



**UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ-UVA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**Geovania Vieira de Brito**

**AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PARNAÍBA-PIAUÍ**

**Sobral – CE**

**2016**

Geovania Vieira de Brito

AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PARNAÍBA-PIAUÍ

Trabalho de Conclusão de Mestrado  
apresentado à banca defesa do Mestrado  
Profissional em Saúde da Família, da  
Rede Nordeste de Formação em Saúde  
da Família, Universidade Estadual Vale  
do Acaraú.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Izabelle  
Mont'Alverne Napoleão Albuquerque.

Área de Concentração: Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do  
Cuidado em Saúde.

Sobral-CE

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Brito, Geovania Vieira de

Avaliação da consulta de enfermagem em puericultura na estratégia saúde da família de Parnaíba-Piauí [recurso eletrônico] / Geovania Vieira de Brito. -- Sobral, 2016.

1 CD-ROM: il. ; 4 <sup>3</sup>/<sub>4</sub> pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 141 folhas.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Izabelle Mont`Alverne Napoleão Albuquerque.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

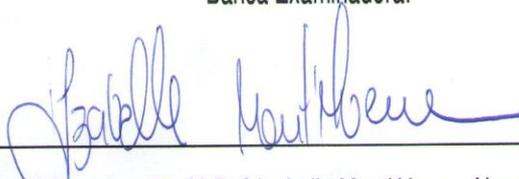
1. Avaliação em Saúde. 2. Saúde da Criança. 3. Enfermagem. I. Título.

Geovania Vieira de Brito

AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA NA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PARNAÍBA-PIAUI

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado  
Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da  
Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Banca Examinadora:



Presidente/Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Instituição: RENASF/Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA



Prof. 1 Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Adelane Monteiro da Silva

Instituição: RENASF/Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA



Prof. 2 Prof.<sup>o</sup> Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio

Universidade Federal do Ceará – UFC

Examinador Externo

Aos meus pais, esposo, irmãos e filhos,  
pessoas que expressam o amor que  
DEUS tem por mim. Dedico-lhes este  
trabalho, fruto do esforço de todos nós.  
Celebro com vocês o aprendizado que a  
vida me premiou com essa experiência.  
Amo muito vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus pelo privilégio de testemunhar de sua graça ao longo dos dias tão incertos e, também, por ter me dado à chance de desenvolver essa pesquisa e de ser meu alicerce e minha fortaleza, companheiro nas horas boas e ruins.

Aos meus pais, Antonio Raimundo de Brito e Maria Salete Vieira de Brito, exemplos de vida, que me educaram com muito amor e incentivaram-me a lutar pelos meus sonhos, quando me deram a oportunidade de sair de casa com cinco anos e morar na casa de parentes para que eu tivesse a oportunidade de estudar. E que, apesar da distância, sempre estiveram prontos a me apoiar. Amo vocês.

Ao meu esposo, Melkizedeck, meu companheiro, por me incentivar e acreditar em meus sonhos, acolher minhas dores, incentivar-me a seguir em frente, por sua compreensão em todos os momentos e, principalmente, quando estive ausente.

Aos meus filhos: Bárbara Victória e João Emanuel que, por muitas vezes, ficaram tristonhos por não colocá-los para dormir, não sair para passear, mas, mesmo assim, compreenderam meus motivos em determinadas etapas desse processo e que, mesmo sem saberem, não imaginam a fonte de inspiração que me representaram.

Aos meus queridos irmãos, Geanio, Antonio Carlos, Fábio Júnior e Alessandro, verdadeiros torcedores do meu sucesso, por serem estes irmãos maravilhosos e por fazerem minha vida mais significativa.

À Dona Francisca pela disponibilidade e pelo cuidado que dispensou aos meus filhos enquanto eu estudava.

A minha orientadora Professora Dr.<sup>a</sup> Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque, por seu incentivo, apoio, dedicação e compromisso demonstrado para comigo. Que mesmo distante, procurou simplificar os meios de construir conhecimentos; pelo seu empenho dedicado à elaboração desta pesquisa.

Aos bolsistas do Observatório de Pesquisa para o SUS, em nome do Professor Marcos Aguiar pela valiosa contribuição na pesquisa.

Aos professores do Mestrado, pela dedicação e sabedoria distribuídas durante todo o curso.

Aos membros da banca examinadora, Dr.<sup>a</sup> Maria Adelane Monteiro da Silva e Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio, pela disponibilidade em contribuir para o enriquecimento do trabalho.

Aos colegas da minha turma de Mestrado, pela amizade, incentivo e apoio. Lembrarei eternamente de vocês.

Às minhas colegas de turma (Antonia de Maria e Ana Glayrce) com quem compartilhei momentos de alegria e tristeza, além do companheirismo nessa nossa trajetória de estudos, viagem e convivência.

Às queridas: Priscila Portela e Sarah Gomes, que com dedicação e carinho cuidaram de nós, do mestrado. Valeu!

Aos amigos Cássio e Andressa, por suas contribuições para a concretização desse sonho.

Aos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do 3º Distrito Municipal de Saúde de Parnaíba-PI, pelas valiosas contribuições, disponibilidade e envolvimento neste trabalho.

A toda equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Parnaíba, pela liberação parcial de minhas funções no trabalho, compreendendo a contribuição desse projeto para meu aperfeiçoamento profissional.

A todos, meus agradecimentos .

“O que se faz agora com as crianças é o  
que elas farão depois com a sociedade.”

Karl Mannheim

## RESUMO

A atenção à saúde da criança consiste em desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que auxiliem o pleno crescimento e desenvolvimento físico, mental e social desses indivíduos. Esta dissertação avaliou a consulta de enfermagem em puericultura para crianças de 0 a 2 anos de idade no 3º Distrito Municipal de Saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Parnaíba-Piauí. Participaram do estudo 08 enfermeiros que atuavam nas unidades básicas de saúde participantes da pesquisa. Para realização dessa pesquisa, foram conjugadas as abordagens qualitativas e quantitativas. A coleta de dados foi organizada e fundamentada pelas proposições de Donabedian (1990), a qual relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado. Para a análise e interpretação dos dados processados no *Microsoft Office Excel 2013* foi utilizada a estatística descritiva. O método de análise de conteúdo, na perspectiva da análise temática de acordo com Minayo (2008), por meio da formação de categorias, foi aplicado para análise das entrevistas. Os resultados principais da avaliação da estrutura mostram que as salas de consulta de enfermagem, os recursos materiais, assim como os impressos necessários para a organização do atendimento, foram considerados razoáveis. Contudo, os recursos humanos, no que se refere à qualificação profissional dos enfermeiros foram considerados insatisfatórios. Na análise do processo, verificou-se que quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e demais ações e orientações importantes na saúde da criança foram consideradas razoáveis. No tocante a anamnese e exame físico, observou-se uma fragilidade nos registros, sendo considerado insatisfatório. O estudo revelou, ainda, um acompanhamento de puericultura, no que concerne a consulta de enfermagem realizada de forma precária. Evidenciou-se, ainda que, os enfermeiros têm ciência das atribuições e finalidades da consulta de puericultura, porém a experiência em relação às consultas tem sido insatisfatória. Relataram que grande parte das mães só procura à unidade de saúde, quando os filhos adoecem e que o espaço físico inadequado, a sobrecarga de trabalho e o déficit de recursos humanos e materiais são considerados fatores restritivos para a realização das consultas. Citaram que o momento da vacinação, o agendamento prévio das consultas, uma equipe completa, o vínculo entre a família e a equipe, além de uma estrutura adequada são fatores facilitadores para o acompanhamento das crianças.

A avaliação dos resultados revelou que a mortalidade infantil em Parnaíba no ano de 2015 foi mais acentuada no componente neonatal precoce, tendo como principais causas as afecções originadas no período perinatal e a asfixia ao nascer, com uma taxa de mortalidade infantil de 16,02/1000NV, onde a proporção de óbitos infantis e fetais investigados foi de apenas 65,48%, com uma cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade nesse mesmo período de apenas 74,36%. Logo, aponta-se a necessidade de discussões entre enfermeiros e gestores sobre a problemática da consulta de enfermagem em puericultura, com intuito de melhorar os indicadores e a qualidade da atenção à saúde da criança.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Saúde da Criança.

