específica em decorrência de problemas de saúde. Já no estudo de Prado (2005), a procura pelo serviço de saúde à criança, em 69,7% dos casos estava relacionada ao acompanhamento de rotina.

A procura pelo serviço de saúde pela população depende não só do acesso geográfico, mas também da forma como são recebidos na unidade, da opinião da comunidade sobre o serviço e da sua capacidade de resolução dos problemas de saúde. Assim, as experiências dos usuários em relação à recusa do atendimento para “procura do dia” e da baixa resolutividade dos serviços, têm levado a uma inversão do sistema, elevando a ocupação dos serviços de urgência e emergência com problemas de saúde, cuja resolução deveria ocorrer no âmbito da atenção básica (RAMOS; LIMA, 2003).

Houve um índice de 49,5% de orientação verbal e 19,4% de orientação escrita quanto ao problema da criança. Considerando a relevância da participação familiar, tanto no cuidado à criança, quanto na sua recuperação, ressalta-se a importância da orientação como alicerce

para a adesão ao tratamento e envolvimento no cuidado a criança. Além disso, a orientação é um facilitador do vínculo e da confiança do usuário ao serviço (PRADO, 2005).

Quanto à abordagem utilizada pelos serviços no enfrentamento dos problemas de saúde referidos, observa-se um enfoque bastante acentuado na terapia medicamentosa nas unidades, visto que esta ocorreu em 73,8% dos atendimentos.

Nessa lógica, a contribuição do enfermeiro nas equipes de saúde ainda não produziu um efeito na forma de solucionar os problemas de saúde, mostrando que ao invés de avançar nas práticas educativas e cuidativas está se reproduzindo o modelo biomédico (PRADO, 2005).

Quando se analisa a obtenção do medicamento prescrito como parte importante para a resolução do problema, constata-se que apenas 35,9% dos usuários obtiveram o medicamento na própria unidade. Estudo semelhante desenvolvido em Teresópolis (RJ) por Ribeiro, Siqueira e Pinto (2010) no qual avaliou a atenção à saúde da criança, mostrou que 44,3% dos entrevistados afirmaram receber gratuitamente os remédios prescritos na UBS, e que 35,4% relataram a falta eventual destes remédios.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a equipe de atenção básica deverá manter funcionamento contínuo do fornecimento de medicamentos disponíveis na unidade para não haver perda de oportunidades e melhorar a resolutividade da assistência.

A orientação também é imprescindível quando relacionadas ao uso da medicação. O estudo mostra que esta ocorreu em 52,4% de forma verbal e 37,9% por escrito. Por outro lado, essas orientações nem sempre são efetivas, visto que 19,4% dos acompanhantes afirmam que às vezes não entende as orientações recebidas sobre o uso da medicação. Percebe-se então, que não são oferecidas explicações detalhadas aos usuários, além de não haver preocupação com o seu nível de entendimento, o que pode gerar sentimento de insegurança sobre o tratamento direcionado e a situação de saúde da criança.

Observou-se nesse estudo que apenas 4,9% das mães/acompanhantes afirmam não dar regularmente o medicamento prescrito à criança. Em contrapartida, um percentual maior (22,3%), apontaram motivos diversos que levam a não administração de medicamentos. Isso mostra uma omissão de informação por parte dos participantes da pesquisa, o que pode ser levado em conta o fato de muitos sentirem-se constrangidos por negligenciarem em alguns casos, esse cuidado à saúde da criança. Esse fato fica evidenciado ao observamos que 13,6% das mães/acompanhantes afirmam que se esquecem de oferecer o medicamento.

6.8 Conhecimento das mães/acompanhantes sobre os sinais de perigo de doenças prevalentes na infância

Concernente aos conhecimentos sobre infecção respiratória, percebe-se que 62,1% associam uma maior quantidade de líquido e de alimento a infecções respiratórias. O Ministério da Saúde (2003) propõe entre as ações de promoção, prevenção e recuperação de crianças com agravos respiratórios, cuidados com aumento da frequência de oferta de líquidos e alimentos servidos a criança, devido o risco de hiperidratação.

