

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

KETLYN DUTRA MACIEL

**PUERICULTURA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO DE
ENFERMAGEM**

URUGUAIANA

2016

KETLYN DUTRA MACIEL

**PUERICULTURA NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO DE
ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Me Michele Bulhosa de Souza

Uruguaiana

2016

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer”.

Mahatma Gandhi

RESUMO

Introdução: Na área de Atenção primária, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde da criança é a puericultura, que tem como propósito acompanhar o seu desenvolvimento e crescimento bem como prevenir os problemas de saúde mais frequentes. Cabe ao enfermeiro deter o conhecimento necessário para avaliação da criança, tomada de decisões e orientação da família. Para oferecer um cuidado integral e humanizado, o enfermeiro necessita considerar a criança no contexto socioeconômico, cultural e familiar no qual está inserida. **Objetivo:** Conhecer a produção científica nacional relacionada à consulta de enfermagem em puericultura na Atenção Primária. **Método:** Este estudo caracteriza-se por uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa, realizada em maio de 2016, nas bases de dados LILACS, BDENF e SCIELO, utilizando-se como descritores: cuidado da criança; enfermagem; atenção primária; criança. Os critérios de inclusão: estudos no idioma Português; artigos publicados no período de 2010 à 2016; sobre puericultura, atenção básica e enfermagem; periódicos indexados na Biblioteca Virtual de Saúde disponíveis online na íntegra nas bases de dados. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, relatos de experiência, livros, documentos de órgãos governamentais, reflexões e ensaios teóricos. **Resultados:** A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2016, sendo utilizados como descritores: “Cuidado da Criança”, “Enfermagem”, “Atenção Primária à Saúde”, “Criança”. As bases de dados eletrônicas selecionadas foram: LILACS, BDENF e SCIELO e destas foram selecionados 21 artigos para compor a amostra deste estudo. A partir da leitura exploratória das publicações foi possível identificar duas categorias: Fatores que influenciam práticas de cuidado da criança e dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem na realização da puericultura e a importância da assistência prestada à criança e os aspectos que compõem a avaliação da puericultura. No que refere-se a categoria denominada: fatores que influenciam práticas de cuidado da criança e dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem na realização da puericultura foi evidenciado que o contexto cultural, equidade do atendimento, a acessibilidade, a estrutura e organização das unidades, práticas populares baseadas em ideias, crenças antigas e mitos, a existência de um inadequado espaço, déficit de alguns recursos materiais, e deficiência de recursos humanos ou a falta de profissionais capacitados, sobrecarga de atividades, ineficácia do sistema de referência e contra-referência, e a não articulação entre os diferentes níveis da atenção são fatores demonstrados pelo estudo que interferem na prática. A categoria a importância da

assistência prestada à criança e os aspectos que compõem a avaliação da puericultura, destaca-se atribuição do enfermeiro e compreensão do mesmo na realização da puericultura, a importância da equipe interdisciplinar, educação em saúde, acessibilidade ao serviço, como também o vínculo estabelecido e importância dos protocolos no que refere-se à saúde da criança. **Considerações finais:** O presente estudo analisou a literatura a cerca da puericultura realizada pelos enfermeiros na unidade básica de saúde. Constatou-se que há poucas publicações posteriores ao ano de 2010 sobre a temática. A partir dos estudos analisados, a puericultura é uma prática de enfermagem indispensável para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, porém ainda pouco praticada corretamente pelos enfermeiros tendo em vista ser uma ação preventiva e que vem sendo realizada pelo enfermeiro de forma curativista como demonstrado nos estudos mais atuais. Ainda assim, percebe-se que esta assistência, mesmo às vezes não prestada, é visualizada pelos enfermeiros não só como apenas uma atribuição, mas como uma assistência importante a ser desenvolvida na promoção, prevenção e reabilitação da saúde das crianças, como também há preocupação da enfermagem diante ao que se refere à atenção a saúde da criança sendo firmada sua importância.

Descritores: Cuidado da criança, Enfermagem, Atenção Primária.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVO	8
2.1	Objetivo geral	8
2.2	Objetivos específicos	8
3	MÉTODO	9
3.1	Delineamento da pesquisa	9
3.2	Revisão integrativa	9
3.2.1	Etapas da revisão integrativa	10
3.2.1.1	Primeira etapa	10
3.2.1.2	Segunda etapa	10
3.2.1.3	Terceira etapa	11
3.2.1.4	Quarta etapa	11
3.2.1.5	Quinta etapa	11
3.2.1.6	Sexta etapa	12
4	Resultados	12
4.1	Categorização dos resultados	12
4.2	Análise e discussão dos resultados	15
4.1	Considerações finais	24
	REFERÊNCIAS	25
	APÊNDICES	28

1 INTRODUÇÃO

A atenção básica é definida como a porta de entrada do SUS, sendo utilizada como garantia a universalidade do acesso e a cobertura universal. Os serviços de atendimento à saúde, como um todo, são estruturados pela sociedade de modo a atender dois objetivos principais: a otimização da saúde da população por intermédio do conhecimento atualizado das causas e manejos das doenças, visando maximizar o bem-estar físico, emocional e social; e a redução das diferenças de oportunidades entre os distintos grupos populacionais, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde (STARFIELD, 2004).

Dentre as competências da atenção básica está a saúde da criança, descrita na lei Federal nº 8.060 do ano de 1990, que relata sobre a proteção à infância, abrangendo as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), e garante as condições para o atendimento da criança em todos os níveis de Saúde (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1990).

No que tange a saúde da criança, podemos destacar a puericultura, a qual é caracterizada pela prevenção e educação em saúde. Sendo assim, a puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação focada no seu crescimento e desenvolvimento como também, imunizações, orientações aos pais e/ou responsáveis sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno e orientação alimentar no período do desmame, higiene individual e ambiental, assim como pela identificação precoce dos agravos, com vistas à intervenção efetiva e apropriada (BRASIL, 2012).

Para a prática da puericultura de modo abrangente é necessário a atuação de uma equipe multiprofissional, que através de visitas domiciliares acompanha a criança e sua família, sendo observado suas particularidades e o contexto em que a criança está inserida. A equipe além de oferecer, dentro do contexto da Atenção Básica, consultas de enfermagem, médicas e odontológicas, ela proporciona grupos educativos que visam auxiliar a família (BRASIL, 2012).

Segundo Campos (2011) “*A consulta de enfermagem à criança tem como objetivo prestar assistência sistematizada de enfermagem, de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde e/ou doenças, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde*” (CAMPOS et al., 2011)

Sua realização envolve uma sequência sistematizada de ações: histórico de enfermagem e exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de

enfermagem e avaliação da consulta (PULGA et al., 2005). O acompanhamento da criança deve ser realizado de forma completa, sendo efetiva para que seja possível encontrar alteração, havendo tempo hábil para a tomada de decisão e condutas corretas, contribuindo assim, com as potencialidades da criança bem como mantendo saudável durante a infância, para que se torne um adulto com menos reflexos negativos de uma infância com problemas de saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005). No Brasil, o enfermeiro tem sido o principal profissional responsável no âmbito da atenção básica pela realização da puericultura (CARVALHO, 2008).

Segundo a resolução do COFEN-358/2009, reafirmada pela resolução COFEN-423/2012, o processo de enfermagem deve estar baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnóstico de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de Enfermagem, e que forneça a base para a avaliação dos resultados alcançados. Para acompanhar o desenvolvimento e crescimento da criança, o Ministério da Saúde prevê que toda criança deve passar por, no mínimo, sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida (BRASIL, 2012). Dessa forma, questiona-se: *Quais as produções científicas nacional que trazem a puericultura realizada pelos enfermeiros na atenção primária?*

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Identificar desafios e potencialidades vivenciadas pelos enfermeiros na realização da puericultura.

2.2 Objetivos específicos

Conhecer as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na realização da puericultura na Atenção Básica;

Identificar dificuldades na prática da assistência de Enfermagem em puericultura;

Conhecer as potencialidades da puericultura realizada por enfermeiros.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento da pesquisa

Este estudo tem como método revisão integrativa de literatura, com base no modelo proposto por Mendes, Silveira e Galvão (2008).

3.2 Revisão integrativa

A revisão integrativa, sendo um tipo de pesquisa bibliográfica, tem por objetivo identificar a produção científica referente à temática. Contudo, um método para que permita a síntese de múltiplos estudos publicados referente a uma temática específica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A revisão integrativa inclui análise de pesquisas relevantes que dão suporte para decisão (BENEFIELD, 2003).

A revisão integrativa “(...) é um método que permite gerar uma fonte de conhecimento atual sobre o problema e determinar se o conhecimento é válido para ser transferido para a prática” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Para enfermagem, é um método valioso pela falta de tempo destes profissionais para a leitura de produções científicas atualizadas, como também a dificuldade para a análise crítica dos estudos (POLIT, 2006). A variedade na composição da amostra da revisão integrativa em conjunto com a diversidade de finalidades deste método proporciona como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde relevantes para a enfermagem (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa da literatura consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A síntese dos resultados de pesquisas relevantes e reconhecidos mundialmente facilita a incorporação de evidências, ou seja, agiliza a transferência de conhecimento novo para a prática. Neste contexto, a revisão integrativa oferece aos profissionais de diversas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam as

condutas ou a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O presente estudo foi realizado conforme as etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008), As seis (6) etapas para realização da revisão integrativa conforme esses autores serão apresentados a seguir.

3.2.1 Etapas da Revisão Integrativa

3.2.1.1 Primeira Etapa: Escolha do tema e definição de hipótese ou questão de pesquisa

A primeira etapa caracterizou-se pela escolha do tema e elaboração da questão norteadora para a pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A temática utilizada nesse estudo refere-se à puericultura realizada pelo enfermeiro na Atenção Básica no contexto brasileiro. Tendo como questão norteadora: *Quais as dificuldades e estratégias vivenciadas pelas profissionais de enfermagem na realização da puericultura?*

Foram analisados artigos do período de 2010 a 2016 no idioma em português, utilizando a base de dados: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e, Bases de dados de Enfermagem (BDENF) oriundos da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), fazendo uso dos descritores: Cuidado da criança; Criança; Atenção Primária a Saúde; Enfermagem. Justificando esses descritores devido à delimitação do tema e o número de estudos encontrados.

3.2.1.2 Segunda Etapa: Amostragem ou busca na literatura

Com base na metodologia Mendes, Silveira e Galvão (2008) foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- Estudos no idioma Português;
- Artigos publicados no período de 2010 à 2016;
- Abordar sobre puericultura, atenção primária a saúde e enfermagem;
- Periódicos indexados na Biblioteca Virtual de Saúde disponíveis online na íntegra nas bases de dados;

Os critérios de exclusão desta pesquisa são:

- Teses, dissertações, relatos de experiência, livros, documentos de órgãos governamentais, reflexões e ensaios teóricos.

3.2.1.3 Terceira Etapa: Categorização dos estudos

A terceira etapa é caracterizada por definir as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um instrumento para reunir e sintetizar as informações chaves (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008).

Dentro deste contexto, para a organização e tabulação dos dados foi criado um instrumento de coleta de dados adaptado de Dalmolin (2009) contendo: título, periódico, ano de publicação, autores, local da realização do estudo, objetivo, método, característica da amostra e resultados. Os artigos foram identificados pela letra maiúscula “A” seguido do número conforme a ordem de sua identificação.

3.2.1.4 Quarta Etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Esta etapa é equivalente à análise dos dados em uma pesquisa convencional, na qual há o emprego de ferramentas apropriadas. A análise deve ser detalhada, realizada de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes nos estudos distintos (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008).

Os artigos foram categorizados de acordo com suas aproximações e similaridades, agrupados em categorias para melhor compreensão dos resultados.

3.2.1.5 Quinta Etapa: Interpretação dos resultados

Nesta etapa ocorreu a identificação de dificuldades, falhas e importância da puericultura e apontar sugestões pertinentes para futuras pesquisas direcionadas para melhoria da assistência a saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008). Assim, foi realizada a discussão dos principais resultados obtidos na pesquisa e a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

3.2.1.6 Sexta Etapa: Síntese do conhecimento da revisão integrativa

Esta etapa consistiu na elaboração de um documento que contemplou a descrição das etapas percorridas e principais resultados evidenciados na análise dos artigos que atenderam aos quesitos de inclusão (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008).

4 RESULTADOS

4.1 Categorizações dos Resultados

A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2016, sendo utilizados como descritores: “Cuidado da Criança”, “Enfermagem”, “Atenção Primária à saúde”; “Criança”. As bases de dados eletrônicas selecionadas foram: LILACS, BDENF e SCIELO.

Na base de dados LILACS, com descritor selecionado “Cuidado da Criança” foram encontrados 885 artigos, sendo refinado com descritores “Cuidado da Criança” and “Enfermagem” resultando em 180 artigos. Diante aos critérios de inclusão e exclusão, 34 foram excluídos por não estar no idioma português, 9 por serem anteriores ao ano de 2010, 2 por se tratar de teses, 131 não atender ao assunto e objetivo estabelecidos para o trabalho, 1 esta repetido na base de dados Scielo. Desta forma, incluíram-se 3 artigos.

Na base de dados SCIELO, com descritor selecionado “Cuidado da Criança” foram encontrados 129 artigos, sendo refinado com descritores “Cuidado da Criança” and “Enfermagem” resultando em 76 artigos. Diante aos critérios de inclusão e exclusão, 15 foram excluídos por não estar no idioma português, 1 por ser anterior ao ano de 2010, 53 não atender ao assunto e objetivo estabelecido para o trabalho. Desta forma, incluíram-se 7 artigos.

Na base de dados BDENF, com descritor selecionado “Cuidado da Criança” foram encontrados 203 artigos, sendo refinado com descritores “Cuidado da Criança” and “Enfermagem” resultando em 132 artigos. Diante aos critérios de inclusão e exclusão, 1 foi excluídos por não estar no idioma português, 17 por serem anteriores ao ano de 2010, 101 não atender ao assunto e objetivo estabelecido para o trabalho, 5 por se tratar de teses, 4 por estar repetido nas outras bases de dados. Desta forma, incluíram-se 4 artigos.

Na base de dados LILACS, com descritor selecionado “Atenção Primária a Saúde” foram encontrados 858 publicações, sendo refinado com descritores “Criança” and “Enfermagem” resultando em 71 publicações. Diante aos critérios de inclusão e exclusão, 3

foram excluídos por não estar no idioma português, 29 por serem anteriores ao ano de 2010, 2 por se tratar de dissertações, 29 não atenderam ao assunto e objetivo estabelecidos para o trabalho, 3 estavam repetidos na Base SCIELO, 1 livro; 1 artigo indisponível na íntegra. Desta forma, incluíram-se 3 artigos.

Na base de dados SCIELO, com descritor selecionado “Atenção Primária a Saúde” foram encontradas 1558 publicações, sendo refinado com descritores “Criança” and “Enfermagem” resultando em 26 publicações. Diante aos critérios de inclusão e exclusão, 1 excluído por não estar no idioma português, 4 por serem anteriores ao ano de 2010, 1 por se tratar de reflexão, 15 não atenderam ao assunto e objetivo estabelecidos para o trabalho, 2 estavam repetidos na Base Lilacs com os descritores Cuidado da Criança e Enfermagem. Desta forma, incluíram-se 3 artigos.

Na base de dados BDENF, com descritor selecionado “Atenção Primária a Saúde” foram encontrados 706 publicações, sendo refinado com descritores “Criança” and “Enfermagem” resultando em 42 publicações. Diante aos critérios de inclusão e exclusão, 16 por serem anteriores ao ano de 2010, 17 não atenderam ao assunto e objetivo estabelecidos para o trabalho, 2 artigos estavam indisponíveis na íntegra; 6 estavam repetidos, sendo 4 na Base LILACS, 2 na base SCIELO, 1 na base BDENF com os descritores Cuidado da Criança e Enfermagem. Desta forma, inclui-se 1 artigo.

Sendo que para a presente revisão integrativa após realizar as buscas nas bases de dados LILACS, BDENF e SCIELO, utilizando os critérios de inclusão exclusão, foram analisados 21 artigos como demonstra o quadro abaixo:

Quadro 1. Artigos selecionados pelos descritores: “Cuidado da Criança” e “Enfermagem”.

Base de dados	Nº de códigos	Título do artigo	Ano
LILACS	A1	Puericultura na Atenção Primária à Saúde: Atuação do Enfermeiro.	2012
LILACS	A2	Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura.	2015
LILACS	A3	O cotidiano de enfermeira na consulta em puericultura.	2013

SCIELO	A4	Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru.	2015
SCIELO	A5	Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde.	2012
SCIELO	A6	Puericultura em enfermagem e educação em saúde: Percepção de mães na estratégia saúde da família.	2012
SCIELO	A7	O acesso e a dificuldade na resolatividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde.	2014
SCIELO	A8	Modelando a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde.	2010
SCIELO	A9	Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família.	2010
SCIELO	A10	Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de saúde.	2011
BDENF	A11	Puericultura e o cuidado de enfermagem: Percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família.	2013
BDENF	A12	Atenção à saúde da criança: Prática de enfermeiros da saúde da família.	2013
BDENF	A13	Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família.	2011
BDENF	A14	Puericultura: Percepções de mães atendidas em unidade básica de saúde em Sobral, Ceará, Brasil.	2010

Quadro 2. Artigos selecionados pelos descritores: “Atenção Primária à saúde”, “Criança” e “Enfermagem”.

Base de dados	Nº de códigos	Título do artigo	Ano
SCIELO	A15	O acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária	2014
SCIELO	A16	Visita domiciliária: tecnologia de cuidado	2015

		utilizada pelo enfermeiro na defesa da saúde da criança	
SCIELO	A17	Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança	2014
LILACS	A18	A integralidade como uma dimensão da prática assistencial do enfermeiro no acolhimento mãe-bebê	2013
LILACS	A19	A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança	2011
LILACS	A20	Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros na atenção primária à saúde	2012
BDENF	A21	Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos	2014

4.2 Análise e discussão dos resultados

A partir da análise dos dados emergiram duas categorias: *fatores que influenciam práticas de cuidado da criança e dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem na realização da puericultura e a importância da assistência prestada à criança e os aspectos que compõem a avaliação da puericultura.*

Fatores que influenciam práticas de cuidado da criança e dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem na realização da puericultura

O contexto cultural, a equidade no atendimento, a acessibilidade e a estrutura e organização das unidades de saúde são fatores que influenciam o dia a dia da consulta em puericultura, ora sendo facilitador e por vezes dificultando a prática, assumindo um caráter divergente (A3). As crianças possuem particularidades e o contexto social é determinante para o estilo de vida adotada na vida adulta (A14).

Algumas práticas populares baseadas em ideias, crenças antigas e mitos, se mostram como fatores que dificultam a consulta em puericultura influenciando e impedindo muitas

vezes a adesão às orientações dos profissionais do serviço (A3, A12). Uma assistência de enfermagem coerente do ponto de vista cultural só pode ser desempenhada quando os valores, expressões e modelos de cuidados culturais da pessoa, do grupo, família ou comunidade são conhecidos e utilizados de maneira adequada pelo profissional de enfermagem (LEOPARDI, 1999).

Diante da inexperiência de ser mãe, a puérpera pode ter o cuidado de seu filho influenciado por fatores culturais, que perpassa gerações, como no caso das avós das crianças, bem como a experiência de cuidados dos irmãos, entre outros. Por possuírem conhecimentos primitivos e empíricos, adquiridos a partir da experiência do cuidado aos irmãos, as mães podem apresentar limitações nos cuidados básicos da criança, bem como no cuidar referente à prevenção de doenças (A6). A cultura surge como valor do cuidado, sendo que o processo comunicativo deve estar atento aos valores, opiniões e crenças da família, respeitando e considerando as diferenças (A5).

O princípio da equidade pode ser um fator que interfere negativamente, quando o desajuste familiar demanda uma atenção, uma preocupação maior da enfermeira na prática da puericultura. A falta de interesse da comunidade em participar das atividades educativas e o fenômeno da violência são aspectos da acessibilidade que se constituem obstáculos na realização da consulta (A3).

A existência de um inadequado espaço, déficit de alguns recursos materiais, e deficiência de recursos humanos ou a falta de profissionais capacitados são aspectos da estrutura e organização também interferem negativamente a consulta em puericultura (A3, A12, A19). A estrutura é um dos componentes para análise do sistema de serviços de saúde, salientando a influência do comportamento individual e pelo ambiente físico, político, econômico e social, sobre este e os demais componentes. A estrutura, denominada pela autora como capacidade, corresponde àquilo que propicia a prestação dos serviços, ou seja, os recursos necessários para oferecer os serviços. Entre esses estão a análise de pessoal, que considera a educação e treinamento de todos os envolvidos na prestação do serviço e a análise da instalação e equipamentos, que inclui o prédio e os componentes físicos da instalação (STARFIELD, 2004).

Sendo a lógica da estratégia a 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 em 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 (A13).

Apesar da abrangência e dos resultados da consulta de enfermagem, o enfermeiro convive algumas vezes com o fato de que algumas mães valorizam, ainda, a assistência à saúde centrada na figura do médico e, muitas vezes, ficam inseguras com a consulta de enfermagem, em especial, quando é uma mãe nova no serviço, aquela que está vindo pela primeira vez (A12). No artigo (A7), foi possível observar que a maioria dos atendimentos realizados as crianças se dá por meio das consultas médicas em que o acesso do cuidado em saúde é priorizado em situações agudas de doenças, ou seja, o foco desse cuidado acaba sendo a doença, as queixas e a respectiva intervenção para a cura, o que acaba por não alcançar as necessidades de saúde da criança de forma integral (A7).

A ESF se sustenta pela argumentação de que o modelo hegemônico centrado na doença e no hospital é pouco eficiente e pouco resolutivo. Ainda que de forma excludente e centrado a doença, o modelo médico-centrado ainda demonstra credibilidade frente às demandas de agravos à saúde pelos quais são acometidas as crianças (A12).

Ao pautar o atendimento às crianças nos sinais e sintomas, em detrimento da produção do cuidado ampliado, podemos afirmar que as ações desenvolvidas em saúde da criança, não se configuram em ações de puericultura (A13, A19). A mudança da prática da puericultura centrada em procedimentos implica enfrentar o desafio de construir sujeitos competentes tecnicamente, comprometidas com o SUS e sensibilizados para promover a escuta qualificada e a relação dialógica com a população (A13).

A organização do trabalho das equipes permanece, ainda, centrada em procedimentos, com uma oferta de assistência baseada na doença e na dimensão biológica do adoecer das crianças, inviabilizando a construção da abordagem centrada no usuário, por meio da clínica ampliada (A13). Ainda como dificuldade, o enfermeiro interage com uma sobrecarga de atividades e assim nem sempre tem tempo para realizar as funções de sua competência (A12).

Quanto às fontes de estresse na atividade gerencial dos enfermeiros, a sobrecarga de trabalho é a que determina maior estimativa de risco relativo de estresse. Essa fonte com frequência é correlacionada ao estresse, sendo de competência da enfermagem diversas funções na assistência prestada ao paciente um estressor ao profissional ocasionando uma sobrecarga nos mesmos (FORNÉZ, 1994).

Falando da ineficácia do sistema de referência e contrareferência, a não articulação entre os diferentes níveis da atenção caracteriza mais uma dificuldade no cuidado integral à criança na Atenção Básica de Saúde (ABS). Gestores, enfermeiros, médicos da ABS e mães apontam que as principais dificuldades dizem respeito à difícil disponibilização de recursos diagnósticos e de suporte terapêutico para as crianças com destaque para aquelas com doenças

crônicas e/ou metabólicas. Há também nos relatos dificuldades na resolutividade de casos rotineiros como febre, pneumonias e exames de rotina. São situações que revelaram o sistema de referência e contra-referência como uma problemática na organização do sistema e nas ações de cuidado à criança na ABS. O acesso universal a serviços resolutivos e eficazes parece não estar configurado nas Unidades de Saúde da Família (A10).

No que se refere ao aspecto normativo, a Política Nacional de Atenção Básica preconizou a valorização dos aspectos estruturais das unidades de saúde, como itens necessários à realização das ações de atenção primária, sendo destacados: uma lista de ambientes que devem estar presentes em cada unidade de saúde; os equipamentos e materiais adequados para o conjunto de ações propostas, a composição da equipe multiprofissional e a garantia dos fluxos de referência e contra referência para os serviços especializados (BRASIL, 2012).

A importância da assistência prestada à criança e os aspectos que compõem a avaliação da puericultura

No Brasil, a saúde da criança tem sido reconhecida pelo Ministério da Saúde (MS) como prioridade há algumas décadas. Sendo criado Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) na década de 80, que objetivou a redução da morbimortalidade infantil. Esse programa foi elaborado com a finalidade de possibilitar a promoção em saúde da criança com até cinco anos de idade e sua família, enfatizando a importância das ações educativas no atendimento à criança, para promover a criação de elo entre a população e os serviços de saúde (BRASIL, 2012).

Com foco na integralidade, foram elaboradas no PAISC cinco ações básicas: Incentivo ao Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame, Controle da Diarreia, Controle das Doenças Respiratórias na Infância, Imunização e o Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é realizado por meio de consultas periódicas, uma forma de sistematizar a assistência à saúde da criança na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL², 2012; BRASIL, 2006).

Na área de Atenção primária, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde criança é a puericultura, que tem como propósito acompanhar o desenvolvimento e crescimento da criança bem como prevenir as doenças mais frequentes que acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias (LEITE, 2005).