## ABSTRACT

The attention to child health is to develop actions to promote health and disease prevention to help the full growth and physical, mental and social development of these individuals. This dissertation evaluated the nursing examination on childcare for children from 0 to 2 years old in the 3rd District municipal health of the program called family health strategy of the city of Parnaíba-PI. Participated in this study 08 nurses that work in basic health units participating in the research. For this research were combined qualitative and quantitative approaches. The data collection was organized and founded according to Donabedian (1990), which lists the dimensions of structure, process and result. For the analysis and interpretation of the processed data in *Microsoft Office Excel 2013* a descriptive statistics was used. The method of content analysis, in the context of thematic of analysis according to Minayo (2008), through the formation of categories, it was applied to analysis of the data collected. The main results of the evaluation of the structure, shows that the rooms of the nursing examination, material resources, as well as the form papers needed to the service organization, was considered reasonable. However, human resources, with regard to the professional qualifications of nurses were considered unsatisfactory. In the analysis of the process, it was found that the monitoring of child growth and development and other actions and important guidelines on child health have been considered reasonable. Regarding the history and physical examination, they were considered unsatisfactory due to a fragility in the logs. The study also revealed a childcare monitoring concerning the nursing examination. It was evidenced that the nurses are concern about the responsibilities and childcare examination purposes; however, the experience in relation to queries has been unsatisfactory. Reported that most of the mothers just looking to the health unit, when the kids get sick and that the physical space are inadequate, work overload and the shortage of human and material resources are considered restrictive factors for the queries. They cited the act of vaccination, the previous schedule of consultations, a complete team, the link between the family and the team, In addition to a proper structure are facilitators factors for monitoring of children. The evaluation of the results has shown that infant mortality in Parnaíba in the year 2015 was bigger in the early neonatal component, having as main causes the disorders originating in the perinatal period and asphyxia

at birth, with an infant mortality rate of 16.02/1000NV, where the proportion of infant and fetal deaths investigated was only 65.48%, with a vaccination coverage in children under 1 year old during the same period only 74.36%. Therefore, points out the need for discussions between nurses and managers about the problem of the nursing examination on childcare, in order to improve the indicators and the quality of attention on the health care of the child.

**Keywords:** evaluation in health. The family health strategy. Health of the child. Nursing.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Taxa de Mortalidade Infantil em Parnaíba-Piauí, 2015 .....	103
Gráfico 2- Proporção de Óbitos Infantis e Fetais Investigados em Parnaíba-PI, 2015 .....	105
Gráfico 3- Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas em Parnaíba-PI, 2015 .....	107
Gráfico 4- Cobertura das vacinas em menores de 1 ano de idade por tipo de vaci na em Parnaíba-PI, 2015 .....	108

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil dos enfermeiros das equipes de Estratégia Saúde da Família Parnaíba-PI, 2016 .....	58
Tabela 2- Atuação profissional/capacitação dos enfermeiros das equipes de estratégia Saúde da Família. Parnaíba-PI, 2016 .....	59
Tabela 3- Presença de recursos físicos da sala de consulta em puericultura das Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016 .....	63
Tabela 4 - Presença de mobiliário e equipamentos das salas de consulta de enfermagem em puericultura das Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016 .....	64
Tabela 5 - Presença de instrumentais mínimos para o atendimento em puericultura nas Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016 .....	65
Tabela 6 - Presença de material impresso para o desenvolvimento das ações em puericultura das Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016 .....	68
Tabela 7 - Disponibilidade de suplementação e vacinas essenciais no atendimento em puericultura nas Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016 .....	70
Tabela 8 - Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil registrado em prontuário nas Unidades Básicas de Saúde, Parnaíba-PI, 2016 .....	74
Tabela 9 - Anamnese e exame físico registrado em prontuário nas Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016 .....	76
Tabela 10 – Orientações e ações importantes em saúde da criança realizada pelas equipes de Saúde da família do 3º Distrito de Saúde do Município de Parnaíba-PI, 2016 .....	79
Tabela 11 - Dados da Atenção a Saúde da Criança nas equipe de Saúde da família do 3º Distrito de Saúde do Município de Parnaíba-PI, 2016 .....	84

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Óbitos de crianças por faixa etária e principais causas em Parnaíba -PI, referente ao ano de 201.....	102
--	-----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ABS	Atenção Básica em Saúde
AIDIPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMEX	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
CEEP	Centro Estadual de Educação Profissional
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DO	Declaração de Óbito
EAB	Equipe de Atenção Básica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
HEDA	Hospital Estadual Dirceu Arcoverde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
IMC	Índice de Massa Corporal
IML	Instituto Médico Legal
MPSF	Mestrado Profissional em Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPS	Organização Pan-americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PET	Programa de Educação para o Trabalho
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSF	Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PROFAE	Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica

SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SSA2	Ficha de Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
1.1	Encontro com o objeto de estudo .....	18
1.2	Contextualização do objeto de estudo .....	19
1.3	Justificativa e relevância do estudo .....	22
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	<b>29</b>
2.1	Objetivo geral .....	29
2.2	Objetivos específicos .....	29
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>30</b>
3.1	<b>Estratégia saúde da família</b> .....	<b>30</b>
3.1.1	Saúde da criança .....	32
3.1.2	<i>Consulta de enfermagem em puericultura</i> .....	37
3.2	<b>Avaliação de programas e serviços de saúde</b> .....	<b>41</b>
3.2.1	<i>Referencial teórico de avaliação – Avedis Donabedian</i> .....	45
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>48</b>
4.1	Tipo de estudo .....	48
4.2	Cenário do estudo .....	49
4.3	Período da coleta de informações .....	50
4.4	Participantes da pesquisa .....	50
4.5	Métodos e procedimentos para a coleta de informações .....	51
4.6	Apresentação e análise das informações .....	53
4.7	Aspectos éticos e legais da pesquisa .....	55
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>57</b>
5.1	Análise da estrutura .....	57
5.2	Análise do processo .....	70
5.2.1	<i>Avaliação a partir do registro</i> .....	70
5.2.2	<i>A atuação do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família</i> .....	84
5.2.2.1	<i>Conceito e representação da ESF para o profissional</i> .....	85
5.2.2.2	<i>O conhecimento e experiência dos enfermeiros sobre a consulta de puericultura para menores de dois anos</i> .....	87
5.2.2.3	<i>Dificuldades para a realização das consultas de puericultura</i> .....	90
5.2.2.4	<i>Estratégias para o acompanhamento das crianças</i> .....	93

5.2.2.5	<i>Sugestões para a melhoria da atenção ao cuidado da criança</i> .....	96
5.3	<b>Análise dos indicadores de resultados</b> .....	99
6	<b>CONCLUSÕES</b> .....	109
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	113
	<b>APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ENFERMEIROS</b> .....	124
	<b>APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA DE AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA-ENFERMEIROS</b> .....	126
	<b>APÊNDICE C- ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO ASSIS TENCIAL –ENFERMEIROS</b> .....	128
	<b>APÊNDICE D- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO ASSISTÊNCIAL – ENFERMEIROS</b> .....	129
	<b>APÊNDICE E- AVALIAÇÃO DO RESULTADO DA ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA</b> .....	130
	<b>ANEXO A- ROTEIRO ADAPTADO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS SOBRE A ESTRUTURA FÍSICA E RECURSOS MATERIAS DA UNIDADE D SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	132
	<b>ANEXO B- ROTEIRO ADAPTADO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS SOBRE O PROCESSO ASSISTÊNCIAL REGISTRADO PELO ENFERMEIRO EM PRONTUÁRIOS UTILIZADOS NA CONSUL TA DE PUERICULTURA</b> .....	135
	<b>ANEXO C- CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA-PI</b> .....	137
	<b>ANEXO D- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	138
	<b>ANEXO E- DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA</b> .....	141

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Encontro com o objeto de estudo

A autora da presente pesquisa vem atuando como enfermeira na Estratégia Saúde da Família (ESF), desde 1998, sendo que em junho do mesmo ano realizou o Curso Introdutório em Saúde da Família e, em dezembro de 2000, concluiu a Especialização em Saúde da Família, todos foram realizados na Escola de Saúde Pública do Ceará. É graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, terminou o curso no ano de 1997. Também fez duas outras especializações: Especialização em Saúde Pública pela Universidade Federal do Maranhão e Especialização em Educação Profissional na área da saúde: Enfermagem pelo PROFAE. Trabalha na Estratégia Saúde da Família de Parnaíba-PI desde 2007, sendo ainda a primeira equipe desde que assumiu o concurso público municipal.

Na área de abrangência da ESF em que a autora trabalha existem 862 famílias e 3.090 pessoas, porém, a mesma tem dificuldades de colocar em prática ações relacionada com a educação em saúde para as mães de crianças menores de dois anos, pelos seguintes motivos: muitas áreas próximas descobertas de equipe, rotatividade de profissionais na equipe, como médicos, atendentes, técnicos de regulação, estrutura da unidade muito pequena e inadequada. Ainda existe a sobrecarga de trabalho para a enfermeira, que exerce também a função de gerente da unidade.