As infecções respiratórias agudas (IRA) constituem um dos principais problemas de saúde nas crianças menores de cinco anos em países em desenvolvimento. No Brasil, desde 1984, o MS vem desenvolvendo ações de controle destas infecções para reduzir a morbimortalidade, sobretudo por meio do diagnóstico precoce e do tratamento eficaz dos casos diagnosticados. Apesar do decréscimo deste grupo de doenças na mortalidade infantil, representam, ainda, a primeira causa de internação em crianças menores de um ano de idade nos serviços públicos de saúde, sendo a pneumonia a principal causa de óbito (BRASIL, 2005).

Quanto aos conhecimentos dos acompanhantes em relação à diarreia, os dados apontam que a maioria tem consciência sobre a importância do aumento da oferta de líquidos (82,5%). Entretanto, com relação à alimentação 45,6% dos respondentes associaram a oferta de menos alimento como cuidado prestado à criança com diarreia, apesar dessa conduta ser totalmente superada do ponto de vista científico. Os dados encontrados evidenciam que essa prática, cultivada durante muitas décadas pelos serviços de saúde, ainda permanece impregnada na cultura popular (BRASIL, 2001). Isso mostra a necessidade de desenvolver ações de educação em saúde, em níveis mais próximos da população nas UBS.

Na pesquisa de Prado (2005), investigou-se variável semelhante, revelando que 74,5% das mães consideram o aumento da oferta de líquido, e 100% referiram a pausa na dieta alimentar em casos de diarreia, superando os dados mostrados no presente estudo.

Em suma, os dados do presente estudo apontam que o efeito da ação dos serviços sobre o conhecimento das mães/acompanhantes relacionado aos sinais de perigo à saúde da criança, ainda não se traduz de forma efetiva na realidade encontrada. Nesse sentido, é preciso compreender a importância das ações educativas como um componente de impacto, devendo, portanto ser prioridade nas ações desenvolvidas pelos serviços de saúde.

7 CONCLUSÃO

Tendo em vista os objetivos propostos no início da pesquisa, os resultados foram esclarecedores de forma que se conseguiu contemplar tais objetivos. Diante do exposto é possível inferir que segundo a ótica das mães e acompanhantes, o enfermeiro não expressa a prática do atendimento infantil de forma prioritária nas unidades básicas. Além disso, essas práticas em alguns casos consistem em ações direcionadas a sinais e sintomas, dando ênfase a atividades curativas e não preventivas.

Em virtude dos fatos apresentados, percebe-se que as orientações repassadas durante as consultas, muitas vezes não aborda os parâmetros preconizados pelo Ministério da saúde diante do cuidado infantil, como cuidados relacionados à higiene e alimentação.

Reporta-se, portanto, a necessidade de orientações efetivas aos acompanhantes na assistência direcionada à criança, sobretudo de uma visão que perpassasse aos cuidados de risco na infância ocasionando por vezes, prejuízos que podem ser evitados através de orientações prévias durante a assistência que contemple aspectos essenciais à saúde.

Em relação às atitudes mediadoras do cuidado à criança realizada pelo enfermeiro, observaram-se alguns resultados satisfatórios, como o fato de cumprimentar o acompanhante da criança favorecendo, portanto um ambiente de conversação, bem como realizar a observação do comportamento da criança durante a assistência, possibilitando reconhecer comportamentos que possam sugerir algum problema.

Percebe-se ainda que o baixo nível socioeconômico em consequência da não realização de uma atividade remunerada reflete no perfil sanitário das famílias, pois implica na baixa disponibilidade de recursos para suprir as necessidades relacionadas à situação de saneamento nos domicílios.

