

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

INARA VIVIANE DE OLIVEIRA SENA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE
PUERICULTURA: um estudo descritivo**

PICOS
2013

INARA VIVIANE DE OLIVEIRA SENA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE
PUERICULTURA : um estudo descritivo**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros.

Orientadora:
Prof^ª. Dra. Luisa Helena de Oliveira Lima

PICOS

2013

Eu, **Inara Viviane de Oliveira Sena**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI, 08 de maio de 2013.

FICHA CATALOGRÁFICA

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

S474a Sena, Inara Viviane de Oliveira.
Avaliação do conhecimento do enfermeiro sobre puericultura: um estudo descritivo / Inara Viviane de Oliveira Sena – 2013.
CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol. (45 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2013.
Orientador(A): Profa. Dra.Luisa Helena de Oliveira Lima

1. Puericultura. 2. Conhecimento. 3. Cuidados de Enfermagem. I.
Título.

CDD 610.736 2

INARA VIVIANE DE OLIVEIRA SENA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE PUERICULTURA:
UM ESTUDO DESCRITIVO**

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: 05/04/2013

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

Andressa Suelly S. de Oliveira

Prof.^a. MS. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira
Professora Assistente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da UFPI- CSHNB
2.^o. Examinador

Edina Araújo Rodrigues Oliveira

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

À minha mãe Ana Rosa Nery de Oliveira Sena, nem todas as homenagens do mundo serão suficientes para agradecer TUDO que a senhora fez por mim, pois sempre viu além do que eu mesmo enxerguei.

Deixou-me sonhar essa profissão, ajudou a concretizar e trilhar meu caminho, mostrando-me os passos da humildade, honestidade, perseverança, esperança, amor a próximo, bondade sem medir esforços para tal.

E principalmente, não me deixou cair quando tudo parecia dar errado, quando a saudade apertava e as dúvidas surgiam, você chegava e dizia:

- Filha, levanta a cabeça! Que eu estou aqui e Jesus tem poder!

Sua dedicação mãe, me fez conquistar essa etapa, a primeira de muitas que lhe oferecerei.

TE AMO!

AGRADECIMENTOS

“Tudo posso naquele que me fortalece” (Filipenses 4:13), sem tua vontade Pai e minha fé, nada valeria à pena.

Aos meus pais **Sena e Ana** por minha formação de caráter, aos incentivos em todos os aspectos para que eu sempre fosse perseverante nos meus estudos, que tenho todo tempo do mundo para TUDO que eu determine realizar. OBRIGADA!

Á **Ingrid Sena**, minha irmã mais velha, onde sempre encontro um conselho, a quem tenho como exemplo de determinação, força de vontade, coragem que mesmo nas diferenças, pensamentos opostos... sempre quis meu bem e me incentivou a buscar ser melhor como profissional e pessoa, me encorajando a viver grandes experiências.

Ao **Cláudio Sena** que mesmo a km de distância, mostrou-me que vale a pena estar longe de tudo e todos quando fazemos o que gostamos, me inspirou a buscar novos horizontes e fez acreditar ainda mais que quando nos propomos a realizar algo com dedicação e honestidade, sempre somos reconhecidos.

As amigas de uma vida, **Josilene e Souvenyr**, que o tempo, a distância esteja sempre ao nosso lado, para nos reencontrar, nos fazer rir, chorar e fortalecer nosso elo por mais uns cem anos.

Ao **Layon**, que sem dúvida é mais que um namorado, incentivador nato, acreditando no meu potencial de forma incontestável, um parceiro que eu não teria imaginado melhor, que acima de um amigo foi irmão, pois me deu uma família que me acolheu como uma filha, fazendo com que a saudade de casa não me angustiasse mais. JAMAIS VOU ESQUECER!

Aos amigos da UFPI-CSHNB Dudu, Nanny, Anna, Flávia, Adalty, Bruno, Octávio, Filho que fizeram essa caminhada mais prazerosa e com certeza inesquecível.

A minha orientadora **Profa. Dra Luisa Helena** que firmou uma vontade antiga de trabalhar com crianças, pela compreensão nos momentos de adversidades, por ter me dado subsídios para concretizar esse sonho: GPeSC- SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, sem dúvidas, uma segunda escola.

Aos exemplos de professoras **Edina Araújo, Andressa Saturnino, Ana Roberta Vilarouca, Ana Larissa, Laura Formiga, Ana Karla, Naiany Rocha, Dayze Galiza**, cada uma de vocês proporcionou-me um ensinamento que levarei por toda vida, todas minhas conquistas como acadêmica teve influência direta do excelente trabalho de vocês, pois me formaram acima de enfermeira, uma cidadã melhor. GRACIAS MAESTRAS!

CORAGEM

“Se o que você está percorrendo é o caminho dos seus verdadeiros sonhos,
comprometa-se com ele.

Não deixe a porta de saída aberta, através da desculpa: "Ainda não é bem isto que eu queria".

Esta frase guarda dentro dela a semente da derrota.
Assuma o seu caminho. mesmo que precise dar passos incertos, mesmo que saiba que pode
fazer melhor o que está fazendo.

Se você aceitar suas possibilidades no presente, vai melhorar no futuro, mas se negar suas
limitações, jamais se verá livre delas.

Enfrente seu caminho com coragem, não tenha medo da crítica dos outros.

E, sobretudo, não se deixe paralisar por sua própria crítica.
Deus estará sempre com você nas noites insones, e enxugará com seu amor
as lágrimas ocultas.”

Deus é o Deus dos valentes

PAULO COELHO

RESUMO

INTRODUÇÃO: A puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças de 0 a 5 anos, onde a falta de ou a demora na detecção de distúrbios do desenvolvimento pode retardar o encaminhamento a profissionais especializados, gerando um atraso no início das intervenções de reabilitação da saúde da criança. **OBJETIVOS:** Avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre puericultura nas unidades básica de saúde no município de Picos-PI. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo do tipo transversal e descritivo, desenvolvido com os 20 enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Picos-PI, no período de março a novembro de 2012. Os dados foram coletados em agosto do mesmo ano e digitados utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007 e posteriormente transportados para o software *Statistical Package for the Social Scienc* (SPSS) versão 17.0. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, cada participante tendo conhecimento a cerca da metodologia do estudo teve que assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo posteriormente feita a análise de um questionário de perguntas abertas e de múltipla escolha. **RESULTADOS:** Observou-se que apenas 2 profissionais não realizam atividades em saúde da criança na atenção básica e somente 4 realizaram treinamento na área. Quando questionados sobre o papel do enfermeiro na consulta, 7 relataram ter papel de orientar e encaminhar. As respostas foram, em sua maioria, superficiais e deixaram de ser citadas medidas de extrema importância quanto a este acompanhamento sistemático que aborda desde a preparação familiar para chegada do recém-nascido até a proteção das crianças em situação de violência. **CONCLUSÃO:** Por ser referência quanto ao atendimento na UBS, a percepção do enfermeiro ainda é limitada sobre a consulta de puericultura, já que está além do atendimento clínico. Há necessidade de um alicerce teórico-prático, como realização de capacitações, para que os enfermeiros estejam aptos a buscar o conhecimento do perfil saúde-doença e, por conseguinte, traçar um plano de ações, gerenciar e organizar uma assistência a criança. **Palavras-chave:** Puericultura. Conhecimento. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The childcare is periodic and systematic monitoring of children 0 to 5 years, where lack of or delay in the detection of developmental disorders may delay referral to specialized professionals, resulting in a delay in the start of the rehabilitation interventions child health. **OBJECTIVES:** Evaluate the nurses' knowledge of childcare in family health units in the city of Picos-PI. **METHODOLOGY:** This was a cross-sectional study and descriptive, developed with 20 nurses in Basic Health Units in the urban area of the city of Picos-PI, from March to November 2012, data were collected in August of the same year and entered using Microsoft Office Excel 2007 and later transported to the Statistical Package for the Social Scienc (SPSS) version 17.0. This study was approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal do Piauí, each participant having knowledge about the methodology of the study had to sign the Instrument of Consent, and later made an analysis of a survey of open questions and multiple choice. **RESULTS:** We found that only 2 professionals do not conduct activities in child health in primary care and only 4 were trained in the area. When asked about the role of the nurse in the query, 7 reported role of guiding and forward. The responses were mostly superficial and no longer be cited as measures of extreme importance to this systematic monitoring that addresses family from preparing for the arrival of the newborn to the protection of children in situations of violence. **CONCLUSION:** As reference regarding attendance at UBS, the perception of nurses is still limited on the consultation childcare, since it is beyond clinical care. There is need for a theoretical and practical foundation as conducting trainings for nurses who are able to seek the knowledge of health and illness profile and therefore draw an action plan, manage and organize a child care.