Dentre as atribuições do enfermeiro na puericultura, destaca-se a promoção da saúde, realizando orientações e ampliando o vínculo com o usuário (A4). Quanto a compreensão do que é o Programa de Puericultura, o conceito esteve atrelado à prática de orientar. O ato de orientar pode ser compreendido, como um momento para realizar a educação em saúde e neste sentido a família está diretamente relacionada devendo ser ouvida e acolhida (A1).

O atendimento em puericultura realizado pelo enfermeiro é uma prática adotada pela atenção básica e considerada um instrumento de assistência importante na mesma. Todavia, é visível a necessidade de articulações interdisciplinares e intersetoriais para buscar a abordagem integral a criança (SOUSA et al., 2010; CAMPOS et al., 2011). No Brasil, o principal agente responsável por esse acompanhamento nos serviços de atenção primária à saúde tem sido o enfermeiro (FALBO et al., 2012).

A compreensão dos enfermeiros sobre a puericultura é fruto da vivência cotidiana em seu ambiente de trabalho, o que lhes permite considerar tal consulta sempre atrelada às práticas educativas, revelando-se como momento oportuno para orientar a mãe e/ou família sobre questões relacionadas à saúde da criança (A1). Promover a saúde da criança implica agir/intervir no contexto familiar. É condição que permite ao profissional se deslocar para o cotidiano da família e da comunidade e, assim, optar por estratégias compatíveis com a realidade da criança sob seus cuidados (A12).

Há a necessidade da realização de uma consulta em puericultura completa, direcionando a atenção e carinho à criança, sobretudo prestando um cuidado humanizado, em especial, as primíparas. As consultas devem ocorrer de forma diagonal, dessa forma, as mães podem fazer indagações, expressar dúvidas e discorrer acerca da realidade diária que vivenciam. Assim, os profissionais da saúde procedem, de modo mais direcionado, às orientações primordiais ao cuidado das crianças, intervindo quando preciso (A6).

Os enfermeiros destacaram que o valor das consultas está ligado à oportunidade de realizar a avaliação infantil (A1). Para algumas enfermeiras o cotidiano é sistematizado e organizado, envolvendo estruturação do atendimento, agendamento de consultas, anotações e registro de enfermagem no que se refere ao acompanhamento da criança (A3). Porém para outras, o cotidiano é desorganizado, não existindo o acompanhamento sistematizado e organizado, sendo realizada esta prática, quando a criança vai a unidade por outras questões como vacinação, manifestações clínicas ou até mesmo o responsável procura atendimento. Por vezes não há buscas e nem periodicidade para realização da puericultura (A1, A7).

O profissional deve prestar à criança um atendimento sistemático, global e individualizado, compartilhando as informações com os familiares da criança, visando

identificar precocemente agravos à saúde e uma intervenção apropriada e efetiva (CAMPOS et al., 2011). A consulta de enfermagem sistematizada auxilia no atendimento individual e na abordagem individualizada, sendo possível avaliar as ações.

Algumas enfermeiras, por meio da organização dos registros, desempenham um trabalho não apenas com ações clínicas, mas com uma concepção de organização e sistematização, mostrando compromisso e responsabilização com esse fazer em puericultura. Na realização da puericultura é preciso fazer com qualidade e não quantidade de atendimentos prestados as crianças (A3).

As principais ações abordadas na consulta de enfermagem são a prevenção e promoção da saúde e a detecção precoce de problemas de saúde (A12). As atribuições do enfermeiro são: 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 e solicitar a busca ativa para identificação dos faltosos do programa; preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança; verificar e administrar as vacinas conforme o calendário básico de vacinação; incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo até os seis meses; 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 (LONDRINA, 2006).

A realização da puericultura está atrelada a orientação foram ressaltadas pelos enfermeiros atos tais como a orientação quanto a amamentação e alimentação, verificação da carteira de vacinação da criança, questões sobre a higiene das crianças sendo pontuada como um tema oportuno a ser abordado no acompanhamento adequado na puericultura (A1). As principais orientações fornecidas aos familiares estavam focados nos cuidados de higiene, limpeza do coto umbilical, vacinas, medicações, uso de dieta especial como leites de alto custo, uso e fornecimento de materiais especiais como sondas, bolsas de colostomia, bomba de infusão, entre outros (A4).

O cuidado integral envolve articulação entre prevenção e assistência, por disponibilizar tecnologias de cuidado que envolva o atendimento individual, a família e a educação em saúde por meio de processos dinâmicos e participativos, atendimento domiciliar, visita domiciliar, ações de vigilância à saúde assim como todas aquelas que garantam o acolhimento (A5). Na perspectiva do cuidado integral às crianças é indispensável que as

enfermeiras tenham mais sensibilidade, escutem o outro, saibam o que ele pensa, por meio de atitudes que não sejam distantes e impessoais (A13).

Uma das ações da estratégia saúde da família é a atenção programada, sendo este tipo de atenção à criança ocorre pela puericultura dos enfermeiros, pela consulta puerperal associada à primeira consulta do recém-nascido como os profissionais médicos da equipe de saúde da família e pela equipe de odontologia da unidade com prevenção da saúde bucal de gestantes e crianças de zero a três anos (A7).

A integralidade do cuidado prestado à criança é um conceito que permite estabelecer correlação entre as distintas ações profissionais para a finalidade maior do cuidado que é atender a criança na sua multidimensionalidade a doença (A8).

Uma das alternativas utilizadas pelo enfermeiro no cuidado à criança é a busca aos demais membros da equipe para a troca de informações, visando ao esclarecimento de dúvidas e resolutividade dos problemas apresentados pela criança. Trabalhando em equipe estaria relacionado com saberes profissionais que objetiva um trabalho coletivo, buscando desafios nos modos de cuidar, de organizar e operacionalizar a gestão do cuidado (A8).

O cotidiano abrange ainda trabalho em equipe interdisciplinar de saúde, o que facilita o cotidiano da puericultura, permitindo uma melhor qualidade da assistência promovida (A3). Neste sentido, a atenção à saúde da criança deve ser desenvolvida pelo enfermeiro e pelos demais integrantes da ESF, de maneira que não somente a mãe, mas toda a família seja incentivada e incluída na elaboração e manutenção eficaz nas boas práticas de saúde, especialmente, no intuito de prevenir possíveis agravos (A11).

Pensar na integralidade do cuidado à criança pelo trabalho interdisciplinar e em equipe é pensar na diversidade, nos processos de interação, nos conflitos e nas contradições. Os conflitos decorrem da diversidade de opiniões e posturas dos profissionais frente às competências e à colaboração de cada um no enfrentamento de situações de cuidado à criança, revelando a dificuldade em um profissional completar o cuidado do outro. (A12).

A educação em saúde tem papel fundamental do que tange a saúde da criança, após a realização de puericultura, forma um importante momento de aprendizado, fazendo desse acompanhamento primordial para que as mães aprendam acerca do cuidado ao filho (A6). Desta forma é cada vez mais necessário investir junto as famílias sobre a importância do seguimento da consulta de puericultura, descrevendo, sempre que necessário os resultados exitosos com a manutenção da saúde da criança (A11). Cabe ao enfermeiro contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente para os usuários do serviço, para equipe de enfermagem e outros membros que compõem a equipe de saúde. (BRASIL, 2012).

O verdadeiro papel da enfermagem na saúde coletiva não se apresenta mais como um agente de reabilitação de uma disfunção orgânica, mas, sim, como verdadeiro instrumento facilitador da manutenção de condições adequadas de saúde de uma população. Revisitando tais conceitos, também podemos refletir sobre o significado do cuidar para a enfermagem como uma ação que transcende o antigo modelo curativista e caminha para um modelo mais preventivo e promotor da saúde, levando em conta um conjunto de dimensões sociais (GONZÁLEZ, 2006).

No cotidiano das enfermeiras, o vínculo é imprescindível na prática profissional, sendo um aspecto interacional que se destaca na conversa, na orientação, atrelada às práticas educativas, revelando-se como momento oportuno para orientar a mãe e/ou a família sobre questões relacionadas à saúde da criança. A atuação das enfermeiras perpassa uma série de estratégias para dialogar com os usuários, podendo incluir conversas informais e orientações/esclarecimentos de dúvidas (A3). A frequência em que o enfermeiro acompanha a criança é fator decisivo no crescimento e desenvolvimento infantil (A21). Os esforços são dirigidos para o agir profissional sustentado no vínculo e na aproximação da equipe com a família, com a criança e com a comunidade, capazes de assegurar o desenvolvimento de responsabilidade e de modificar o processo e as relações de trabalho (A5).

O estabelecimento do vínculo, ao mesmo tempo em que advém do convívio entre enfermeiros, família e comunidade mostra-se como condição para que a consulta de enfermagem obtenha êxito e repercussão sobre o cuidado da criança e sobre a comunidade (A12). A realização da puericultura desde o nascimento da criança, seja ela no domicílio ou na ESF possibilita ao enfermeiro aproximar-se das famílias, interagir com elas e, assim, ele se percebe sendo mais bem aceito, pois as famílias e a comunidade vão conhecendo o profissional, passando a seguir cada vez mais suas orientações, com maior confiança, pode prevenir muitas intercorrências, visto que ambos estão em um processo de adaptação, no qual mudanças biológicas, sociais e emocionais estão ocorrendo (A12, A21). O início tardio da puericultura confere ao serviço uma característica de atendimento à necessidade iminente, ou seja, por demanda espontânea, tendo como ponto de partida o agravo, sendo focado na doença e cura (A21).

A visita domiciliar auxilia na criação do vínculo, como também, através dela é possível realizar vigilância em saúde observando melhor as condições da família, identificando potenciais cuidadores, o tipo de suporte que a família precisa da unidade, sendo possível visualizar negligências e suas consequências, sinais de maus tratos que por vezes é difícil perceber pela mudança de comportamento da família diante ao enfermeiro, entre outros (A4,

A16). A visita domiciliar, quando a família não usa o serviço de saúde, atua como meio de garantia do direito da criança, sendo imprescindível identificar as causas das dificuldades da família, podendo direcionar a ação do enfermeiro sendo compatível com a realidade existente (A16).

A acessibilidade ao serviço de puericultura tanto para criança quanto para o responsável que aproveita o momento para atender alguma necessidade específica, demonstram que essa acessibilidade se faz como prática cotidiana de um atendimento humanizado, que pode refletir em maior assiduidade da mãe ou cuidador no comparecimento das consultas mensais agendadas. (A3). Contudo, o acolhimento aos usuários que buscam o serviço, deve da forma que se preste o atendimento de forma educada, humanizada, ética e principalmente sendo resolutiva. (A15)

Na busca de estratégias para uma puericultura efetiva, os protocolos de atendimento facilitam a dinâmica do trabalho e concedam respaldo para as ações do enfermeiro (A12). O protocolo na puericultura facilita o trabalho do enfermeiro, possibilitando um trabalho com mais autonomia, essa autonomia compreendida como liberdade, independência e bom senso torna o profissional capaz de tomar decisões e realizar tarefas. Entretanto, reconhece-se a necessidade de cada profissional saber o seu papel, sem prejuízo ao outro (A3,12). Porém, não se pode cometer o erro de depender de um manual, perdendo a criatividade do trabalhador na busca de soluções, diferentes das convencionais (A12). A capacitação profissional dentro da ESF se constitui ferramenta fundamental, quando insuficiente, prejudica a realização da puericultura. Sendo ainda, outro fator que dificulta sua realização, a não existência de um protocolo instituído (A1).

A puericultura quando realizada no âmbito da atenção primária, funciona como ferramenta indispensável na construção do SUS, além de ser uma forma nova, de unir a equipe de saúde em prol da criança. Sendo assim, esta assistência prestada pelos enfermeiros possibilita uma assistência integral e promoção da qualidade de vida. (CAMPOS et al., 2011)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou a literatura a cerca da puericultura realizada pelos enfermeiros na unidade básica de saúde. Constatou-se que há poucas publicações posteriores ao ano de 2010 sobre a temática.

A partir dos estudos analisados, a puericultura é uma prática de enfermagem indispensável para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, porém ainda pouco praticada corretamente pelos enfermeiros tendo em vista ser uma ação preventiva e que vem sendo realizada pelo enfermeiro de forma curativista como demonstrado nos estudos mais atuais.

Ainda assim, percebe-se que esta assistência, mesmo às vezes não prestada, é visualizada pelos enfermeiros não só como apenas uma atribuição, mas como uma assistência importante a ser desenvolvida na promoção, prevenção e reabilitação da saúde das crianças, como também há preocupação da enfermagem diante ao que se refere à atenção a saúde da criança sendo firmada sua importância.

REFERÊNCIAS

BENEFIELD, L. E. Implementing evidence-based practice in home care. **Home Healthcare Now**, v. 21, n. 12, p. 804-809, 2003.

BRASIL 1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, DF; 2006. [Citado em 16 de mai. 2016] Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>

CARVALHO MF, et al. **Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil**. Cad Saúde Pública v. 24, n. 675, p. 85; 2008.

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol et al . **Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 45, n. 3, p. 566-574, Jun. 2011 . [Citado em 06 de mai. 2016] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000300003&lng=en&nrm=iso>.

CAMPOS, R.M.C; RIBEIRO, C.A; SILVA, C.V; SAPAROLLI, E.C.L. **Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**. Rev. esc. enferm. USP [online]. v.45, n.3, p.:566-574, 2011.

DALMOLIN, Grazielle de Lima. **Sufrimento moral na enfermagem e suas implicações para as enfermeiras: uma revisão integrativa**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 95 f. 2009.

FALBO BCP, et al. **Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem.** Rev Bras Enferm. v. 5; n. 148, p.54; 2012.

FORNÉZ J. Respuesta emocional al estrés laboral. **Rol de Enfermería.** v. 186, n. 31, p.39 ; 1994.

González DL. **Buscando um modelo de cuidados de enfermagem para um entorno multicultural.** Gazeta de Antropologia, n. 22; 2006. [Citado em 2016 mai. 2]. Disponível em: <http://www.ugr.es/~pwlac/welcome.html>.

LEITE GB, BERCINI LO. **Caracterização das crianças atendidas na puericultura do programa saúde da família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003.** Cienc. cuid. saude. v.4(3), n. 224, p.30; 2005.

LEOPARDI MT. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: Ed. Papa-Livros; p. 226; 1999.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Saúde da criança: protocolo.** 1. ed.- Londrina, PR; 2006.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Lei nº 8.080/90, de 28 de dezembro de 1990;** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências [Internet] Brasília; 1990. [citado em 13 de junho de 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. **Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.17, n.4, p. 758-64. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual do Desenvolvimento Infantil no Contexto do AIDPI.** Washington: OPAS; 2005.

POLIT D.F, BECK C.T. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. **Essencial de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização.** Lippincott Williams & Wilkins; p.457; 2006.

PULGA J, et, al . Consulta de enfermagem no Programa de Saúde da Família na visão do usuário. **ReviTécCientEnferm.** v. 3(11), n. 281, p. 9; 2005.

SOUSA FGM; ERDMANN AL; MOCHEL EG. **Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde.** Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) dez; n. 31; v.4, p. 701; 2010.

STARFIELD B. Ministério da Saúde. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, p.726; 2004.

APÊNDICE A –

Artigo 1	(A1)
Título	Puericultura na Atenção Primária à Saúde: Atuação do Enfermeiro.
Periódico	Revista Cogitare de Enfermagem.
Ano de publicação	2012
Autores	<ol style="list-style-type: none"> 1- Viviane Cazetta de Lima Vieira; 2- Claudiane Amaro Fernandes; 3- Marcela de Oliveira Demitto; 4- Luciana Olga Bercini; 5- Maria José Scochi; 6- Sonia Silva Marcon.
Local da realização do estudo	Unidade Básica de Saúde de Mandaguari-Paraná.
Objetivo	Conhecer aspectos relacionados à atuação do enfermeiro na puericultura.
Método	Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de natureza qualitativa. O instrumento utilizado na coleta de dados, por meio de entrevista semiestruturadas, continha questões fechadas sobre o perfil sociodemográfico do enfermeiro e questões abertas sobre a operacionalização da puericultura na UBS e sobre o conhecimento do profissional sobre a mesma. As entrevistas foram previamente agendadas e ocorreram na própria UBS de atuação do enfermeiro, em sala reservada, durando em média 20 minutos.
Característica da amostra	Oito enfermeiros que trabalhavam nas seis UBS do município
Resultados	A maioria dos enfermeiros em estudo é do sexo feminino, jovens, com idade entre 23 e 30 anos. Em relação ao tempo de formação profissional um enfermeiro possui nove meses de formado e os demais entre um e quatro anos de formação. Acerca do tempo de serviço no trabalho atual as respostas variaram de três meses a três

anos, destacando que para a maioria este é o primeiro emprego.

Em relação ao conhecimento dos aspectos relacionados à atuação desses profissionais no programa de puericultura foram elencadas duas categorias: Compreensão do enfermeiro sobre a puericultura e Organização da puericultura no município: entre a prática e a pretensão. Na categoria compreensão do enfermeiro sobre puericultura, percebeu-se que em todas as falas o conceito de puericultura esteve atrelado a prática de orientar. O ato de orientar pode ser compreendido também como um momento para realizar educação em saúde e neste sentido a família está diretamente relacionada devendo ser ouvida e acolhida. A puericultura esteve relacionada à avaliação do estado nutricional infantil, em destaque pelos enfermeiros, as orientações sobre as questões relativas à amamentação e alimentação. A verificação da carteira de vacinação da criança, assim como orientações sobre o mesmo, são ações de grande importância atribuída pelo enfermeiro. Questões com higiene da criança também foram pontuadas pelos enfermeiros. Cabe destacar também que alguns aspectos importantes da saúde da criança não foram citados pelos profissionais, tais como prevenção de acidentes na infância, violência domiciliar, cuidados com o coto umbilical, icterícia neonatal, teste do pezinho, doenças prevalentes da infância, entre outros. Fato este preocupante, já que a puericultura consiste em momento adequado para realizar a educação em saúde e assim promover a saúde infantil.

Na categorização Organização da puericultura no município: entre a prática e a pretensão, chegou-se a conclusão que não há um protocolo referente à consulta de puericultura, a captação da criança para a consulta de puericultura, ou seja, a estratégia utilizada para incluir a criança no programa, o Agente Comunitário de Saúde foi o principal responsável por tal ação. Identifica-se que por alguma alteração ou anormalidade as crianças são encaminhadas para consulta médica, porém não havendo a contra-referência. As capacitações dos profissionais da ESF foi revelada insuficiente sendo remetidas

	<p>somente às de aleitamento materno.</p> <p>De maneira geral, a consulta de puericultura foi considerada pelos enfermeiros como muito importante na atenção à saúde da criança, sendo que o valor das consultas está ligado à oportunidade de realizar a avaliação infantil.</p>
--	---

Artigo 2	(A2)
Título	Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura.
Periódico	Revista Rene
Ano de publicação	2015
Autores	<ol style="list-style-type: none"> 1- Fabiane do Amaral Gubert; 2- Daisyanne Augusto dos Sales Santos; 3- Maria Talyta Mota Pinheiro; 4- Larissa Ludmila Monteiro de Souza Brito; 5- Sarah Rayssa Cordeiros Sales Pinheiro; 6- Mariana Cavalcante Martins.
Local da realização do estudo	Serviço de puericultura da Universidade Federal do Ceará, localizado no Campus Pici.
Objetivo	Apresentar um protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura, baseado no Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney.
Método	Trata-se de uma pesquisa metodológica que, por sua finalidade de desenvolver e validar instrumentos, desenvolveu investigação de métodos de obtenção e organização de dados, e condução de pesquisa rigorosa.
Característica da amostra	O estudo foi realizado no Serviço de Puericultura ofertado pela Universidade Federal do Ceará, campus Pici. Para a construção do protocolo, o estudo contou com as seguintes etapas: Levantamento e seleção de conteúdo: sendo realizada busca na literatura, a fim de identificar materiais na área por meio de periódicos (Biblioteca Virtual em Saúde, Índice da literatura científica e técnica da América

	<p>Latina e Caribe; banco de dissertações da Universidade Estadual de São Paulo e da Universidade Federal do Ceará, documentos da biblioteca virtual do Ministério da Saúde da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, além de matérias presentes no site do Conselho Federal de Enfermagem). Usando como descritores em Ciência da Saúde, por meio do uso do conectivo and: “protocolo”, “saúde da criança”, “manuais”. Os critérios de inclusão foram: abordar a faixa etária de zero à 12 meses, estar disponível eletronicamente e conter informações relacionadas à puericultura, que tivessem entre autores algum membro enfermeiro. Após levantamento, foram encontrados nove manuais que contemplavam o objetivo do protocolo, com pelos um dos autores enfermeiros.</p>
Resultados	<p>Na primeira etapa do estudo, em relação à caracterização dos nove manuais e protocolos identificados, observou-se que todos foram publicados após o ano de 2004. No geral, eles abordaram o cuidado à criança na primeira infância, tendo sido prevalente o período de zero a 12 meses. As instituições de maior organização dos protocolos foram Secretarias de Saúde Municipais e/ou Estaduais. Três foram publicados por universidades e, em sua maioria, por equipes multiprofissionais em saúde. Oito protocolos foram advindos das regiões centro-sul do país e apenas uma publicação da Região Nordeste. Na segunda etapa, os conteúdos julgados mais importantes foram classificados conforme as 12 atividades de vida propostas no Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney. A terceira etapa foi composta pela elaboração textual e representação gráfica do protocolo, no qual definiu-se que as faixas etárias seriam divididas dos zero a 28 dias, 29 dias a 3 meses, 4 a 6 meses, 6 a 8 meses, e 8 a 12 meses, as quais foram selecionadas dada a proximidade de cuidados a serem prestados e os marcos do desenvolvimento. Acrescentaram-se, ainda, as sugestões dos juízes participantes, as quais representaram a quarta etapa do estudo. No que se referiu ao ambiente seguro, este foi caracterizado por uma diversidade de perigos ambientais, aos quais as crianças permaneceram expostas, e</p>

que punham em risco sua segurança, saúde e sobrevivência, como o estresse, o abuso físico, emocional ou sexual e a perturbação. Segundo os juízes, os itens destinados a essa Atividade de Vida estiveram contextualizados de acordo com a faixa etária estabelecida pelo protocolo, mantendo uma linguagem adequada ao público-alvo. Com relação à comunicação, destacou-se a relação estabelecida entre pais e filhos desde os primeiros meses de vida. Como sugestão, três juízes comentaram sobre a importância de compreender os marcos do desenvolvimento infantil, a fim de avaliar corretamente essa Atividade de Vida. A respiração definiu-se com base nos processos de sustentação da vida, como transporte de oxigênio, respiração, ventilação e troca gasosa. Comer e beber desempenharam um papel significativo no padrão de vida diária de todos os grupos etários e, para a maioria das pessoas, constituíram uma atividade agradável, sendo essencial à vida. Todos os protocolos identificados na revisão ressaltaram a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, além de orientações gerais sobre a alimentação e os cuidados na preparação dos alimentos, em casos de crianças desmamadas. A eliminação foi um ato praticado por todos os indivíduos, com uma regularidade constante e durante toda a vida. Sobre a higiene e o vestuário, ressaltou-se a avaliação das condições higiênicas da criança e de suas roupas, assim como orientações sobre a frequência e os produtos utilizados no banho da criança, a troca de fraldas, a limpeza do umbigo, a higiene bucal e dicas para a prevenção de assaduras. Com relação à sexualidade, os pais deveriam ser questionados sobre o planejamento ou não da gravidez, bem como o desejo dos pais em relação ao sexo da criança. As atividades manutenção da temperatura corporal, mobilidade, trabalho e lazer, sono e morte não tiveram sugestões de mudança por parte dos especialistas. Alguns dos conteúdos que envolveram o protocolo foram os que se seguem. A manutenção da temperatura corporal descreveu a regulação, produção e perda de calor. O protocolo descreveu orientações como a realização do banho de sol, o uso de

	<p>roupas apropriadas pelo bebê e, em caso de febre, instrumentos para verificar a temperatura e mantê-la estável. Já a mobilidade descreveu as competências de capacidade e incapacidade de mobilização da criança.</p> <p>Foram evidenciados os marcos do desenvolvimento, os quais contribuíram para a identificação de possíveis alterações, e apresentaram sugestões de brincadeiras e atividades que podiam ser realizadas junto das crianças e de seus familiares. Sobre trabalho e lazer, os pais e cuidadores deviam ser avaliados, sendo feito questionamentos sobre o tempo que os pais dedicavam aos filhos, assim como o que faziam juntos nos momentos de lazer. A Atividade de Vida dormir relacionou-se ao ciclo de sono/vigília e aos aspectos psicológicos e ambientais que o influenciaram. A última Atividade de Vida referiu-se à morte, devendo ser investigada a perda de parentes próximos da criança. O protocolo procurou abordar, além da morte em si, a ausência de algum familiar, que muitas vezes podia estar relacionada ao uso de drogas e a parentes encarcerados, o que podia influenciar na rede social para o cuidado da criança. No que se refere validação do protocolo, todos os itens obtiveram valores do Índice de Validade de conteúdo acima de 0,80.</p>
--	---

Artigo 3	(A3)
Título	O cotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura
Periódico	Revista de Enfermagem UERJ
Ano de publicação	2013
Autores	<ol style="list-style-type: none"> 1- Sabiny Pedreira Ribeiro; 2- Daiane Santos Oliveira; 3- Sônia Lorena Soeiro Argôlli Fernandes; 4- Ridalva Dias Martins Felzemburgh; 5- Climene Laura de Camargo.
Local da realização do	Unidades de Atenção Básica de um distrito de saúde do município de Salvador, Bahia.

estudo	
Objetivo	Descrever o cotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura e identificar fatores que influenciam a realização dessa consulta.
Método	Estudo descritivo qualitativo norteado pela Sociologia Compreensiva, a qual propõe descrever o vivido naquilo que é, contentando-se assim, em discernir as visões dos diferentes atores envolvidos. A população consistiu no conjunto de 11 enfermeiras que atuavam em Puericultura. A coleta de dados foi realizada de março a abril de 2011, através da entrevista semiestruturada, norteada por roteiro composto de itens para a caracterização dos sujeitos e questões elaboradas a partir dos objetivos. A análise dos dados, utilizou-se o enfoque na Sociologia Compreensiva, assim como nas leituras flutuantes dos dados transcritos, seleção das falas das participantes, organização das categorias e interpretação das falas.
Característica da amostra	Oito enfermeiros que trabalhavam nas Unidades Básicas de Saúde
Resultados	<p>O cotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura. Para algumas enfermeiras esse cotidiano é sistematizado e organizado, envolvendo estruturações do atendimento, agendamento das consultas, anotações e registros de enfermagem no acompanhamento da criança.</p> <p>Nessa perspectiva, algumas enfermeiras, por meio da organização dos registros, desempenhavam um trabalho não apenas com ações clínicas, mas com uma concepção de organização e sistematização, mostrando compromisso e responsabilização com esse fazer em puericultura. O cotidiano é repetitivo e demorado, repleto de ações rotineiras, que se pratica habitualmente e que demanda critérios e atenção na sua realização e nos registros. Isso remete à ideia de que é preciso fazer com qualidade e não apenas em quantidade, de que menos é mais. Porém, a cada consulta novas situações vão surgindo, o que torna o cotidiano também imprevisível, permitindo novas interações e construção de novas relações.</p> <p>O cotidiano em puericultura é prazeroso. Atender criança e ter uma</p>

relação harmoniosa com ela e sua família resulta em um dia a dia de trabalho prazeroso e satisfatório, o que colabora com a relação de confiança entre os envolvidos.