É importante inferir que se deve ter em vista ações pautadas na intersetorialidade, aliadas a ações de promoção da saúde, no sentido de orientar as famílias quanto ao tratamento de água e destino do lixo, contribuindo de maneira considerável a redução da morbidade na infância.

Dentre as dificuldades encontradas na realização deste estudo, encontrou-se a pouca quantidade de artigos que contemple a visão da mãe ou acompanhante diante do atendimento infantil, dificultando assim o embasamento teórico. Além disso, destaca-se a dificuldade de encontrar o quantitativo dos participantes do estudo, evidenciando, portanto a baixa cobertura de assistência sistemática e periódica à criança nas unidades básicas, visto que a maioria dos

participantes foram em busca de outros atendimentos como imunização e consultas direcionadas a um agravo à saúde previamente instalado.

É necessário, difundir a importância do seguimento periódico e contínuo da assistência à criança, através de práticas consonantes com o Ministério da Saúde, como a Puericultura, já que esta consiste numa ferramenta oportuna para a realização de educação em saúde e acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Por fim, se faz necessário o comprometimento dos profissionais no sentido de desenvolver as ações de forma efetiva, e incluir a assistência direcionada à criança como uma das prioridades no atendimento das unidades básicas. O enfermeiro em especial, assume um papel expressivo na assistência à criança, exercendo ações conjuntas com as mães ou acompanhantes, através das orientações norteadoras do cuidado, prevenindo em certo grau complicações futuras, especialmente na fase adulta.

Este estudo promove uma reflexão para os gestores sobre o impacto obtido com a realização adequada e completa da consulta de enfermagem em puericultura, no sentido de melhorar os indicadores de saúde da criança. Faz-se necessário difundir práticas voltadas para a promoção da saúde, evitando a realização de atendimento curativista pelo enfermeiro, proporcionando, portanto, o desenvolvimento integral e social da saúde da criança, e a consolidação de ações intersetoriais nos territórios das UBS.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p.117-21, 2008.
- ARTEIRO, M. G. **Estudo epidemiológico em localidade periurbana no Município de Guarulhos, SP: Acesso ao saneamento e condições de saúde de crianças.** 2007. 127f. Dissertação (Mestre em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- ÁVILA, L. K. **A promoção da saúde na organização das ações de enfermagem em saúde da criança no município de São Paulo.** 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- ALVES, C. R; SANTOS, C. L. S; CARDOSO, L. M. Consulta de enfermagem: Percepção das mães de crianças atendidas na Estratégia de Saúde da Família. VI Mostra Científica de Enfermagem. Disponível em: <http://www.mce.unimontes.br/evento2011/enfermagem/> Acesso em 06/08/2011.
- ALVES, C. R. L. *et al.* Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, v.25, n.3, p.583-595, 2009.
- ARAÚJO, T. M. E *et al.* Surto de diarreia por rotavírus no município de Bom Jesus (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1039 - 1046, 2010.
- ASSIS, W. D. *et al.* Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 64, n.1, p. 38-46, 2011.
- ASSIS, L. C; EINOFT, L; PRATES, C. S. Consulta de enfermagem pediátrica: A percepção dos acompanhantes no pós-atendimento. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, v.8, n.1, p. 21-9, 2008.
- ASSIS, L. C. F; VERISSIMO, M. L. O. R. Expectativas e necessidades de acompanhantes de crianças na consulta de saúde. **Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 2, p. 317-329, 2010.
- BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 1, p. 13-22, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.** 2ª reimpressão. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005.
- _____.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. – 2. ed. rev., 1.ª reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de condutas médicas**. Brasília. p 246 -51, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília, 2004.

_____. Programa Saúde da Família. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, DF, n.11, p. 27-29, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. **CNES – Equipes de Saúde**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipepi.def> Acesso em 01/08/2011.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qaPI.def> Acesso em 06/08/2011.

_____. Ministério da Saúde. **Textos básicos de saúde: assistência à saúde da criança: ações básicas**. Brasília (DF): Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 03/08/2011.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Manual de Normas para Saúde da Criança na Atenção Primária**. Módulo I: Puericultura. Secretaria da Saúde do Ceará. Fortaleza: SESA, 2002.