Apesar das dificuldades encontradas a mesma tem uma integração muito boa com a equipe e com a comunidade, por conta do tempo de permanência na equipe indo ao encontro da transversalidade das ações, tão importante na atenção primária em saúde e, principalmente, no modelo de atenção voltada para a ESF.

É importante ressaltar que foi mediante a inserção da autora da pesquisa como preceptora do Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde), com a implantação da Rede Cegonha no município e com avaliação do PMAQ nas unidades de saúde do município de Parnaíba, que veio a inquietação diante da falta de ações de saúde voltadas para a criança menor de dois anos, principalmente relacionada com a consulta de puericultura realizada pelos enfermeiros do município. Motivo este que despertou na mesma, o olhar cuidadoso para com as crianças de 0 a 2 anos na equipe de atuação, onde vem tentando melhorar a cada

dia as ações voltadas para a saúde da criança, além de desenhar e facilitar o fluxo deste público nos diversos níveis de atenção dentro do município.

## **1.2 Contextualização do objeto de estudo**

O Ministério da Saúde através da Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção em consonância com a Portaria nº 4.279/GM/MS de 2010, a partir das seguintes diretrizes:

- I – Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II – Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- III – Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- IV – Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade;
- V – Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011a).

Nessa lógica, esta rede veio a ser reforçada e melhorada com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011, com o objetivo de induzir ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica, além do Incentivo Financeiro do Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável,

tudo isto se refletindo em progressivas melhorias na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2011b).

O PMAQ funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população. Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil. Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos (BRASIL, 2011b).

A avaliação do PMAQ na unidade de saúde em que a autora atua, foi um dos motivos que despertou na mesma a vontade de realizar uma pesquisa avaliativa sobre como os enfermeiros realizam a consulta de puericultura em suas unidades de saúde. No dia da avaliação, foi deixado claro e reforçado pelos avaliadores sobre a importância do acompanhamento mensal das crianças menores de dois anos pela equipe, na qual houve questionamentos sobre livros, prontuários e instrumentos que comprovassem a realização de consultas de enfermagem e demais ações desenvolvidas pela equipe, onde questionaram também sobre a qualidade da assistência.

Além do mais, o município firmou compromisso com o PMAQ-AB, uma vez que as unidades de saúde terão certificação de desempenho por efetividade nas ações de saúde da atenção primária, dentre elas, estão à saúde da criança de zero a dois anos, que deverão responder apresentando formas consistentes de avaliação de seus serviços.

Foi percebido pela autora da presente pesquisa que, durante alguns atendimentos de puericultura, os quais já eram realizados e, portanto, reforçados após a visita de avaliação do PMAQ ; nas vacinas de rotina para crianças menores de dois anos, a necessidade que muitas mães e/ou cuidadores tinham de uma orientação e acompanhamento mais efetivo no que se refere à alimentação, vacina, higienização, crescimento e desenvolvimento, e demais cuidados com estas crianças, principalmente, aquelas prematuras ou que nasceram com algum

problema de saúde e que ficaram internadas em uma UTI Neonatal (UTIN) e/ou em uma Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN).

Nesse contexto, a saúde da criança torna-se prioritária dentro da Estratégia Saúde da Família e merece atenção especial por parte de todos os profissionais que atuam na atenção primária. Portanto, para que a criança tenha um crescimento e desenvolvimento saudável é preciso comparecer na unidade de saúde para realizar o acompanhamento, pois a primeira infância é um período muito importante para o desenvolvimento mental e de socialização da criança, é fundamental estimular bem a criança nessa fase para que ela tenha uma vida saudável e possa desenvolver-se bem na infância, adolescência e na vida adulta (BRASIL, 2011c).

A assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Por meio do acompanhamento da criança saudável, papel da puericultura, espera-se reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se para alcançar todo seu potencial (CAMPOS *et al.*, 2011).

As unidades de saúde, independentemente, da sua forma de organização devem aderir à Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, pois a vigilância do óbito infantil é de responsabilidade do gestor municipal e deve ser realizada pela equipe de atenção básica, para levantamento dos possíveis problemas que envolveram a morte de uma criança por causa evitável na sua área de responsabilidade (BRASIL, 2005a).

Diante de tudo isto, acredita-se que a promoção da saúde ainda continua sendo uma das estratégias de produzir saúde, é na atenção à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família que ocorrem as diversas orientações para a família no que se refere aos primeiros momentos de vida da criança.

Conforme BRASIL (2010a), a promoção da saúde vem pensando e trabalhando de forma articulada com as demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo na construção de ações que visam responder às necessidades de saúde. As formas de viver estão sendo abordadas numa perspectiva individualizada, e colocam os sujeitos e as comunidades como os únicos responsáveis pelas várias mudanças no processo saúde-doença ao longo da vida. Portanto, numa perspectiva ampliada de saúde, conforme o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e das Cartas de

Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida.

No entanto, a promoção da saúde é capaz de gerar na comunidade mudança comportamental e, conseqüentemente, qualidade de vida não apenas da criança, mas de sua família e da comunidade. Portanto, a atenção à saúde da criança é uma necessidade real, já que interfere no processo saúde-doença da população, refletindo diretamente no perfil epidemiológico de uma região.

O enfermeiro da atenção básica atua na promoção, proteção e recuperação da saúde e, em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos, de sua área de abrangência. A atuação do enfermeiro na saúde da criança visa promover o aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento adequados, o aumento da cobertura vacinal e trabalhar com controle das situações de risco à saúde, visando a qualidade de vida de cada criança.

É atribuição do enfermeiro da atenção básica, realizar consultas de puericultura e a aferição dos dados antropométricos de peso e altura e avaliar o índice de massa corporal (IMC) das crianças, conforme o preconizado no Caderno de Atenção Básica e exercer as atribuições que lhe são conferidas pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a).

### **1.3 Justificativa e relevância do estudo**

Foi no módulo de Sistema de Informação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, que a autora desenvolveu um relatório técnico, sobre a mortalidade infantil no município de Parnaíba-PI. O objetivo foi analisar este índice nos anos de 2010 a 2014.

Após reunião e discussão com os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Parnaíba, sobre os principais agravos existentes no território, e seleção de um deste como prioritário para compor o relatório técnico da prática na comunidade do Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), foi unânime a escolha por mortalidade infantil em menores de um ano.

Porém, durante uma discussão mais aprofundada sobre o problema, achou-se melhor avaliar a mortalidade infantil em todo o município, já que a falta de dados sobre este indicador é um problema geral em todas as equipes. Teve-se a preocupação com os seguintes critérios adotados nesta seleção:

- 1) Ser um indicador de saúde que nunca foi analisado no cotidiano de trabalho das equipes, pois a vigilância epidemiológica nunca enviou nenhum boletim epidemiológico sobre este indicador, apenas faz a cobrança da investigação de óbitos infantis, sem dar nenhum retorno sobre esses dados.
- 2) A mortalidade infantil está enquadrada dentro de um dos oito objetivos do milênio priorizados segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS): a) Erradicar a pobreza e a fome; b) Alcançar o ensino primário universal; c) Promover a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres; d) Reduzir a mortalidade infantil; f) Melhorar a saúde materna; g) Combater o HIV/AIDS, malária e outras doenças; h) Garantir a sustentabilidade ambiental; i) Criar uma parceria mundial para o desenvolvimento.
- 3) O município de Parnaíba já vem por alguns anos consecutivos pleiteando o selo UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância);
- 4) O Piauí é um dos estados da federação que possui um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), onde das cinquenta piores cidades do Brasil, 10 são piauienses, segundo uma pesquisa realizada em 2013 pela Organização das Nações Unidas (ONU), sendo que o índice considera indicadores de longevidade (saúde), renda e educação.

Apesar de Parnaíba não estar entre as piores cidades do estado, a mortalidade infantil torna-se um fator preocupante, já que está diretamente relacionado com a saúde de uma população. Já em 2006, foi colocada como meta a redução da mortalidade infantil no Brasil, conforme descrito como componentes no Pacto pela Vida, dentro dos Pactos pela Saúde 2006.

Após visita das mestrandas na secretaria de saúde e, em conversa com a coordenadora da vigilância em saúde, no próprio local de trabalho, esta deixou claro que a vigilância epidemiológica do município não dispõe de nenhuma análise da situação de saúde atual sobre mortalidade infantil, pois não vem realizando esta correlação com o trabalho diário, apesar de dispor de um Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) local, que é alimentado diariamente. Portanto, a última

análise realizada foi no período de 2002 a 2008, que consta no plano municipal de saúde (2014).