A consulta de enfermagem é também um espaço destinado ao apoio, discussão e compartilhamento, permitindo o fortalecimento de vínculos afetivos na relação e proporcionando um cuidado de si e do outro.

O cotidiano da enfermeira apresenta um aspecto internacional que se destaca na conversa, na orientação, atrelada às práticas educativas, revelando-se como momento oportuno para orientar a mãe e/ou a família sobre questões relacionadas à saúde da criança.

Ainda na visão das enfermeiras, a consulta de puericultura é acessível tanto para as crianças que procuram o serviço, mesmo sem agendamento prévio, quanto para o responsável que, por vezes, aproveita o momento para atender a alguma necessidade específica. Tal atitude do cotidiano dessas profissionais denota um atendimento humanizado, que pode refletir em maior assiduidade da mãe ou cuidador no comparecimento as consultas mensais agendadas.

O cotidiano é permeado pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que se inicia desde a atenção a criança ainda no pré-natal, passando pela primeira consulta de puerpério, em que a mãe é orientada e avaliada juntamente com a criança, até as consultas subsequentes agendadas para a unidade de saúde. Estudos indicam a importância em registrar o peso da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, avaliando o estado nutricional. Para tanto, o cotidiano abrange ainda trabalho em equipe interdisciplinar em saúde. Reconhece-se a necessidade de cada profissional saber o seu papel, sem prejuízo para o outro.

Fatores que influenciam a consulta de enfermagem em puericultura

O contexto cultural, a equidade no atendimento, a acessibilidade e a estrutura de organização das unidades de saúde são fatores que influenciam o dia a dia da consulta em puericultura, ora como facilitadores, ora como dificultadores, assumindo caráter paradoxal.

	<p>Algumas práticas populares baseadas em ideias, crenças antigas e mitos, como a de que apenas o leite materno não sustenta a criança, se mostram como fatores que dificultam a consulta em puericultura.</p> <p>Quando há equilíbrio na estrutura familiar é possível trabalhar positivamente a equidade, quando se procura tratar a criança de maneira individual, reconhecendo os valores e tradições familiares, fomentando o empoderamento dos indivíduos.</p> <p>A acessibilidade foi percebida como um fator que influencia a consulta. O acesso que a demanda livre de usuários tem aos profissionais e serviço, bem como o interesse do usuário em procurar esse serviço e o vínculo que se forma com a comunidade contribuem para que a consulta em puericultura seja desenvolvida com mais facilidade.</p> <p>A falta de interesse da comunidade em participar das atividades educativas e o fenômeno da violência são aspectos da acessibilidade que se constituem em obstáculos na realização da consulta.</p> <p>Quando há adequações do estado físico, um superávit de recursos materiais e recursos humanos qualificados a estrutura e a organização das unidades de saúde se tornam fatores facilitadores da prática de enfermagem em puericultura, o que possibilita um atendimento em ambiente saudável.</p> <p>Por outro lado, a existência de um inadequado espaço, déficit de alguns recursos materiais, e deficiência de recursos humanos ou a falta de profissionais capacitados são aspectos da estrutura e organização que dificultam a consulta em puericultura.</p>
--	--

Artigo 4	(A4)
Título	Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru.
Periódico	Revista Gaúcha de Enfermagem
Ano de publicação	2015

Autores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Luana Cláudia dos Passos Aires; 2. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos; 3. Roberta Costa; 4. Márcia Borck; 5. Zaira Aparecida de Oliveira Custódio.
Local da realização do estudo	Unidades Básicas de Joinville, Santa Catarina.
Objetivo	Conhecer as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e sua família e a interface com a terceira etapa do método canguru.
Método	<p>Pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, derivada de Dissertação de Mestrado intitulada “Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família: interfases com a terceira etapa do Método Canguru”. Estudo realizado em 57 UBS, sendo coletados dados em 15. distribuídas no município de Joinville, Santa Catarina. Foram incluídos como participantes do estudo profissionais das equipes de saúde da atenção básica (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), que estivessem atuando na unidade no mínimo a seis meses, efetivos ou contratado e que tivessem atendido bebês pré-termo e/ou de baixo peso referenciados pelo programa Bebê Preciso, programa do municipal com objetivo de reduzir mortalidade infantil e atender crianças egressas da Unidade Neonatal dos 0 a 11 meses e 29 dias. Número de participantes foi definido pela saturação de dados. Entrevistas semiestruturadas em 2014.</p>
Característica da amostra	Participaram desta pesquisa 31 profissionais da Atenção Básica, sendo estes 14 enfermeiros, nove médicos (seis médicos da saúde da família e três pediatras) e oito técnicos de enfermagem.
Resultados	A partir da análise das entrevistas emergiram três categorias: Organização do seguimento na Atenção Básica, o enigmático bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua família na Atenção Básica e as interfaces da terceira etapa do Método Canguru com a Atenção

	<p>Básica.</p> <p>Organização do seguimento na Atenção Básica</p> <p>Os entrevistados mostraram-se preocupados com a qualidade e duração das consultas, de forma a suprir as necessidades de orientações às famílias, principalmente quando tratava-se de um paciente pré-termo.</p> <p>Observou-se que a maioria dos profissionais da AB concordavam com a atual proposta do MS de articular as consultas entre médico e enfermeiro. Eles referiram que cada profissional tem um olhar diferenciado, que se complementa em um trabalho em equipe. Foi destacada também a importância da consulta intercalada com o objetivo de atender a expressiva demanda da unidade. O atendimento multiprofissional é diferenciado, rico em informações, e a troca de saberes beneficia o usuário. A adequada comunicação das equipes na realidade pesquisada favoreceu esse modelo, sendo realizadas interconsultas sempre que necessário. Foi reforçada a necessidade de qualificação profissional para este atendimento, apontando que a puericultura intercalada não deve ser algo imposto, mas planejado e com treinamento. Identificou-se que os enfermeiros estão perdendo espaço nas consultas de puericultura por conta da demanda burocrática da unidade, que também é de sua responsabilidade. O distanciamento do enfermeiro da assistência é um aspecto negativo, pois os profissionais que contam com um serviço multiprofissional de ESF referiram acreditar que o enfermeiro tem uma visão global diferenciada do paciente, que se distancia do modelo biomédico, focado na doença. Destacou-se a função do enfermeiro como promotor da saúde, realizando orientações e ampliando o vínculo com o usuário.</p> <p>A falta de Equipes de ESF, que na realidade estudada a cobertura era de 54,38%, vem resultando em consultas de puericultura muitas vezes exclusivas do pediatra nas UBS de rede, sem ESF. As opiniões sobre a necessidade de encaminhar o bebê pré-termo e/ou de baixo peso ao especialista foram controversas. Havia profissionais que encaminham</p>
--	---

todos estes pacientes para o pediatra, e havia os que encaminham apenas nas reais necessidades. Alguns acreditavam que o pediatra conferia maior segurança para o atendimento destes bebês, além de transferir confiança aos pais. Talvez essa relação usuário versus profissional de saúde da AB seria fortalecida com a ampliação das equipes de ESF.

Os dados mostraram que a categoria profissional responsável pela realização da puericultura repercute na adesão ou não do segmento na UBS pela comunidade. Emergiu a dificuldade em alguns casos de manter o acompanhamento no ambulatório de prematuridade da maternidade em conjunto com o da UBS. Nestes casos, destacou-se a preocupação das UBS pela realização da busca ativa e acompanhamento da família através das VD.

A distância entre a residência e o serviço de saúde, o fato de ter outros filhos, a falta de tempo disponível e limitações financeiras da família mostraram-se como aspectos dificultadores para que os pais levem a criança para ser acompanhada nos dois níveis de atenção. Foi unânime o reconhecimento dos profissionais entrevistados sobre a importância da VD no seguimento da criança. Segundo eles, na VD é possível observar melhor as condições da família, identificar potenciais cuidadores, o tipo de suporte que a família vai precisar da UBS, questões de higiene, sinais de maus tratos, entre outros. Foi destacada a influência que esta atividade exerce em favorecer o vínculo com a comunidade e chamar a população para a UBS. Através da criação do vínculo é possível estabelecer uma relação de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade. A deficitária disponibilidade de carro e a sobrecarga de trabalho na UBS foram apontadas como importantes fatores de impedimento para a realização da VD, sendo necessários investimentos neste aspecto. Destacou-se neste processo de trabalho a preocupação da equipe para a realização do acolhimento da família, visando manter o vínculo e garantir o acompanhamento da criança, como o agendamento facilitado das consultas. Outra preocupação estava relacionada com os

<p>fluxogramas para a garantia de atendimento com especialidades e continuidade do cuidado.</p> <p>O enigmático bebê pré-termo e/ou de baixo peso e sua família na Atenção Básica</p> <p>Nesta categoria, identificamos que o seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso aparenta ainda ser um mistério para as equipes de saúde da AB. O cuidado a esta criança gerou preocupação, sendo permeado de dúvidas e inseguranças. As opiniões divergiam ao saber se aquele bebê necessitava de cuidados especiais ou não, e se poderiam ser comparados com um bebê dito “normal” ou nascido a termo.</p> <p>Dentre as ações que os profissionais referiram atuar no seguimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso constam: avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor bem como possíveis sequelas relacionadas à prematuridade; a avaliação das medidas antropométricas com uso de gráficos adequados; suplementação de vitaminas devido a prematuridade, com a prescrição de reposição de vitaminas A e D e profilaxia com o uso do sulfato ferroso. Destacou-se a preocupação destes profissionais, sobretudo com o ganho adequado de peso, considerando que estas crianças já nascem com baixo peso e recebem alta hospitalar ainda pequenas, o que gera ansiedade aos cuidadores.</p> <p>As principais orientações fornecidas aos familiares estavam focadas nos cuidados de higiene, limpeza do coto umbilical, vacinas, medicações, uso de dieta especial como leites de alto custo, uso e fornecimento de materiais especiais como sondas, bolsa de colostomia, bomba de infusão, entre outros.</p> <p>O bebê pré-termo e/ou de baixo peso ainda é um mistério para os profissionais da AB, mas apesar do sentimento de insegurança os profissionais na maioria das vezes se mostraram capacitados para realizar seu atendimento corretamente.</p> <p>As interfaces da terceira etapa do Método Canguru com a AB</p> <p>Ao emergir a temática do MC durante a realização das entrevistas,</p>

	<p>identificou-se pouco conhecimento por parte dos profissionais de saúde da AB sobre a magnitude desta Política Pública. Três profissionais relataram total desconhecimento sobre o método, sendo que os demais apresentaram compreensão muito superficial, limitada ao contato pele a pele e manutenção de vínculo, sem reconhecer a proposta de mudança de paradigmas para o atendimento ao neonato que o método engloba.</p> <p>Apenas um profissional referiu ter atendido bebê que estava em terceira etapa do MC, porém, acredita-se que esse número deve ser maior. Não havia a identificação no prontuário do paciente ou no registro do Bebê Precioso sobre a participação da criança na terceira etapa do MC, sendo desvalorizada essa informação no seguimento na AB e o cuidado fragmentado entre o hospital e a UBS.</p> <p>A dificuldade dos profissionais da AB em dar continuidade aos cuidados Canguru e atuar na terceira etapa do método parece estar relacionada ao limitado conhecimento dos mesmos para que se sintam seguros e aptos para tal. A frágil comunicação entre o hospital e a UBS impossibilita a continuidade do MC na atenção primária. Sendo assim, necessita-se de capacitação profissional e pactuações entre os diversos níveis de atenção à saúde para a efetivação da terceira etapa do MC também na AB.</p> <p>Sabe-se que as orientações da equipe multiprofissional são determinantes para a segurança familiar no cuidado</p> <p>Apesar de o município estudado apresentar uma maternidade pública referência para o MC, ainda não existe uma interface com a AB para realização da terceira etapa do MC. O Programa Bebê Preciso, embora todos os resultados positivos em relação ao seguimento do bebê de risco, necessita fortalecer estratégias para que se concretize o MC na AB.</p>
--	---

Artigo 5	(A5)
Título	Qualificando o cuidado a criança na Atenção Primária de Saúde

Periódico	Revista Brasileira de Enfermagem – REBEN
Ano de publicação	2012
Autores	1- Francisca Georgina Macedo de Sousa; 2- Alacoque Lorenzini Erdmann
Local da realização do estudo	Estratégia Saúde da Família em São Luís – MA
Objetivo	Compreender modos de cuidar e de cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde, com base na Grounded Theory.
Método	Estudo qualitativo, apoiado nos pressupostos da Grounded Theory. A coleta de dados foi realizada com o recurso da entrevista semiestruturada realizada nos locais de trabalho dos participantes, em data e horário por eles definidos. O encontro com as mães para a entrevista aconteceu antes ou depois do atendimento de enfermagem ou médico de seus filhos na própria unidade de saúde. A coleta e análise dos dados foi guiado pela amostragem teórica, que consistiu em decidir quais dados coletar e onde encontrá-los para assim reunir dados sobre o mesmo evento ou fenômeno e entrevistar múltiplos atores. Portanto, o objetivo da amostragem teórica é permitir ao investigador buscar "locais, pessoas ou fatos que maximizem oportunidades de descobrir variações entre conceitos e de tornar densas categorias em termos de suas propriedades e de suas dimensões".
Característica da amostra	Foram sujeitos da pesquisa gestores estaduais e municipais de saúde, enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família, docentes dos cursos de graduação e pós-graduação de Enfermagem e Medicina, coordenadores de serviços da área da criança e mães de crianças menores de cinco anos cadastradas e atendidas pela Saúde da Família no município de São Luís, capital do estado do Maranhão.
Resultados	Cuidar da criança relaciona-se às práticas dos trabalhadores de saúde, no sentido de que esses sejam capazes, em um diálogo recursivo, gerar acolhimento, vínculo e responsabilização em um esforço, para

desfragmentar o atendimento e gerar um legítimo encontro com o outro, no nosso caso, criança e família. No entanto, não existe um sentido comum sobre o que seria o melhor para as diversas maneiras de agir, de cuidar. O que podemos interrogar são os valores que atribuímos ao nosso agir. Pois são os valores que determinam e revelam os nossos compromissos e responsabilidades para com o outro. Assim, o conceito *Qualificando o cuidado à criança* diz respeito à nossa essência como profissionais da saúde. Diz respeito às nossas opções e desejos, às nossas escolhas. Do ponto de vista dos participantes da investigação o cuidado se manifesta nos modos de cuidar que se conformou no processo de análise dos dados em cinco subcategorias: *Vendo o Cuidado Diferente*; *Falando do Cuidado Desigual*; *Comentando sobre o Cuidado "Invisível"*; *Caracterizando o Cuidado Integral* e *Atribuindo Valores ao Cuidado*.

A subcategoria *Vendo o cuidado diferente* indica uma maneira de ser e de se ocupar de alguém, tendo em consideração as suas necessidades, os seus desejos. Dá a ideia de conhecer, dedicar atenção particular. Enquanto que, *Falando do cuidado desigual*, significa fazer julgamentos à mãe assim como as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

A forma de organização da ESF favorece a quebra de certas hegemonias na saúde, facilita o processo de interação entre profissionais e famílias/comunidade gerando horizontalidade nas relações, o que pode fazer com que as mães sintam-se mais a vontade para falar dos seus problemas e das suas dificuldades.

A terceira subcategoria *Comentando sobre o Cuidado "Invisível"* manifesta-se em pequenas atitudes, gestos, atos do cotidiano, em especial, realizados pela enfermeira.

O deslocamento das atividades da Saúde da Família para a produção de procedimentos entre outras limitações impõe um agir isolado dos profissionais. No que tange às práticas, esse sistema de registro, exclui o cuidado como prática do enfermeiro nas atividades diárias de atenção à criança e é caracterizado como "cuidado invisível". As

ações são realizadas, mas dado o caráter subjetivo do cuidado, o enfermeiro não encontra formas de registro no sistema disponível nas Unidades de Saúde da Família.

A quarta subcategoria, *Caracterizando o cuidado integral* significa tomar a criança como totalidade envolvendo referenciais com os quais os profissionais se confrontam subsidiando alternativas e encaminhamentos para a saúde infantil. Os esforços são dirigidos para o agir profissional sustentado no vínculo e na aproximação da equipe com a família, com a criança e com a comunidade, capazes de assegurar o desenvolvimento de responsabilidades e de modificar o processo e as relações de trabalho. Os diferentes modos de cuidar e de cuidado acompanham o movimento no qual o cuidado integral é entendido pelos participantes da investigação a partir de quatro dimensões: como a abertura dos profissionais para atender outras necessidades que não as diretamente ligadas à doença; o cuidado integral como direito da criança; o cuidado como dimensão humana e o cuidado integral como acesso a todos os níveis da assistência:

A categoria *Caracterizando o cuidado integral* pede por uma ação política de sujeitos individuais e coletivos numa combinação de saberes e técnicas para atender as necessidades de crescimento e desenvolvimento da criança e não somente a doença; por uma articulação entre prevenção e assistência; por disponibilizar tecnologias de cuidado que envolva o atendimento individual, a família e a educação em saúde por meio de processos dinâmicos e participativos, atendimento domiciliar, visita domiciliar, ações de vigilância à saúde assim como todas aquelas que garantam o acolhimento.

Caracterizando o cuidado integral pode ser percebido nos modos de cuidar da criança por onde circulam afetos e emoções. Esse envolvimento e preocupação com o outro permitem conceber práticas de cuidado integral à criança. Assim a integralidade do cuidado à criança ganha cada vez mais centralidade nos modos e atitudes de cuidado pelos profissionais de saúde em conexões desencadeadas pela

mobilização de atitudes subjetivas e nas escolhas de gestores e profissionais. Mas, não existe um sentido comum sobre o que seria o melhor para as diversas maneiras de agir. Da mesma forma que não se pode esperar da totalidade de profissionais a mesma dimensão do cuidado. Mas podemos pensar que sentido tem o cuidado para cada um de nós, interrogando os valores aos quais ele se refere, pois embora a humanidade sinta as mesmas necessidades, a maneira de satisfazê-las depende de inúmeros valores e a percepção do cuidado a cerca de si mesmo, influi na capacidade de desempenhar a função do cuidar. Assim a subcategoria *Atribuindo Valores ao Cuidado*, dá a ideia de fazer escolhas e nos remete a valorização da condição humana; qualifica o cuidar e amplia o olhar do profissional. Nesse olhar as enfermeiras sentem necessidade de apoiar seus conhecimentos em outras disciplinas e com outros profissionais:

A pressa no atendimento se impõe como dificuldade para o cuidado à criança e para que o processo comunicativo se efetive. Os momentos de encontros das mães com os profissionais não podem se configurar como um encontro para buscar sintomas e queixas. Se assim o for, o cuidado nem sempre é eficaz, pois impede que a mãe se sinta à vontade para questionar e esclarecer dúvidas e necessidades. A comunicação, como valor, é percebida tanto por quem cuida como por quem é cuidado. É condição que exige repensar e reagir a favor da reintegração da ação do pensar na saúde. Sob essa dimensão, as experiências cotidianas constituem sua principal fonte de revalorização. A efetividade de comunicação relaciona-se com a linguagem corporal que se expressa pela proximidade, postura e contato visual com o outro, envolve interação, processos sociais, psicológicos, pessoais e da própria organização do trabalho. Utilizar de forma inadequada a comunicação pode ser caracterizado como descuidado por fazer com que o modo de cuidar seja impessoal e descompromissado; reduz o universo do cuidado e dos saberes para um modo de cuidar estruturado, rígido, empobrecedor do encontro, onde crianças e mães são "não-sujeitos", simples cumpridores de

	<p>determinações e rituais da saúde defendidos e operados pelos profissionais.</p> <p>No cuidado à criança, o processo comunicativo deve estar atento aos valores, opiniões e crenças da família, respeitando e considerando as diferenças. Desse modo a cultura como valor do cuidado emergiu das falas em uma permanente relação com o cuidado à criança.</p> <p>A cultura reflete nos modos da criança ser cuidada na família e na comunidade e, que, no cuidado à criança haverá sempre as marcas do saber cultural e do saber técnico-científico. As enfermeiras sujeitos de pesquisa relataram que aliam conhecimentos técnicos aos aspectos relacionais que o cuidado exige. Destacam as dimensões psicológicas, afetivas e sociais para valorizar a condição humana. Especificam como valores para o cuidar o respeito pelo outro e pela dignidade humana. Para elas esses valores são desenvolvidos no fazer cotidiano e é preciso ser exercitado.</p>
--	---

Artigo 6	(A6)
Título	Puericultura em enfermagem e educação em saúde: Percepções de mães na Estratégia Saúde da Família
Periódico	Escola Anna Nery
Ano de publicação	2012
Autores	<ol style="list-style-type: none"> 1- Viviane Mamede Vasconcelos; 2- Mirna Albuquerque Frota; 3- Mariana Cavalcante Martins; 4- Márcia Maria Tavares Machado.
Local da realização do estudo	Estratégia de Saúde da Família localizada em Irapuá e Baixio, distritos de Croatá – Ceará.
Objetivo	Descrever a vivência das mães sobre cuidados prestados aos seus filhos, bem como a percepção destas em relação à consulta de

	puericultura.
Método	<p>Realizou-se pesquisa-ação. Os passos de coleta dos dados seguiram o percurso metodológico da pesquisa-ação, perpassando três momentos. A primeira etapa foi o Diagnóstico situacional, em que foi realizada a entrevista semiestruturada, durante visita domiciliária, contendo as questões norteadoras: como a senhora faz para cuidar do seu filho diariamente? Quando seu filho adocece, qual sua conduta?</p> <p>A segunda etapa foi a Intervenção, com a realização das consultas mensais de puericultura e sessões educativas, até então não realizadas nas localidades referidas.</p> <p>Antes de cada consulta, na sala de espera com todas as mães, foi realizada a sessão educativa.</p> <p>A terceira etapa foi a Apreensão – Avaliação Final, executada por meio da entrevista semiestruturada final.</p>
Característica da amostra	A pesquisa foi composta de 11 mães primíparas de crianças menores de dois anos, assistidas pela equipe da ESF
Resultados	<p>Após transcrição das falas e análise, estas foram agrupadas por convergência, o que possibilitou a classificação do conteúdo em totalidade, emergindo três categorias temáticas.</p> <p>Construção da competência para ser mãe</p> <p>É sabido que mães primíparas podem apresentar dificuldade em relação ao cuidado ao filho, em especial nos primeiros dias de vida, desencadeando momentos de incertezas e angústias, sobretudo se a criança apresentar comportamento diferenciado.</p> <p>Inquietações e dúvidas vivenciadas pelas mães são comuns diante da primeira gestação, por isso torna-se fundamental a atenção profissional não somente na consulta de pré-natal, sobretudo na consulta de puericultura, diante do fato de que muitos dos anseios podem ser reduzidos, permeados por orientações plausíveis para com a mãe.</p>

Mães que experienciaram o cuidado aos irmãos tendem a sobressair-se na atenção ao filho, em atividades relacionadas ao banho e à habilidade em cuidar; porém, por possuírem conhecimentos primitivos e empíricos, podem apresentar limitações no cuidar referentes à alimentação adequada e prevenção de doenças, associando o cuidar à realização de necessidades humanas básicas, como alimentação, higiene e medicação quando necessário.

o cuidado dispensado pelas mães deve perpassar o âmbito biológico, envolvendo-se na tríade biopsicossocial, na qual deve ser estigada pelos puericultores, em especial o enfermeiro, aliando o saber científico ao saber popular, construindo assim um cuidado plausível e eficaz e conseqüente aprimoramento na competência de ser mãe no processo do crescimento e desenvolvimento.