CESAR, J. A. *et al.* Saúde infantil em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: comparando indicadores básicos em áreas atendidas pela Pastoral da Criança e áreas-controle. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p. 1845-1855, 2005.

CIAMPO, L. A. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.741, 2006.

CORREA, I; LUQUE, A. L. F; ROCHA, C. A Consulta a crianças de zero a dois anos em uma Unidade Básica de Saúde. **Enfermagem atual**, n.23, p. 34-8, 2004.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FELICIANO, K. V. O. *et al.* Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p. 45-53, 2008.

FERNANDES, M. C. *et al.* Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 11-5, 2010.

FERRER, S. M. **Fatores de risco das diarreias em crianças em Salvador Bahia**. 2007. 81 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=955>. Acesso em: 28 set. 2010.

GÓES, F. G. B; LA CAVA, A. M. A concepção de educação em saúde do enfermeiro no cuidado à criança hospitalizada. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 11, n. 4, p. 932-41, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**- São Paulo: Atlas, 2010, p.175.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/default.shtm>. Acesso em: 24 de agosto de 2011.

KISHI, R; CACCIA-BAVA, M; MARTINEZ, E. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e fatores associados entre as crianças menores de 6 meses cadastradas em unidades de saúde da família. **Revista APS**, vol. 12, n. 1, p. 54-61, 2009.

LEITE, B. G; BERCINI, L. O. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do Programa Saúde da Família do município de Campo Mourão. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, v. 4, n. 3, p. 224-230, 2005.

LIMA, C. C. *et al.* Avaliação da assistência materno-infantil prestada por uma equipe rural do programa saúde da família. **Revista da Escola Anna Nery**, v. 11, n. 3, p. 452 – 8, 2007.

LUIZ, R. R; MAGNANINI, M. M. F. **O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas**. In: MEDRONHO, A. *et al.* Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 295-307.

MACHADO, M. M. T; *et al.* Conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a Consulta de Enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, 2005.

MAIA, R. R. P; SOUZA, J. M. P. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em Município do Norte do Brasil. **Revista Brasileira do Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 3, p.735-744, 2010.

MOLINA, A. C. **Situação vacinal de crianças em unidade básica de saúde de Botucatu – SP**. Características individuais e familiares / Ana Claudia Molina. – 2005. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2005.

MONTEIRO, A. I; *et al.* A enfermagem e o fazer coletivo: Acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. **Revista Rene**, v. 12, n. 1, p.73-80, 2011.

MONTEIRO, C. A; FREITAS, I. C. Evolução de condicionantes socioeconômicos da saúde na infância na cidade de São Paulo:1984- 1996. **Revista de Saude Publica**, v. 34, n. 6, p.83-90.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Organização Panamericana da Saúde. Washington, 2005.

PICOS; Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Relatório Anual de Gestão**, 2010.

PICINNI, R. X; *et al.* Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, v. 7, n. 1, p.75-82, 2007.

PINA, J. C; *et al.* Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p.142-8, 2009.

PRADO, S. R. L. A; **INTEGRALIDADE: Um estudo a partir da atenção básica à saúde da criança em modelos assistenciais distintos**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

PRADO, S. R. L. A; FUJIMORI, E. Avaliação da assistência prestada à criança: o processo de construção de instrumentos para a coleta de dados. In: CIANCIARULLO, T. I.; SILVA, G. T. R.; CUNHO, I. C. K. O. **Uma nova estratégia em foco: o programa de saúde da família – identificando as suas características no cenário do SUS**. São Paulo: Ícone, p. 95-120, 2005.

RAMOS, D.D; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RIBEIRO, J.M; SIQUEIRA, S.A. V; PINTO, L. F. S. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 517-527, 2010.