A taxa de mortalidade infantil representa o número de óbitos em menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, em determinado ano. Essa taxa é constituída pelos componentes neonatal (menores de 28 dias de vida) e pós-neonatal (29º dia em diante). A mortalidade neonatal subdivide-se em mortalidade neonatal precoce, em menores de 7 dias, e mortalidade neonatal tardia, entre 7 e 27 dias de idade. O coeficiente de mortalidade infantil é considerado por diversos autores e organismos internacionais como um indicador clássico de saúde e de qualidade de vida de uma população. Este reflete ainda, a eficácia das políticas públicas e qualidade dos serviços das áreas de saúde, educação, saneamento, bem como geração e distribuição de renda (SOUSA; LEITE FILHO, 2008).

Os autores referem, ainda, a análise da mortalidade infantil por meio dos componentes neonatais (menores de 28 dias e maiores de 28 dias) é fundamental para uma compreensão mais detalhada do fenômeno da mortalidade infantil, já que as causas que levam ao óbito, nestes dois períodos de vida, são diferentes. No primeiro mês de vida, a morte geralmente ocorre por causas geralmente ligadas ao período pré-natal: acompanhamento insuficiente ou inadequado da gravidez (ausência ou poucas consultas de pré-natal), desnutrição, infecção, hipertensão e hemorragias da mãe e outras causas que geralmente vão ocasionar partos prematuros e/ou crianças com baixo peso ao nascer.

Segundo Vidal *et al.* (2003) as precárias condições socioeconômicas e ambientais, como baixo nível de escolaridade, reduzida renda per capita e desigualdade de renda, aliadas à dificuldade de acesso aos serviços de saúde constituem os principais fatores condicionantes e/ou determinantes dos óbitos infantis. Porém, vários outros problemas relacionados com a mortalidade infantil estão contemplados em (BRASIL, 2009c), onde relata que muitos dos possíveis problemas são identificados no momento da assistência, vejamos:

- 1) Problemas no planejamento familiar: acesso à informação, atendimento, exames, métodos contraceptivos, acolhimento, utilização de protocolos;
- 2) Problemas na assistência pré-natal: acesso à informação, atendimento, exames, medicamentos, pré-natal de alto risco, utilização de protocolos, identificação de gravidez de risco, referência e contrarreferências;

- 3) Problemas na assistência ao parto: acesso à assistência, referenciamento desde o pré-natal, acolhimento, atendimento oportuno, leitos de alto risco, transporte, uso de partograma, utilização de protocolos adequados, referenciamento para alto risco, presença de acompanhante;
- 4) Problemas na assistência ao recém-nascido na maternidade: acesso à assistência, leito de cuidados intermediário, UTI neonatal, exames, medicamentos, utilização de protocolos na sala de parto, unidade neonatal, transporte adequado;
- 5) Problemas na assistência à criança na Unidade Básica de Saúde (UBS): acesso à assistência, acolhimento, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, atendimento em situações agudas, exames, medicamentos, utilização de protocolos, identificação de risco, referência e contrarreferência, vigilância em saúde, continuidade do cuidado;
- 6) Problemas na assistência à criança na urgência: acesso à assistência, acolhimento, avaliação de risco, atendimento, exames, medicamentos utilização de protocolos, referência e contrarreferência;
- 7) Problemas na assistência à criança no hospital: acesso à assistência, acolhimento, avaliação de risco, atendimento, exames, medicamentos, utilização de protocolos, avaliação de risco, referência e contrarreferência;
- 8) Causas externas: identificar as circunstâncias, encaminhamento ou não ao Instituto Médico Legal (IML);
- 9) Dificuldades sócio-familiares: para reconhecimento de risco, para seguir as orientações fornecidas, recusa de tratamento proposto, situação de risco, entre outras;
- 10) Problemas na organização do sistema ou serviço de saúde: cobertura da atenção primária, sistema de referência e contrarreferência, pré-natal de alto risco, leitos para gestante e recém-nascido de alto risco, central de regulação, central de internação ou de leitos, leitos de UTI neonatal, transporte inter-hospitalar, medicamentos, propedêutica, banco de sangue, sistema de vigilância em saúde ao recém-nascido de risco e à criança, banco de leite, recursos humanos, equipes incompletas, entre outros.

Já para Bittencourt *et al.* (2013) a estrutura de análise dos determinantes da mortalidade infantil podem ainda estar dividido da seguinte forma:

- Distais/gerais (fatores socioeconômicos e demográficos): escolaridade da mãe, renda familiar, ocupação da mãe, tipo de moradia, abastecimento de água, coleta de lixo, esgotamento sanitário.
- Intermediários (fatores relacionados à atenção à saúde): acesso e qualidade da atenção pré-natal, história reprodutiva da mulher, tipo de parto, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacinação, assistência à criança doente.
- Proximais (fatores biológicos): peso ao nascer, estado nutricional infantil, idade materna, malformações congênitas, gestações múltiplas, idade gestacional, morbidade materna.

Nesse sentido, foi realizado um boletim informativo da situação da mortalidade infantil no município de Parnaíba, através de um estudo descritivo, retrospectivo, do tipo levantamento de dados, referente aos anos (2010 a 2014), que teve como fonte de dados o sistema de informação sobre mortalidade (SIM) local, que é alimentado com informações da declaração de óbito (DO) de menores de um ano. As variáveis coletadas foram: faixa etária, evitabilidade, peso ao nascer, idade gestacional, tipo de parto e escolaridade materna.

A Mortalidade Infantil de Parnaíba mostrou-se mais elevada nos anos de 2010 e 2011. Já em 2012 o setor de neonatologia de um hospital público estadual do município foi ampliado, o que resultou em uma melhoria assistencial, diminuindo a mortalidade imediata. A análise da mortalidade infantil por faixa etária, evidenciou que, o risco de morte de crianças menores de 07 dias passa a representar, proporcionalmente, a maior parte dos óbitos menores de 1 ano, chegando a 67,2% dessas mortes nos últimos cinco anos.

A classificação dos óbitos infantis quanto à evitabilidade nos últimos cinco anos em Parnaíba-PI, demonstram que 77,25% dos óbitos infantis eram evitáveis. Observou-se que entre as causas evitáveis, predominaram as reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido, representando 52,71% de todas as causas evitáveis. Observou-se que o peso está diretamente relacionado à mortalidade infantil, visto que os registros de quase 60% dos óbitos infantis nos últimos cinco anos tiveram relação direta com o peso ao nascer, extremamente baixo (menor que 1000g), muito baixo (entre 1000 e 1499g) e baixo (entre 1500 e 2499g). Pode-se constatar que a ocorrência de óbitos infantis é quase três vezes maior em bebês prematuros quando comparado a bebês a termo e que, nos últimos cinco anos. Não

houve registro de ocorrência de óbito em crianças menores de um ano nascidas após o tempo oportuno.

O que mais chama atenção neste estudo realizado em Parnaíba, é que em mais da metade das declarações de óbitos dos últimos cinco anos (55,5%), não há declaração da idade gestacional em que as crianças nasceram. Fato este que reflete mais uma vez a necessidade de valorização das informações para o correto preenchimento das declarações de óbito. Houve uma maior ocorrência do parto vaginal nos óbitos infantis dos últimos cinco anos, entretanto, não se pode inferir que a mortalidade infantil, esteja influenciada pelo tipo de parto, visto que tal proporção pode ser observada nos nascidos vivos de modo geral. Para buscar uma conclusão, se faz necessário consultar também o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), no sentido de obter a proporção de ocorrência de parto vaginal e cesárea nos últimos cinco anos para que se possa realizar uma comparação entre os dados do SIM e SINASC mediante testes de significância estatística.

Observou-se, em Parnaíba, um elevado índice de mortalidade infantil em filhos de mulheres com Ensino Médio, Ensino Superior incompleto e até em nível superior, fato que se contrapõe ao relatado por Bittencourt *et al.*(2013) que relata o seguinte: altas taxas de mortalidade infantil refletem ausência de saneamento básico e de segurança alimentar e nutricional; baixo grau de instrução materna; deficiência de acesso e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos.

Entretanto, a realidade atual em Parnaíba ainda reflete a necessidade de novas mudanças, principalmente, no que diz respeito ao componente neonatal da mortalidade infantil que, sem dúvida, ainda merece atenção e priorização para que sejam reduzidas as altas taxas de óbitos infantis relacionadas a esse período. Nessa perspectiva, fazem-se necessárias inúmeras intervenções nos diversos níveis de atenção à saúde da gestante e recém-nascido, entretanto, é pertinente que novas análises sejam realizadas acerca do problema, para conhecer os dados relativos à investigação do óbito como forma de aprofundar a análise dos determinantes que influenciam a mortalidade infantil.