Alternativas e tratamento da doença

Em decorrência das incertezas sobre o cuidado da mãe prestado à criança e de influências familiares, é comum na zona rural se utilizar de opções de cura de doenças por meio de plantas medicinais, o que está intrinsecamente relacionado à cultura, como resultado das experiências de gerações que foram transmitidas por meio de aprendizagem consciente ou inconsciente. O uso da medicina complementar está associado, algumas vezes, à automedicação.

Os profissionais da saúde devem, portanto, valorizar a cultura da população assistida, pois são ideias embutidas de antepassados que perpassam a cada geração. O conhecimento das crenças e práticas populares relacionadas ao processo saúde-doença é essencial para que os profissionais se familiarizem com os grupos com que trabalham e aprendam a lidar com o valor cultural de cada indivíduo. Portanto, ressalta-se a associação entre hábitos culturais com os saberes científicos.

Outro aspecto comum no cuidado da mãe ao filho doente é a automedicação, fator esse justificado por elas pelo difícil acesso ao serviço de saúde, no qual o hospital é referência apenas em casos mais graves e a alternativa de medicar-se sem prescrição ou

fitoterapia apresenta resolubilidade.

Nas localidades investigadas, ter o hospital como referência, ao invés da ESF, é preocupante, pois essa estratégia tem papel fundamental na estruturação do modelo de atenção que priorize a intersectorialidade, a descentralização e, sobretudo, o rompimento do comportamento passivo das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como singular e parte integrante do contexto amplo, que é a família e a comunidade.

Após a entrevista diagnóstica, a fase de intervenção composta pelas consultas de puericultura e sessões educativas, realizou-se a entrevista final para verificar a apreensão do conhecimento, com características *defeedback* com as mães, estratégia de avaliação em que se obtêm informações acerca de atitudes, comportamentos, indicando-os como impactantes, com o objetivo de atingir melhor desempenho. Salienta-se que este procedimento deveria ser presença nas atividades do profissional da saúde, pois é por meio desta técnica que se desvenda de forma positiva ou negativa o significado da orientação fornecida.

Aprendizado na puericultura

após a realização das consultas de puericultura, acompanhadas de sessões de Educação em Saúde, as mães relataram que ainda tinham muito a aprender e que o acompanhamento foi primordial para que apreendessem acerca do cuidado ao filho.

comprovou-se que houve empoderamento, na medida que verificou-se um discurso coeso e coerente com o que foi exposto e preconizado, favorecendo a um processo de reflexão e, conseqüentemente, de fortalecimento do cuidado inerente à díade mãe-filho.

Observou-se a necessidade de realizar uma consulta completa, direcionando atenção e carinho à criança, sobretudo prestando cuidado humanizado, em especial, por serem primíparas. As consultas devem ocorrer em forma dialogal, dessa forma, as mães podem fazer indagações, expressar dúvidas e discorrer acerca da realidade diária que vivenciam. Assim, os profissionais da saúde procedem, de modo mais direcionado, às orientações primordiais ao cuidado às crianças,

	<p>intervindo quando preciso.</p> <p>Portanto, percebeu-se a necessidade da implantação da consulta de puericultura, conforme os preceitos do Ministério da Saúde, pois a consulta favorece o cuidar das mães ao filho, superando incertezas, proporcionando, conseqüentemente, saúde de qualidade à criança, por meio da promoção da saúde e prevenção de doenças, por estratégias educativas.</p>
--	---

Artigo 7	(A7)
Título	O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária a saúde
Periódico	Acta Paul Enfermagem.
Ano de publicação	2014
Autores	<p>1- Anna Luisa Finkler;</p> <p>2- Cláudia Silveira Viera;</p> <p>3- Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla;</p> <p>4- Beatriz Rosana Gomçalves de Oliveira Toso.</p>
Local da realização do estudo	Dois serviços de atenção primária não especificada.
Objetivo	Aprender o acesso em duas unidades de atenção primária, tradicional e saúde da família e avaliar se houve resolutividade da assistência à saúde da criança.
Método	Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa que utilizou a hermenêutica para compreensão dos dados. A coleta de dados foi desenvolvida em dois serviços de atenção primária que possuem modelos de atenção distintos um do outro. O instrumento de pesquisa a técnica de observação não participante, os dados foram analisados pelo método da análise temática.
Característica da amostra	Enfermeiros que atuavam nas duas unidades não especificadas.
Resultados	Nota-se que a atuação primária à saúde é um campo fértil de trabalho

do enfermeiro e este, ao olhar para o conjunto desses dados pode refletir sobre sua forma de cuidar das crianças nesse âmbito de atenção e mudar sua prática no sentido de ampliar o acesso e melhorar a resolutividade para as crianças e suas famílias, sendo esta a aplicação prática do estudo.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, constatou-se que a recepção constitui-se no primeiro local de busca de informações para os usuários que procuram as unidades. Neste local são direcionados os pacientes conforme a apresentação das necessidades, suas dúvidas ou queixas.

A recepção deixa de ser um lugar de poder, capaz de decidir sobre o acesso ou não do usuário.

Observou-se a existência de problemas na organização do trabalho, em que muitos trabalhadores deixaram suas funções específicas para exercer seu trabalho em postos diferentes dos de sua competência, suprimindo um déficit de trabalhadores. Além do mais, o excesso de trabalho e as condições do local tornam-se elementos impeditivos para que o trabalhador desenvolvesse seu trabalho de forma acolhedora e humanizada, com vistas à resolução dos problemas de saúde das crianças.

Os resultados observados, não evidenciaram diferenças nas equipes de organização dos serviços quanto ao acesso da unidade de saúde da família relativamente à unidade básica tradicional, a qual, ao contrário, demonstrou oferecer melhor acesso e resolutividade dos casos, em comparação à unidade de saúde da família por meio de fichas e avaliações, acabou por distanciar-se de princípios que a caracterizam como estratégia preferencial de promoção de saúde à população.

Contudo, apenas adotar a estratégia de saúde da família como prática sem realmente mudar o modelo de atenção faz com os usuários do serviço se afastem, pois a população fica desavisada e perdida, não sabe a qual serviço recorrer para sanar suas necessidades de saúde.

A atenção programada, nas observações, foi possível ser detectada na

	<p>atenção à criança que ocorre pela puericultura dos enfermeiros em ambas as unidades, pela consulta puerperal associada à primeira consulta do recém-nascido com os profissionais médicos da equipe de saúde da família e pela equipe de odontologia da unidade de saúde da família com prevenção à saúde bucal de gestantes e crianças de zero à três anos.</p> <p>Quanto ao acesso a esses serviços, observou-se que mudanças na forma de agendamento ocorreram com a puericultura do grupo de recém-nascidos de alto riscos provindos da unidade de terapia intensiva neonatal, que foi apreendida por parte da enfermeira, a dificuldade de agendamento e de atendimento desse público prioritário que carece de atenção meticulosa.</p> <p>Foi possível observar que a maioria dos atendimentos realizados às crianças se dá por meio das consultas médicas em que o acesso ao cuidado acaba sendo a doença, as queixas e a respectiva intervenção para a cura, o que retrata um cuidado em saúde médico-centrado, que supervaloriza os aspectos biológicos, dos indivíduos e utiliza como instrumentos desse cuidado tecnologias duras e leve-duras. O que acaba por não alcançar as necessidades de saúde da criança de forma integral.</p> <p>Neste estudo não foram observadas diferenças na atenção programáticas executada no modelo de estratégia de saúde da família em contrapartida ao da unidade de saúde tradicional, ambas mantiveram tal atendimento por meio de agendamento semanal. A parcela maior de atenção à criança foi realizada por meio de atenção à demanda espontânea, tendo como causa de procura por atendimento, casos de condições agudas de doenças e agravos, todos passíveis de resolução no âmbito da atenção primária à saúde.</p>
--	--

Artigo 8	(A8)
Título	Modelando a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde
Periódico	Revista Gaúcha de Enfermagem

Ano de publicação	2010
Autores	1- Francisca Georgina Macedo de Souza; 2- Alacoque Lorenzini Erdmann; 3- Elba Gomide Mochel.
Local da realização do estudo	Unidades de Saúde da Família de São Luís, Maranhão
Objetivo	Estudo teve como objetivo compreender como são produzidas as práticas de cuidado a criança na atenção básica na perspectiva da integralidade em saúde.
Método	Estudo qualitativo apoiado na Grounded Theory. Para coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada realizada individualmente com cada participante. Durante o processo de coleta, análise e construção dos conceitos foram consideradas as etapas da codificação aberta, axial e sistemática atendendo ao princípio da amostragem teórica que tem como finalidade a construção de novas hipóteses, desenvolver conceitos e refinar categorias.
Característica da amostra	29 sujeitos entre gestores de saúde, docentes de pós graduação e graduação em Enfermagem e Medicina, enfermeiros e médicos das Equipes de Saúde da Família.
Resultados	Revelando o macro conceito: modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. É um conceito que permite estabelecer correlações entre as distintas ações profissionais para a finalidade maior do cuidado que é atender a criança na sua multidimensionalidade e não somente na doença. É uma perspectiva de cuidado dirigida a problemas transversais que não podem ser tratados separadamente por uma disciplina ou por uma categoria profissional isoladamente, nem tampouco por um único serviço. Conduz, ao trabalho em equipe, interdisciplinar e intersetorial. Nessa dimensão se buscou desvelar a produção do cuidado como objeto do trabalho em saúde caracterizado pelas subcategorias: encontrando a integralidade do cuidado no trabalho em

equipe; enxergando o sentido interdisciplinar para o cuidados; exercitando práticas intersetoriais; valorizando a aproximação com a família; defendendo o preparo do profissional para atuar na Atenção Básica de Saúde.

Encontrando integralidade do cuidado no trabalho em equipe.

É conceito que carrega a exigência do conhecimento e valorização do trabalho do outro, construindo consensos quanto aos objetivos a serem alcançados e a maneira mais adequada de atingi-los. Requer complementaridade pela articulação de ações e conhecimentos de cada agente assim como o conhecimento acerca do trabalho.

Os participantes expressaram que no cuidado à criança buscam os demais membros da equipe e de outras equipes para informações, visando ao esclarecimento de dúvidas e a resolutividade dos problemas apresentados pela criança.

Os relatos apontam para a existência de trocas de saberes, experiências e habilidades numa articulação entre as ações desenvolvidas pelos profissionais da mesma equipe e entre equipes.

Trabalho em equipe estaria relacionado com saberes profissionais que objetiva um trabalho coletivo, buscando desafios nos modos de cuidar, de organizar e operacionalizar a gestão do cuidado.

Enxergando o sentido interdisciplinar para o cuidado

Em uma prática interativa entre as diversas disciplinas que fizeram parte das reflexões dos participantes da investigação.

Portanto, as subcategorias são caracterizadas por expressões como parceria, interação, ajuda, cooperação, comunicação, reconhecimento de saberes e de capacidades do outro, negociação e relações que se traduz na integralidade do cuidado.

Exercitando práticas intersetoriais

Nessa perspectiva, o cuidado é compreendido como projeto que demanda participação cooperativa, articulação entre profissionais de diferentes áreas e instituições assim como saberes e fazeres. Os participantes reconhecem a importância do agir intersetorial procurando envolver vários organismos da sociedade civil e do

<p>Estado na resolução dos problemas da criança.</p> <p>A importância é proporcionar e efetuar uma ação mais abrangente pela participação de setores e instituições que se complementam para o alcance de resultados, tornando a ação do cuidar e do cuidado mais dinâmica e produtiva.</p> <p>Valorizando a aproximação com a família</p> <p>Promover a saúde da criança implica agir/intervir no contexto familiar. Esta aproximação é reconhecida pelos participantes como experiência positiva e diferenciada no cuidado à criança. É condição que permite ao profissional se descolar para o cotidiano da família e da comunidade e, assim, optar por estratégias compatíveis com a realidade das crianças sob seus cuidados. Parecem ampliar e potencializar o papel do profissional na saúde da criança por oportunizar um espaço de diálogo entre a família e o profissional favorecendo o relato de problemas, dificuldades e limitações no e para o cuidado.</p> <p>Por outro lado, a aproximação com a família gera nos profissionais diferentes sentimentos que vão do estímulo e motivação para um trabalho inovador ao sofrimento e apatia.</p> <p>Defendendo o preparo do profissional para atuar na ABS</p> <p>A formação dos enfermeiros e médicos, apesar das propostas inovadoras no currículo, a ênfase ainda se dá no espaço hospitalar, na doença e na cura, afastando muitas vezes do conhecimento operante. Por outro lado, a ABS espera receber um profissional capaz de dominar processos lógicos de construção dos saberes e práticas de modo coerente com os aspectos sociais, epidemiológicos, econômicos e culturais em saúde. Estas são algumas das considerações presentes nas falas dos participantes aqui recortadas nas dimensões da prática, do ensino e das perspectivas de mudanças decorrentes das exigências institucionais do cuidado em saúde e pelas experiências inovadoras do ensino superior.</p> <p>Há movimentos em busca de transformações, tanto na organização dos cursos como das práticas pedagógicas em diferentes estágios de</p>
--

	<p>formulação, acumulação e implementação nas diversas carreiras, regiões e contextos onde ocorrem os processos de formação dos profissionais de saúde. Estes movimentos favorecem a construção de práticas cuidadoras coerentes com a integralidade. Favorecem novas atitudes e valores.</p> <p>Há, portanto, uma preocupação em vincular a formação do profissional de saúde com os aspectos humanos e sociais com vínculo e responsabilização com a família e a comunidade. Nesse sentido o papel das instituições educadoras na formação para o trabalho em saúde é mediar essa transição, permitindo aos estudantes vivenciar as situações e contextos e, a partir deles, tomar decisões em um movimento dialógico por onde circulam as dimensões técnicas, cognitivas, sociais e éticas do saber e do fazer na saúde e na doença.</p>
--	---

Artigo 9	(A9)
Título	Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família
Periódico	Revista Escola de Enfermagem USP
Ano de publicação	2010
Autores	<ol style="list-style-type: none"> 1- Roseli Márcia Crozariol Campos; 2- Circéa Amália Ribeiro; 3- Conceição Vieira da Silva. 4- Eliana Campos Leite Saparolli.
Local da realização do estudo	Seis Unidades de Saúde da Família de Pindamonhangaba e uma de Taubaté, municípios da região do Vale Paraíba, leste do estado de São Paulo, Brasil.
Objetivo	Compreender o significado atribuído à consulta de enfermagem em puericultura, pelo enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família.
Método	Abordagem qualitativa. O referencial teórico foi o internacionalismo Simbólico. O referencial metodológico foi a teoria fundamentada nos Dados, Grounded Theory.

Característica da amostra	Sete enfermeiros, sendo dois apenas graduados, dois habilitados em enfermagem obstétrica, um especialista em Unidade de Terapia Intensiva e dois em Saúde Pública, dos quais um em Saúde da Família. No que se refere ao tempo de experiência profissional na ESF, três atuavam há menos de dois anos e quatro mais de três anos.
Resultados	<p>A análise comparativa dos dados levou à identificação da Categoria Conceitual: <i>Promovendo mudanças individuais e coletivas por meio de uma assistência abrangente</i>, a qual permitiu compreender que, ao vivenciar a realização da consulta de enfermagem em puericultura, o enfermeiro realiza ações sistematizadas e humanizadas, no sentido de estar prestando uma assistência abrangente, que permitem promover mudanças individuais e coletivas. Porém, no decorrer desse processo, ele interage com dificuldades estruturais, pessoais e com a influência de crenças, valores e condições sociais da população assistida, que interferem no cuidado das crianças. Ele sofre com essa situação, sobretudo por se perceber despreparado para lidar com ela, e vai em busca de capacitação para superá-la. Como consequência, ele vivencia ora sentimento de gratificação, ora de frustração, mas mantém-se acreditando na importância dessa atividade e com esperança de que as mudanças venham a ocorrer. As categorias que a compõem essa vivência serão a seguir descritas e exemplificadas com falas extraídas dos discursos dos sujeitos participantes.</p> <p>Realizando uma assistência abrangente</p> <p>Para o enfermeiro, empreender a consulta de enfermagem significa estar realizando um atendimento integral à criança e à família, indo além das intercorrências, considerando a questão educativa, o que lhe permite prevenir precocemente os agravos à saúde. Assim, além de pesar, medir e examinar a criança inteira, ele avalia seu crescimento e desenvolvimento, a carteira de vacinação, acompanha a criança desde a gestação, buscando direcionar a família para que tenha condições de lidar de maneira satisfatória com seus problemas.</p> <p>Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro também realiza ações que contemplam questões educativas, orientando tanto as mães</p>

adolescentes como as que já possuem uma experiência anterior, norteando todas as ações, seguindo o que o Ministério da Saúde preconiza.

O enfermeiro considera a consulta de enfermagem em puericultura um atendimento muito importante, pois ao acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança, tem condições de iniciar um diagnóstico da situação da comunidade, o que lhe permite nortear trabalhos de prevenção que possam atingi-la. Ele compreende que este acompanhamento é importante e percebe que a população também reconhece esta atividade e dá importância a ela.

Por considerá-la muito importante, o enfermeiro aproveita todas as oportunidades para realizá-la, seja seguindo um agendamento específico, seja quando as crianças comparecem à USF em razão de uma queixa, ou ainda, no domicílio da criança.

Prestando uma assistência sistematizada e humanizada

O enfermeiro refere que, ao realizar a consulta de enfermagem em puericultura, segue etapas que direcionam suas ações de forma sistematizada, como a coleta de dados referentes à história da criança e da família, o exame físico, avalia a situação e fornece as orientações próprias de cada fase do ciclo de vida.

Ele se preocupa em dar atenção à criança e à família, em especial, à mãe, de forma que possa estar prestando uma assistência humanizada. Assim, tem o cuidado de proporcionar bem-estar à criança e à sua mãe, dando-lhes atenção, acalmando a criança, mantendo-a no colo da mãe, examinando-a no tempo dela. Ele preocupa-se ainda, em promover um ambiente com privacidade, de forma que possa fornecer orientações às mães, possibilitando que elas compartilhem suas preocupações, dúvidas e *segredos*.

Promovendo mudanças individuais e coletivas

Como consequência de realizar um atendimento abrangente, humanizado e sistematizado, o enfermeiro considera que está promovendo mudanças individuais e coletivas. Reconhece que a consulta de enfermagem constitui-se em uma importante estratégia de

mudanças significativas para o cuidado prestado às crianças, pois as mães passam a entender a importância do aleitamento materno, da imunização, do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, da higiene correta, dos cuidados adequados a seus filhos e o valor do acompanhamento de puericultura.

Além de atingir a criança e sua família, o enfermeiro reconhece que a consulta de enfermagem vai promovendo mudanças significativas em todo contexto da comunidade, tanto no aspecto preventivo como no curativo, permitindo atender às metas previstas pelo Ministério da Saúde relacionadas à saúde da criança, tais como: incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, combate às carências nutricionais, imunização e assistência às doenças prevalentes na infância, mesmo que não seja de forma integral.

Estreitando o vínculo com a família

A consulta de enfermagem em puericultura possibilita ao enfermeiro do PSF estreitar o vínculo com as famílias assistidas. Ele reconhece que a interação estabelecida entre profissional e família é muito importante no sentido de possibilitar a confiança mútua, de modo que o fortalecimento do vínculo vai aumentando cada vez mais com o passar do tempo, fazendo com que a família e a comunidade adquiram mais respeito pelo profissional. O estabelecimento desse vínculo, ao mesmo tempo em que advém do convívio entre enfermeiro, família e comunidade mostra-se como condição para que a consulta de enfermagem obtenha êxito e repercussão sobre o cuidado da criança e sobre a comunidade.

Realizar a consulta de enfermagem em puericultura, desde o nascimento da criança, seja ela no domicílio ou na USF possibilita ao enfermeiro aproximar-se das famílias, interagir com elas e, assim, ele se percebe sendo mais bem aceito, pois as famílias e a comunidade vão conhecendo o profissional, passando a seguir cada vez mais suas orientações, com maior confiança.

Convivendo com a influência de crenças, valores e condições sociais

Embora a consulta de enfermagem seja um importante instrumento de mudanças individuais e coletivas, o enfermeiro convive o tempo todo com a influência de crenças, valores e das próprias condições sociais das famílias; preocupa-se e sofre com essas situações porque, muitas vezes, se sente impotente frente a elas. Ele percebe-se triste e referir até magoado ao interagir com as dificuldades financeiras vivenciadas pelas crianças e suas famílias e por reconhecer que os objetivos do PSF, em relação à promoção da saúde e prevenção dos agravos, nem sempre são atingidos por falta de condições sociais e pelos escassos recursos financeiros da família. Quando nota a criança desnutrindo-se por falta de condições financeiras, muitas vezes, vai em busca de recursos, como alimentos para suprir a necessidade da família, deixando até de priorizar outras atividades assistenciais planejadas.

Ele convive também com as diversidades culturais e sua influência nos cuidados das crianças, embora reconheça que os costumes são diferentes, que as crianças e suas famílias vivem uma outra realidade, preocupa-se com as mães que não amamentam até o sexto mês de idade, em especial, as mães adolescentes que acabam dando ao bebê a alimentação que acham que deve ser, mesmo estando com o volume de leite satisfatório. Outro aspecto cultural que determina sofrimento ao enfermeiro, é o fato de que as crianças não comem com qualidade, porque as mães oferecem todas as guloseimas que elas pedem, mesmo não sendo o correto, até mesmo bebida alcoólica, com medo de que adoeçam ou fiquem *aguadas*.

Além disso, o enfermeiro interage com a interferência da família no cuidado da criança e preocupa-se quando avalia que esta interferência não está sendo positiva para seu crescimento e desenvolvimento. Reconhece que a maioria das mães tem autonomia e segue as orientações, sobretudo as que moram longe das avós, mas, as que moram junto precisam seguir as regras da casa.

Apesar da abrangência e dos resultados da consulta de enfermagem, o

enfermeiro convive com o fato de que algumas mães valorizam, ainda, a assistência à saúde centrada na figura do médico e, muitas vezes, ficam inseguras com a consulta de enfermagem, em especial, quando é uma mãe nova no serviço, aquela que está vindo pela primeira vez.

Vivenciando dificuldades

Embora considere a importância da consulta de enfermagem em puericultura no contexto das ações do PSF, o enfermeiro vivencia dificuldades como o fato de nem sempre ter um local adequado, ou mesmo, um consultório para realizar apenas as consultas. Ele precisa fazer adaptações que nem sempre considera adequadas, como utilizar a sala da pré-consulta, a sala de distribuição de medicamentos e, até mesmo, a sala de procedimentos. Outra dificuldade que vivencia é 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. Assim, para poder utilizá-los, o enfermeiro precisa realizar a consulta na sala do médico ou de pré-consulta, onde os materiais encontram-se disponibilizados e, muitas vezes, convive com a presença de ruídos, com o entra e sai de pessoas, não tem conforto nem privacidade para conversar com as mães.

Ainda como dificuldade, o enfermeiro interage 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. Além disso, ele se percebe despreparado para lidar com algumas situações que costumam ocorrer, durante a operacionalização da consulta, pelo fato de não ter experiência anterior, de não ter trabalhado em PSF, de nunca ter trabalhado com crianças, ou ainda, por ter mais experiência na área hospitalar do que em saúde coletiva.

A falta de preparo do enfermeiro pode ser observada também no que se refere à aplicação da sistematização durante a realização da consulta. Muitas vezes ele faz o exame físico e fornece as orientações

num ir e vir constante; sem aplicar a sistematização de forma sequencial e ordenada.

Tentando superar as dificuldades

Mesmo vivenciando dificuldades, o enfermeiro procura atingir os objetivos da consulta de enfermagem e assim vai desenvolvendo algumas estratégias. Busca aprimoramento, tanto em cursos como na própria USF, compartilhando suas dúvidas com outro profissional; refere que está tendo treinamento e estudando para conseguir realizar a consulta de enfermagem na sequência adequada.

Ao não conseguir realizar a consulta de enfermagem como julga ser o ideal, o enfermeiro vai fazendo adaptações: em função de ter pouco espaço físico, faz adaptações no ambiente; para superar a falta de tempo, delega aos auxiliares de enfermagem a verificação das medidas antropométricas, realiza orientações em grupo de puericultura e, individualmente, faz a avaliação do crescimento e desenvolvimento e da carteira de vacinação da criança.

Como consequência da realização da consulta de enfermagem em puericultura, com a qual o enfermeiro do PSF percebe estar assistindo a criança e sua família de forma abrangente, ele vivencia sentimentos ambivalentes: ora de gratificação, ora de frustração, ora de esperança.

Sentindo-se gratificado

Interagindo com as crianças e suas famílias, o enfermeiro vivencia a assistência de forma agradável e prazerosa. Ele se sente gratificado, satisfeito ao ver o desenvolvimento da criança e, sobretudo, pela possibilidade de atuar na prevenção. Realizar a consulta de enfermagem significa, também, uma grande recompensa, pois ser reconhecido profissionalmente gera sensação de triunfo, de valorização profissional, pessoal e até como ser humano.