Keywords: Child Care, Knowledge, Nursing Care

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da amostra de acordo com o tempo de formação dos profissionais. Picos, 2013.	21
Tabela 2	Distribuição da amostra de acordo com o tipo de formação do profissional. Picos, 2013.	21
Tabela 3	Distribuição da amostra de acordo com as atividades desenvolvidas em Saúde da Criança. Picos, 2013.	21
Tabela 4	Caracterização da amostra de acordo com sinais e sintomas significativos de uma doença grave e queixa respiratória e/ou febre referidos pelos enfermeiros. Picos, 2013.	22
Tabela 5	Caracterização da importância da consulta de puericultura na Unidade Básica de Saúde. Picos, 2013.	23
Tabela 6	Caracterização sobre o que deve ser avaliado na Consulta de Puericultura. Picos, 2013.	24
Tabela 7	Caracterização da periodicidade da consulta de puericultura. Picos, 2013.	24
Tabela 8	Caracterização do papel do enfermeiro(a) na Consulta de Puericultura, Picos, 2013.	25

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	13
	2.1 Geral.....	13
	2.2 Específico.....	13
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
	3.1 Histórico da Puericultura.....	14
	3.2 Atenção Básica de Saúde.....	17
4	METODOLOGIA.....	20
	4.1 Tipo de estudo.....	20
	4.2 Local de realização do estudo.....	20
	4.3 População e amostra.....	20
	4.4 Coleta de dados.....	21
	4.5 Análise dos dados.....	21
	4.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	21
5	RESULTADOS.....	22
6	DISCUSSÃO.....	27
7	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS.....	35
	APÊNDICES.....	39
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Ao falar de criança desenvolve-se uma percepção de seres livres de preconceitos e responsabilidades, autênticas em suas ações e dependentes que vem atravessando o esquecimento diante de suas necessidades básicas de ser respeitada, orientada e tratada de acordo com as condições inerentes a infância.

Por ser vista como uma pessoa em formação, a criança é assegurada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (2008) no direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Para que os privilégios da infância sejam garantidos, o cuidado engloba todos os níveis sociais e governamentais.

As primeiras formas de assistência às crianças foram sistematizadas em relação à disciplina, à educação, ao vestuário e à alimentação. Entretanto, a pediatria apresentou-se como especialidade médica somente na segunda metade do Século XIX e, na Enfermagem, nas primeiras décadas do século XX. Nessa, a pediatria surgiu em conformidade com as necessidades básicas de higiene apresentadas pela sociedade em geral e pelo desenvolvimento do saber médico na área (ASSIS, 2011).

No Brasil, a saúde da criança esteve relacionada à saúde materna, tendo ações direcionadas a partir da década de 80, com elaboração do Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC) por meio de cinco ações básicas: Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o desmame, Imunização e Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ERDMANN, SOUSA, 2009). Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde, os programas desenvolvidos buscam oferecer um atendimento mais humano e de melhor qualidade para as nossas crianças, tais como, Projeto Mãe-Canguru e a promoção do aleitamento materno, são iniciativas que têm promovido uma mudança no atendimento à criança, reduzindo o tempo de internação e a incidência de infecções hospitalares, assim como a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que contribui não apenas para a redução de óbitos por diarreias e pneumonias, mas possibilita uma maior organização dos serviços (BRASIL, 2005).

Por ser o alicerce da assistência a Atenção Básica de Saúde dirige-se para organização dos serviços aliado a um processo que envolve uma rede de instituições e serviços de forma a obter impacto sobre as diversas circunstâncias do processo de viver da criança (SOUSA, ERDMANN, MOCHEL, 2010). Com uma visão interdisciplinar atua com o objetivo de dar resolutividade aos problemas que aborda desde o recém-nascido até o idoso

acamado, é a base do trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, pois busca oferecer ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

Atenção à criança resulta de trabalhos interdependentes e complementares, onde a clínica emerge como espaço para apreensão mais global das necessidades de saúde individuais, pressupondo a existência de profissionais generalistas (FELICIANO et al, 2008). Reconhecer a importância de acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança tem sido um dos grandes desafios dos profissionais de saúde, já que, além dos aspectos físicos a serem observados, a sensibilidade e capacitação exigida de cada profissional fazem-se necessários para compreender o contexto socioeconômico, cultural e familiar no qual a ela está inserida.

Como ação específica, a Puericultura segundo Campos (2011) efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada. A falta de habilidade para fornecer tais orientações ou a demora na detecção de distúrbios do desenvolvimento pode retardar o encaminhamento a profissionais especializados, gerando um atraso no início das intervenções de reabilitação.

A Puericultura vem agregar mais responsabilidades ao profissional, já que este lidará com a avaliação das crianças saudáveis de 0 a 5 anos. Este deverá mostrar-se apto a identificar os marcos do desenvolvimento, a orientar a mãe sobre alimentação adequada a cada idade, prevenção de acidentes domésticos e higiene, onde estas medidas simples e rotineiras nem sempre são realizadas de forma correta e sistemática pelo enfermeiro.

Por isso, vê-se a necessidade de avaliar o conhecimento do profissional enfermeiro sobre puericultura na Unidade Básica de Saúde (UBS), para que possam ser identificadas as principais dificuldades que estes enfrentam e que conseqüentemente afetam a qualidade do serviço. Assim, espera-se reduzir ainda mais a incidência desses agravos aumentando as chances de obter um crescimento saudável e ideal aos indivíduos menores de 5 anos de idade. Além disso, pode servir de subsídio para instituições educacionais e de saúde para que estas invistam e proporcionem, aos profissionais, disponibilidade e acessibilidade à educação permanente.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre puericultura nas unidades básicas de saúde no município de Picos-PI.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil profissional dos enfermeiros das unidades básicas da zona urbana de Picos;
- Verificar se estes profissionais realizaram capacitação sobre consulta de puericultura;
- Identificar os itens que compõem a consulta de puericultura mais citados pelos enfermeiros pesquisados;
- Conhecer a visão dos enfermeiros pesquisados sobre seu papel na consulta de puericultura.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Histórico da Puericultura

A puericultura surgiu na França no fim do século XVIII e foi definida como o conjunto de normas sobre a arte de criar fisiológica e higienicamente as crianças, o seu desenvolvimento permitiu a sua consolidação em estreita relação com a área da saúde, foram necessárias modificações profundas na mentalidade da sociedade ocidental, especialmente no que diz respeito às formas de conceber a Criança, a Medicina. (TURINA; OLIVEIRA, 2011). A partir dessas mudanças percebeu-se a necessidade do aprofundamento científico para com a puericultura, já que era vista primordialmente como uma prática social sujeita aos mais diversos agentes políticos e econômicos.

A história da puericultura está entrelaçada com a saúde da criança. Segundo Bonilha (2005) no Renascimento, surgem as primeiras obras de puericultura, embora representem uma nova valorização da criança, que começa a merecer a atenção dos estudiosos, acabam resultando, pela falta conhecimentos suficientes para os objetivos propostos, apenas em uma reação à impotência dos homens diante da mortalidade e das doenças das crianças.