Diante de tudo isto, torna-se necessário dar assistência contínua e controlada para todas as crianças menores de dois anos na Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de evitar óbitos ou quaisquer outros problemas de saúde. Portanto, faz-se necessário uma intensificação nas discussões entre todos os

profissionais que fazem parte da equipe, tentando melhorar e organizar as ações desenvolvidas para esta clientela.

Além disso, discutir com a equipe e trabalhar a consulta de enfermagem em puericultura dentro da Estratégia Saúde da Família são de fundamental relevância por saber que o sucesso do cuidado depende muito do empenho da equipe, principalmente do enfermeiro e que, a troca de informações, entre o enfermeiro e a família, são de grande importância, pois a consulta além de tirar dúvidas da família, promove a interação profissional-criança-família.

Foi através da vivência enquanto enfermeira da ESF de Parnaíba, que fez emergir na autora da presente pesquisa a necessidade de avaliar o conjunto de ações desenvolvidas para a saúde da criança, na perspectiva de contribuir por meio dos resultados obtidos, na qualificação dos enfermeiros e na busca da eficiência e eficácia das ações.

No entanto, como enfermeira comprometida com a assistência à criança e família e como mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família, a autora julga ser importante compreender como os enfermeiros da ESF vivenciam a consulta de enfermagem voltada para a criança menor de dois anos. Sob esta perspectiva foi utilizado o seguinte questionamento: Como é realizada a consulta de puericultura para crianças de 0 a 2 anos pelos enfermeiros no contexto da Estratégia Saúde da Família em Parnaíba Piauí?

Diante do exposto, esta pesquisa torna-se relevante para a Estratégia Saúde da Família de Parnaíba, pois além de mostrar a importância da qualificação das ações já desenvolvidas pelos enfermeiros da atenção básica, proporciona uma reflexão na mudança de postura por parte dos trabalhadores, gestores e grupos de interesse envolvidos.

Espera-se, ainda, com esta pesquisa, conduzir enfermeiros e gestores, na busca de uma atenção à saúde da criança mais qualificada na atenção primária de Parnaíba. Pois, acredita-se que é através do acompanhamento integral e de 100% das crianças menores de dois anos na Estratégia Saúde da Família que conseguiremos identificar precocemente quaisquer problemas de saúde, favorecendo o diagnóstico e tratamentos oportunos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a consulta de enfermagem em puericultura na Estratégia Saúde da Família em Parnaíba-PI.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Verificar a estrutura física e recursos materiais disponíveis para a realização da consulta de enfermagem;
- Verificar a qualidade dos registros das consultas de enfermagem em puericultura nos prontuários da família utilizados na unidade de saúde;
- Analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre a consulta de puericultura para menores de dois anos;
- Identificar os fatores facilitadores e restritivos para o acompanhamento das crianças;
- Analisar os indicadores de resultados decorrentes da assistência prestada às crianças menores de dois anos na ESF.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Estratégia saúde da família

Em meados da década de 1990, após muitos entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi implantada uma estratégia para mudança do modelo hegemônico. Portanto, a disseminação desta estratégia e o investimento na chamada rede básica trouxeram muitas questões para reflexão, como a forma de organização e hierarquização das redes assistenciais, em que a ideia envolve uma ‘imagem em pirâmide’ para a atenção à saúde, bem como a ideia da ‘complexidade crescente’, tendo o hospital no topo e rede básica como porta de entrada do sistema de saúde (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Foi, então, pauta política do Ministério da Saúde a viabilização de uma proposta para a atenção básica capaz de ampliar a capacidade resolutiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e criar as condições para sua expansão em direção aos centros de maior complexidade urbana. Portanto, foi baseado em tudo isto e como forma de reorganizar a atenção primária no Brasil, que o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), tendo como eixo lógico a integralidade, a territorialização e a continuidade da assistência (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007). O PSF tinha como objetivos, ainda, unir os serviços de saúde e a comunidade, aumentarem a cobertura de ações primárias, principalmente, em regiões onde existiam vazios assistenciais, e mudar a lógica do sistema de saúde predominante, que se concentrava na atenção médico-hospitalar (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Após anos de expansão da cobertura do PSF e visando garantir maior flexibilidade do modelo, foi proposto que o PSF deixasse de operar em bases programáticas para se constituir em uma estratégia, onde foi considerada a forma ideal de proceder à reorientação do modelo assistencial; considerando as diferenças inter-regionais e intra-regionais existentes no país (BRASIL, 2009a).

Corroborando com o citado acima, Corbo, Morosini e Pontes (2007) inferem que inicialmente, o Ministério da Saúde (MS) concebeu a saúde da família como um programa, porém, a partir de 1996, o MS começou a romper com o modelo de programa que estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade,

passando a utilizar a denominação de 'Estratégia Saúde da Família' por considerá-la a estratégia escolhida para a reorientação da atenção à saúde no país.

Na ESF, a equipe é responsável por uma área geográfica definida, com 600 a 1.000 famílias ou no máximo 4.000 pessoas, sendo a equipe mínima formada por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e um número suficiente de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para cobrir 100% da população cadastrada, com o limite máximo de 12 ACS por equipe. Pode, também, integrar-se a esta equipe uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), que é composta por um cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental. O gestor municipal pode ampliar a equipe, incorporando outros profissionais que julgar necessário para melhorar a qualidade da atenção básica do seu município (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007).

A ESF surgiu como forma de ultrapassar o modelo hegemônico tecnicista, hospitalocêntrico e medicalocêntrico que não respondia efetivamente as demandas individuais e coletivas, a implementação desta estratégia foi marcada pela grande transferência de responsabilidades e surgimento de novos atores no processo de decisão de saúde no nível local (BRASIL *et al.*, 2011).

Ainda, segundo o mesmo autor, a ESF é considerada um modelo de Atenção Primária à Saúde, que tem por base equipes multiprofissional e são operacionalizadas mediante ações de promoção, prevenção, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família. A ESF tem ainda o compromisso com a integralidade da assistência à saúde, focada na família e operacionalizada no âmbito da comunidade, coerente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido.

A ESF desenvolve ações de promoção da saúde, dentro dos princípios da equidade e integralidade, prevenção e atenção às doenças, recuperação, tratamento e reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, desenvolvida mediante as práticas de cuidado e gestão das equipes de saúde da família. A ESF deve trabalhar com a família e organizar-se de modo coerente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida. Então, a ESF pode ser considerada um modelo coletivo de atenção primária, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema de saúde público e universal (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

A reorganização da rede de atenção à saúde, por meio de uma política que tenha por base a universalização da assistência e a descentralização, foi a referência para implementar a ESF nos diversos municípios brasileiros. Portanto, é um desafio pragmático atual, a ultrapassagem da etapa de expansão quantitativa de acesso da população aos serviços da ESF para uma etapa de consolidação e amadurecimento dos serviços prestados, assim como uma maior interação entre as equipes e outros serviços prestados pela rede SUS (BRASIL *et al.*, 2011).

De acordo com Rouquayrol e Gurgel (2013), em 2012 a ESF abrange mais de 32 mil equipes, das quais 21.279 contam com equipes de saúde bucal. As equipes de saúde da família estão presentes em 90% dos municípios brasileiros e atendem cerca de 102 milhões de pessoas, o que representa uma cobertura de 53,74% da população brasileira. A elevada cobertura de ESF, com a definição de um território de corresponsabilidade sanitária da equipe, a inclusão dos agentes comunitários de saúde nas equipes e a efetivação de ações de atenção primária à saúde, contribuíram para a melhoria de vários indicadores de saúde no Brasil.

Após a adoção da ESF como modelo de reorganização da atenção básica, as ações do SUS neste nível de atenção, tem buscado o fortalecimento das intervenções multiprofissionais voltadas para a promoção da saúde foi, então, nesta perspectiva que se criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de apoiar a ampliar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica (BRASIL, 2008). Ainda conforme Vasconcelos *et al.* (2009), a ESF veio para superar a fragmentação do cuidado e, para tanto, propõe um atendimento integral, de qualidade e, sobretudo, humanizado.

Conforme Souza *et al.* (2013), cada NASF tem sob sua responsabilidade o atendimento a usuários de um determinado número de equipes de Saúde da Família, ou seja, os profissionais do NASF atuam nas suas especialidades para fortalecer e ajudar as equipes às quais estão inseridas.

### **3.1.1 Saúde da criança**

Historicamente, o perfil da morbimortalidade no Brasil definiu as ações direcionadas para a criança como prioritárias no contexto da saúde. As altas taxas de mortalidade infantil e de prevalência de doenças infectocontagiosas exigiram ações especificamente direcionadas à criança (SUCUPIRA, 2012).