RICCO, R. G; ALMEIDA, C. A. N; CIAMPO L. A. **Puericultura: temas de pediatria**, Nestlé, São Paulo, n.80, 2005.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA, N. F. **Epidemiologia e Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 708, 2003.

SANTOS, R. J. S. Conhecimento das mães do município de Picos sobre a consulta de puericultura. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2011.

SAPAROLLI, E. C. L; ADAMI, N. P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 55-61, 2007.

SILVA, A. C. **O impacto do programa de saúde da família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003.

SILVA, M. G. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - a percepção do cliente. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 27-31, 1998.

SILVEIRA, V.G; *et al.* Percepção da mãe sobre aleitamento materno na puericultura. **Ciencia Cuidado e Saude**, v. 7, n. 4, p. 523-529, 2008.

SOUSA, D. B; Puericultura: visão do enfermeiro. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2011.

VIEIRA, V. C. L. *et al.* Puericultura na atenção primária à saúde: Atuação do enfermeiro. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 119-25, 2012.

VITOLO, M. R; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO, P. D. B; Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**. v. 86, n. 1, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA (Aplicado com o responsável pela criança)

PSF/UBS: _____

Nº da família: _____

I. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome da criança: _____

Nº do prontuário: _____

Sexo: M() F() Data de Nascimento: ____/____/____

Escolaridade: _____

Peso: _____ (g) Estatura: _____ (cm)

Endereço: _____

Bairro: _____ Data: ____/____/____

II. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Nome: _____

Sexo: M() F()

Relação com a criança: ()Pai ()Mãe ()Irmão ()Outros

Idade: _____ Estado civil: _____ Ocupação: _____

Chefe da Família: () Não () Sim

1. Escolaridade (opção única): _____ Anos de estudo	
() não sabe/não respondeu	

III. CONDIÇÕES SOCIO-ECONÔMICAS

1. Renda familiar (opção única): _____	
----------------------------------------	--

2. Número de pessoas que contribuem para a renda familiar (opção única):	
1. () uma pessoa	
2. () duas pessoas	
3. () três pessoas	
4. () acima de três pessoas	

3. Tipo de instalação sanitária (opção única)	
1. () inexistente 2. () interna 3. () externa 4. () não sabe/ não respondeu	

4. Destino dos dejetos (opção única)	
1. () sistema público de esgoto (rede geral) 2. () esgoto a céu aberto 3. () fossa 4. () não sabe/ não respondeu 5. Outros. Especificar: _____	

5. Abastecimento de água (opção única)	
1. () rede geral interna 2. () rede geral externa 3. () poço ou nascente 4. () outros. Especificar: _____	

6. Tratamento da água no domicílio	
1. () filtração 2. () cloração 3. () fervura 4. () sem tratamento 5. () não sabe/não respondeu 6. () outros. Especificar: _____	

7. Destino do lixo-coleta pública (opção única):	
1. () coletado diariamente 2. () coletado em dias alternados 3. () não, queimado 4. () queimado 5. () enterrado 6. () jogado em céu aberto 7. () outros. Especificar: _____ 8. () não sabe/ não respondeu	

8. Melhoramento público:	
1. () calçamento de rua 2. () iluminação de rua	

IV. SITUAÇÃO VACINAL DA CRIANÇA

1. A criança está com as vacinas em dia para a idade? (investigar junto à mãe ou na caderneta da criança)	
1. () sim 2. () não. Se não, especifique qual a vacina está atrasada e o porquê? _____ _____ _____	

O enfermeiro realiza atendimento à criança? (investigar junto aos profissionais da UBS)	
1. () sim 2. () não. Se não, pule o item V	

V. AÇÕES BÁSICAS A SAÚDE DA CRIANÇA

1. O profissional de enfermagem ao receber a criança cumprimenta a mãe/acompanhante e a mesma?	
1. () sempre 2. () às vezes 3. () nunca	