Naquela época, a puericultura tinha um caráter disciplinador e higienista, especialmente em famílias pobres, ditando normas e regras, acerca da alimentação, vestuário, exercício físico das crianças até vida sexual dos pais (JAVORSKI; SCOCHI; LIMA, 1999). E ao longo dos anos, ela vem englobando novas características, singulares de cada época e adequando-se a cada situação sem perder a essência de sua função.

Em 1762, surgiu a terminologia “puericultura”, que significa criação (cultura) da criança (puer), em um tratado sem repercussão do suíço Jacques Ballexserd, vindo a consolidar-se com a criação de ambulatórios para lactentes sadios, através do incentivo ao aleitamento materno, perpassa as barreiras científicas sendo ensinadas em escolas femininas, além de influenciar as políticas públicas em defesa das crianças (BONILHA, 2004).

Quando apropriada pela pediatria, a puericultura transformou-se gradativamente em uma ciência mais abrangente, tornando-se a base da Medicina Pediátrica, onde o atendimento seria dirigido às mães e às crianças. Estas receberiam orientações sobre como criar seus filhos, além de elogios se as seguissem, simultaneamente, o crescimento e o desenvolvimento das crianças seriam avaliados e acompanhados pelo médico.

Aparece no Brasil no final do século XIX, é quando começa a ressoar aqui os ecos das transformações que estavam ocorrendo pelo mundo (SILVEIRA, 2012). Várias mudanças

ocorreram durante os anos, relacionadas às políticas de saúde infantil visando modificar a realidade dessa população, destacando-se a mortalidade infantil, que está intrinsicamente ligada as condições socioeconômicas.

Entre 1910 e 1930, a puericultura se institucionaliza, incorporada às leis, às propostas de saúde pública e à prática pediátrica. Sob influência norte-americana, nesse mesmo período, a educação em saúde ganha mais força, passando a ser realizada diretamente com a população em centros de saúde. Vão sendo criadas novas orientações de puericultura, que passam a ser desenvolvidas com pré-escolares e escolares (BONILHA, 2005).

Em setembro de 1933, aconteceu a Conferência Nacional de Proteção à Infância, realizada na Capital Federal, que deu origem ao Decreto Nº 572 A. Por meio deste, foi criado o Instituto Nacional de Puericultura, incorporado em 1937 a Universidade Brasil e passou a ter como finalidade, incentivar as pesquisas em torno do problema da saúde da criança e a organização do ensino de puericultura em nível superior (MEDEIROS, 2011).

A partir da criação deste Instituto, começou ocorrer a departamentalização quanto a assistência, ou seja, passaram a realizar estudos e investigações afim de conhecer as particularidades de cada criança . Os levantamentos realizados em campo pelo instituto eram repassados a sociedade através de suas publicações. Foram ofertados cursos populares de puericultura como, higiene infantil para meninas do ensino primário e cursos médios para as mulheres que desejassem ser mães. E a puericultura passou a ser reconhecida pelos seus serviços assistência à maternidade e à infância.

Em 1941, o Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil foi extinto e recriado passando a ser órgão subordinado ao Departamento Nacional da Criança, sendo responsável por fornecer subsídios ao ensino de puericultura e clínica de primeira infância da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil (MEDEIROS, 2011). Tornou-se uma estrutura física de estudos e foram inaugurados inúmeros postos de puericultura, maternidades e serviços de pré-natal implicando a participação ativa da sociedade, sobretudo de médicos, professores, autoridades públicas e mulheres.

O estudo voltado para puericultura no Brasil teve o propósito inicial de proteção à criança e, ao longo dos anos, buscou consolidar-se na cultura brasileira. Primeiramente, através dos estudos científicos sobre a maternidade e a infância, com ações voltadas para higiene infantil, discussões sobre abandono, assim como, questões socioculturais. Instigaram a medicina e a sociedade a compreender que a saúde da criança tem necessidades próprias, devendo ser estudadas, não somente, pela saúde materno-infantil.

Com as novas perspectivas sobre a saúde, novos profissionais passam a interessar-se sobre como as relações culturais interferem no estado saudável do indivíduo e, segundo Silva (2005), surgiu um novo meio de contribuição da enfermagem. Enquanto uma profissão comprometida com o cuidado humano profissional, o papel da enfermagem é resgatar esse cuidado na sua forma humanizada, com vistas à revalorização do feminino e abrir espaços para a autonomia da mulher no processo de parturição. A visualização mais profunda a respeito da criança e suas peculiaridades na ascensão a vida adulta resultou de longo processo evolutivo da sociedade, alcançando as políticas públicas.

Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo propósito era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança, com enfoque epidemiológico e de risco com ações básicas para a redução da morbi-mortalidade em crianças menores de cinco anos. Destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil. Já englobava ações como: assistência materna; assistência à criança e ao adolescente, educação para a saúde; capacitação de recursos humanos, entre outros (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), pois houve a necessidade de articulação das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, além da prevenção ao câncer e doenças sexualmente transmissíveis, assistência ao adolescente, a menopausa e a anticoncepção (NETO, 2008). Vindo a desmembrar-se um ano depois no Programa de Ação Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e no Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).

No PAISC, o Ministério da Saúde (MS) marcou uma diretriz política para expansão e consolidação da rede de serviços básicos, utilizando a estratégia da assistência integral (ERDMANN, 2009). Utilizou-se de medidas preventivas como acompanhamento crescimento e desenvolvimento; controle das diarreias e desidratação; controle das infecções respiratórias agudas (IRA); prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; assistência ao recém-nascido, já que estes são os principais agravos dessa população.

Relacionado ainda com o aspecto binômio mãe-filho, as mudanças quanto ao direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal, foram reflexos do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que elaborado pelo Ministério da Saúde em 2000, priorizou a reorganização da assistência através da vinculação do pré-natal ao parto e puerpério, motivados pela alta mortalidade materna e perinatal. Para Serruya (2004), o PHPN definiu elementos chaves da assistência onde se incluem a necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecimento de procedimentos e ações, cuja realização é fundamental

para esse acompanhamento, e a promoção do vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto.

A evolução quanto à elaboração de novos programas de assistência a saúde da criança está constantemente ligada às necessidades da população e ao momento político do país, ela passa a ser contemplada sob uma visão holística, como ser humano em desenvolvimento, abrangendo diversas áreas da infância.

3.2 Atenção Básica à Saúde

Os olhares direcionados à criança vêm sofrendo grandes transformações devido às influências de cada período histórico, aos avanços nos conhecimentos técnico-científicos, às diretrizes das políticas públicas e ao desenvolvimento e participação dos segmentos da sociedade.

Atenção Básica de Saúde (ABS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2010). A ABS surgiu para organizar o modelo de assistência oferecido aos cidadãos brasileiros pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É a porta de entrada para o usuário, vem para contribuir para reorganização do sistema de saúde, tornando-o mais acessível à população, priorizando os princípios propostos pelo sistema.

Para Sousa (2010), no que diz respeito ao cuidado à criança na ABS, a proposta dirige-se para organização dos serviços aliado a um processo que envolve uma rede de instituições e serviços de forma a obter impacto sobre as diversas circunstâncias do processo de viver da criança. Portanto, para a efetividade da assistência, o trabalho em equipe é essencial, já que todos os profissionais vêm o problema em sua perspectiva e em conjunto solucionam-o de acordo com a realidade a qual está inserido.

Por isso, a atenção primária requer uma maior visibilidade e importância, seu papel tornou-se um divisor de águas quanto à qualidade do atendimento ao usuário, pois observa-se que se realizada de forma consciente, discutida e analisada, aumenta as chances do paciente atingir seu estado de saúde. E tratando-se de crianças, seres ainda mais susceptíveis as moléstias mundiais, o “dever” da ABS é incontestável.