Podemos observar o grande avanço das políticas voltadas para a saúde da criança nesses últimos 20 anos, pois tudo melhorou com a implantação da ESF em muitos municípios brasileiros, onde podemos constatar esta melhora significativa com a redução da taxa de mortalidade infantil percebida nas últimas décadas.

Em 1984, surgiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), onde o Ministério da Saúde indicou uma diretriz política para expansão e consolidação da rede de serviços básico usando, para isso, a estratégia da assistência integral, procurando a integração das diferentes instituições envolvidas na prestação da assistência à saúde e utilizando atividades de baixa complexidade e baixos custos. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, através da sistematização de retornos ao serviço de saúde do recém-nascido ao adolescente, foi considerado o eixo integrador das ações básicas (FIGUEIREDO, MELLO, 2003).

Em 1990, foi promulgada a Lei Federal nº8.069, conhecida como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que dispõe sobre a proteção integral a esse grupo. O Estatuto da Criança e do Adolescente é de referência mundial como legislação destinada a proteger a juventude, onde no seu Art. 3º coloca que a criança e o adolescente gozam de todos os direitos inerentes à pessoa humana, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 2010b).

Portanto, foi em 1994 com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que a saúde da criança teve total apoio, quando as doenças mais prevalentes na infância ainda caracterizavam-se pelo pertencimento ao binômio desnutrição-infecção, de estrutura complexa, composta por múltiplos fatores determinantes considerados modificáveis (FIGUEIREDO E MELLO, 2007).

Em 1997, ocorreu uma das primeiras estratégias para melhorar a qualidade de vida e saúde das crianças no interior do PSF, com a implantação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) no Brasil, começando em quatro estados (PA, PE, SE e CE), foi instituído com a finalidade de promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância. Tratava-se de uma nova abordagem da atenção à saúde na infância, desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF), caracterizando-se pela

consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância, ao invés do enfoque tradicional que buscava abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingem a criança e do contexto em que ela está inserida. Portanto, em 1999, 16 estados já desenvolviam ações da estratégia AIDPI e no ano 2001, todos os estados e o Distrito Federal já haviam implantado a AIDPI (BRASIL, 2002a).

Em 2002 foi lançado o Caderno de Atenção Básica: nº 11 - saúde da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, destinado aos profissionais de saúde de nível superior que prestavam atendimento infantil nos diversos níveis de atenção, tinha como finalidade contribuir com a melhoria da qualidade de suas práticas e, por extensão, a qualidade de vida das crianças, mediante a monitoração do seu crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2002b).

O Ministério da Saúde lançou em 2004, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que era direcionada para todos os profissionais que lidavam com a criança, onde o foco era a criança, em toda e qualquer oportunidade que se apresentasse, seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos. Que tinha, ainda, como finalidade, apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde identificassem as ações prioritárias para a saúde da criança, com definição de diretrizes para identificação das linhas de cuidado integral, de modo que promovesse respostas mais satisfatórias para esta população (BRASIL, 2005a).

Em 2007, surgiu o Programa Saúde na Escola (PSE), sendo mais um exemplo de política pública voltada para a saúde da criança, instituído através do Decreto Presidencial nº 6.286, visando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento dos escolares brasileiros, através do desenvolvimento de ações por meio de parceria entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação. O programa é implementado com base em cinco componentes: avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens das escolas públicas; promoção da saúde e ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde; educação continuada e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; monitoramento e avaliação do programa (BRASIL, 2011d).

Em 2009 surge o caderno de atenção básica, nº 23, que foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde no sentido de sensibilizar e dar subsídio aos profissionais da Atenção Básica. Trata-se de novas estratégias de abordagem do aleitamento materno e alimentação complementar num contexto de redes de atenção a partir da Atenção Básica, que visa potencializar ações de promoção da alimentação saudável e de apoio ao aleitamento materno, numa linha de cuidado integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2009b).

Em 2011, o Governo Federal lançou a Rede Cegonha que é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

De acordo com o MS, os programas de promoção e prevenção voltados à Saúde da Criança devem deslocar o foco da assistência voltada para a doença, para uma modalidade de atenção que contemple a criança em sua fase de crescimento e desenvolvimento e o direito à cidadania. Que tais programas têm como grandes eixos estratégicos: a redução da mortalidade infantil, a humanização e promoção da qualidade da atenção prestada, a mobilização social e política, bem como o estabelecimento de parcerias e a promoção de vida saudável (BRASIL, 2009c).

Ainda conforme o mesmo autor, o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis, bem como a prevenção de doenças respiratórias, prevenção de agravos, são ações que não podem deixar de ser realizadas em toda a sua plenitude e em todos os níveis de atenção, tudo isto, aponta para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

A atenção à saúde da criança consiste em desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que auxiliem o pleno crescimento e desenvolvimento físico, mental e social desses indivíduos. Com o intuito de reduzir as taxas de morbimortalidade infantil, as atividades desenvolvidas pelas consultas de puericultura proporcionam por meio do binômio mãe-filho, condições de enfrentamento para essa etapa da vida de tanta vulnerabilidade biológica e social do ser humano (BRASIL, 2009b).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança desde seu nascimento é de fundamental importância para a promoção de saúde, prevenção de doenças e, principalmente, construção de vínculo entre unidade de saúde e família/comunidade. Através de uma abordagem integral, que valoriza o outro, a experiência de incentivo às consultas de puericultura tornou-se um mecanismo de envolvimento entre equipe e família com consequência positiva na saúde da criança (BRASIL, 2009b).

Portanto, é necessário o acompanhamento do desenvolvimento da criança, não só pelos familiares, mas também por nós, profissionais de saúde, para ajudar na identificação precoce das possíveis alterações, a fim de encaminhá-la para tratamento (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

A primeira infância é uma fase fundamental para o desenvolvimento mental, emocional e de socialização do indivíduo. É até os seis anos de idade que as estruturas físicas e intelectuais de crescimento e aprendizagem aparecem e começam a estabelecer suas fundações para a vida inteira da pessoa. O referencial da primeira infância vem impulsionando diversos setores da sociedade em direção a uma abordagem que amplia o apoio ao crescimento e ao desenvolvimento integral das crianças, principalmente, em cenários nos quais suas necessidades básicas podem não estar sendo satisfatoriamente contempladas. Os meios de sobrevivência que lhes são possíveis nem sempre são suficientes ou dignos da condição humana e podem ter como consequência ritmos e conquistas de desenvolvimento aquém de suas potencialidades ou adaptações socialmente inadequadas (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

Rouquayrol e Gurgel (2013) referem que a saúde da criança apresentou melhora significativa nos principais indicadores de saúde nos últimos 30 anos. Entre esses indicadores destacam-se a redução da taxa de mortalidade infantil, principalmente, no período pós-neonatal, e a queda dos índices de desnutrição. Nos últimos anos, o Brasil tem experimentado um grande desenvolvimento econômico e tecnológico, e tem influenciado positivamente nos determinantes sociais das doenças e na organização dos serviços de saúde. Programas de intervenção devem incidir sobre a maioria dos fatores de risco a que as crianças estão expostas em um contexto específico. Para que demonstrem efetividade e eficiência, esses programas precisam chegar até as crianças no início da vida, principalmente nos primeiros três anos de idade, e ser direcionadas para as crianças e suas famílias.

Na estrutura fisiológica humana, o que é inato não é suficiente para produzir um indivíduo sem a participação do meio ambiente. Tudo no ser humano depende da sua união com o meio social em que vive. Portanto, o desenvolvimento da criança dependerá sempre da família e de profissionais de saúde, entre outros, que delimitam e atribuem significados à sua realidade. O vínculo da criança com os membros de sua família e com a sua rede social de proteção assegura sua sobrevivência e sua relação com o mundo, contribuindo para o desenvolvimento psicossocial. Na sua relação com os adultos, ela assimila as habilidades de sentar, andar, falar, controlar os esfíncteres etc. Durante os dois primeiros anos, um aspecto importantíssimo do seu desenvolvimento é o desenvolvimento afetivo, caracterizado no apego (BRASIL, 2012a).

As mudanças demográficas e epidemiológicas vivenciadas no Brasil nos últimos anos, como a melhoria do índice de mortalidade infantil, aliada ao envelhecimento da população e ao grande número na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, acabaram forçando uma reorganização de prioridades na agenda de saúde pública brasileira, com uma consequente diminuição da preocupação com a atenção à saúde da criança, que precisa ser superado com uma retomada da valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança de uma forma geral, inclusive como condição para que se possam garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis (BRASIL, 2012a).