Frustrando-se por não alcançar seus objetivos

Ainda que a realização da consulta de enfermagem em puericultura promova a gratificação do enfermeiro, ele vivencia sentimentos de frustração quando percebe que os objetivos não estão sendo plenamente alcançados. Ele observa que mesmo realizando todas as

	<p>orientações, algumas mães resolvem as coisas por conta própria. O enfermeiro sente tristeza, angustiando-se com a situação e faz questionamentos do tipo quando vai começar a fazer diferença?, porém ele não desiste mesmo que precise repetir as orientações muitas vezes, ele continua insistindo. Em certos momentos, sente-se incapacitado por não alcançar seus objetivos e isto lhe provoca um sentimento muito ruim.</p> <p><i>Mantendo a esperança</i></p> <p>Mesmo se sentindo frustrado, o enfermeiro continua acreditando nas mudanças promovidas pela consulta de enfermagem que considera importante. E, assim, permanece acreditando que com o passar do tempo, as mães passem a confiar nele, que fiquem satisfeitas com seu atendimento, que participem espontaneamente da consulta de enfermagem em puericultura e, desse modo, possa incentivá-las a cuidar de seus filhos cada vez melhor. O enfermeiro vivencia a consulta de enfermagem esperando conviver com a mudança de comportamento o mais rápido possível, almejando vir a fazer a diferença.</p>
--	--

Artigo 10	(A10)
Título	Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de saúde.
Periódico	Texto Contexto Enfermagem
Ano de publicação	2011
Autores	<p>1- Francisca Georgina Macedo de Souza;</p> <p>2- Alacoque Lorenzini Erdmann;</p> <p>3- Elba Gomide Mochel.</p>
Local da realização do estudo	Atenção Básica de Saúde não especificada.
Objetivo	Conhecer os fatores limitadores para a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde.

Método	Estudo qualitativo, apoiado nos pressupostos da Grounded Theory. A coleta de dados foi realizada com o recurso da entrevista semiestruturada realizada nos locais de trabalho dos participantes, em data e horário por eles determinados. As entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas logo após terem sido realizadas. A análise dos dados seguiu as etapas das codificação aberta, axial e sistemática.
Característica da amostra	29 sujeitos entre profissionais de saúde e mães de 10 equipes da Estratégia de Saúde da Família.
Resultados	<p>Traçando o caminho da integralidade entre dificuldades é uma categoria delimitada pelas seguintes subcategorias: Identificando Conflitos, Delineando o trabalho na ausência do encontro; Sentindo insegurança; Lidando com a falta de estrutura das unidades de saúde; Falando da ineficácia do sistema de referência e contra-referência.</p> <p>Identificando Conflitos - ao planejamento e a gestão do cuidado no processo saúde-doença caberá lidar com a racionalidade técnico-científica e, ao mesmo tempo, com as dificuldades geradas pelas competências, autoridades, autonomias e poderes de cada profissional. Portanto, pensar a integralidade do cuidado à criança pelo trabalho interdisciplinar e em equipe é pensar na diversidade, nos processos de interação, nos conflitos e nas contradições. Para os participantes da investigação os conflitos decorrem da diversidade de opiniões e posturas dos profissionais frente às competências e à colaboração de cada um no enfrentamento de situações de cuidado à criança. Há um embate entre complementaridade, ampliação da autonomia e competição dos profissionais.</p> <p>Identificando conflitos como subcategoria revela a dificuldade em um profissional complementar o cuidado do outro, causada muitas vezes, pela baixa interação entre os membros da equipe.⁶ A tensão surge do embate entre a complementaridade e interdependência dos profissionais nas atividades e práticas do cuidado. A complementaridade surge como uma questão/ problema no cotidiano do trabalho. Todavia, o requerido para a eficácia e eficiência dos</p>

serviços seria a autonomia técnica aliada à articulação de ações.⁷ Foi uma categoria que suscitou situações que devem produzir a necessária discussão não só de papéis - quem faz o quê -, mas de refletir e problematizar os modos de produzir cuidados quer sejam pelo enfermeiro, pelo médico ou pelo Agente Comunitário de Saúde. É preciso investir em alterar o modo de produzir o cuidado, afinal o profissional tem a autonomia para imprimir mudanças no processo de trabalho.

Delineando o trabalho na ausência do encontro -reafirmando o já dito, o cuidado como projeto terapêutico se efetiva pela cooperação, complementaridade e articulação das ações com conexão para a produção do trabalho em saúde. Mas, o trabalho onde há ausência do encontro entre os profissionais e destes com as crianças e suas famílias caracteriza-se pela ausência do processo de comunicação e funciona como barreira para a construção de novas formas de produzir o cuidado na perspectiva da integralidade. Esta subcategoria diz respeito, a ausência do encontro dos profissionais da mesma equipe nos mesmos turnos de trabalho. No município onde a pesquisa foi desenvolvida, a carga horária é organizada por turnos de trabalho totalizando sete turnos por semana. Dessa forma os profissionais, a partir das suas disponibilidades, organizam seus horários muitas vezes divergentes entre eles mesmos.

Isto tem gerado um descompasso/desencontro entre os objetivos do Programa Saúde da Família (PSF) e a organização do trabalho pelos profissionais de saúde. A redução da carga horária restrita a turnos pode acarretar maior número de atendimentos, pois a redução dos dias de trabalho não significa redução da demanda. A consequência imediata dessa condição são atendimentos caracterizados pelo distanciamento, orientados pela queixa da doença e por uma escuta comprometida que torna o atendimento ineficaz e de baixa resolução. Pelo desencontro dos profissionais são relatadas algumas experiências vivenciadas pelo enfermeiro e pelas mães, que implicam em situações difíceis no atendimento à criança na atenção básica.

	<p>Sentindo Insegurança - é o sentimento revelado por mães e enfermeiras no cuidado à criança nos serviços de saúde da atenção básica que decore pela ausência do encontro entre profissionais de saúde da mesma equipe e pela não complementaridade das ações profissionais. As enfermeiras relatam que tomar decisões na ausência do médico envolve, muitas vezes, tensão e desgaste, enquanto as mães buscam atendimento aos filhos nos serviços de urgência quando estes deveriam ser atendidos na ABS. As mães procuram a ABS quando seus filhos necessitam de avaliação do crescimento e do desenvolvimento, para atualizar o calendário básico de vacinação, nas situações em que seus filhos apresentam queixas de febre, tosse ou diarreia ou para providenciar requisição de exames de rotina. Os casos de "doenças" que consideram mais graves procuram o serviço de urgência, pois se sentem inseguras em relação ao atendimento da unidade básica de saúde. A possibilidade de não encontrar o médico na unidade ou ainda por considerar que estes não estão capacitados para o atendimento à criança doente são motivos da insegurança das mães.</p> <p>Lidando com a falta de estrutura das unidades de saúde - as mudanças propostas para o novo modelo assistencial necessitam de uma adequada infra-estrutura física para garantir a eficiência na prestação de serviços e assim reafirmar o compromisso do SUS com a comunidade. Sob esse raciocínio a Unidade de Saúde da Família se constitui como referência para o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Portanto, é necessário dispor de recursos físicos e estruturais compatíveis com esta proposta e com a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso. No entanto, trabalhando no PSF os profissionais e mães experimentam os desafios da falta de estrutura física das unidades para o cuidado à criança. Os profissionais criticam a estrutura física das unidades e reclamam por melhores condições assim como a disponibilidade de materiais, equipamentos e/ou instrumentos fundamentais à realização do trabalho.</p>
--	---

O ambiente físico do trabalho deve aliar funcionalidade, acolhimento e conforto relacionados, em especial, aos aspectos de iluminação, ventilação e áreas de circulação. O Ministério da Saúde¹⁰ define que os espaços das USF devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita, à sua especificidade, ao número de usuários esperados para atendimento e ao número de equipes de saúde da família previstas para a unidade. Dessa forma a estrutura de algumas unidades de saúde da família apresenta-se contrária às definições estruturais e físicas estabelecidas pelo Ministério. Lidando com a falta de estrutura das unidades de saúde diz respeito também à falta de material de consumo com destaque aos medicamentos. Diariamente profissionais e mães deparam-se com a falta de medicação básica para a atenção à criança, o que motiva e faz aumentar o número de encaminhamentos de crianças para os serviços de urgência da capital. Isto acarreta baixa resolutividade e gera descontentamento e insegurança de profissionais e mães.

Os profissionais não têm conseguido resolver os problemas de saúde da criança por dificuldades físicas e estruturais das unidades de saúde e pela falta de medicamentos. São situações que fazem aumentar o número de encaminhamentos da criança para os níveis secundários e terciários de saúde.

Falando da ineficácia do sistema de referência e contra-referência - a não articulação entre os diferentes níveis da atenção caracteriza mais uma dificuldade no cuidado integral à criança na ABS. Gestores, enfermeiros, médicos da ABS e mães apontam que as principais dificuldades dizem respeito à difícil disponibilização de recursos diagnósticos e de suporte terapêutico para as crianças com destaque para aquelas com doenças crônicas e/ou metabólicas. Há também nos relatos dificuldades na resolutividade de casos rotineiros como febre, pneumonias e exames de rotina. São situações que revelaram o sistema de referência e contra-referência como uma problemática na organização do sistema e nas ações de cuidado à criança na ABS. O acesso universal a serviços resolutivos e eficazes parece não estar

	<p>configurado nas Unidades de Saúde da Família.</p> <p>A integralidade como princípio doutrinário do SUS deve considerar as necessidades específicas das crianças inserindo-as em uma rede hierarquizada da atenção em saúde com níveis crescentes de complexidade dos serviços. Assim as ações de baixa, média e alta complexidade buscam articular-se para aumentar o nível de resolutividade e de sua capacidade no atendimento às demandas. Observamos tanto nas falas dos gestores como dos profissionais a inexistência de uma rede articulada dos serviços de atenção à criança. O sistema de saúde não garante efetividade do sistema de referência e contra-referência, apresentando, portanto, problemas por não garantir continuidade do cuidado nos diversos níveis da atenção.</p>
--	--

Artigo 11	(A11)
Título	Puericultura e o cuidado de enfermagem: Percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família.
Periódico	Journal of Research Fundamental Care on line.
Ano de publicação	2013
Autores	<ol style="list-style-type: none"> 1- Susan Caroline Diniz Lima; 2- Ana Cristina Pereira de Jesus; 3- Fabiane do Amaral Gubert; 4- Thábyta Silva de Araújo; 5- Patrícia Neyva da Costa Pinheiro; 6- Neiva Francenely Cunha Vieira.
Local da realização do estudo	Estratégia de Saúde da Família do município de Imperatriz, estado do Maranhão.
Objetivo	Conhecer a percepção do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família sobre a puericultura, descrevendo as ações implementadas durante a consulta de enfermagem à criança
Método	Estudo descritivo-transversal, com abordagem qualitativa. Coleta de dados através de entrevista semi-estruturada, todas as entrevistas

	<p>foram gravadas, posteriormente, transcritas na íntegra para os procedimentos de análise.</p> <p>Para análise de dados foi utilizado o referencial da análise de conteúdo que se constitui em um conjunto de técnicas de análise da comunicação.</p>
Característica da amostra	42 enfermeiros que atuavam nas Estratégias de Saúde da Família.
Resultados	<p>Compreensões do enfermeiro da ESF sobre puericultura Os enfermeiros compreendem a puericultura como a avaliação do crescimento e desenvolvimento, que inclui procedimentos mensuráveis como o peso, a estatura e avaliação nutricional, além de ações preventivas às doenças prevalentes na infância. Verifica-se, pois, percepção ampla da puericultura, cujo enfoque baseia-se no acompanhamento integral da criança, baseado nos aspectos de promoção da saúde e prevenção de doenças.</p> <p>Embora os enfermeiros participantes demonstrem compreender a importância da avaliação do crescimento e desenvolvimento, ainda é insuficiente a concepção de que a puericultura vai além de ações puramente assistencialistas e biologicistas, uma vez que, deve priorizar a promoção da saúde infantil por meio das ações de educação em saúde, valorizando as J. res.: fundam. care. online 2013. jul./set. 5(3): 194-202 198 questões socioeconômicas e culturais particulares de cada contexto da criança. Sob este aspecto a educação em saúde é um importante instrumento de trabalho na puericultura, especialmente quando ajustada na problematização da realidade vivenciada pela criança, na busca da conscientização e na construção de usuários críticos, privilegiando o intercâmbio de saberes, em que o saber profissional e o senso comum se unam em benefício do bem estar da criança.</p> <p>Dificuldades dos enfermeiros da ESF para o cuidado em puericultura Ainda que compreendam a importância da puericultura no contexto das ações da ESF, os enfermeiros participantes deste estudo revelaram algumas dificuldades para a sua implementação, com destaque para a</p>

	<p>falta de adesão das mães no comparecimento aos agendamentos. Segundo eles devido ao fato das mães/cuidadoras desconsiderarem a importância de levar a criança saudável ao serviço de saúde.</p> <p>Dentre as dificuldades para a implementação da puericultura, os enfermeiros entrevistados também referem o cumprimento da agenda programática das suas demais atribuições profissionais no âmbito da ESF.</p> <p>Sem desconsiderar as demais atividades da ESF, torna-se essencial que o Enfermeiro reveja durante o planejamento das suas ações, horários e dias específicos a todos os grupos que necessitam de atenção, a fim de que organize as suas ações para que não sejam priorizados apenas alguns poucos grupos e as ações administrativas na UBS. Contribuições da puericultura segundo os enfermeiros da ESF Apesar de destacarem algumas dificuldades à prática da puericultura, os enfermeiros participantes do estudo percebem a sua importância e enumeram algumas contribuições à saúde das crianças na área sob sua responsabilidade.</p> <p>Desta forma, é cada vez mais necessário investir junto às famílias sobre a importância do seguimento da consulta de puericultura, descrevendo, sempre que necessário, os resultados exitosos com a manutenção da saúde da criança.</p> <p>Por serem considerados realidade nas áreas de abrangência da ESF, a violência e o abuso de crianças representam a solidificação de verdadeiras lacunas produzidas em virtude da negligência de políticas públicas, desigualdade social e cultural, pobreza, desemprego, entre outras razões. Deste modo, torna-se urgente que os profissionais da ESF contribuam para a formação e o fortalecimento de uma rede social de apoio às crianças vítimas. Enfatiza-se que, é durante a puericultura, uma oportunidade da atuação de enfermeiros capacitados para detectar e atender, direta e indiretamente a estas vítimas bem como os membros familiares da criança vitimada.</p>
--	---

Título	Atenção à saúde da criança: Prática de enfermeiros da saúde da família.
Periódico	REME – Revista Mineira de Enfermagem.
Ano de publicação	2013
Autores	1- Rosana Santana de Souza; 2- Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari; 3- Tabatha de Freitas Moreira Santos; 4- Mauren Teresa G. Mendes Tacla.
Local da realização do estudo	53 Unidades Básicas de Saúde de cinco regiões do município de Londrina, Paraná.
Objetivo	Analisar a prática de enfermeiros, bem como as facilidades e dificuldades, para a operacionalização do Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento e Crescimento da Criança na Unidade de Saúde da Família.
Método	Estudo de abordagem qualitativa. Entrevistas individuais com questões semiestruturadas e gravadas na UBS, validadas por pré-teste para responder à questão norteadora: “Conte como são realizadas as ações de atenção à Saúde da criança Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento e Crescimento da Criança nesta Unidade”.
Característica da amostra	Cinco enfermeiros coordenadores das unidades básicas de saúde.
Resultados	A construção dos resultados foi feita a partir dos aspectos essenciais dos discursos dos enfermeiros quanto à atenção à saúde da criança no Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento e Crescimento da Criança na unidade básica, que possibilitou a categorização de três temas: a) atenção à saúde da criança: concepção do planejamento familiar ao pré-natal; b) programa de atenção à saúde da criança: organização do processo de trabalho; c) consulta de enfermagem: detecção e prevenção de agravos. Atenção à saúde da criança: concepção do planejamento familiar ao pré-natal

Na atenção básica de saúde, a atuação do enfermeiro em relação à população materno-infantil inicia-se com o planejamento familiar e continua no pré-natal. E pode-se observar nos discursos a seguir que a primeira consulta do recém-nascido também tem sido aproveitada pelo enfermeiro para trabalhar a questão do planejamento familiar com as mães, contribuindo para a atenção à saúde da mulher e da criança.

Outro aspecto a ser destacado é que, apesar das estratégias e investimentos governamentais para a promoção do planejamento familiar e do desempenho dos direitos reprodutivos, de forma consciente e responsável, a gravidez na adolescência tem alcançado índices significativos e constitui-se em um problema de saúde pública. Neste trabalho, o relato das enfermeiras mostra que essa realidade também é vivenciada nas unidades e representa uma dificuldade relativa ao Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento e Crescimento da Criança, uma vez que as adolescentes demonstram pouca ou mesmo nenhuma maturidade e responsabilidade para o exercício da maternidade.

Em relação ao pré-natal, percebe-se que a enfermeira que acompanha a gestante já desenvolve ações de caráter preventivo com vistas à saúde da criança, orientando a mulher quanto aos cuidados com o bebê. Conforme os discursos a seguir, o acompanhamento nesse período facilita a construção do vínculo entre o profissional e a mãe e cria espaços para o diálogo aberto, facilitando a adesão às orientações e à continuidade da assistência após o parto.

Programa de atenção à saúde da criança: organização do processo de trabalho

No município, logo após o primeiro atendimento, ainda no primeiro mês de vida, a segunda consulta é agendada com o médico pediatra. A partir de então, os atendimentos das crianças sem risco ficam sob a responsabilidade dos auxiliares de enfermagem de cada equipe, num esquema de "adoção" da criança, até a alta do programa aos 18 meses de idade, quando também se completa o esquema vacinal mínimo

	<p>antes de completar os dois anos de vida na rede.</p> <p>Embora os atendimentos fora da classificação de risco fiquem sob responsabilidade dos auxiliares de enfermagem, os enfermeiros realizam a supervisão desses atendimentos, acompanhando o processo de trabalho da equipe na atenção à criança por meio de planilhas, cadernos e anotações em prontuários.</p> <p>Em relação à agenda dos atendimentos, as enfermeiras deste estudo afirmam realizar as consultas de crianças de sua área de abrangência mediante agendamento prévio e mantendo um dia específico na semana. Essa organização foi identificada como facilitadora na realização dos atendimentos, por proporcionar disponibilidade de horário do profissional e diminuir o tempo de espera das mães. Da mesma maneira, a escala de atendimento na qual os auxiliares de enfermagem estão inseridos também colabora para a dinâmica do serviço para a assistência à criança.</p> <p>Apesar dessa rotina, as enfermeiras não deixam de atender mães e crianças que chegam à USF por demanda espontânea ou encaminhada de outras áreas de abrangência. Por outro lado, aumenta o tempo de espera da mãe para o encaixe na agenda do enfermeiro, devido aos outros programas a serem executados.</p> <p>Quanto ao local dos atendimentos, as enfermeiras referem realizá-las em domicílio, igrejas e barracões, a fim de ficarem mais próximas da comunidade para conhecer as condições socioeconômicas e ambientais da família. Por outro lado, outra enfermeira afirma não fazê-lo na casa, pois vê neles uma prática paternalista.</p> <p>Pode-se considerar o atendimento realizado em estabelecimentos comunitários mais próximos das famílias como uma prática criativa utilizada pelas equipes para facilitar o acesso do usuário aos serviços, demonstrando uma mudança de paradigma que permeia as ações dos profissionais.</p> <p>Observa-se, a preocupação do enfermeiro em realizar o atendimento, conforme o protocolo e a organização do processo de trabalho das equipes. Tal disposição favorece a realização do primeiro</p>
--	---

	<p>atendimento, dentro do prazo preestabelecido pelo Ministério da Saúde.</p> <p>Outra estratégia de vigilância é a busca ativa das crianças faltosas, pelo agente comunitário de saúde (ACS), por meio de visitas domiciliares e entrega de comunicados enviados pela enfermeira. Além disso, em alguns casos, ainda é necessária a intervenção do Conselho Tutelar junto às mães, para garantir a corresponsabilidade quanto ao cuidado básico à criança.</p> <p>A vigilância feita pela equipe da atenção básica é dirigida às pessoas com mais vulnerabilidade e o acompanhamento sistemático em situações de risco visa à redução de agravos em saúde, executando estratégias tais como: visitas domiciliares para captação dos usuários e busca ativa daqueles que se furtam ao acompanhamento programado. Assim, a visita domiciliar realizada pelos ACS no último mês de gestação e na primeira semana de vida da criança consiste em uma ação prioritária de vigilância materno-infantil.</p> <p>Dessa forma, pode-se perceber a importância da atuação dos ACS para que haja um fluxo dinâmico de atendimento e de vigilância em saúde, por constituírem um vínculo entre o serviço e a comunidade, facilitando o desempenho das atividades do enfermeiro na equipe.</p> <p>Tanto o PACS como a ESF surgiram a fim de reestruturar os sistemas municipais de saúde, substituindo o modelo de atenção baseado na valorização do hospital e da doença por um modelo focado na promoção da saúde das famílias, na participação da comunidade e na atuação de equipes multiprofissionais em substituição ao trabalho centrado no médico. Tais características rompem com a passividade das unidades básicas de saúde, estimulando-as à prática da intersetorialidade.</p> <p>Quanto a isso, percebe-se nos discursos das enfermeiras que, além da busca pela organização do processo de trabalho voltado para o acolhimento, formação de vínculo, escuta e diálogo, o incentivo para a corresponsabilidade e a autonomia do usuário, como sujeito ativo na promoção de sua saúde, também facilita o desenvolvimento do</p>
--	--

programa na unidade.

Consulta de enfermagem: detecção e prevenção de agravos

Como destacado anteriormente, a consulta de enfermagem à criança realizada logo nos primeiros dias de vida é de fundamental importância. Ela possibilita ao enfermeiro a realização de diagnóstico precoce e a orientação mais eficaz sobre o aleitamento materno, também por ser um momento no qual a mãe se abre e fala sobre suas ansiedades em relação ao bebê e à família, viabilizando a comunicação terapêutica.

Uma das condições necessárias para o sucesso na implementação e manutenção da consulta de enfermagem é o preparo técnico e a elaboração de guias de condutas. Essa é uma realidade vivenciada pelas enfermeiras, que contam com o protocolo municipal, como referido anteriormente. Isso se torna um facilitador, garantindo ainda mais autonomia em suas ações.

Entretanto, ainda que os protocolos de atendimento facilitem a dinâmica do trabalho e concedam respaldo para as ações do enfermeiro, não se pode cometer o erro de depender de um manual, perdendo a criatividade do trabalhador na busca de soluções, diferentes das convencionais. Em relação à consulta de enfermagem, os relatos a seguir demonstram que as principais ações abordam a prevenção e promoção da saúde e a detecção precoce de problemas de saúde.

As ações de promoção da amamentação são prioritárias no acompanhamento da criança, pois para o Ministério da Saúde, a amamentação exclusiva até os seis meses e complementada com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais tem impactos positivos sobre o crescimento e desenvolvimento, prevenindo doenças na infância e idade adulta.¹ Assim, fica evidente a preocupação em reforçar orientações referentes ao aleitamento materno, sendo esta uma ação iniciada desde o pré-natal, conforme explanação anterior.

A maior dificuldade para realizar a consulta de enfermagem, detectada nos discursos a seguir, é a forte influência da cultura, das

	<p>crenças e dos mitos familiares que, muitas vezes, impedem a adesão às orientações dos profissionais do serviço.</p> <p>A consulta de enfermagem também pode ser realizada durante a visita domiciliar, compreendendo o contexto no qual se insere a criança. Essa estratégia é uma ferramenta importante na ESF utilizada pelas enfermeiras deste estudo, conforme referido anteriormente. Ela possibilita ao profissional conhecer as condições reais de vida e saúde das famílias, as concepções que têm acerca do processo de adoecer, seus hábitos e as estratégias que usam para prevenir e tratar doenças.</p> <p>As informações levantadas no domicílio favorecem o planejamento das ações desenvolvidas pelo enfermeiro e equipe, pois é possível adequar as orientações à realidade da família e trabalhar com as diferenças e particularidades de cada uma, ainda que encontrando dificuldades no trabalho com as diferenças e em adequar as orientações à realidade das famílias. Isso porque as condições socioeconômicas da população são precárias e os recursos para o cuidado à saúde e atendimento das necessidades básicas são escassos.</p> <p>Nessa perspectiva, também é necessário elaborar e implementar políticas públicas saudáveis em todos os setores sociais, reconhecendo a sua complexidade e intersectorialidade e a influência que exercem sobre a saúde, criando ambientes que favoreçam aspectos legalmente instituídos, como trabalho, lazer, lar e escola.</p>
--	---

Artigo 13	(A13)
Título	Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família.
Periódico	Revista Brasileira de Enfermagem – Reben
Ano de publicação	2011
Autores	<ol style="list-style-type: none"> 1- Wesley Dantas de Assis; 2- Neusa Collet; 3- Altamira Pereira da Silva Reichert; 4- Lenilde Duarte de Sá.