Em 2005, o Ministério da Saúde lança a agenda de compromissos com a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança. Esta pode beneficiar-se de um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como

indivíduo, garantindo a promoção à saúde do mais baixo ao nível mais complexo de assistência.

As linhas estratégicas de intervenção da Atenção à Saúde da Criança explicitam o conceito de integralidade por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde, realizados em equipe.

A ideia central deve ser a de não perder oportunidades de atuação de cada profissional, desde a prevenção, promoção e de assistência, até vinculação e responsabilização sobre a continuidade da atenção. Assim sendo, cada integrante da equipe articula sua ação com a do outro e de outros atores sociais, e cada nível de atenção com o outro, configurando uma rede de saúde, e conseqüentemente, uma rede de apoio social por onde segue a criança/família, funcionando em seu benefício, medidas como essa vêm direcionar os profissionais no trajeto da assistência.

Graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, do trabalho em equipe e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 19 em 2008. Além disso, 70% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida. Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde – tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN) – faz parte da realidade social e sanitária de nosso País (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde, a fim de auxiliar aos profissionais de saúde na realização da puericultura, criou programas como o de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que tem como objetivo identificar sinais clínicos que permitam a avaliação e classificação adequada do quadro de saúde e fazer uma triagem rápida quanto a natureza da atenção requerida pela criança podendo ser, encaminhamento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados que a mãe deve ter e vigilância no domicílio (BRASIL, 2002).

Sendo esta, mais uma medida que contribui para a redução da morbidade e mortalidade associada às principais causas de doenças na infância, que auxiliam na introdução de medidas de promoção/prevenção de saúde/doença na rotina dos atendimentos e no acompanhamento do crescimento/desenvolvimento das crianças.

A equipe composta de médico, dentistas, técnicos de enfermagem, secretária e destacando-se o enfermeiro que vem ganhando um espaço cada vez mais importante devido as suas atividades na Atenção Básica de Saúde, voltadas para saúde da mulher, idoso, adolescente, crianças, inclusive no atendimento aos menores de 5 anos.

Alguns autores como Correia (2010), consideram a importância enfermagem, na saúde pública, por possuir uma posição frente à comunidade, de profissão educadora e assistencial à saúde, compartilha, com a criança e a família, informações e conhecimentos acerca da situação de saúde na qual aquela criança se encontra, por meio de dados objetivos, previamente coletados e interpretados.

Por isso, a enfermagem tem grande visibilidade na atenção primária e diante da sua responsabilidade para com a sociedade, a adesão de maiores conhecimentos faz-se necessário para garantir uma assistência qualificada.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal e descritivo, faz parte do Projeto intitulado de Análise do atendimento à criança realizado pelo enfermeiro nas unidades de saúde da família do município de Picos-PI aprovado em outubro de 2011. O estudo transversal analisa dados em um determinado ponto no tempo; isto é, os dados são coletados apenas numa ocasião com os mesmos assuntos e não sobre os mesmos assuntos em vários pontos do tempo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então, o estabelecimento de relações entre as variáveis.

4.2 Local de realização do estudo

O presente estudo foi desenvolvido nos consultórios dos profissionais enfermeiros das (UBS) da zona urbana do município de Picos-PI, n período de Março a Novembro de 2012.

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 206m 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 em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 73.414 habitantes (BRASIL, 2010).

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2010) do município, há um total de 30 equipes de saúde da família, sendo: 20 na zona urbana e 10 na zona rural. Trabalhou-se com todas as equipes da zona urbana.

4.3 População e amostra

Cada equipe de saúde da família possui um enfermeiro, sendo assim, a população desta pesquisa por conveniência foi constituída dos 20 enfermeiros nas UBS da zona urbana da ESF do município de Picos, os quais foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: estar trabalhando e de exclusão: estar de licença ou de férias. A amostra foi censitária, pois se trabalhou com toda a população.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por 5 acadêmicos de enfermagem e nutrição da UFPI treinados pela pesquisadora, os dados foram adquiridos nas próprias UBS no período de agosto de 2012. A mesma foi conduzida por meio de um questionário (APÊNDICE A) aplicado ao profissional enfermeiro, composto por questões sobre a sua graduação e formação profissional, sua atualização profissional com relação à área da saúde da criança, o atendimento que realiza a criança no serviço de saúde.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados com base na literatura específica e em tratamento estatístico, bem como, digitados utilizando-se o programa Microsoft Office Excel 2007 e posteriormente transportados para o software *Statistical Package for the Social Scienc* (SPSS) versão 17.0. Os mesmos foram apresentados por meio de tabelas ilustrativas e, analisados descritivamente, através de cálculos das medidas de estatística descritiva.

4.6 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com parecer nº 0347.0.045.000-11, respeitando os preceitos estabelecidos segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Em conformidade com as Diretrizes e Normas da Pesquisa em seres humanos a pesquisa desenvolveu-se após cada participante ter conhecimento a cerca da metodologia do estudo, e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), caso tivesse aceitado participar da pesquisa.

5 RESULTADOS

Os dados coletados foram organizados de acordo com os grupos de respostas, apresentados na forma de tabelas e analisados utilizando a estatística descritiva.

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com o tempo de formação dos profissionais. Picos, ago.2012.

Variáveis	SW (Valor p)	Média	Desvio-Padrão	Mediana
Tempo de formação (em meses)	0,419	77,15	47,918	66,00
Tempo de atividade em saúde da criança (em meses)	0,054	51,90	41,774	48,00

Na tabela 1, observou-se que a média dos anos de formação foi de 77,15 meses, o tempo de atividade em Saúde da Criança 51,90 meses, apresentando ainda a mediana de 66,00 meses de formação e 48,00 meses relacionado com o tempo de assistência a criança.

Tabela 2 – Distribuição da amostra de acordo com o tipo de formação do profissional. Picos, ago.2012.

Variáveis		
1. Realização de Pós-Graduação	f	%
Sim	17	85,0
Não	3	15,0
2. Área da especialização	f	%
Saúde Pública	9	45,0
Estratégia Saúde da Família	8	40,0
Gestão em Saúde	6	30,0
UTI*	3	15,0
Obstetrícia	3	15,0
Residência em Enfermagem Cardiológica	1	5,0
Urgência e Emergência	2	10,0
Não fizeram	3	15,0

*Unidade de Terapia Intensiva

De acordo com a Tabela 2, dos 20 enfermeiros entrevistados, 17 já realizaram pós-graduação, dos quais 9 realizaram em Saúde Pública. Houve ainda, profissionais que realizaram mais de uma especialização sendo 10 enfermeiros divididos em diversas áreas.

Tabela 3- Distribuição da amostra de acordo com as atividades desenvolvidas em Saúde da Criança. Picos, ago.2012.

1.Atividades desenvolvidas em Saúde da Criança	f	%
--	---	---

Puericultura	8	40,0
Vacinação	8	40,0
Suplemento de ferro	5	25,0
Vitamina A	5	25,0
Avaliar crescimento e desenvolvimento	5	25,0
Estado nutricional	4	20,0
Palestras	3	15,0
Nenhuma	2	10,0
Peso	2	10,0
Educação em saúde	1	5,0
Altura	1	5,0
Atividades recreativas com as crianças na pré-escola	1	5,0
Visita domiciliar	1	5,0
Assistência pré-natal	1	5,0
2.Realizou capacitação	f	%
Sim	4	20,0
Não	16	80,0
3.Tipo de capacitação	f	%
Teórico	4	20,0
4.Duração	f	%
6 horas	1	5,0
40 horas	1	5,0
120 horas	2	10,0
5.Local	f	%
Secretaria de Saúde de Picos	2	10,0
Ensino a distância	1	5,0
FUNASA	1	5,0

Dentre as atividades mais citadas, com total de 8 enfermeiros, temos Vacina e Consulta de Puericultura, 5 disseram administração de ferro, vitamina A e avaliação do crescimento e desenvolvimento, além de outras atividades, os demais 4 realizaram capacitação teórico, sendo 2 com duração de 120 horas. Sendo que, apenas 2 realizou a capacitação ofertada pela Secretaria de Saúde de Picos, o que demonstra que grande parte dos profissionais aplicam apenas os conhecimentos adquiridos na graduação. Vale ressaltar, que 2 enfermeiros da atenção básica nunca realizaram nenhuma atividade em saúde da criança.