2. O profissional de enfermagem ao receber a criança observa o comportamento da	
---------------------------------------------------------------------------------	--

mesma?	
1. () sempre 2. () às vezes 3. () nunca	

3.O enfermeiro(a) antes de iniciar a consulta solicita o cartão da criança para analisar o crescimento e o desenvolvimento da criança.	
1. () sempre 2. () às vezes 3. () nunca	

4.O enfermeiro(a) antes de iniciar a consulta solicita o cartão da criança para avaliar a situação vacinal da criança.	
1. () sempre 2. () às vezes 3. () nunca	

5. Durante a consulta, o enfermeiro(a) conversa com a mãe e/ou acompanhante e/ou a criança, para informar os pontos observados na consulta.	
1. () sempre 2. () às vezes 3. () nunca	

6. O enfermeiro(a) durante a consulta realiza o exame físico na criança	
1. () sempre 2. () às vezes 3. () nunca	

7. O enfermeiro(a) conversa com a mãe/acompanhante, informando sobre a avaliação realizada e elogiando as atitudes positivas.	
1. () sempre 2. () às vezes 3. () nunca	

8. O enfermeiro(a), durante a consulta, orienta, explica e verifica sua compreensão sobre as informações e condutas necessárias para o bom desenvolvimento e manutenção do estado de saúde da criança.	
1. () sempre 2. () às vezes 3. () nunca	

9. Quais as orientações são repassadas pelo enfermeiro no decorrer das consultas?	
1 () Higiene da criança	
2 () Aleitamento materno exclusivo (menores de 6 meses)	
3 () Introdução de novos alimentos a partir dos 6 meses	
4 () importância de uma dieta equilibrada	
5 () Higiene pessoal na manipulação e preparo dos alimentos	
6 () Manutenção da higiene do lar	
7 () Prevenção de acidentes domésticos	
8 () Desenvolvimento da criança de acordo com a faixa etária	

10. O enfermeiro(a) ao final da consulta reforça a importância do próximo retorno.	
1. () sempre 2. () às vezes 3. () nunca	

11. Quando necessário o enfermeiro(a), providencia encaminhamento da criança para consulta médica, informando e orientando a mãe/acompanhante sobre a necessidade da consulta	
1.() sempre 2.() às vezes 3.() nunca	

VI. RESOLUTIVIDADE

1.Quando o (a) sr.(a) visita o serviço de saúde para o atendimento da criança?	
1.() de rotina 2.() só quando precisa 3.() outros/ Especifique _____	

2.A sua criança apresentou algum problema de saúde nos últimos 30 dias?	
() Sim. Qual(is)? _____ () Não.	

3. O problema foi resolvido?	
1.() sim 2.() não 3.() não se aplica	

4.O sr.(a) recebe orientações sobre os problemas de saúde quando a criança apresenta?	
1.() sim, por escrito 2.() sim, verbalmente 3.() não 4.() não se aplica	

5.Quando o sr.(a) procura o serviço de saúde é prescrito medicamento para a criança?	
1.() sim 2.() não 3.() não se aplica	

6. O(a) sr.(a) recebe orientações sobre a medicação da criança	
1.() sim, por escrito 2.() sim, verbalmente 3.() não 4.() não se aplica.	

7. O (a) sr(a) entende as orientações recebidas sobre a medicação da criança?	
1.() sempre 2.() às vezes 3.() nunca 4.() não se aplica	

8. Onde o sr.(a) recebe o medicamento prescrito para a criança?	
1.() no próprio serviço 2.() recebe por doação 3.() amostra 4.() em outro serviço 5.() compra o medicamento 6.() não obtém o medicamento na maioria das vezes 7.() alguém lhe compra o medicamento 8.() outros. Especifique: _____ 9.() Não se aplica	

9. O sr.(a) dar regularmente o medicamento prescrito para a criança?	
1.() sim 2.() não 3.() não sabe/são respondeu 4.() não se aplica	