### **3.1.2 Consulta de enfermagem em puericultura**

No Brasil, desde a Reforma Sanitária, passando pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pela Estratégia Saúde da Família (ESF), até os dias atuais, a enfermagem pediátrica vem ganhando mais espaço dentro da saúde pública, principalmente na Atenção Básica, aonde vem desenvolvendo vários tipos de ações voltadas para a saúde da criança, desde a gravidez até a adolescência, proporcionando não só o acesso, mas consolidando vínculos, acolhimento, e contribuindo para a resolução de problemas, prevenção de doenças e promoção à saúde (ASSIS *et al.*, 2011).

Dentre as áreas de cuidado à saúde na Estratégia Saúde da Família atualmente está à saúde da criança, sendo que um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento deste público é o Programa de Puericultura. Este atendimento é

desenvolvido tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro, onde o profissional enfermeiro tem como atribuições: realizar o exame físico identificando riscos em seu crescimento e desenvolvimento; agendar consulta para o pediatra quando forem identificados riscos de agravos à saúde; solicitar através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a busca ativa de crianças faltosas do programa; preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança; verificar e administrar as vacinas; incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo (AMEX) 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; esclarecer dúvidas e dificuldades da mãe e de outros membros da família que participam das consultas (LONDRINA, 2006).

A consulta de enfermagem está descrita na Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/1986 – Regulamentada pelo Decreto 94.406/1987). A implementação da ESF promoveu um avanço das consultas de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde, devido ao maior número de contrato destes profissionais por todo o Brasil, portanto os enfermeiros realizam consultas de enfermagem de forma contínua, aos usuários atendidos nestas unidades de saúde, constituindo uma estratégia de atendimento de caráter generalista, centrada no ciclo vital e na assistência à família (SAPAROLLI, ADAMI, 2007).

É de fundamental importância o papel do enfermeiro na vigilância da saúde da criança, principalmente na atenção primária à saúde, no sentido de viabilizar o melhor acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, visto ser uma ação de fundamental importância para a qualidade de vida das crianças (REICHERT, 2012).

A Consulta de Enfermagem consiste na atenção à saúde da criança, adolescente, adultos e idosos. É um momento de acolhimento, interação e avaliação das condições de saúde e vulnerabilidades na vida do ser humano em todo o ciclo da vida. Na consulta permite-se realizar avaliação de acordo com a idade, onde é feito o registro nos instrumentos da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, encaminhamentos para o médico da ESF e/ou especialidades médicas, ou para psicólogos e nutricionistas, dentre outros, de acordo com alterações detectadas. Outro momento da consulta de enfermagem se dá também no domicílio (PIAUI, 2012).

O atendimento em puericultura realizado pelo enfermeiro baseia-se na avaliação do crescimento, estado nutricional, situação vacinal, verificação da acuidade visual, auditiva, antropométricas, higiene bucal e corporal, desenvolvimento psicomotor, social e psíquico do recém-nascido e criança com vistas à prescrição de cuidados de enfermagem, terapêutica e encaminhamento adequado (PIAUI, 2012).

A puericultura é responsável por acompanhar integralmente o crescimento e desenvolvimento infantil, abordando a prevenção, os cuidados com a alimentação adequada e imunização, objetivando uma criança sadia e garantindo um adulto saudável. Assim, a detecção precoce dos distúrbios é essencial para seu tratamento, podendo prevenir uma série de doenças, fornecendo adequada supervisão higiênica, dietética, comportamental e nutricional (FRAGA *et al.*, 2008).

Monteiro *et al.* (2011) afirmam que, atualmente, esse acompanhamento é, por vezes, feito na forma de consultas individuais, pautado na doença e nas queixas, conforme o modelo biomédico ainda prevalente em nosso meio, portanto, o profissional médico e enfermeiro, age com frequência como detentor do conhecimento, tratando o usuário como mero receptor de informações. Agindo desta forma é gerada nos usuários a falta de entendimento sobre a importância dos procedimentos realizados e do acompanhamento periódico de suas crianças. Portanto, este acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança perde seu significado maior e torna-se uma consulta fragmentada realizada quando há alguma queixa a ser realizada.

Ainda, conforme Monteiro *et al.* (2011), essa forma de assistência a saúde da criança, tem ocorrido predominantemente para condições agudas de adoecimento, através do atendimento à demanda espontânea, com ações pontuais e com pouco empenho na atenção contínua. Portanto, necessita-se investir na reorientação do modelo de assistência, no qual a criança possa ser vista em seu contexto biopsicossocial e familiar, com ações voltadas para a vigilância em saúde, envolvendo a promoção, a avaliação e a recuperação da saúde em todos os níveis de assistência, de maneira integrada e multiprofissional.

De acordo com Lima *et al.* (2009), a puericultura consiste, ainda, em um conjunto de regras sobre a arte de cuidar, que tem como objeto a criança saudável e como alvo um adulto saudável, portanto a enfermagem deve se apoiar nos próprios marcos teóricos da profissão para levantar informações sobre a progressão do

crescimento e desenvolvimento, para prestar uma assistência individualizada, visando o bem estar da criança, família e sociedade.

A mãe, aliada ao profissional enfermeiro, deverá comprometer-se com a saúde do filho, estando este sadio ou doente, portanto, a puericultura contribui para estratégias na sala de espera e durante as consultas, proporcionando o acompanhamento do binômio mãe-filho de modo a realizar troca de experiências e superar as dificuldades (CAMPOS *et al.*, 2011).

Com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje, Estratégia Saúde da Família (ESF), a consulta de enfermagem passou a ganhar espaço nesse cenário. Portanto, juntamente com este novo avanço na profissão veio à reflexão sobre a prática do enfermeiro na consulta de enfermagem direcionada à saúde da criança, indo ao encontro dos esforços que contribuem para a redução da mortalidade infantil, visando ao alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, compromisso dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) para que o mundo possa ter uma globalização mais inclusiva e equitativa no novo milênio (COSTA *et al.*, 2012).

Somando-se a isso, Assis *et al.* (2011) afirmam que a ESF vem promovendo mudanças nas práticas de saúde. Portanto, é preocupante o modo como às equipes que atuam nas unidades de saúde vêm organizando seu processo de trabalho em relação às ações específicas de puericultura, porém refletir sobre esse aspecto do cuidado nos faz perceber que cuidar de crianças implica promover uma acolhida generosa, a escuta atenta, o diálogo, o vínculo e a responsabilização.

Acredita-se, portanto, que a consulta de enfermagem à criança através da puericultura contribui para a melhoria da qualidade da assistência prestada, baseando-se na promoção, proteção e recuperação da saúde dessa clientela, no entanto, para que a consulta de enfermagem seja prestada com qualidade, é necessário que os serviços de saúde possuam uma estrutura adequada, disponibilidade de materiais e equipamentos, número adequado de profissionais enfermeiros com capacitação específica, que tenham a capacidade de interagir com os usuários formando vínculo e respeito à autonomia do cliente (SAPAROLLI, ADAMI, 2007).

### 3.2 Avaliação de programas e serviços de saúde

Foi logo após a Segunda Guerra Mundial que apareceu o conceito de avaliação dos programas públicos e foi no decorrer dos anos 70 que a necessidade de avaliar as ações sanitárias se instituiu. Foi quando o período de implantação dos grandes programas, baseado no seguro médico, estava terminado, ocorrendo o papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde e, conseqüentemente, o controle dos custos do sistema de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Sancho e Dain (2012) reforçam que nos últimos anos, a avaliação se caracterizou como um importante instrumento para o planejamento e a gestão de sistemas e de serviços de saúde. No sentido de verificar a efetividade de intervenções, o uso eficiente dos recursos e a satisfação dos usuários do sistema de saúde.

Para Contandriopoulos *et al.* (1997), avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões, podendo ser resultado do uso de critérios e de normas, (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de procedimento científico (pesquisa avaliativa). Sendo ainda a avaliação normativa uma atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos e sua organização (estrutura), os serviços (processo), e os resultados obtidos. Já a pesquisa avaliativa é um procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção utilizando métodos científicos.

A avaliação dos serviços e ações de saúde, atualmente, vem ocupando lugar de destaque no planejamento e gestão dos serviços, onde há sempre a necessidade de considerar as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde. Surge então, a geração de estratégias metodológicas variadas e multidimensionais, sugerindo uma inclinação para a superação dos contornos positivistas que marcam sua história (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Bosi e Uchimura (2007) ressaltam ainda que o termo avaliação apresenta uma variabilidade de sentidos, por vezes antagônicos, onde sua aplicação ao campo das políticas e programas de saúde revela a diluição de um acordo sobre o seu significado uma vez que, nesse espaço, a avaliação pode assumir diversos desenhos, na tentativa de se moldar ao escopo da intervenção.