Tabela 4 – Caracterização da amostra de acordo com sinais e sintomas significativos de uma doença grave e queixa respiratória e/ou febre referidos pelos enfermeiros. Picos, ago.2012.

1. Sinais e sintomas de doença grave*	f	%
Apresenta convulsões	18	90,0
Não consegue beber ou mamar no peito	14	70,0
Vomita tudo o que ingere	13	65,0
Letárgica ou inconsciente	2	10,0
Febre	2	10,0

Dificuldade de respiração	2	10,0
Diarreia	2	10,0
Cianose	1	5,0
Não responde a estímulos	1	5,0
2. Sinais e sintomas em criança com queixa respiratória*	f	%
Taquipneia	17	85,0
Tiragem subcostal	16	80,0
Sibilância	15	75,0
Rigidez de nuca	13	65,0
Abaulamento de fontanela	12	60,0
Estridor em repouso	4	20,0
Tosse e Vômito	1	5,0
Dificuldade para mamar, obstrução nasal	1	5,0
Convulsões e letárgica	1	5,0
Batimento da asa do nariz	1	5,0

*Questão de múltipla escolha

Conforme a Tabela 4, avaliou-se o que o profissional enfermeiro consideraria sinais e sintomas significativos de uma doença grave, onde houve a prevalência de 18 profissionais que assinalaram aquela criança apresenta convulsões, seguidos de 14 profissionais que destacaram importante identificar a criança que não consegue beber ou mamar no peito.

Ao serem contestados sobre sinais e sintomas ao atender uma criança com queixa respiratória e/ou febre consideraram mais relevante a taquipneia assinalado por 17, seguida de tiragem subcostal 16. Observou-se que alguns profissionais mostraram-se confusos na identificação desses sinais e sintomas, na especificidade deles para cada doença comum na infância.

Tabela 5 – Conhecimento da amostra sobre a importância da consulta de puericultura na Unidade Básica de Saúde. Picos, ago.2012.

Variáveis	f	%
Para avaliar o crescimento da criança e seu desenvolvimento e tomar as devidas intervenções	15	75,0
Importante para o aconselhamento do aleitamento materno	4	20,0
Para atualizar caderneta de vacina, prevenir a desnutrição e obesidade infantil.	3	15,0
Para acompanhar, distribuir ferro e vitamina A periodicamente	3	15,0
Ter maior controle do estado de saúde das crianças da área	2	10,0
Detectar alguma anormalidade	2	10,0
Para encaminhar	2	10,0
É um elo entre serviço de saúde e a comunidade	1	5,0
Manter um elo com a família e ciência	1	5,0
Manifestar o estado de saúde da criança alcançada através de medidas de prevenção de doenças ou agravos.	1	5,0
É importante na prevenção de doenças que são prevalentes na	1	5,0

infância.

*Os enfermeiros deram mais de uma resposta

Conforme caracterizado na Tabela 5, consideraram importante para avaliar o crescimento da criança e seu desenvolvimento e tomar as devidas intervenções mencionados 15 vezes, 4 descreveram ter importância para o aconselhamento do aleitamento materno. Portanto, os profissionais descreveram de forma concisa o que é a puericultura na atenção básica.

Tabela 6- Caracterização sobre o que deve ser avaliado na Consulta de Puericultura. Picos, ago.2012.

Variáveis*	f	%
Peso/altura	14	70,0
Vacinação	14	70,0
Desenvolvimento físico	12	60,0
Perímetro cefálico	9	45,0
Estado nutricional	8	40,0
Controle na administração vitamina A e sulfato ferroso	6	30,0
Crescimento	5	25,0
Perímetro torácico	5	25,0
Perímetro abdominal	4	20,0
Psíquico-motor da criança	3	15,0
Aleitamento Materno	3	15,0
Reflexos	2	10,0
Situação de risco	2	10,0
Sinais de maus tratos e/ou violência doméstica/ sexual	2	10,0
Eliminações	2	10,0
Acometimento de violência familiar	1	5,0
Índice de Massa Corpórea(IMC)	1	5,0
Marcos do desenvolvimento	1	5,0
Estimulação da criança	1	5,0
Fontanelas	1	5,0

*Os enfermeiros deram mais de uma resposta

Quando questionados sobre o que deve ser avaliado na consulta de puericultura, vacinação e peso/altura foi mencionado 14 vezes, houve ainda, 12 que apontaram desenvolvimento físico e ainda mencionaram marcos do desenvolvimento, IMC, avaliar fontanelas, 1 enfermeiro em cada item respectivamente, visto que esses passos são cruciais para o bom desenvolvimento da criança.

Tabela 7- Caracterização da periodicidade da consulta de puericultura. Picos, ago.2012.

Variáveis	f	%
1. Mensalmente	8	40,0

2. Não citado	5	25,0
3. Varia de acordo com a idade da criança	3	15,0
4. Até os 2 anos consulta mensal, a partir dessa idade a cada 2 ou 3 meses	1	5,0
5. Mensal até 6 meses, trimestral entre 6 meses a 2 anos, semestral entre 2 á 5 anos	1	5,0
6. No primeiro ano de vida, pelo menos a cada 2 meses após 1 ano, pelo menos anualmente ou de 6 em 6 meses	1	5,0
7. A consulta deve ser mensal até o 6 meses depois aos 8 meses,1 ano,1 ano e 5 meses e 2 anos	1	5,0
Total	20	100,0

De acordo com os dados analisados, 8 apontaram que as consultas devem ser realizadas mensalmente, 3 disseram que varia de acordo com a idade da criança e 5 enfermeiros não souberam responder. Nenhum dos profissionais respondeu corretamente.

Tabela 8 – Caracterização do papel do enfermeiro(a) na Consulta de Puericultura. Picos, ago.2012.

Variáveis	f	%
1. Encaminhamento quando necessário	7	35,0
2. Papel primordial de orientação	7	35,0
3. Acompanhar periodicamente o crescimento e desenvolvimento da criança	6	30,0
4. Certificar-se que as vacinas estão em dia	4	20,0
5. Maior acompanhamento da criança	3	15,0
6. Acompanhar o peso	2	10,0
7. Atualização da vitamina A	2	10,0
8. Avaliar os gráficos do crescimento e nutricional	2	10,0
9. Prevenir doenças	2	10,0
10. Fornecer orientações sobre alimentação	1	5,0
11. Sulfato ferroso	1	5,0
12. Levantar os problemas identificados em cada consulta e resolvê-los	1	5,0
13. Fazer intervenções	1	5,0
14. Criar estratégias a fim de otimizar a sua qualidade de vida	1	5,0
15. Avaliar o estado de saúde das crianças	1	5,0
16. Identificar: déficit do desenvolvimento, desnutrição e anemia	1	5,0
17. Atuar em programas da saúde, estipular metas, traçar objetivos e fiscalizá-los	1	5,0

A Tabela 8, mostra que o papel do enfermeiro esta ligado ao encaminhamento quando necessário e ao trabalho de orientar, citado 14 vezes. Acompanhar periodicamente o crescimento e desenvolvimento da criança foi mencionado por 6 e ainda 4 falaram sobre certificação do cartão de vacina. Sendo, para maioria dos enfermeiros, o seu papel é distorcido, visando ações de pouca autonomia.