Local da realização do estudo	Três unidades de saúde da família de um município do interior do Estado da Paraíba.
Objetivo	Analisar o processo de trabalho da enfermeira que desenvolve ações de puericultura em Unidades de Saúde da Família; aprender a dinâmica do trabalho da enfermeira nessas ações; analisar como o modo de organização do processo de trabalho desta influencia o desenvolvimento das ações de puericultura na atenção à saúde da criança.
Método	Pesquisa de abordagem qualitativa. Para a produção do material empírico utilizamos as técnicas de observação e entrevista. Observação participante como técnica nuclear, orientada por um roteiro previamente elaborada, tendo em vista a finalidade de apreender cotidiano do trabalho da enfermeira em puericultura em cada lócus específico (USF). Os dados foram analisados a partir dos princípios da análise temática de acordo com os seguintes passos: ordenação dos dados; classificação dos dados e análise final.
Característica da amostra	Três enfermeiras que atuavam na USF do município.
Resultados	<p>Dinâmica do processo de trabalho em puericultura</p> <p>O trabalho da ESF, quando assumido de forma integral e resolutiva, torna-se uma ação complexa, pois exige dos profissionais um arsenal de atributos e recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos, além de um processo de trabalho que objetive a qualidade das ações desenvolvidas. Esse processo se desenvolve mediante as várias atividades realizadas por profissionais da saúde que compartilham o mesmo ambiente físico e disponibilidade de recursos materiais. As ações desempenhadas pelos mesmos, embora sejam distintas, caracterizam-se por grande interdependência e complementaridade entre todos os membros da equipe de saúde.</p> <p>A maioria das ações de saúde promovidas pelas enfermeiras não conta com a participação dos usuários. A organização do trabalho das equipes permanece, ainda, centrada em procedimentos, com uma</p>

oferta de assistência baseada na doença e na dimensão biológica do adoecer das crianças, inviabilizando a construção da abordagem centrada no usuário, por meio da clínica ampliada.

Durante o processo de observação identificou-se que as enfermeiras das três USFs não realizam a consulta de puericultura conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. As consultas são pautadas nas queixas apresentadas pela família e sinais e sintomas das crianças e sem agendamento, pois as crianças são atendidas de acordo com a demanda diária, livre demanda, sem dia específico da semana para puericultura.

Ao serem questionadas acerca de como as mães ficavam sabendo quando deveriam voltar à unidade para a próxima consulta do filho, as enfermeiras afirmavam que as mães já sabiam que tinham que voltar. Esse modo de organizar o trabalho tem gerado uma cultura de busca de atendimento nos serviços de saúde a partir de algum agravo instalado. Esse é um dos aspectos limitante na atenção à saúde das crianças na USF e que contraria a perspectiva de um modelo de atenção que promova a saúde e não seja centrado na doença.

É comum as enfermeiras justificar a não realização do acompanhamento da criança sadia, associando a superposição de atividades realizadas no PSF.

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, os auxiliares de enfermagem são responsáveis pela imunização e a enfermeira pela consulta de enfermagem. Porém, não foram identificadas ações que atendam às necessidades singulares das crianças em seu processo de crescimento e desenvolvimento, objetivo da prática de puericultura. Além disso, as relações entre os profissionais são pautadas pelo trabalho em equipe do tipo agrupamento. Nesse modo de produzir o cuidado não existe complementaridade objetiva, mas há autonomia e independência da

perspectiva do projeto assistencial, portanto, autonomia técnica plena dos agentes, ou seja, cada profissional desenvolve atividades isoladas, de acordo com seu conhecimento técnico específico, não havendo um projeto terapêutico coletivo, interdisciplinar, tão buscado pela ESF.

Os resultados apontam para a necessidade de reorientação das práticas nas ações de puericultura que sejam pautadas pela construção de uma nova subjetividade de promoção da saúde. Elas devem determinar uma relação, que se dará efetivamente entre sujeitos, na qual tanto o profissional quanto os usuários podem ser produtores do cuidado em saúde.

No cotidiano do trabalho observado nas UFS, as crianças com alguma doença são atendidas pela enfermeira que, após uma anamnese rápida, prescreve um medicamento e solicita à mãe que retorne caso a criança não melhore. Mesmo afirmando que fazem puericultura rotineiramente, durante o período de observação identificou-se que as consultas de enfermagem foram baseadas exclusivamente nas queixas apresentadas pelas crianças e/ou responsáveis, conforme apontado.

As consultas foram realizadas no modelo tradicional: a criança ou o responsável vem com uma queixa (foco da assistência baseado em doença) e recebe a prescrição de uma conduta ou medicamento. Em um estudo realizado com 12 municípios pioneiros de implantação da ESF, os resultados revelam que os usuários procuram os serviços básicos de saúde com a intenção de resolver seu problema naquele momento, denotando uma assistência baseada na doença e nas suas formas medicamentosas de tratá-la⁽¹³⁾. Assim, urge que as enfermeiras incorporem a sua racionalidade técnica a perspectiva de atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença, o que implica trabalhar não apenas com a intervenção sobre os agravos, mas tomando como fio condutor da organização do seu processo de trabalho a promoção da saúde.

Em todos os atendimentos observados durante a observação nas USFs, não se detectou ações específicas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças assistidas. Ou seja, as

enfermeiras desenvolveram ações exclusivamente curativas, mesmo quando as mães salientaram a importância do acompanhamento mensal do seu filho:

Atividades como verificação e registro das medidas antropométricas no cartão da criança têm sido delegadas pelas enfermeiras aos agentes comunitários de saúde (ACS). Contudo, ao conferir o peso no cartão da criança, a enfermeira não o faz objetivando o acompanhamento da evolução do peso, mas esta atividade restringe-se a uma conferência do dado registrado no cartão, cuja finalidade é estabelecer a dosagem da medicação a ser prescrita. Com isso, a enfermeira perde o significado do registro do peso para o acompanhamento do crescimento da criança, realizando uma clínica empobrecida que se limita a ações curativas.

Diante dessa realidade, percebe-se a necessidade de alterar muito mais do que estruturas; deve-se modificar as referências epistemológicas, sendo necessário destruir o núcleo duro de comportamentos estereotipados, estruturados há anos em uma comunidade e banalizados pelos profissionais de saúde que atuam alheios à definição de um modelo de atenção à saúde em defesa da vida. Ao pautar o atendimento às crianças nos sinais e sintomas, em detrimento da produção do cuidado ampliado, podemos afirmar que as ações ora desenvolvidas em saúde da criança, no município em estudo, não se configuram em ações de puericultura.

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.

Para a realização da puericultura, alguns instrumentos e equipamentos como balança e régua antropométrica são necessários, a fim de aferir o crescimento da criança. Contudo, em nenhuma das USFs estudadas, esses instrumentos não foram utilizados pelas enfermeiras durante

suas consultas às crianças, apesar de estarem disponíveis. O acompanhamento do desenvolvimento das crianças tampouco fez parte da avaliação feita pelas enfermeiras. Nesse sentido, as ações desenvolvidas têm como foco a orientação às mães e/ou responsáveis sobre alterações percebidas

Condutas como essa não permitem a realização de ações preventivas, além de não ter eficácia quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

No atendimento às crianças não foram utilizadas as tecnologias leves, uma vez que foi comum a ausência de relações de interação, co-participação e produção de subjetividade entre os usuários e a enfermeira, impossibilitando uma participação conjunta dos usuários. Os diálogos entre usuários e profissionais foram escassos, restringindo-se, na maioria das vezes, às solicitações de procedimento de enfermagem. Para um modelo assistencial centrado no usuário (criança), propõe-se um processo de trabalho multiprofissional e pautado no uso de tecnologias leves para uma produção do cuidado caracterizada pelas ações de acolhimento, vínculo, autonomização e resolução dos problemas.

Ao buscar assistência na USF, uma parcela de usuários não teve sua necessidade de escuta atendida, pois as enfermeiras frequentemente apresentavam orientações prévias, antes mesmo de abrir espaço para que as mães explicitassem o motivo de sua ida ao serviço de saúde. Durante as observações identificou-se que as enfermeiras quase não mantiveram diálogo com o acompanhante da criança.

Após a criança ser vacinada, a mãe perguntou à enfermeira se ela não iria avaliar o estado da criança, já que a mesma estava gripada e com febre. A enfermeira, então, solicitou à mãe para aguardar que mais tarde ela resolveria esse problema. Esse comportamento se repetiu em todas as USFs em estudo, revelando que as enfermeiras encontram-se distantes das mães que buscam assistência à saúde de seus filhos. Tal fato demonstra a falta de preparo e sensibilidade dos profissionais em escutar atentamente às necessidades singulares daqueles que buscam

um atendimento nos serviços de saúde. Na perspectiva do cuidado integral às crianças é indispensável que as enfermeiras tenham mais sensibilidade, escutem o outro, saibam o que ele pensa, por meio de atitudes que não sejam distantes e impessoais.

Quando se trata do cuidado à criança, nessa busca de fusão de horizontes deverá se fazer uso de um recurso aparentemente simples, mas pouco utilizado, que é um perguntar efetivamente interessado no outro e a escuta atenta e desarmada frente à alteridade encontrada. Perguntas simples aos familiares, como por exemplo: *como você acha que seu filho está evoluindo?* são úteis tanto para investigar a percepção quanto à saúde da criança, como para manter um canal aberto de comunicação com a família.

Os dados obtidos nesta pesquisa revelam que as ações em saúde da criança não contemplam a perspectiva da promoção da saúde, mas tem como fio condutor, uma assistência fundamentada na queixa-conduta. Ações dessa natureza não correspondem ao preconizado pelo MS para a prática do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil no âmbito da ESF, pois não permitem fluir, no encontro do cuidado, as necessidades singulares das crianças em seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Considerando que a prática da puericultura requer da enfermagem acompanhamento contínuo e flexível de cada criança cadastrada em sua área de abrangência, o seu enfrentamento exige da equipe além de tempo disponível, reorientação das práticas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, e mais, empenho e participação da gestão, na tentativa de reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde. A perspectiva da promoção da saúde deve ser entendida como transversal no modo de organização da atenção à saúde da criança.

Entraves à prática da puericultura

Identificou-se inúmeros fatores que dificultam a prática da puericultura pela enfermeira, principalmente em relação ao modo de organização do processo de trabalho. Em todas as USF pesquisadas,

ela é responsável pelas atividades de planejamento e administração da equipe de saúde, inclusive, pela supervisão dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem de nível médio. Devido a essa carga de atividades, as ações burocráticas se sobrepõem às de assistência. Somando-se a isso, temos a falta de articulação entre os profissionais da equipe de saúde; falta de recursos humanos; deficiência nos serviços de referência e contra-referência, sobrecarga de atendimentos para a enfermeira, em virtude da falta constante de médico nos locais de trabalho. A literatura é contundente quanto a esse aspecto, ao enfatizar que além da coordenação, a enfermeira, em geral, responsabiliza-se atividades administrativas da equipe, assumindo uma postura de elo entre a equipe de saúde e a Secretaria Municipal de Saúde

Outro aspecto que dificulta o trabalho da enfermeira no município em estudo está relacionado à rotatividade de profissionais médicos, esse problema pode estar contribuindo para obstaculizar a produção de um cuidado de qualidade nos serviços de saúde, visto que influencia diretamente o processo de organização de toda a equipe de saúde.

Por meio do relato abaixo é possível compreender que apesar de muitos profissionais desejarem atuar na perspectiva da promoção da saúde, função intrínseca a todos os profissionais que trabalham na atenção básica, muitas vezes, os mesmos realizam

Os avanços e retrocessos resultantes do confronto dos componentes teórico-conceituais e político-ideológicos do projeto reformista com a realidade das restrições e condicionantes à implementação de políticas públicas, ressaltam a existência de um expressivo conjunto de conflitos fundamentais. Estes encontram expressão real na trajetória das políticas de saúde e, entre os problemas identificados na avaliação da ESF, estão os relacionados diretamente com a capacidade de adequação dos trabalhadores de saúde às novas propostas de modelo assistencial. Entre eles assinala-se a baixa capacidade das instituições formadoras de profissionais, no sentido de prover a adequação necessária aos processos de formação para viabilidade da ESF em

consonância com os princípios e diretrizes do SUS e do Pacto pela Saúde.

A área de recursos humanos ocupa a temática estratégica da discussão da política de saúde há pelo menos três décadas. Porém, a introdução de modalidades diferenciadas da relação do Estado com prestação de serviços e a implantação de novos modelos assistenciais experimentada, por exemplo, em propostas como a ESF, contingenciam questões conhecidas e não resolvidas. A mudança da prática da puericultura centrada em procedimentos implica enfrentar o desafio de construir sujeitos competentes tecnicamente, comprometidos com o SUS e sensibilizados para promover a escuta qualificada e a relação dialógica com a população.

Um outro fator que impede ou dificulta a prática de puericultura por parte das enfermeiras é que os encaminhamentos de usuários pelos funcionários da recepção das equipes foram ditados pela organização prescritiva do trabalho e não pelas necessidades singulares dos mesmos. Um ponto comum entre os três locais de trabalhos incluídos neste estudo foi a triagem de mães e crianças para o atendimento com o médico ou com a enfermeira. Tal atividade é baseada na demanda diária de cada profissional ou de acordo com a vontade das pessoas que atuam nas recepções das Unidades, e não no conhecimento das necessidades específicas daquela criança ou da importância da puericultura para promover o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Um aspecto comum observado foi o fato de crianças serem atendidas pela médica e em seguida sair do serviço de saúde sem passar pela enfermeira. Inúmeras vezes presenciou-se várias crianças à espera de atendimento, no entanto, poucas dessas foram encaminhadas para a enfermeira, para a realização da puericultura, mesmo quando esta estava disponível naquele momento.

Para exemplificar uma das situações observadas na entrada de uma USF, citamos o caso de uma mãe que chegou dizendo que a filha se encontrava com febre e vomitando. A recepcionista pediu para a mãe

retornar no dia seguinte, já que ainda havia muitas pessoas para serem atendidas pelo médico naquele momento. Na frente da recepcionista estava a enfermeira. No entanto, nem a funcionária encaminhou a criança para essa enfermeira, nem esta se disponibilizou a realizar o atendimento. Foi necessário a intervenção do pesquisador para que a criança fosse atendida pela enfermeira em vez de voltar no dia seguinte.

O depoimento acima comprova que os profissionais que atuam na recepção e as próprias enfermeiras já estão acostumadas com uma rotina que banaliza o descuido. Segundo esses profissionais a exceção ocorre quando a criança tem alguma vacina a ser realizada pela equipe de enfermagem, ou o seu responsável fala que gostaria de ser atendido por determinado profissional.

As rotinas administrativas acabam por direcionar o usuário para o médico, sem que haja um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança pela enfermeira, diferentemente das recomendações da ESF. No processo de trabalho, aspectos dessa natureza apontam a defasagem entre a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real.

A não realização desses atendimentos constitui-se em oportunidades perdidas pelas enfermeiras que se refletirão na saúde das crianças de suas áreas de abrangência. Existem poucos estudos na literatura que abordam os problemas decorrentes da não realização da puericultura pelas equipes de saúde da família. Portanto, faz-se necessária a realização de novos estudos que investiguem esta questão.

Outro ponto a ser destacado ainda em relação aos encaminhamentos dos usuários para o médico ou enfermeira pelo pessoal da recepção é o fato de os trabalhadores de saúde relatarem que a população ainda não está preparada sobre o real papel da ESF.

Uma enfermeira relatou que além de a população ainda não ter conhecimento sobre o processo de trabalho que envolve a ESF, muitos dos trabalhadores não o conhecem, visto que ainda possuem uma visão dicotômica entre promoção e assistência à saúde da

	<p>população.</p> <p>A organização do processo de trabalho das USFs parece não promover suficientemente vínculo, acolhimento e responsabilização com os usuários que procuram atendimento de saúde. Ficou evidente, ao longo da pesquisa, que nenhuma USF promove o vínculo e o acolhimento como estratégias para promoção da saúde da criança.</p> <p>Neste trabalho não se observou, a criação de vínculos entre equipe de enfermagem e as crianças/famílias que foram às USFs. Na prática das enfermeiras prevaleceu a concepção do agir em saúde a partir da intervenção sobre a doença, conforme os protocolos e normas institucionalizadas pelas políticas públicas de saúde, e não a do agir com a participação e co-responsabilidade entre população e equipe de saúde. Entretanto, o conjunto de ações preconizadas pelo Ministério da Saúde desloca o enfoque da doença para uma modalidade de atenção que contemple a criança no seu processo de desenvolvimento e crescimento, além de propor a garantia da extensão de cobertura de atenção básica com capacidade resolutive.</p> <p>A ESF deveria funcionar como um mecanismo favorável à abertura de espaços para a promoção de vínculo, acolhimento e responsabilização. O desafio constitui-se em romper com a lógica do modelo de assistência hegemônico e realizar ações nas quais profissionais de saúde e comunidade participem, possibilitando uma recomposição do trabalho voltado para a integralidade e qualidade da assistência à saúde da criança.</p>
--	---

Artigo 14	(A14)
Título	Puericultura: Percepções de mães atendidas em unidade básica de saúde em Sobral, Ceará, Brasil
Periódico	Revista de Enfermagem UFPE On line.
Ano de publicação	2010
Autores	1- Leia Maria Vasconcelos; 2- Izabelle Mont'alverne Napoleão Albuquerque;

	<p>3- Roberlandia Evangelista Lopes;</p> <p>4- Crhistine Viana Oliveira;</p> <p>5- Neiva Francenely Cunha Vieira;</p> <p>6- Fabiane do Amaral Gubert.</p>
Local da realização do estudo	Unidade Básica de Saúde do distrito de Aracatiagu, em Sobral-Ceará.
Objetivo	Conhecer a percepção das mães de crianças que realizam as consultas de puericultura em um centro de saúde de zona rural em Sobral/Ceará.
Método	Pesquisa exploratório descritiva com abordagem qualitativa. Informações foram coletadas a partir de uma estrutura semi-estruturada. Para organização e análise das informações, foram transcritas as entrevistas na íntegra.
Característica da amostra	18 mães de crianças na faixa etária zero a dois anos.
Resultados	<p>Opinião em relação aos profissionais que realizam as consultas</p> <p>A faixa etária das mães variou de 18 a 38 anos de idade; houve predomínio de mães com ensino fundamental incompleto; e em sua maioria eram casadas e/ou em união estável e cerca de dois filhos. Nessa categoria, as mães se mostraram satisfeitas com o atendimento recebido na Unidade de Saúde.</p> <p>Essa conquista surge mediante aprimoramento das atividades profissionais e aplicação dos Princípios Norteadores do Cuidado na Saúde da Criança, em especial ao acolhimento, o qual visa receber toda criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada, estabelecendo uma relação cidadã e humanizada, definindo o encaminhamento mais adequado para a resolução das demandas identificadas.</p> <p>Não poderíamos deixar de citar 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</p>

assistência.

Todos esses eixos têm contribuído para promover saúde. Sabemos das particularidades das crianças e de quanto o contexto social é determinante para o estilo de vida adotado na vida adulta. Mediante isso acreditamos a construção de hábitos saudáveis durante a infância e para tal tarefa é fundamental a participação das mães nesse processo.

Entendimento das mães sobre as orientações

Nesta categoria procurou-se compreender se as mães entendem as orientações repassadas e se colocam em prática durante as orientações recebidas pelos profissionais nas consultas de puericultura. Por ser um tema abrangente, emergiram as seguintes subcategorias: Orientação sobre alimentação, e outras orientações, fato que contempla os objetivos do estudo. Algumas mães declararam que entendem todas as orientações recebidas pelo profissional e a põem em prática quando chegam a sua casa. Elas são as que possuem maior grau de instrução. Para que isso aconteça é necessário que ocorra uma criação de vínculo com a mãe e profissional de saúde. Esta deve sentir-se parte do processo de construção e manutenção da saúde de seu filho.

Durante a consulta de enfermagem ocorre uma interação face a face entre as pessoas. O enfermeiro e o cliente estabelecem e mantêm uma relação definida por percepções mútuas e, havendo educação em saúde, certamente, as mães terão maior entendimento e motivação para realizar aquilo que foi recomendado nas consultas pelo profissional de saúde. Outro grupo de mães expressou que nem sempre entendem o que é dito nas consultas, mas que à medida do possível procuram seguir as orientações recebidas.

Não podemos negar que o grau de instrução das mães interfere no seu entendimento. Obviamente que quanto mais instruída, maior será o seu entendimento. E nós, como profissionais, precisamos conhecer a realidade de cada mãe e adequar a elas nossas orientações, nossa linguagem, buscando instrumentos capazes de refletir uma boa comunicação. Um aspecto importante no processo de comunicação é

o tipo de linguagem utilizada, por exemplo, a linguagem não-verbal, que não se faz só com a palavra falada, mas também através de sinais e expressão corporal. No entanto, algumas mães confessaram que, mesmo entendendo tudo o que lhe é dito na consulta, elas não seguem em casa essas orientações. Podemos observar que ambas se justificam, e colocam na criança, o motivo de não seguirem as orientações recebidas no posto. Precisamos fazer com que essas mães percebam que a responsável pelo cuidado dos filhos são elas. Durante a consulta, o processo de comunicação, além de se fazer entender, é preciso que nossas orientações sejam incorporadas e passem a ser executadas na prática diária de cada mãe. Infelizmente, muitas mães não tiveram a oportunidade de estudo, tendo uma dificuldade maior em entender aquilo que é dito nas consultas.

É necessário percebermos quando nossas informações não estão chegando de forma compreensível às mães. Devemos adequar nossa linguagem a realidade existente a fim de alcançarmos resultados favoráveis. Durante o processo de comunicação poderá ocorrer que: as pessoas ouvem, mas não compreendem; ouvem e pensam que compreendem, não executando as orientações de maneira certa ou transmitindo a outrem de maneira errada; ouvem e compreendem, mas não ficam convencidas e não modificam seus hábitos. Dessa maneira a comunicação será considerada ineficaz.

Orientação sobre alimentação

Dentre as orientações mais recebidas pelas mães, elas citaram a alimentação, dando ênfase a amamentação e a introdução de novos alimentos na dieta da criança. Sabemos que os órgãos da saúde orientam o incentivo ao aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida da criança, por ser a alimentação ideal para essa fase, indispensável à saúde da criança. O leite humano é indicado como o alimento ideal para a criança nos seus primeiros meses de vida devido aos seus benefícios.

As mães também comentam sobre a introdução de novos alimentos para a criança, tema que segundo elas é o mais enfatizado pelo

	<p>profissional de saúde além dos cuidados com a higiene. O profissional da saúde deve estar perto e orientando sobre as fases de alimentação da criança, estando preparado para tirar as dúvidas e inseguranças, motivar e apresentar propostas para resolver os problemas. Muitas mães, além de citarem orientações sobre alimentação, também referiram orientações sobre cuidados da criança. A puericultura é efetiva quando há o compromisso social de cuidar, educar e apoiar as mães e respectivas famílias, o profissional está capacitado a fornecer orientações que poderão nortear o cuidado da mãe com a criança.</p>
--	---

Artigo 15	(A15)
Título	O acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária
Periódico	Revista Brasileira de Enfermagem
Ano de publicação	2014
Autores	1- Rosane Meire Munhak da Silva; 2- Cláudia Silveira Viera.
Local da realização do estudo	Cascável-Paraná
Objetivo	Identificar o atributo acesso da atenção primária para a resolução dos problemas de saúde de crianças menores de um ano a partir dos relatos de pais e cuidadores
Método	Utilizou-se nesta pesquisa a abordagem qualitativa, com base no referencial metodológico da hermenêutica-dialética
Característica da amostra	A população para o estudo se compôs de famílias de crianças menores de um ano atendidas em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de Cascavel-PR no ano de 2010, dentre estas, 16 participaram da pesquisa. A seleção dos sujeitos aconteceu de maneira aleatória a partir da amostra sistemática do banco de dados do projeto bicêntrico desenvolvido pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná e pela Universidade Federal de Santa Maria.

	<p>A coleta de dados foi dividida em três fases, na seguinte ordem: inquérito domiciliar, Mapas Falantes (MF) e entrevista semiestruturada.</p>
Resultados	<p>Aconselhamento familiar ao buscar atenção à saúde da criança</p> <p>Muitas mães se consideram despreparadas no adoecer do filho, para tanto, ao buscar atenção à criança, o aconselhamento familiar torna-se bastante valorizado. Contudo, em determinadas situações, a decisão tomada mediante este aconselhamento não representa o cuidado preferencial para à saúde da criança naquele momento. Dessa forma, ao buscar o cuidado, as famílias partem para uma porta não prioritária aos serviços de saúde, conduzindo-se diretamente a serviços de urgência e emergência.</p> <p>Ausência de acolhimento ao primeiro contato</p> <p>Acolher as pessoas que necessitam significa prestar um atendimento de forma educada, humanizada, ética e resolutiva. Na presente pesquisa houve um cuidador que relatou sentir-se acolhido pelo serviço de APS. Embora tenha se observado serviços que acolham seus usuários, pode-se perceber neste estudo a excedência de serviços que deixam de acolher as crianças e suas famílias no adoecimento.</p> <p>Salienta-se que as famílias apresentam um outro olhar para esta recepção nos serviços de saúde e compreendem a importância de serem acolhidas pela equipe interdisciplinar. Inclusive, percebem que para serem acolhidas, este atendimento não precisa resultar em consultas médicas, mas em um diálogo ou escuta, pois na concepção dos cuidadores isto seria o suficiente, muitas vezes, para resolver o problema que os afligem em relação à suas crianças.</p> <p>Presença de classificação de risco para atenção à saúde da criança</p> <p>A classificação de risco é um processo que dinamiza o atendimento às pessoas que necessitam de atenção imediata. Em inúmeros momentos neste estudo emergiram a questão classificação de risco, percebida pelos cuidadores principalmente mediante a priorização de atendimento as crianças que apresentavam hipertermia.</p> <p>Contudo, percebeu-se a deficiência de alguns serviços em relação à</p>

temática, pois de acordo com o relato de um cuidador, mesmo no momento em que a criança apresentou dificuldades para respirar, esta não recebeu o atendimento imediato que necessitava por não estar hipertérmica.