10. Caso não dê o medicamento regularmente para a criança, por que não o faz?	
1.() não acha necessário 2.() esquece de oferecer 3.() não entende as orientações 4.() remédio é caro 5.() não entende a letra do médico 6.() outros.Especificar: _____ 7.() não se aplica	

VII. CONHECIMENTO DOS SINAIS DE PERIGO DE DOENÇAS PREVALENTES NA INFANCIA

1.Quando sua criança tem IRA (infecção respiratória aguda), deve-se dar:	
1.() menos líquido e menos alimento	
2.() a mesma quantidade de líquido e de alimento de sempre	
3.() uma maior quantidade de líquido e de alimento	

2.Quando a sua criança tem Diarréia, deve se dar:	
1.() menos liquido	
2.() a mesma quantidade de liquido de sempre	
3.() uma maior quantidade de liquido	

3.Quando a sua criança tem Diarréia, deve-se dar:	
1.() menos alimento	
2.() a mesma quantidade de alimento de sempre	
3.() uma maior quantidade de alimento	

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (mães/acompanhantes maiores de 18 anos)

Título do projeto: Análise do atendimento à criança realizado por enfermeiros nas unidades de saúde da família no município de Picos – PI

Pesquisadora responsável: Edina Araújo Rodrigues Oliveira

Pesquisadores participantes: Raylanne Nunes Silva, Allan Barros Gonçalves, Juliana de Carvalho Moura, Leila Maria de Araújo Luz, Inara Viviane de Oliveira Sena

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / Enfermagem/ Campus Senador Helvídio Nunes de Barros.

Telefone para contato: (89) 9984-8049 (inclusive a cobrar)

O(A) senhor(a) está sendo convidado (a) a participar, com voluntário (a), em uma pesquisa. O(A) senhor(a) precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse para tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que a senhora tiver.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa, o(a) senhor(a) não será penalizada de forma alguma.

Meu nome é Edina Araújo Rodrigues Oliveira, sou enfermeira e professora auxiliar do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e estou realizando, neste momento uma pesquisa sobre a análise do atendimento à criança realizado por enfermeiros nas unidades de saúde da família no município de Picos, cujos dados serão coletados por acadêmicos de enfermagem e nutrição da UFPI.

Caso aceite, os acadêmicos de enfermagem e nutrição irão preencher o formulário com a senhora para obter informações sobre a alimentação oferecida ao seu filho, situação sócio-econômica da família, vacinação, dados sobre o peso, altura, sexo, idade da criança, condições de saúde da criança e os sinais de perigo da saúde da criança, e os serviços oferecidos pelas unidades de saúde.

O estudo trará como benefício um maior conhecimento sobre o atendimento à criança realizado no município de Picos.

A pesquisa não trará riscos, desconfortos ou qualquer tipo de prejuízo a sua pessoa.

Não haverá benefício direto para o participante, já que trata de um estudo sobre a análise do atendimento à criança realizado por enfermeiros nas unidades de saúde da família no município de Picos-PI.

O(A) senhor(a) tem o direito de se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

Em qualquer etapa do estudo, o (a) senhor (a) terá acesso aos responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se o (a) senhor(a) concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, assim como o de seu filho. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo. Você terá todo o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: Análise do atendimento à criança realizado por enfermeiros nas unidades de saúde da família no município de Picos – PI. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Análise do atendimento à criança realizado por enfermeiros nas unidades de saúde da família no município de Picos – PI. Eu discuti com o acadêmico _____ sobre a minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias da confidencialidade e do esclarecimento permanentes.

Ficou claro também que minha participação e do meu filho está isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local _____ e _____ data _____

Nome _____ e Assinatura _____ do _____ sujeito _____ ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para participação no estudo.

Picos, _____ de _____ 20____.

Pesquisador (a) responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrónio Portella - Bairro Ininga - Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI. Tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep.