6 DISCUSSÃO

A partir da análise dos questionamentos a respeito da consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro a UBS de Picos, verificou-se que algumas ações específicas não são efetuadas, há também aqueles que demonstram não saber o que seu papel significa, e conseqüentemente, o acompanhamento da criança segue incompleto.

Os resultados mostraram que a média do tempo de formação é 77,15 meses e a média do tempo de atuação em saúde da criança corresponde a 50,19 meses. Dados semelhantes foram encontrados na literatura, em que a qualificação profissional do enfermeiro de um município de São Paulo foi que 87,5% da amostra concluíram seu curso a mais de 60 meses, 71,5% já atuavam em unidade básicas de saúde e tiveram contato com disciplinas curriculares de Enfermagem de Saúde Pública/Coletiva, Enfermagem pediátrica e Materno-infantil (SAPAROLLI, 2010). Ainda são poucos profissionais com vivência em saúde da crianças o que acarreta uma deficiência quanto a assistência integral do paciente.

Segundo Corrêa (2012) em Cuiabá - MT os cursos de especialização realizados pelos enfermeiros da Atenção Básica mais citados dentre os 79 entrevistados foram 55,9% a especialização em Atenção à Saúde Coletiva, 22,6% em Gestão e Planejamento em Saúde e Atenção à Saúde individual com 14,3%. De forma similar ao estudo, ocorre em relação ao tipo de especialização dos profissionais desta área, onde são expressivamente citados os cursos voltados para Gestão em Saúde e Saúde Pública, demonstrando que sujeitos envolvidos na pesquisa conhecem de alguma forma a proposta do SUS que requer trabalhadores generalistas atuando em enfermagem neste setor, com formação orientada por novos saberes, contribuindo assim como o estabelecimento de metas no trabalho em saúde e enfermagem.

A atuação do enfermeiro em saúde da criança na atenção básica, busca de forma generalista à proteção, à promoção e à recuperação da saúde, conforme preconiza o Ministério da Saúde, entretanto, ações mais específicas são abordadas a fim de garantir a formação de um adulto saudável. Como foi caracterizado no protocolo de Enfermagem do COREN-GO (2010), que expõe atividades a serem realizadas em saúde da criança: exame físico completo, avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), evolução do perímetro cefálico esperado do 1º ao 2º ano de vida, desenvolvimento pômbero-estatural (DPE), primeiros cuidados com higiene oral, indicação de medicamentos e exames de rotina, dispor atenção para com as queixas comuns da infância (anemia, dermatites, constipação intestinal) propondo

os cuidados de enfermagem, estar apto a prestar devida assistência em situações de diarreia, tosse, febre, dor de ouvido, além de estar atento a imunização.

Muitas são as atribuições exercidas em saúde da criança, porém o estudo mostra que poucos profissionais citaram de forma completa quais atividades devem desenvolver na atenção básica. Em um estudo, realizado no estado da Paraíba, verificou-se que as ações desenvolvidas em saúde da criança são do tipo mecanizada, reproduzindo a fragmentação no modo como se produz o cuidado, não foram identificadas ações que atendam às necessidades singulares das crianças em seu processo de crescimento e desenvolvimento, objetivo da prática de puericultura (ASSIS, *et al.* 2011). Isto acaba sendo reflexo da falta de capacitação na área, já que de acordo com a amostra, apenas 4 enfermeiros realizaram treinamento do tipo teórico para prestar serviços a esse tipo de população, ressaltando 2 profissionais que realizaram o curso de 120 horas na Secretaria do Município, firmando assim, a defasada percepção do profissional para com seu papel perante a sociedade, sem essa devida preparação torna-se incapaz de prestar um atenção eficaz e eficiente.

Uma criança que apresenta um sinal geral de perigo deve ser avaliada cuidadosamente. Na maioria das vezes, as crianças com um sinal de perigo necessitam ser referidas urgentemente ao hospital. Geralmente, necessitam receber tratamento para salvar-lhes a vida como antibióticos injetáveis, oxigênio ou outros tratamentos que podem não estar disponíveis na UBS (BRASIL, 2003). Portanto, é de extrema importância o enfermeiro saber identificar quais são os sinais gerais de perigo para proporcionar o seguimento do atendimento.

Denotativamente, acompanhar consiste em participar de ou observar o desenvolvimento de um processo ou percurso (GONZÁLEZ, 2009). Logo, estar atento ao indivíduo com sinais e sintomas de doença grave, também, é uma forma de garantir o desenvolvimento saudável. Nenhum dos indivíduos envolvidos na pesquisa assinalou ou citou o que foi solicitado de forma correta, destacando-se o item está letárgica ou inconsciente em que apenas 2 enfermeiros consideraram sinal de perigo, deixando de ser mencionado sintomas importantes como: rigidez de nuca, petéquias, abaulamento da fontanela, emagrecimento, edema entre outros.

As doenças respiratórias são o primeiro motivo de consulta em ambulatórios e 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 finalmente a morte por esse motivo (BRASIL, 2005). Apenas 4 enfermeiros assinalaram estridor em repouso como sinal, e ainda

1 enfermeiro demonstrou-se confuso ao citar vômito como sinal ou sintoma de queixa respiratória, o que nos alerta sobre a dificuldade do profissional em identificar sinais meramente clínicos e simples, porém, cruciais capazes de salvar vidas.

Na Atenção Básica, a assistência à saúde infantil é desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família (USF) buscando promoção e a recuperação da saúde das crianças, assegurando um crescimento e desenvolvimento saudáveis na plenitude de suas potencialidades, sob o ponto de vista físico, mental e social (ASSIS, *et al.* 2011). Tornando-se atualmente o ponto de partida para o encontro de melhores condições de saúde.

Para Garcia *et al.* (2008), a puericultura é tratada com uma sub especialidade da Pediatria e envolve também ações de Pré-natal e Planejamento familiar, dedicando-se a prevenir doenças e agravos que possam futuramente afetar a vida do recém-nascido, na qual deve-se fazer uma avaliação mensal a partir do primeiro mês de vida, realizando o acompanhamento do desenvolvimento neuro-psicomotor, identificando quaisquer alterações como atraso na aquisição de aptidões, malformações congênicas e incentivando o aleitamento materno exclusivo, sendo esse de grande importância para a saúde da criança.

Avaliados de forma individual, a noção que estes profissionais tem sobre a função da puericultura é restrita, pois diante da síntese das respostas, observou-se que 7 itens foram citados por mais de um enfermeiro e que um item foi citado por 15 enfermeiros, o que demonstra uma visão generalista sobre a importância desse tipo de atendimento nas unidades de saúde. Mas que, se analisados de forma conjunta, vê-se que cada profissional tem um conceito que se agrupados ampliam a relevância da puericultura, daí a necessidade de uma educação permanente para estes profissionais que atuam na UBS, que proporcionaria a troca de experiências e aperfeiçoamento profissional.

O mesmo ocorre, quando questionados sobre que pontos devem ser avaliados na consulta, havendo alguns pontos mais presentes nas respostas dos profissionais, sendo eles desenvolvimento físico, peso/altura, vacinação citados por mais de 50,0% dos enfermeiros, enquanto outros aspectos foram pouco citados, como marcos do desenvolvimento. Isto demonstra o conhecimento parcial sobre o que a consulta de puericultura deve abordar, pois sabe-se que o profissional apto a identificar esses marcos tem grande capacidade de visualizar precocemente déficits do desenvolvimento e encaminhá-lo, a exemplo de Moreira *et al.* (2012) que lista os principais pontos a serem abordados na consulta de puericultura, são eles: desenvolvimento neuropsicomotor, social e afetivo, crescimento físico e nutrição, vacinação, higiene pessoal, mental, ambiental, atividades lúdicas, vínculo afetivo, autoestima, análise/orientação à família sobre o ambiente da criança (berço, casa, quintal, nicho

ecológico), segurança e proteção contra acidentes, violências e maus-tratos, estimulação precoce, identificação de agravos e situações de risco, comunicação com a mãe e os familiares, e encaminhamento para outros setores ou unidades, quando indicado. Esses pontos se abordados corretamente, além de proporcionar o desenvolvimento saudável da criança, acarreta na participação dos pais nesse processo e conseqüentemente o fortalecimento do vínculo mãe-filho-enfermeiro.