Dessa forma, para alguns cuidadores a classificação de risco é deficiente, uma vez que, considera apenas o estado febril para agilizar o atendimento. Inclusive, estes cuidadores relatam que buscam atenção à saúde quando as crianças estão hipertérmicas, pois o atendimento será moroso nas demais situações em unidades de urgência e emergência, ou mesmo impedido nas UBS.

Ressalta-se que nos momentos em que as famílias não conseguem o atendimento procurado nas unidades de APS pelo fato da criança não apresentar hipertermia, os profissionais de saúde que as atendem sugerem que busquem serviços de pronto-atendimento. Contudo, as famílias não recebem qualquer tipo de encaminhamento, tampouco o serviço de transporte sanitário.

Barreiras que impedem o acesso à atenção à saúde

Garantir acesso aos serviços de saúde ainda representa um constante desafio ao sistema de saúde brasileiro, mesmo após a Constituição de 1988. No Brasil, é possível encontrar inúmeras barreiras para o acesso, decorrente da expressiva diversidade regional e desigualdade social. Neste estudo evidenciaram-se barreiras geográficas e funcionais. Salienta-se que a barreira geográfica citada teve como pano de fundo barreiras funcionais, levando a família a buscar outro serviço para melhor atendê-la. Dessa forma, ao buscar atenção à saúde da criança em outra região do município, este cuidador deparou-se com dificuldades para se locomover neste trajeto distante.

Vale ressaltar que, o serviço de APS que a família optou por não frequentar refere-se a uma USF. O argumento apresentado relacionou-se a dificuldade para se conseguir atendimento curativo, bem como, dificuldades para o acesso aos programas de prevenção de doenças, como é o caso do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

No entanto, o relato a seguir de um cuidador que frequenta uma UBS

	<p>contrapõe-se ao anterior que se referia a uma USF.</p> <p>As barreiras funcionais, relativas à organização e disponibilização dos serviços de saúde, apresentaram as maiores lacunas em relação ao atributo acesso. Na presente pesquisa, estas foram aduzidas principalmente pela forma como organizam os agendamentos de consultas, pois no momento em que as famílias procuraram, dificilmente conseguiram atendimento em serviços de APS devido aos agendamentos, necessitando buscar atenção em serviços de pronto atendimento.</p> <p>No tocante aos agravos à saúde do filho, muitos cuidadores, diante de barreiras para o acesso aos serviços públicos, procuraram serviços privados em busca de resolutividade ao problema de saúde apresentado.</p> <p>A realização de consultas vinculadas a uma cota pré-estabelecida por profissional caracterizada por “fichas” (grifo nosso), também foi elencada pelos cuidadores como um problema para o acesso ao atendimento à saúde da criança.</p> <p>Somado a dinâmica de agendamentos e distribuição de cotas para consultas, outro problema evidenciado pelas famílias relacionou-se aos horários e dias de atendimento dos serviços de APS, seja para consultas imediatas ou para acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento infantil.</p> <p>Emerge ainda nos relatos que se a criança for acompanhada pelas consultas preventivas e de promoção da saúde, o acesso à consulta médica torna-se mais simples e eficiente.</p> <p>A falta de profissionais para atendimento às crianças também foi descrito pelas famílias como um agravante ao acesso.</p> <p>Ressalta-se que estas barreiras que impedem ao acesso não se resumem apenas a consultas médicas, mas ao atendimento a todos profissionais da equipe multidisciplinar.</p> <p>Por fim em relação a barreiras, os cuidadores compreendem que, muitas vezes o acesso aos serviços de APS fica prejudicado devido à alta demanda de pessoas que buscam atendimento</p>
--	--

Artigo 16	(A16)
Título	Visita domiciliária: tecnologia de cuidado utilizada pelo enfermeiro na defesa da saúde da criança
Periódico	
Ano de publicação	2015
Autores	1- Raquel Dully Andrade; 2- Jaqueline Silva Santos; 3- Maria Ambrosina Cardoso Maia; 4- Marta Angélica Iossi Silva; 5- Maria de La Ó Ramallo Veríssimo; 6- Débora Falleiros de Mello.
Local da realização do estudo	A pesquisa foi realizada nas USF do município de Passos-MG.
Objetivo	Objetivou identificar elementos do cuidado em favor da infância na visita domiciliária, a partir de narrativas de enfermeiros, na perspectiva do cuidado e da defesa do direito à saúde da criança.
Método	Estudo exploratório com análise qualitativa dos dados, fundamentado no cuidado, compreendido como uma interação entre os sujeitos, buscando uma atenção à saúde de base dialógica. Todo o material foi digitado e organizado em arquivos individuais. A coleta de dados foi realizada em 2012, por meio de entrevistas semiestruturadas e gravadas, dando estímulo aos relatos de forma livre, 12 com duração por volta de 40 a 80 minutos, permitindo que narrassem sobre o cuidado da criança e sua família, com ênfase na defesa da saúde da criança, no contexto da VD.
Característica da amostra	Enfermeiros que atuam em unidades de saúde da família (USF).
Resultados	Observação e intervenção para o cuidado da criança em casa A VD configura-se, na concepção dos enfermeiros, como um momento propício para a vigilância à saúde, pois possibilita observação e avaliação não somente das condições da criança, mas de

sua situação de vida, da identificação de vulnerabilidades e realização de orientações preventivas, solicitação da atuação de outros profissionais e serviços, bem como proporcionar comunicação entre a equipe.

Quando a família não utiliza com regularidade os serviços de saúde, torna-se ainda mais importante a atitude de vigilância e de proteção da saúde infantil por parte dos profissionais.

Contudo, o reconhecimento das condições de vida da criança possibilitado pela VD, especialmente das famílias que comparecem pouco ao serviço, gera demandas adicionais de busca a outros recursos que são necessários para garantir os direitos da criança.

A VD institucionalizada é introjetada pelo profissional e a ele refere autonomia para estar mais próximo e atuar nos domicílios. A permanência do enfermeiro na área de abrangência é também um fator facilitador para conhecer e ter proximidade das famílias.

A VD também é vista como uma boa resposta do serviço a uma demanda previsível de cuidado, como a necessidade de atenção e apoio à nutriz na amamentação, ação esta articulada a outras, como o pré-natal, na direção de um cuidado longitudinal e integral.

A visita no período do puerpério configurouse como importante espaço de cuidado à criança e à mulher, com extensão à família. Destacou-se o apoio à mãe-mulher, na compreensão do período pós-parto, como um momento de sensibilidade emocional e complexidade familiar.

Há situações em que as decisões maternas são difíceis de serem aceitas pelos profissionais, como casos em que a mãe se recusa a amamentar, a despeito de não ter recursos para alimentar bem sua criança de outra forma. Isso exige dos profissionais que realizam a VD um posicionamento mais sensível, sem emissão de juízo de valor, uma melhor compreensão da complexidade e singularidade que envolve cada binômio mãe-filho e sua família, além de providências para que os direitos da criança sejam garantidos de alguma forma.

A VD tem sido um momento destinado a observar e avaliar questões

culturais e atuais, impactadas pela realidade social, assim como tem possibilitado identificar tendências à maior vulnerabilidade em relação à qualidade da alimentação na infância. Os profissionais alegam que, atualmente, mães e pais dedicam menos tempo a seus lares. Apontam também que os cuidados para com a alimentação têm influência da mídia e de um consumo de alimentos de fácil e rápido preparo em detrimento ao natural e saudável.

Para garantir o direito da criança, é imprescindível caracterizar as causas das dificuldades da família em prover o cuidado adequado a ela e direcionar ações compatíveis, o que é favorecido com a VD.

Apreensão de situações de violação de direitos

A VD é valorizada pelos enfermeiros e vista como uma forma de promover a garantia dos direitos da criança, com possibilidade de identificar situações de vulnerabilidade. Um dos aspectos de vulnerabilidade destacado, decorre das mudanças sociais e funcionamento das famílias, e nem sempre são acompanhadas de medidas compatíveis ao cuidado cotidiano das crianças, o que gera preocupação aos profissionais.

Na VD é possível não somente detectar situações de negligência e suas consequências, como também prover cuidados adequados à criança. Em uma situação de ferimento infantil grave, o procedimento de curativo domiciliar pode favorecer um maior conforto numa situação já traumática e dolorosa, resultando em maior humanização do atendimento realizado no espaço particular da criança, por meio de VD.

A VD tem sido uma prática para investigar casos de possíveis maus-tratos à criança. Contudo, o enfermeiro percebe um limite nessa ação, uma vez que pode haver ocultação do comportamento danoso pela própria família.

A VD tem um grande potencial de descortinar para os profissionais, indícios de situações de vulnerabilidade da criança e violação de direitos, que precisam ser confirmadas. Tais situações geram angústia aos profissionais que se veem responsáveis por atuar em defesa da

	<p>criança.</p> <p>O entendimento de que a criança é um ser extremamente vulnerável e frágil na sua autoadvocacia, mostra que a ampliação da compreensão de situações de violação de direitos vivenciadas pela criança, assim como o exercício da defesa, configura-se como desafios relevantes para os profissionais de saúde.</p> <p>Vulnerabilidades na infância com pais usuários de álcool e outras drogas</p> <p>Situações de dependência química dos pais, que repercutem negativamente na saúde e na qualidade de vida das crianças, são apontadas como limitantes às ações de proteção à criança. As circunstâncias relatadas retratam dificuldades familiares, em que coexiste o uso de drogas com outras problemáticas, as quais interferem na saúde e no bem estar da criança, colocando-a em situação de vulnerabilidade, além do que se mostra comprometido o potencial de parceria com essa família. Esse quadro torna o cuidado complexo e a VD de extrema importância.</p> <p>Assim, o enfermeiro depara-se com casos em que a família não só é incapaz de prover segurança à criança, como é fonte de alto risco à sua integridade. Nessas situações, a defesa da criança demanda ações de outros setores, como a justiça e a assistência social, com intervenções que estão fora do âmbito de ação exclusiva da saúde.</p> <p>As consequências de dependência química em detrimento à qualidade de vida dos filhos foram apontadas, e contribuem para que a criança fique exposta às situações de vulnerabilidade de difícil resolução.</p> <p>As narrativas destacam aspectos emocionais e sociais complexos e evidenciam a criança em um contexto de fragilidade e completa dependência de cuidado e de proteção de adultos. O uso do álcool e outras drogas ilícitas mostra-se como sério agravante na violação dos direitos da criança.</p>
--	---

Artigo 17	(A17)
Título	Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde

	da criança
Periódico	Acta Paul Enfermagem
Ano de publicação	2014
Autores	1- Juliane Pagliari Araujo; 2- Cláudia Silveira Viera; 3- Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso; 4- Neusa Collet; 5- Patrícia Oehlmeyer Nassar.
Local da realização do estudo	Atenção em saúde dos serviços de ESF e Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais no cuidado à saúde da criança em um município situado no estado do Paraná, região sul do Brasil.
Objetivo	Identificar a extensão dos atributos da orientação familiar e orientação comunitária na atenção à saúde da criança nos serviços de atenção primária.
Método	Estudo transversal, descritivo e avaliativo, com abordagem quantitativa dos modelos de atenção em saúde dos serviços de ESF e Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais no cuidado à saúde da criança.
Característica da amostra	24 unidades de saúde (23 UBS e 01 unidade com 02 equipes de saúde da Família)
Resultados	Dos 548 questionários aplicados, obteve-se que para 440 (80,29%), o principal cuidador da criança era a mãe e 272 (49,64%) dos pais eram casados. Das crianças participantes do estudo, 228 (41,61%) são filhos únicos e 434 (60,94%) famílias possuíam renda de até dois salários mínimos. Com relação ao tratamento de água e esgoto, 526 (95,99%) e 310 (56,57%) tinham tratamento pela rede oficial, respectivamente. Ao fazerem referência à fonte regular de atenção nos serviços de APS, 6,4% dos entrevistados citaram o enfermeiro e 41,1% o médico, ambos com vínculo empregatício com os serviços de saúde. A tabela 2 apresenta os resultados referentes a cada elemento que compõe o atributo de orientação familiar nos serviços de APS.

	<p>Destacam-se na tabela 3, os resultados de cada componente do atributo orientação comunitária. O escore médio da orientação familiar e orientação comunitária nos serviços de saúde investigados foram, respectivamente, 4,4 e 5,1, abaixo do considerado satisfatório (6,6).</p> <p>No município estudado, o processo de territorialização teve conclusão no ano de 2012, contudo, conforme dados apontados pelos entrevistados, ainda existem lacunas no diagnóstico da comunidade adscrita, visto que os serviços pouco se aproximam da comunidade. Destaca-se que em nenhum dos elementos avaliados a média foi satisfatória (Tabela 3), o que denota fragilidade nos demais atributos da APS como longitudinalidade, acesso, integralidade do cuidado e orientação familiar.</p>
--	---

Artigo 18	(A18)
Título	A integralidade como uma dimensão da prática assistencial do enfermeiro no acolhimento mãe-bebê
Periódico	Escola Anna Nery
Ano de publicação	2013
Autores	<ol style="list-style-type: none"> 1- Maria Helena do Nascimento Souza; 2- Elisabete Pimenta Araújo Paz; 3- Sheila Nascimento Pereira Farias; 4- Liane Gack Ghelman; 5- Camille Xavier de Mattos; 6- Rebecca Rodrigues de Barros.
Local da realização do estudo	Centro Municipal de Saúde (CMS) do município do Rio de Janeiro, Brasil.
Objetivo	Analisar a prática da integralidade no Acolhimento Mãe-Bebê no contexto da atenção primária à saúde.
Método	Trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo, de abordagem quantitativa.
Característica	Prontuários de crianças atendidas por enfermeiras do setor de

da amostra	Puericultura, na consulta da Estratégia Acolhimento Mãe-Bebê, no Centro Municipal de Saúde (CMS) da Área Programática 2.1 do município do Rio de Janeiro.
Resultados	<p>Observa-se que em ambos os anos mais de 70% das mães atendidas eram jovens, com idade entre 20 e 35 anos. Em relação ao tipo de parto observam-se entre os dois grupos diferença significativa, chamando atenção que menos de 50% das mulheres atendidas em 2011 tiveram seus filhos por parto normal. Outra diferença que chama atenção é que o número de parto a fórceps é três vezes maior na amostra de 2011, comparada com o ano de 2009.</p> <p>Na Tabela 3 destaca-se que, dentre os cuidados realizados pelo enfermeiro, o agendamento da consulta pediátrica de puericultura e o encaminhamento pós-consulta para realização do teste do pezinho ocorreram em mais de 90% dos atendimentos. Em relação aos procedimentos realizados para as mães, destacou-se o encaminhamento para o grupo de planejamento familiar em 69,5% e 81,8% dos atendimentos registrados em 2009 e 2011.</p> <p>Discussão</p> <p>Analisando os resultados obtidos na consulta de Acolhimento Mãe-Bebê, vemos que as ações realizadas pelo enfermeiro nesta Estratégia convergem para a prática da integralidade do cuidado materno-infantil na área da atenção primária à saúde, no que tange à oferta de ações educativas voltadas para a promoção da saúde infantil, ao diagnóstico precoce de agravos e prevenção de complicações relacionadas ao período pós-natal, tendo em vista o conhecimento das características da clientela atendida.</p> <p>Quanto à idade materna, os resultados mostraram que a faixa etária mais prevalente encontrava-se entre 20 e 35 anos, similares aos encontrados em estudo realizado em Fortaleza (Ceará) com mães e crianças atendidas em unidades básicas. Tal resultado pode estar associado ao incremento da atenção primária com a captação precoce da população para a realização do pré-natal em serviços básicos de saúde. Da amostra estudada, chama atenção que a taxa de mulheres adolescentes variou entre 15 e 20%, caracterizando grupo de grande</p>

preocupação devido ao risco associado à evolução da gestação ou ao cuidado da criança nos primeiros meses de vida.

Em relação ao tipo de parto observamos que o percentual de parto cirúrgico (cesariana) variou de 39,7 a 45,5%, acompanhando a média nacional que é de 44%. Este resultado mostra a necessidade de maior investimento na qualificação dos profissionais para que em suas ações durante o pré-natal valorizem os benefícios do parto normal para a mulher, a criança e a família, considerando a recomendação da Organização Mundial de que a taxa de partos cesáreos seja em torno de 15% do total de nascimentos.

Na avaliação de enfermagem sobre as condições das mamas, encontramos uma variação de 16,7 a 23,8% de registro de mulheres que apresentaram alteração mamária. Um estudo realizado na Bahia com mães de crianças menores de um ano evidenciou que 32,8% delas apresentaram pelo menos um episódio de fissura mamilar, sendo que 9,2% estiveram associados à mastite, situação similar aos nossos achados. A fissura mamilar é a complicação mais frequente no período inicial da lactação, geralmente decorrente do mau posicionamento do bebê durante a mamada. Tal lesão pode constituir-se em uma porta de entrada para bactérias, mostrando o quanto o apoio dos profissionais é importante nesta fase, por meio de orientações seguras e ações educativas visando o sucesso do aleitamento exclusivo e diminuição do risco de desmame precoce.

Com relação à idade do bebê, na consulta de Acolhimento observou-se que mais de 50% dos atendimentos foram realizados após o 15º dia de vida, o que não corresponde ao período definido pela Estratégia Acolhimento Mãe-Bebê, que preconiza a realização da consulta na primeira semana pós-parto, período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de agravos para a criança e a mãe.

A icterícia é um dos sinais que pode ser observado no recém-nascido na consulta realizada nas primeiras semanas de vida, podendo estar presente em até 82% das crianças. Quando o recém-nascido recebe alta hospitalar apresentando o quadro de icterícia fisiológica, a

	<p>exposição à luz solar representa uma das condutas mais simples a ser executada no domicílio que contribui para a prevenção da impregnação cerebral pelo pigmento amarelo, evitando aencefalopatia bilirrubínica.</p> <p>O aumento da proporção de crianças amamentadas exclusivamente nas primeiras semanas de vida vai ao encontro das propostas do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, que indicam a prática do aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida.</p> <p>Os resultados deste estudo mostraram que mais de 90% das mulheres que passaram na consulta do Acolhimento Mãe e Bebê estavam alimentando seus filhos apenas com leite materno. Este dado já era esperado, considerando a idade em que as crianças foram levadas ao serviço de saúde. Em um estudo sobre o apoio à amamentação no Rio Grande do Sul, constatou-se uma prevalência de 60% no primeiro mês de vida de crianças em aleitamento materno exclusivo.</p> <p>Em relação às ações realizadas pelo enfermeiro na avaliação do binômio mãe-filho, verificou-se que estas visam à continuidade do cuidado promotor da saúde no domicílio e ao cuidado preventivo para ambos. Os registros indicaram que o seguimento das ações de acolhimento podem favorecer maior sensibilização da clientela a respeito da importância do acompanhamento de puericultura para a prevenção de agravos e promoção da saúde das crianças, o que acontece na perspectiva interdisciplinar e de assistência integral e resolutiva.</p>
--	--

Artigo 19	(A19)
Título	A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança
Periódico	Revista Rene
Ano de publicação	2011
Autores	1. Akemi Iwata Monteiro; 2. Isabelle Pinheiro de Macedo;

	<p>3. Ana Dulce Batista dos Santos; 4. Wanessa Morais de Araújo.</p>
Local da realização do estudo	Unidade de Saúde da Família de Cidade Nova (USFCN), situada na zona oeste da cidade de Natal/RN.
Objetivo	Descrever o processo de implantação e desenvolvimento do acompanhamento coletivo do CD das crianças pela enfermagem.
Método	<p>Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida através da metodologia da pesquisa ação. A pesquisa ação foi conduzida de acordo com suas etapas, que compreendem, resumidamente, o diagnóstico inicial da situação, o planejamento da ação a ser realizada, sua implementação e avaliação.</p> <p>Todas as sessões foram gravadas em forma de áudio com a finalidade de registrar os conteúdos abordados pelos coordenadores do acompanhamento de CD, assim como, todas as discussões e questionamentos dos participantes.</p> <p>A coleta de dados foi realizada através do emprego de diversos instrumentos, como a entrevista junto aos participantes na primeira sessão, a fim de caracterizar a população em estudo; diário de campo, para registro das observações do pesquisador; desenvolvimento de entrevista grupo focal para avaliação dos encontros; além de gravação de todos os encontros, por favorecer uma maior riqueza de detalhes dos dados gerados na ação.</p>
Característica da amostra	Quatro enfermeiras e 26 cuidadores de crianças
Resultados	<p>Conhecendo os sujeitos envolvidos na ação</p> <p>Das quatro enfermeiras participantes do estudo, todas eram do sexo feminino, com uma média de idade em 44,5 anos, variando entre 43 e 46 anos. No que se refere ao estado civil, 2 são solteiras, 1 divorciada e 1 casada. Quanto ao tempo de formada tem-se uma média de 20 anos, variando entre 18 e 22 anos, já o tempo de serviço na unidade de saúde de Cidade Nova é de 4 a 16 anos, com uma média de 9 anos. Dos vinte e seis cuidadores, apenas um era do sexo masculino, a idade dos participantes variou de 15 a 37 anos com média de 23,3 anos; 10</p>

são solteiros e os demais 16 são casados ou vivem em união consensual. Quanto ao número de filhos, dois possuem apenas um filho, que participa do acompanhamento do CD coletivo, possuem dois filhos (11), possuem três filhos (8), possuem quatro filhos (4), apenas um possui 7 filhos. Quanto à escolaridade apenas o participante do sexo masculino concluiu o ensino superior, das demais cinco concluíram o ensino fundamental, sete o ensino médio, oito não concluíram o ensino fundamental e cinco o ensino médio. A renda família variou de 1 a 4 salários mínimos, com predominância das famílias que tem a renda de um salário mínimo, sendo R\$510,00 o valor do salário mínimo, durante a pesquisa, em fevereiro de 2010.

Refletindo sobre a realidade atual do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança. O acompanhamento do CD da criança na Unidade de Saúde da Família em questão acontece mensalmente para os lactentes menores de um ano, sendo, portanto, acima do que é determinado pelo Ministério da Saúde, sete consultas no primeiro ano de vida. Porém, através da observação participante e de reuniões junto às enfermeiras para avaliação deste atendimento, constatou-se que o mesmo ainda acontece em conformidade com a literatura(8), ou seja, individualizado, pautado em queixas, no qual o usuário é mero receptor das informações em saúde, estando sob uma condição passiva restringindo-se a responder aos questionamentos realizados pelos profissionais sobre as condições de saúde da criança. Esse fato é corroborado em outros estudos que destacam as poucas anotações de enfermagem sobre os marcos do crescimento e do desenvolvimento da criança, exame físico e encaminhamentos durante as consultas, gerando uma dificuldade em planejar e avaliar as ações de assistência a saúde infantil. Esse atendimento perde, portanto, o sentido de acompanhamento, pautando suas ações nas queixas. Entretanto, em estudo realizado na USF Cidade Nova, destaca que os pais/mães das crianças que realizam o acompanhamento da criança consideram bom o atendimento prestado pelas enfermeiras, destacando como atividades necessárias durante a consulta os atos de

pesar, medir e auscultar, na qual as atividades dos pais são restritas as ações de ouvir, perguntar e responder aos questionamentos do profissional(11). Apesar dessa contradição, é evidenciada pelas quatro enfermeiras a falta de resolubilidade deste modelo de atenção, uma vez que muitas crianças costumam retornar aos serviços de saúde na consulta subsequente com os mesmo problemas apresentados anteriormente, demonstrando que os cuidadores não conseguiam compreender e cuidar eficazmente da criança, de acordo com as condutas. Isso pode ser devido, entre outros fatores, à passividade dos usuários decorrentes do pouco entendimento no momento da consulta. Foi a partir dessa situação problema vivenciada durante longos anos que as quatro enfermeiras perceberam a necessidade de mudança na prática assistencial. Decidiu-se conjuntamente, pesquisadores e enfermeiras da unidade, por desenvolver um acompanhamento coletivo da criança, buscando tornar o seu cuidador co-participante, em conformidade com o Ministério da Saúde(1) que preconiza um atendimento humanizado e integral, tornando o usuário sujeito das ações desenvolvidas.

Planejando a ação do acompanhamento coletivo da criança

Para suprir as necessidades de saúde da população infantil é essencial considerá-la como um ser histórico, social e familiar, exigindo um olhar além da clínica, com o envolvimento dos profissionais, usuários e gestores, na busca por integralidade e qualidade no atendimento(12). Sob esta ótica, foi apresentada aos profissionais da unidade a proposta de acompanhamento coletivo do CD da criança, sendo discutido por estes a contribuição de cada categoria profissional para o bom andamento da atividade. Por exemplo, a direção da unidade atuaria na autorização e na supervisão das ações e os agentes comunitários de saúde atuariam realizando as visitas domiciliares incentivando a participação dos cuidadores. As discussões sobre a implementação do acompanhamento do CD coletivo da criança, abordaram sobre as características da estratégia, o espaço físico, a definição do cronograma e do orçamento. No planejamento da

estratégia foram definidas as ações que seriam desenvolvidas pelos cuidadores e pelas enfermeiras, os registros dos dados levantados (prontuário e caderneta de saúde da criança) e a participação dos outros profissionais de saúde. Nesse sentido, buscou-se estruturar uma prática educativa, visando à autonomia e à responsabilidade dos indivíduos com a saúde, em uma relação horizontalizada com a valorização do diálogo e a busca da “construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde”(4:48), tornando os cuidadores co-participantes do processo de cuidar. Uma das dificuldades encontradas nesse processo de planejamento foi com relação ao espaço físico para desenvolvimento da atividade. Neste período, o espaço de atividades educativas da USFCN encontrava-se em reforma financiada com recursos do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde — PROSAÚDE, uma vez que a mesma mantém vínculo com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, recebendo alunos da graduação em aulas práticas e estágios. Sendo assim, as ações passaram a ser desenvolvidas na sala de situação da USFCN, espaço com aproximadamente 12m², o qual seria insuficiente para comportar a abrangência dos sujeitos envolvidos. Por esse motivo, o acompanhamento coletivo foi dividido por área de abrangência da unidade de saúde.