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (mães/acompanhantes menores de 18 anos)

Título do projeto: Análise do atendimento à criança realizado por enfermeiros nas unidades de saúde da família no município de Picos – PI

Pesquisadora responsável: Edina Araújo Rodrigues Oliveira

Pesquisadores participantes: Raylanne Nunes Silva, Allan Barros Gonçalves, Juliana de Carvalho Moura, Leila Maria de Araújo Luz, Inara Viviane de Oliveira Sena

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / Enfermagem/ Campus Senador Helvídio Nunes de Barros.

Telefone para contato: (89) 9984-8049 (inclusive a cobrar)

A sua filha está sendo convidada a participar, com voluntário, em uma pesquisa. O(A) senhor(a) precisa decidir se a mesma pode ou não participar da pesquisa. Por favor, não se apresse para tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que o(a) senhor(a) tiver.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que sua filha faça parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa o(a) senhor(a) não será penalizado de forma alguma.

Meu nome é Edina Araújo Rodrigues Oliveira, sou enfermeira e professora auxiliar do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e estou realizando, neste momento uma pesquisa sobre a análise do atendimento à criança realizado por enfermeiros nas unidades de saúde da família no município de Picos, cujos dados serão coletados por acadêmicos de enfermagem e nutrição da UFPI.

Caso aceite, os acadêmicos de enfermagem e nutrição irão preencher o formulário com a senhora para obter informações sobre a alimentação oferecida ao seu filho, situação sócio-econômica da família, vacinação, dados sobre o peso, altura, sexo, idade da criança, condições de saúde da criança e os sinais de perigo da saúde da criança, e os serviços oferecidos pelas unidades de saúde.

O estudo trará como benefício um maior conhecimento sobre o atendimento à criança realizado no município de Picos.

A pesquisa não trará riscos, desconfortos ou qualquer tipo de prejuízo a sua pessoa.

Não haverá benefício direto para o participante, já que trata de um estudo sobre a análise do atendimento à criança realizado por enfermeiros nas unidades de saúde da família no município de Picos-PI.

O(A) senhor(a) tem o direito de se desligar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou despesa.

Em qualquer etapa do estudo, o (a) senhor (a) terá acesso aos responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Se o (a) senhor(a) concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, assim como o de seu filho. A menos que, requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo. Você terá todo o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado, concordo em minha filha participar do estudo: Análise do atendimento à criança realizado por enfermeiros nas unidades de saúde da família no município de Picos – PI. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Análise do atendimento à criança realizado por enfermeiros nas unidades de saúde da família no município de Picos – PI. Eu discuti com o(a) acadêmico(a) _____ sobre a minha decisão de permitir que minha filha participe do estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias da confidencialidade e do esclarecimento permanentes.

Ficou claro também que participação da minha filha e do meu neto é isenta de despesas. Concordo voluntariamente que minha filha participe deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local e data _____
 Nome _____ e Assinatura _____ do sujeito _____ ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

(Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada TCLE)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntaria o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para participação no estudo.

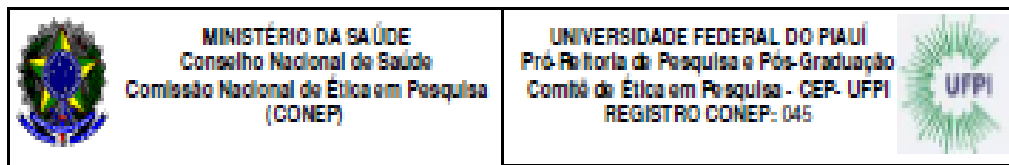
Picos, _____ de _____ 20____.

 Pesquisador (a) responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga - Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI. Tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep.

ANEXO



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Análise do Atendimento à Criança Realizado por Enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família no Município de Picos-PI

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0347.0.045.000-11

Pesquisador Responsável: Edina Araujo Rodrigues Oliveira

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2012

Relatório final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 05/10/2011

Teresina, 07 de Outubro de 2011.


Prof. Dr. Euzébio Gomes Campelo Filho
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
COORDENADOR