Com o objetivo de garantir a qualidade da assistência prestada à criança, o MS propõe um calendário mínimo de consultas de puericultura, sendo uma consulta até 15 dias de vida, consultas com um mês, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses, totalizando assim, sete consultas no primeiro ano e meio de vida. Ainda outro parâmetro estudado, do *Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)* recomendam seis consultas no primeiro ano de vida, uma consulta aos 2, 4, 6, 7, 9, 12, 13 e 18 anos de idade (MOREIRA, *et al.* 2012).

No presente estudo, a maioria dos profissionais demonstraram não saber a periodicidade recomendada pelo MS, onde apenas 1 profissional foi parcialmente correto, o que conseqüentemente gera prejuízo quanto ao acompanhamento ideal das crianças, pois sabe-se que essa delimitação do tempo é adequada para que em cada consulta possa-se observar, sucintamente, todos os pontos abordados pela puericultura, além disso, a não implantação efetiva da consulta de puericultura nas unidades refletem o desconhecimento dos profissionais perante seu posicionamento na consulta.

A partir do século XX, ocorreram mudanças no cuidado oferecido à mulher e ao recém-nascido com a criação de instituições de assistência pública. As enfermeiras passaram a atuar nos consultórios de higiene infantil, orientando as mães quanto aos cuidados pré-natais, durante o parto, pós-parto e os cuidados com os filhos (SILVA, 2005).

Assim como houve uma evolução do cuidado de enfermagem à criança, houve também uma adaptação aos novos conceitos sobre saúde, e ao enfermeiro foi atribuído realizar o exame físico na criança, identificando riscos em seu crescimento e desenvolvimento; agendar a primeira consulta com o pediatra e demais quando forem identificados riscos de agravos à saúde; fornecer a relação dos nascidos vivos para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e solicitar a busca ativa para identificação dos faltosos do programa; preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança; verificar e administrar as vacinas conforme calendário básico de vacinação; incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses; orientar a alimentação complementar após os seis meses; orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; identificar dúvidas e dificuldades da mãe e de outros

membros da família que participam das consultas procurando esclarecê-las (VIEIRA 2012). Além de atuar na detecção de sinais de violência entre outros agravos.

Low, *et al.* (2009) relatam que as ações de enfermagem na puericultura iniciam-se pelo acolhimento, visto que a recepção das mães e recém-nascidos é de fundamental importância para um bom atendimento. Isso é um aspecto crucial para o equilíbrio entre a relação enfermeiro-família-criança. Estabelecer o vínculo embasado na confiança, no profissionalismo pode gerar a continuidade do cuidado, pois fará com que a família diante das dúvidas busque a assistência ao profissional adequado.

Segundo Vasconcelos 2009, na atenção básica falta um esquema metodológico de exame do desenvolvimento neurológico infantil adequado para o acompanhamento sistemático da criança, o que reflete ainda dificuldades do profissional em prestar a assistência integral. Isto porque, a saúde da criança ainda vem sofrendo mudanças quanto à definição nos conceitos do que é ser criança, à instituição de novas leis e melhorias na qualidade e acesso aos serviços de saúde.

Em estudo realizado na USF em Cidade Nova-Natal, foi mencionado a falta de resolubilidade do modelo de atenção voltado somente para as queixas do paciente, uma vez que muitas crianças costumam retornar aos serviços de saúde na consulta subsequente com os mesmos problemas apresentados anteriormente, demonstrando que os cuidadores não conseguiam compreender e cuidar eficazmente da criança de acordo com as condutas (MONTEIRO, 2011). O enfermeiro, também, tem a função de transmitir conhecimentos por meio das orientações nas consultas de puericultura, buscando ampliar a autonomia da mãe tornando-a capaz de prestar o melhor cuidado ao seu filho.

As ações de enfermagem contribuem em muitos aspectos para a saúde no Brasil, já que proporciona o alcance de metas de programas como a vacinação, trazendo impacto sobre as doenças imunopreveníveis, as orientações sobre os cuidados com a higiene, considerando condições de moradia, educação, cultura e renda da família, que são fundamentais na prevenção de doenças, e o enfermeiro por ser referência de liderança da equipe também precisa estar envolvido em todo o processo de abordagem dessas crianças.

Em contrapartida, diante da incontestável função que exerce na Atenção Básica, ainda observam-se deficiências quanto ao atendimento de qualidade as crianças, como diz Vieira (2012), as dificuldades de operacionalização, como falta de preparo técnico-científico, falta de capacitação, ausência de um protocolo que embase suas ações e falhas no processo de comunicação para referência e contra-referência dificultam o atendimento, geram dificuldades no atendimento.

O bloqueio dos profissionais em definirem e atuarem numa perspectiva de promoção à saúde, envolvendo práticas educativas emancipatórias se deve ao reflexo do “modelo de formação destes profissionais: hospitalocêntrico, biologicista, fragmentado (MONTEIRO, 2011), que impede que o atendimento individualizado, respeitando os aspectos clínicos e socioculturais que englobam o indivíduo envolvido.

Para Campos (2011), ainda enfrentam a falta de material adequado para a consulta da criança, uma vez que os materiais como balança, maca infantil, otoscópio são insuficientes e não exclusivos para o consultório de enfermagem, interagem com uma sobrecarga de atividades e assim nem sempre tem tempo para fazer agendamento de rotina para a consulta de enfermagem em puericultura a todas as crianças moradoras em sua área.

A prática da puericultura pode promover uma nova percepção no atendimento de enfermagem que atua na atenção básica, onde a finalidade é o cuidar na perspectiva da integralidade, de maneira que os serviços de saúde e a equipe passem a perceber a criança em sua totalidade, valorizando, sua necessidade de atenção. É de fundamental relevância, pois através dela, o enfermeiro tem subsídios para averiguar de modo mais precoce os diversos desequilíbrios nas áreas do crescimento, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

7 CONCLUSÃO

Este estudo avaliou o conhecimento dos enfermeiros sobre puericultura nas unidades de saúde da família no município de Picos-PI, concluindo que os profissionais ainda tem pouca vivência no que diz respeito às atividades voltadas para saúde da criança. Estes realizam, basicamente, vacinação e administração de vitamina A e ferro, sendo consequência da pouca capacitação e de sua formação generalista. A respeito da identificação de sinais e sintomas de perigo a maioria dos entrevistados sabe identificá-los, no entanto, apresentam dificuldades em correlacioná-los com a doença específica.

Sobre a consulta de puericultura, todos os profissionais descreveram, sucintamente, sua importância na atenção básica. Sobre as etapas, poucas foram citadas, nenhum enfermeiro apontou todas as etapas da consulta o que acentua a necessidade de um aprimoramento para estes profissionais. Em relação à periodicidade, demonstraram-se confusos com o que preconiza o Ministério da Saúde. Vale ressaltar, que além dos déficits de conhecimento, outros entraves também podem prejudicar a qualidade da consulta para quem atua na atenção básica como, aspectos físicos e organizacionais.

O papel do enfermeiro na saúde infantil, tampouco, é compreendido pelo próprio profissional quando realizada no âmbito da UBS. Esse conhecimento torna-se uma ferramenta indispensável na assistência, além de propor novas formas de relacionamento entre profissionais de saúde e as crianças.

A observação de uma consulta seria mais uma ferramenta prático-teórico que engrandeceria este estudo, pois nos permitiria avaliar seu conhecimento diante de uma situação diária, que mesmo cotidiana merece a devida atenção. No entanto, não foi possível, devido a não realização desta na maioria das UBS avaliadas. Outra limitação encontrada para realização do estudo, foi literatura restrita, poucos estudos nacionais e internacionais utilizando essa temática.