Implementando a mudança na prática assistencial

A Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil(1) destaca em seus princípios norteadores do cuidado a criança: o incentivo a participação da família, envolvendo-a com a informação sobre os cuidados e problemas de saúde da criança; o desenvolvimento de ações coletivas com ênfase na promoção à saúde; e o fortalecimento da integralidade da assistência e a atuação em equipe, articulando os diversos saberes e intervenções. Na consecução do acompanhamento coletivo da criança busca atender a esses princípios, envolvendo o cuidador nas ações

grupais realizadas e a atuação das enfermeiras na atenção à criança na Unidade de Saúde da Família.

O grupo educativo é uma estratégia que permite aos profissionais planejar suas ações voltando-as para as peculiaridades de cada família, atuando de forma direta e participativa e favorecendo a assistência integral da saúde da criança(13). Durante o acompanhamento coletivo as discussões surgiram do levantamento dos aspectos de crescimento e de desenvolvimento e de saúde-doença das crianças pelos cuidadores. Primeiramente, cada cuidador apresentou um histórico sobre sua criança, descrevendo sua condição de saúde atual, vacinação e os dados referentes aos padrões fisiológicos das necessidades básicas. Em seguida, realizou o exame físico, assistidos pelas enfermeiras, compreendendo a aferição do perímetro cefálico, peso e estatura, inspeção e palpação céfalo-caudal, avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor e dos reflexos primitivos. A participação dos cuidadores na realização dessas ações é um momento oportuno de estimular a interação com a criança, favorecendo seu cuidado e a prática de ações de promoção da saúde (10). No que tange o acompanhamento do CD das crianças, um estudo realizado sobre o grupo como estratégias na atenção a criança (13) descreve o trabalho interdisciplinar em grupo educativo com mães de crianças lactentes, iniciando com o acolhimento dessas no serviço de saúde, realização das aferições antropométricas e avaliação do desenvolvimento da criança, favorecendo a troca de experiências entre as próprias mães e equipe de saúde. Essas experiências partilhadas de modo grupal permitem aos sujeitos envolvidos identificar a efetividade e adesão às condutas e aos devidos encaminhamentos adotados pelas vivências exitosas de outros membros do grupo. Por fim, os dados foram registrados pelos profissionais e pesquisadores no prontuário familiar e pelos cuidadores na caderneta de saúde da criança, uma vez que esta se constitui em instrumento que permite aos pais/cuidadores acompanhar e analisar o processo saúde doença da criança de forma simples, sem

a necessidade de termos semiológicos/semiotécnicos em seu manuseio. O que favorece a autonomia dos pais/cuidadores para identificar e procurar precocemente o serviço de saúde em caso de qualquer intercorrência. Desse modo, o acompanhamento coletivo teve o diálogo e o compartilhamento de informações como ferramentas utilizadas pelo enfermeiro para uma abordagem problematizadora junto à população, desenvolvendo nos cuidadores uma atitude crítica e reflexiva a respeito da saúde de suas crianças, fazendo-os reconhecer os determinantes do processo saúde-doença infantil (12).

Avaliando a ação, articulando com a pesquisa

A etapa de avaliação da pesquisa ação permitiu aos sujeitos envolvidos na estratégia de mudança da prática apontar em seu cotidiano os aspectos facilitadores e dificultadores, e propor ações a serem adicionadas ou reorientadas. Nesse sentido, ao término de cada reunião foi realizada a avaliação junto aos cuidadores e, em seguida, com as enfermeiras, destacando-se como pontos favoráveis à estratégia a diminuição do tempo de espera pelo atendimento, a troca de experiências entre os clientes e o emponderamento dos mesmos com relação aos marcos do crescimento e desenvolvimento das crianças e de seus processos saúde-doença. Esses aspectos destacados corroboram com outro estudo que aponta o trabalho em grupo como favorável à diminuição no número de crianças faltosas as consultas médicas e de enfermagem; ao fortalecimento do trabalho interdisciplinar, focalizando-o nas peculiaridades da família; à valorização do diálogo entre as mães; além de proporcionar a implementação de políticas públicas em conformidade com a integralidade da assistência e contribuir com a formação interdisciplinar dos profissionais de saúde, uma vez que a unidade de saúde em questão recebia alunos da graduação(13).

Na avaliação das enfermeiras, o fazer coletivo é uma aprendizagem prática inovadora, válida, mas que enfrenta a dificuldade de romper com a prática individual comumente realizada. Sendo este o fator

	<p>principal que ocasionou alguns entraves na execução da ação, como dificuldade das enfermeiras estarem presentes nos encontros e o alto número de cuidadores faltosos.</p> <p>Assim, ao longo do processo avaliativo, foi notória a existência de um forte enraizamento do modo de pensar e fazer das enfermeiras ao modelo assistencial médico hegemônico. O que denota a necessidade de investimentos no ensino e na educação continuada dos profissionais visando à apropriação do modelo de promoção e vigilância à saúde para que assim, o lento e árduo processo de mudança da prática assistencial possa ser concretizado de fato, com a ampliação das ações coletivas para a comunidade.</p>
--	--

Artigo 20	(A20)
Título	Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros na atenção primária à saúde
Periódico	Revista Rene
Ano de publicação	2012
Autores	<ol style="list-style-type: none"> 1- Altamira Pereira da Silva Reichert1; 2- Alane Barreto de Almeida; 3- Liliana Cruz de Souza; 4- Maria Elizabete de Amorim Silva; 5- Neusa Collet.
Local da realização do estudo	Unidades de Saúde da Família de João Pessoa-Paraíba.
Objetivo	Este estudo objetivou verificar os conhecimentos e práticas de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família quanto à vigilância do crescimento de lactentes nas consultas de puericultura e informações maternas.
Método	Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, realizado na cidade de João Pessoa, Paraíba. O período de coleta de dados aconteceu nos meses de maio e junho de 2009, sendo aplicados dois instrumentos

	contendo questões relacionadas aos conhecimentos e práticas das enfermeiras quanto à vigilância do crescimento infantil.
Característica da amostra	45 enfermeiras que atuam nas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário III e mães de crianças menores de dois anos de idade, cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF) do referido Distrito.
Resultados	<p>Dos 45 enfermeiros que participaram deste estudo, todos eram do sexo feminino, com faixa etária predominante entre 41 e 50 anos (42,2%), seguida das com idade entre 30 e 40 anos (28,9%). Com relação ao tempo de formado, cerca da metade possuía de 10 a 21 anos. No que diz respeito ao tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família, 75,6% deles informaram trabalhar entre 5 e 9 anos, coincidindo com o período em que houve expansão das equipes de saúde da família no município em estudo. Verifica-se nas características sociodemográficas apresentadas na Tabela 1 no grupo de mães participantes que, de um modo geral, as famílias apresentavam baixa condição socioeconômica, pois cerca de 70% tinham renda familiar de até meio salário mínimo mensal per capita; no entanto, metade da amostra apresentou escolaridade de 9 a 11 anos de estudo. Com relação ao número de residentes no domicílio, vê-se que, em quase metade da amostra, as famílias eram compostas de 4 a 5 pessoas, havendo predomínio de famílias com apenas um filho.</p> <p>Na Tabela 2, encontram-se os itens utilizados para avaliar o conhecimento das enfermeiras quanto ao crescimento infantil. Percebe-se que 71,1% acertaram a questão relacionada aos fatores de risco para déficit de crescimento. Entretanto, esse número decresce quando se avalia seu conhecimento geral sobre o crescimento infantil, visto que apenas 37,8% das enfermeiras acertaram nesse quesito. Em relação ao conhecimento da análise das linhas da curva do crescimento contidas na caderneta da criança, 64,4% não soube responder.</p> <p>A Tabela 3 apresenta as informações prestadas pelas enfermeiras sobre suas práticas de vigilância do crescimento. Verifica-se que</p>

	<p>cerca de 96% afirmou realizar a consulta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Porém, quando questionadas sobre a avaliação rotineira do desenvolvimento, esse valor reduz para cerca de 93%. Quanto à prática das enfermeiras em orientar às mães sobre o peso da criança, cerca de 98% afirmou realizar essa prática e todas afirmaram orientar sobre a alimentação.</p> <p>De acordo com os dados apresentados na Tabela 4, os quais se referem às informações maternas sobre práticas de vigilância do crescimento infantil realizadas pelas enfermeiras, verifica-se que 100% das mães afirmaram que as enfermeiras avaliaram o crescimento da criança, contudo, em relação a avaliação do desenvolvimento, 52% das mães afirmaram que as enfermeiras não realizam essa prática. Quanto às orientações fornecidas às mães, 42,7% destas afirmaram terem sido orientadas sobre a curva do peso no cartão da criança, e 85,8% disseram terem sido orientadas sobre a alimentação da criança, o que difere da informação fornecida pelas enfermeiras, pois todas afirmaram orientar as mães sobre a alimentação da criança.</p>
--	---

Artigo 21	(A21)
Título	Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos
Periódico	Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.
Ano de publicação	2014
Autores	1- Tatiane Baratieri; 2- Leticia Gramazio Soares; 3- Maria Luciana Botti; 4- Araceli Conrado Campanini.
Local da realização do estudo	Unidade de saúde do centro-sul paranaense.
Objetivo	Analisar a puericultura realizada pelo enfermeiro, apontando

	potencialidades e limitações.
Método	Estudo documental,
Característica da amostra	46 Prontuários de crianças de 0 a 1 ano, que passaram por pelo menos um atendimento de puericultura realizado pelo enfermeiro, em uma unidade de saúde.
Resultados	<p>Foram identificados, no período proposto pela pesquisa, 46 (100%) atendimentos de crianças registradas no Programa de Puericultura e acompanhadas pelo enfermeiro no decorrer do primeiro ano de vida, na unidade em estudo.</p> <p>Outra importância da consulta precoce recai sobre o fato de que, no Brasil, a mortalidade neonatal (óbitos ocorridos até o 27º dia de vida) é responsável por aproximadamente 70% de todas as mortes de crianças até o primeiro ano de vida.¹⁰ Diante desse fato, é possível relacionar o alto índice com cuidados prestados pelos profissionais de saúde, não somente durante o período de gestação e nascimento, mas inclusive no acompanhamento nos primeiros dias de vida em domicílio, pois muitas causas de óbitos neonatais podem ser evitadas pelo acompanhamento sistematizado com as unidades de saúde. O contato precoce do enfermeiro com mãe e filho pode prevenir muitas intercorrências, visto que ambos estão em um processo de adaptação, no qual mudanças biológicas, sociais e emocionais estão ocorrendo. Portanto, dúvidas, medos e sensações diferentes permeiam essa fase, logo o enfermeiro pode assisti-los, fornecendo orientações e encaminhamentos adequados às necessidades de saúde desses sujeitos. Além disso, o seguimento da criança também estreita e fortalece o vínculo da família com a unidade de saúde.</p> <p>Pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, é possível estabelecer condutas preventivas adequadas à idade sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança, em um processo contínuo de educação em saúde.⁶ Contudo, o início tardio da puericultura, tal qual se observa na ESF estudada, pode influenciar negativamente nesse processo, interferindo na detecção precoce de doenças e agravos da infância, o que não permite encaminhamentos e</p>

resolução de problemas, muitas vezes simples, mas que terão repercussão na qualidade de vida das crianças. Para tanto, é necessário esforço da equipe de saúde para que desde o pré-natal as mães já sejam sensibilizadas e preparadas para iniciarem a puericultura antes dos 15 dias de vida da criança, para assim garantirem crescimento e desenvolvimento sadio a seus filhos. Apesar das mudanças ocorridas na orientação e necessidades de atenção por meio do sistema de saúde atual, a literatura aponta que a realização da puericultura pelo enfermeiro ainda tem a organização do seu processo de trabalho centrada em procedimentos, com oferta de assistência baseada na doença, não sendo priorizadas as medidas preventivas.⁴ Tal situação confere ao serviço uma característica de atendimento à necessidade iminente, ou seja, por demanda espontânea, tendo como ponto de partida o agravo, sendo a assistência centrada na doença e cura, em detrimento a um modelo de atenção que promova a saúde. Após a primeira consulta, as demais devem ocorrer com um mês, dois, quatro, seis, nove e 12 meses, totalizando, assim, sete consultas no primeiro ano de vida da criança.

Para pesquisar a frequência que as crianças foram levadas à unidade para consulta de puericultura, não foi considerada a faixa etária destas. Utilizou-se como critério o que preconiza o Ministério da Saúde, já discutido anteriormente, ou seja, o ideal seria que as crianças de zero a quatro meses sejam atendidas mensalmente, após com seis, nove e 12 meses.⁶ Dessa forma, mesmo sem cruzar este dado em discussão com a faixa etária das crianças, nota-se que a frequência de atendimento não está de acordo com as normas do Ministério da Saúde, pois é possível perceber atendimentos irregulares. Do total de 46 prontuários analisados, observou-se que 22 (48%) realizaram puericultura mensalmente. Porém, 15 (32%) das crianças acompanhadas fizeram puericultura em períodos irregulares. Sobre a frequência e o espaçamento nos atendimentos, verificou-se que ocorrem semanal, quinzenal e bimestralmente e é importante considerar que devem ser definidos pelo enfermeiro, considerando os

riscos biológicos e sociais que a criança e a família apresentam. Várias condições, de distintas dimensões, como baixo peso ao nascer, prematuridade, malformações, dificuldade para amamentação, situação socioeconômica e de higiene precárias, e até o preparo da mãe para cuidar do recém-nascido, podem conferir à puericultura frequência maior do que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

A detecção dos casos de crianças em risco para adoecer ou desenvolver comprometimentos na saúde é imprescindível, pois contribui para minimizar futuras complicações de saúde.¹¹ No entanto, o enfermeiro deve ter preparo, competência, conhecimento e habilidade técnica para detectar as crianças de risco, as quais necessitarão de acompanhamento mais frequente. A frequência em que o enfermeiro acompanha a criança é fator decisivo no crescimento e desenvolvimento infantil. A consulta de enfermagem visa a prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade para a população, dentre as várias ações que priorizam promover a saúde, prevenir e curar as doenças, contribuindo ainda para que essa criança seja um adulto sadio e pleno no que se refere à possibilidade de alcançar a qualidade de vida.¹¹ A frequência de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da população infantil estudada pode ser um indicador da qualidade no atendimento à criança. O Ministério da Saúde afirma que o calendário e o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento caracterizam indicadores da qualidade da atenção prestada à criança.⁶

Vale ressaltar que na unidade pesquisada, no que tange ao atendimento de puericultura, identificou-se a inexistência de protocolos de atendimento e, também, a falta de um fluxograma de encaminhamento das crianças para o atendimento com o enfermeiro responsável. Salienta-se que isso pode, de alguma forma, explicar a inadequação na frequência de atendimento às crianças, demonstrando que a atenção é organizada conforme a demanda espontânea. Outro dado pesquisado neste estudo se refere aos registros antropométricos como peso, estatura, perímetro cefálico (PC), perímetro torácico (PT),

perímetro abdominal (PA), registros sobre DNPM, tipo de alimentação, imunização e se houve orientações registradas às mães ou responsáveis.

Com relação aos dados antropométricos, observou-se que 46 (100%) das crianças foram pesadas, já a estatura foi verificada em 41 (89%) das crianças avaliadas durante a consulta de puericultura. Ressalta-se que a literatura afirma que o peso e a estatura refletem o crescimento infantil.^{6,11} O crescimento é considerado o aumento do tamanho corporal, sendo avaliado por meio do peso e crescimento linear; e, ainda, é um processo biológico, de multiplicação e aumento do tamanho celular. É considerado, também, como um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, refletindo assim, as condições de vida da criança, no passado e no presente.

No concernente ao perímetro cefálico, outro dado que deve ser aferido na consulta, verificou-se na população estudada que 41 (89%) das consultas registraram esse dado. O perímetro cefálico é uma variável que avalia o crescimento da cabeça/cérebro de crianças nos dois primeiros anos de vida. No caso desse índice apresentar desvios da faixa considerada de normalidade (conforme o gráfico disponível na Caderneta da Criança), a criança poderá ser encaminhada a um especialista ou a uma equipe multiprofissional, no intuito de afastar diagnóstico de microcefalia ou de macrocefalia.⁶ Já os perímetros torácico e abdominal não são registrados nos prontuários, caracterizando que o enfermeiro não afere tais medidas, ou não as registram, revelando-se que não há valorização desse dado pelos profissionais em estudo. Os perímetros cefálico, torácico e abdominal também precisam ser verificados em todas as consultas de puericultura. Os valores desses dados deverão ser sempre analisados em função da idade e do sexo da criança, pois são os principais determinantes de sua evolução. Embora sejam procedimentos

simples, devem ser realizados cuidadosamente, com padronização. O monitoramento pleno do crescimento infantil deve ser feito após o nascimento, bem como a avaliação dos perímetros cefálico e torácico deve ser feito de modo longitudinal, utilizando-se um padrão como referencial de avaliação.¹² As medidas antropométricas são fundamentais para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, sendo que sua verificação periódica é imprescindível para que ocorra a identificação precoce de alterações e sejam realizadas intervenções mais precisas e eficazes, garantindo assim qualidade de vida e saúde da criança. Salienta-se que o Ministério da Saúde recomenda que os serviços de saúde realizem esforços para possuir os equipamentos necessários e os recursos humanos capacitados para interpretar adequadamente os valores antropométricos obtidos durante a consulta de puericultura, de modo que saibam orientar satisfatoriamente os pais acerca desses achados.⁶ No tocante aos marcos do DNPM, verificou-se apenas um registro (2%). Igualmente, verificaram-se escassas as orientações sobre cuidados que contribuem para a aquisição de habilidades esperadas de acordo com o período avaliado, além de inexistir um roteiro utilizado pelo enfermeiro durante a evolução da consulta. O acompanhamento do DNPM é de fundamental importância na puericultura, pois tem o objetivo de detectar precocemente atrasos e deficiências, para que intervenções e encaminhamentos sejam realizados a tempo, evitando comprometimento no desenvolvimento infantil. Sendo assim, infere-se que falhas no planejamento das ações em saúde, por parte dos enfermeiros, podem impactar na saúde da população infantil. Ainda, de acordo com o Ministério da Saúde, o acompanhamento do DNPM deve compor o prontuário da criança e ser utilizado em todas as consultas, a fim de detectar qualquer alteração no desenvolvimento normal, para que se possa oferecer orientações e agilizar encaminhamentos o mais célere possível.⁶ Também, observou-se que na maioria dos prontuários (98%) estava registrado o tipo de alimentação oferecida à criança, dado relevante, já que a partir dessa

informação o enfermeiro tem maiores condições de orientar os pais/responsáveis com relação à alimentação mais adequada para a idade. Outra questão de vital importância que deve ser observada durante a puericultura diz respeito à imunização. Notou-se que em 100% dos prontuários analisados não constavam esse registro, o que demonstra que o enfermeiro pode não observar o calendário de vacinação da criança ou simplesmente não registrar na consulta realizada. Destaca-se que informações não registradas são ações realizadas que dificilmente podem ser respaldadas. A imunização constitui uma das principais linhas de cuidado que deve ser monitorada pela equipe de saúde, promovendo busca-ativa imediata dos faltosos.³

Os registros de enfermagem são de suma importância durante a assistência aos usuários, de modo que a inexistência de registro de atendimento é uma falha constante da classe, o que desvaloriza o trabalho do enfermeiro, visto que o que não é registrado, não pode ser computado como realizado. A qualidade dos registros feitos pelos enfermeiros favorece o julgamento clínico e a aplicação do processo de enfermagem, reforça o papel do profissional e contribui para a sistematização da sua prática.¹³ O enfermeiro na consulta de puericultura deve utilizar os registros em gráficos de avaliação e comparação; observar o desenvolvimento, o ganho ponderal e o de estatura; fazer o levantamento do estado de saúde da criança; além de clarificar as necessidades e preocupações dos pais. O registro dessas informações é fundamental para identificar a situação singular de cada criança, possibilitando-lhe a prescrição do cuidar de enfermagem.⁸ Não obstante, é importante trazer a discussão que juntamente à aferição e ao registro adequado das medidas antropométricas a consulta de enfermagem deve privilegiar o diálogo e a orientação prestada às mães e às famílias. Estudo feito em um município do Paraná aponta que a puericultura realizada por enfermeiros não se restringe a pesagem e verificação de medidas antropométricas, mas sim possui ênfase na orientação acerca de

questões relacionadas à saúde da criança.¹⁴ Saliencia-se que a educação em saúde é indispensável no trabalho do enfermeiro em puericultura, já que na ESF esta, assim como as demais ações, deve ser centrada na família e entendida a partir do seu ambiente físico e social, enfatizando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções para além das práticas curativas. A educação em saúde também tenta buscar e ampliar a autonomia da mãe e reforçar sua condição de sujeito social, a fim de torná-la capaz de prestar o melhor cuidado ao seu filho. Entretanto, os registros nos prontuários estudados revelam uma atenção incipiente a essa prática¹⁴, pois as informações registradas no prontuário foram sobre amamentação, eliminações, vacinação, higiene, porém com superficialidade e escassez de detalhes. Há décadas a enfermagem utiliza a sistematização da assistência (SAE), baseada no método científico para descrever, explicar e prever seu exercício e seus resultados.¹⁵ Assim, esta tem a finalidade de validar a prática e dar à sociedade uma visão da profissão que fomente sua autonomia enquanto classe profissional. Para tanto, faz uso de habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, satisfazendo as necessidades do usuário e da família. Os dados coletados permitiram observar que, na unidade pesquisada, não há emprego da SAE na realização da puericultura. A consulta de enfermagem de forma sistematizada auxilia no atendimento integral e na abordagem individualizada, executando e avaliando ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde.¹⁶ A SAE pode contribuir com os objetivos da ESF, pois os profissionais devem ter competências e habilidades que auxiliem na identificação dos mais variados problemas de saúde e fazer com que as soluções buscadas proporcionem um atendimento de qualidade.¹¹ Os dados encontrados no presente estudo, com relação à falta de sistematização do atendimento realizado na puericultura e a ausência de registro de enfermagem nos prontuários das crianças atendidas, corroboram, em parte, com os resultados encontrados em outros estudos.^{11,17} Tais

pesquisas apontam que o acompanhamento realizado à criança não seguia a lógica das políticas públicas de atenção à saúde da criança preconizadas pelo Ministério da Saúde. Por fim, para discutir as potencialidades e limitações da puericultura, realizou-se uma breve reflexão, a partir dos dados encontrados e da literatura que aborda o tema, a qual permite traçar algumas considerações. As potencialidades que a puericultura pode atingir são amplas, como a redução da morbimortalidade infantil por meio do aumento da cobertura vacinal, o estabelecimento de vínculos com as famílias, a detecção precoce de agravos e encaminhamentos, a amplitude de orientações gerais às mães. 6 Além disso, é feita educação em saúde quanto cuidados básicos de higiene, alimentação, eliminações, sono, prevenção de violência e acidentes da infância, práticas essas preconizadas pelo Ministério da Saúde⁶ as quais não foram identificadas em sua integralidade no presente estudo. Destaca-se que estas são ações de promoção à saúde e prevenção de agravos que certamente trarão a melhoria da qualidade de vida da população infantil^{1-2,4}. Contudo, ao realizar essa reflexão, foi possível identificar, por meio dos registros analisados, algumas limitações presentes na prática assistencial do enfermeiro, que podem interferir diretamente na qualidade da puericultura, tais como: inexistência de sistematização do atendimento; assistência com foco curativo; irregularidade na frequência dos atendimentos; registros inconsistentes e/ou ausentes sobre as ações realizadas, com ênfase no peso e estatura; ausência do acompanhamento do DNPM. Nesse âmbito, a literatura aponta alguns fatores que interferem na realização da puericultura. Sobre os usuários, há um estudo o qual aponta que a estrutura familiar não nuclear, ter mais de um filho, a falta de conscientização sobre a importância da puericultura, a insatisfação com o serviço de saúde e a falta de acessibilidade, são aspectos que dificultam a realização da puericultura¹⁸. Tais dados poderiam explicar, em parte, o início tardio e/ou a irregularidade no atendimento às crianças. Em relação aos fatores que envolvem o

	<p>trabalho do enfermeiro, há estudos os quais mostram dados semelhantes ao presente, sendo evidenciado que o enfermeiro realiza a puericultura de maneira fragmentada e esporádica, restringindo-se às medidas de peso e altura e ao atendimento à demanda espontânea.^{4,19} Além disso, a literatura expõe que a falta de planejamento, pelo enfermeiro, para acompanhamento periódico das crianças, a sobrecarga de trabalho e o processo de trabalho da equipe de enfermagem, com prioridade para ações curativas, são fatores que interferem na qualidade da puericultura.⁴ Ressalta-se que a puericultura proporciona um cuidado na perspectiva da integralidade, assim, a atuação do enfermeiro precisa estar em consonância com as políticas públicas. Para tanto, o enfermeiro, junto com a equipe de saúde, necessitam de constante avaliação e aprimoramento de seu processo de trabalho.</p>
--	--