Estudos com essa metodologia são de extrema relevância para saúde pública, pois pode-se observar em que aspectos os enfermeiros apresentam dificuldades, pra que ações mais direcionadas, por parte dos órgãos responsáveis pela educação permanente, sejam efetuadas, pois tornam esses profissionais mais satisfeitos, motivados e com mais conhecimentos que retornam também para o serviço no qual ele está inserido, contribuindo para diminuição dos índices de mortalidade de crianças de 0 a 5 anos.

Por ser referência quanto ao atendimento na UBS, a percepção do enfermeiro ainda é limitada sobre a consulta de Puericultura, a obtenção de um alicerce teórico-prático, como a

possibilidade de realizar capacitações, especializações é um fator determinante para uma vivência ativa do profissional na Atenção Básica, pois estes teriam mais autonomia na realização do atendimento, e estariam aptos à buscar o conhecimento do perfil saúde-doença e por conseguinte traçar um plano de ações, gerenciar e organizar uma assistência eficaz.

Espera-se que essa pesquisa sirva de alicerce para estudos futuros , contribuindo para ampliação de dados a respeito do tema e para reflexão dos profissionais e acadêmicos, podendo haver, então uma enfermagem voltada para o ser integral.

REFERÊNCIAS

ASSIS, W. D. et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 1, p. 38-46, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1** .Brasília: Ministério da Saúde, 2002

_____. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade: módulo 2**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**.Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BONILHA, L. R. C. M. **Puericultura: olhares e discursos no tempo**, 2004. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

BONILHA, L.R.C.M.; RIVORÊDO, C.R.S.F. Puericultura: duas concepções distintas – **Jornal de Pediatria**.v. 81, n.1, 2005

CAMPOS, R.M.C et al., Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família, **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 566-574, 2011.

CORRÊA, A.C.P.; ARAÚJO, E.F.; RIBEIRO, A.C.; PEDROSA, I.C.F. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.** v.14, n.1, p.171-180, 2012.

CORREIA, W.T.F.; RODRIGUES, A.F.S.F.; MESQUITA, V.L.S. A Assistência de enfermagem na puericultura frente a casos de escabiose. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 224-230, 2010.

ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M. Cuidado da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O mundo da Saúde**, v. 33, n. 2, p.160-165, 2009.

FELICIANO, K. V. O. et al. Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 8, n. 1, p. 45-53, 2008.

GARCIA, B.L. et al. **Avaliação do Programa de Puericultura em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Pelotas/RS**. In: Conhecimento sem fronteiras XVII Congresso de Iniciação Científica e X Encontro de Pós-Graduação. Anais, Pelotas-RS. 2008

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 175.

GONZÁLEZ, C.M. **Dicionário Didático**. 3.ed- São Paulo: Edições SM, 2009

JAVORSKI, M.; SCOCHI, C.G.S.; LIMA, R.A.G. Os Programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno: uma análise crítica. **Pediatria Moderna**, v.35, n.1,1999.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: Métodos, Avaliação crítica e Utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOW, S. T. et al. **Consulta de enfermagem em puericultura no centro de saúde escola na cidade do Recife, Pernambuco: um relato de experiência**. In: 2º SENABS – Seminário

Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde, Anais do, Recife-PE, 2009.

MEDEIROS, H.R.F. **O passado e o presente da puericultura através da história do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira.** In: XXVI Simpósio Nacional de História –ANPUH , Anais,São Paulo, julho 2011.

MONTEIRO, A.I.; MACEDO, I.P.; SANTOS, A.D.B.; ARAÚJO, W.M. A Enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. **Rev Rene**, Fortaleza, v.12,n.1, p.73-80, 2011.

MOREIRA, M. R. C. et al. Puericultura: uma estratégia para a promoção da saúde da criança. In: OLIVEIRA, F. B., LIMA JÚNIOR, J. B., MOREIRA, M. R. C. (org.). **Resgatando saberes e ressignificando práticas: interfaces no campo da saúde coletiva.** 1 ed. Campina Grande: EDUFPG. p. 99-113, 2012.

NETO, E.T.S. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

BEZERRA, A.L.Q. et al. **Protocolo de Enfermagem em Atenção a Saúde em Goiás.** Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, Goiânia, 2010.

SAPAROLLI, E.C.L.; ADAMI, N.P. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo v.44 n.1, 2010.

SERRUYA, S.J. et al. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1281-1289, 2004.

SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M.; SOUZA, K.V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e a criança. **Texto Contexto Enferm**, v.14, n.4, p.585-593 , 2005.

SILVEIRA,J.MV. Os postos de puericultura alicerce para educação das mães brasileiras. In: VI Colóquio Internacional: Educação e contemporaneidade , Anais,Sergipe, outubro de 2012.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E.G. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.31, n.4, p.701-707, 2010.

TURINA, K. F. R.; TABORDA, M. A.O. Educando a sensibilidade: a puericultura como alicerce da moral e do trabalho na Escola Maternal da Sociedade de Socorro aos Necessitados (Curitiba, 1928-1944)., **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 11, n. 34, p. 863-884, 2011

VASCONCELOS, E.N. et al. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14.n.4, p.1225-1234, 2009.

VIEIRA, V.C.L. et al. Puericultura na atenção primária a saúde: Atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm.** v.17,n.1, p.119-125, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

DADOS REFERENTES AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

(DADOS COLETADOS COM ENFERMEIRO)

PSF/UBS: _____

1. Tempo de formado(a): _____ (em anos)

2. Realização de curso de pós-graduação: () Sim, Qual? _____
() Não

3. Tempo de atividade em saúde da criança: _____

4. Atividades desenvolvidas em saúde da criança:

5. Realização de treinamento/reciclagem para desenvolver as atividades relacionadas à criança no último ano: 1.() sim 2.() não

Se sim, responda as questões 6 a 8

6. Tipo: Teórico() Prático() Teórico e Prático ()

7. Duração: _____

8. Local: _____

<p>9. Durante a sua atividade profissional, ao atender uma criança na faixa etária de 2 meses a 5 anos de idade, o que você consideraria sinais e sintomas significativos de uma doença grave? A criança que apresenta:</p>	
<p>1.() não consegue beber ou mamar no peito 2.() vomita tudo o queingere 3.() apresenta convulsões 4.() está letárgica ou inconsciente 5.() outros. Quais: _____</p>	

<p>10. Durante a sua atividade profissional, ao atender uma criança com queixa respiratória e/ou febre, que sinais e sintomas você considera significativos?</p>	
<p>1.() tiragem subcostal 2.() estridor em repouso 3.() abaulamento de fontanela 4.() taquipnéia 5.() sibilância 6.() rigidez de nuca 7.() outros. Quais: _____</p>	

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Enfermeiro)

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: Allan Barros Gonçalves, Raylanne Nunes Silva, 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)

Caro Enfermeiro (a), 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 questionário com o(a) senhor (a) para obter informações sobre sua graduação e formação profissional, atualização profissional com relação à área da saúde da criança, o atendimento realizado à criança no serviço de saúde. O estudo trará como benefício um maior conhecimento sobre o atendimento à criança realizado no município de Picos.

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. 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.

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 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 profissional _____ Enfermeiro (a): _____

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.

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI REGISTRO CONEP: 045</p> 
--	---

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:

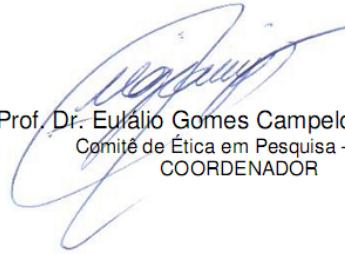
Janeiro/2012

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. Eulálio Gomes Campelo Filho
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
COORDENADOR