Em diversos padrões avaliativos, é ressaltado o desenvolvimento de novas práticas e atitudes por parte de gestores, coordenadores e profissionais, assim como mudanças relacionadas com o processo de trabalho e nas rotinas das equipes, com vistas ao desenvolvimento efetivo de ações intersetoriais e de promoção da saúde (BRASIL, 2009a).

A avaliação tem como propósito fundamental ajudar nos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, deve auxiliar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliarem novas práticas na rotina dos profissionais e verificar o impacto das ações e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005b).

Além disso, segundo Carvalho *et al.* (2012), a avaliação por sua vez traz a visão de julgamento, prática de intervenções que ajudam na tomada de decisão, ação capaz de auxiliar mudanças na construção e/ou na execução de programas, projetos ou políticas de saúde. As recentes mudanças ocorridas no Ministério da Saúde, a partir do Plano Nacional de Saúde e, conseqüentemente, da implantação das políticas de saúde, nos fazem afirmar que aspectos relevantes da institucionalização das práticas e processos de monitoramento e avaliação, passaram a integrar as operações cotidianas da instância de gestão federal, influenciando em seu processo de gestão, norteando o conjunto de responsabilidades inerentes às suas práticas e, conseqüentemente, à relação tripartite.

Uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde (MS) é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde para toda a população. Sendo assim, diversos esforços têm sido empreendidos no sentido de aprimorar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no sentido de reconhecer a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos de saúde existentes no País (BRASIL, 2012b).

A necessidade de avaliação é gerada de um pressuposto de que um programa gera benefícios, e para identificá-los, utiliza-se da avaliação, onde são mensurados os eventos que traduzam os resultados do programa. Sendo assim, a avaliação tem um importante papel a desempenhar, não somente em determinar sucessos e fracassos do passado, mas em identificar, descrever empiricamente, e

monitorar problemas, aumentando o conhecimento atual, bem como desenvolvendo e comparando soluções (GONÇALVES, 2012).

Conforme a mesma autora, a avaliação em saúde constitui-se em uma necessidade, portanto é essencial que esta deva extrapolar o habitat comum da epidemiologia focada principalmente em estudos etiológicos para determinação de doenças. A avaliação é reconhecida por sua potencial contribuição para tomada de decisão, formulação e reformulação de políticas de saúde.

A avaliação está presente em vários contextos da nossa vida, no âmbito pessoal e das instituições, pois sempre falamos de avaliação ou estamos sujeitos a processos avaliativos, mas não nos damos conta disso. Foi, portanto com o PMAQ que participamos do nosso primeiro processo avaliativo no âmbito do Ministério da Saúde. Conforme (BRASIL, 2012b), a estrutura e condições de funcionamento da UBS são verificadas no PMAQ-AB, além da infraestrutura, acessibilidade, ambiência e condições de trabalho, disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos importantes para a atenção à saúde com foco nas linhas de cuidado priorizadas.

O PMAQ pretende garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, com o objetivo de incentivar os gestores a ampliar o acesso e melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nas UBS, por meio das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) nos territórios brasileiros (BRASIL, 2011e).

Na primeira fase do PMAQ ocorre a contratualização e adesão, onde a formalização de todo o processo deve ser um compromisso das instituições e profissionais de saúde, no sentido de assegurar a melhoria gradativa da qualidade dos serviços locais de saúde, os quais possibilitarão gerar impactos positivos na saúde da população assistida (BRASIL, 2011f).

Na segunda fase do PMAQ inicia-se a etapa de desenvolvimento do Programa, onde será colocado em prática o conjunto de ações sob a responsabilidade de cada ator envolvido (equipe de atenção básica (EAB), gestores locais e federais). Esta segunda etapa, chamada de desenvolvimento, está subdividida em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2011f).

A terceira fase do PMAQ consiste na avaliação externa, é onde serão, de fato, averiguadas e avaliadas as condições de acesso e qualidade no município,

considerando-se nesse processo tanto equipes quanto gestores de saúde. Assim, pode-se subdividir a avaliação externa em duas dimensões distintas e complementares: certificação de desempenho (gestor + EAB) e avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica em saúde (ABS). Esta etapa foi executada por instituições públicas de ensino e pesquisa em parceria com o Ministério da Saúde. A avaliação externa busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das EAB e dos gestores municipais de saúde na qualificação da atenção básica (BRASIL, 2011f).

E, finalmente, a quarta fase do PMAQ é a recontractualização, momento em que as EABs e os gestores tornam a pactuar novos indicadores e compromissos a serem alcançados. Esta fase completa o ciclo de qualidade prevista pelo Programa, dando início, simultaneamente, a um novo ciclo. A cada ciclo do Programa, novos parâmetros de qualidade devem ser pensados, discutidos e definidos, gerando um processo institucional cíclico e sistemático, rumo ao que se preconiza em termos de desenvolvimento da gestão, das equipes e do alcance dos resultados de saúde da população (BRASIL, 2011f).

Alguns estudos avaliativos em puericultura já foram realizados no Brasil, porém em sua grande maioria sempre na perspectiva dos pais, família e usuários, muito pouco se tem avaliado a opinião dos enfermeiros diante da qualidade da assistência direcionada para crianças menores de dois anos, avaliando os fatores atribuídos às dificuldades encontradas.

Podemos perceber isto em uma pesquisa realizada por Ribeiro, Siqueira e Pinto (2010), sobre a avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. Os resultados foram comparados entre áreas urbanas e rurais e diferenças significativas foram observadas para determinados itens e uma percepção predominantemente positiva sobre o estado de saúde da criança.

Já em outra pesquisa, Modes e Gaíva (2013), realizaram um estudo descritivo avaliativo, pautado no modelo donabediano de avaliação em saúde, que avaliou a satisfação das mães e/ou responsáveis de crianças menores de um ano de idade quanto à atenção prestada pelas Unidades Básicas de Saúde de Cuiabá – Mato Grosso. Onde o grau de satisfação foi associado às orientações sobre prevenção de acidente, violência e problemas respiratórios, bem como à existência

de um espaço para discutir preocupações sobre a criança durante a consulta e ao recebimento gratuito de medicamentos.

Considera-se, desse modo, importante o estudo avaliativo pautado no pensamento do enfermeiro, associado a todos os outros aspectos avaliativos que qualificam a consulta de enfermagem em puericultura. Porém, ainda, é muito incipiente em Parnaíba estudos que venham avaliar a atenção básica do município, principalmente na saúde da criança.

### ***3.2.1 Referencial teórico de avaliação – Avedis Donabedian***

Avedis Donabedian nasceu em sete de junho de 1919 em Beirute, no Líbano. Após graduar-se como médico na Universidade Americana de Beirute, seus horizontes expandiram-se e o levou a Harvard, onde obteve o grau de Mestre em Saúde Pública em 1955. Através de um corpo de oito livros e mais de 50 artigos, Donabedian transformou o pensamento sobre os sistemas de saúde, convertendo-os em um campo para a investigação e uma arena excitante para a ação (FRENK, 2000).

Donabedian foi considerado um dos primeiros pesquisadores sobre a temática da avaliação em serviços de saúde. Segundo ele os estudos de qualidade são ordinariamente preocupados com, pelo menos, um de três objetos: o primeiro é referente ao cuidado real fornecido por uma determinada categoria de prestadores de cuidados, o segundo, ao cuidado real recebido por um grupo específico de pessoas e em terceiro, a capacidade de um grupo especificado de provedores para prestar cuidados (DONABEDIAN, 2005).

Avedis Donabedian é o autor mais referenciado em termos de avaliação de qualidade, porém, para facilitar a avaliação em saúde, este autor propõe que os mesmos sejam considerados nos aspectos da estrutura, dos processos e dos resultados. Como referencial de avaliação utilizou-se o modelo proposto por ele para a avaliação da qualidade de serviços em saúde. Portanto, a Estrutura corresponde às características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais. O componente Processo corresponde à prestação da assistência

segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados. O componente resultado investiga o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas. Descreve-se o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. (DONABEDIAN, 1980; DONABEDIAN, 1985; DONABEDIAN, 1988; DONABEDIAN, 1990; DONABEDIAN, 1992).

Avaliação do processo é o indicador mais direto para análise da qualidade da assistência prestada, enquanto os resultados são indicadores de qualidade, de forma indireta, dos aspectos relacionados à estrutura e ao processo (DONABEDIAN, 2003).

O autor, também, ressalta que a estrutura é importante para o desenvolvimento dos processos e seus consequentes resultados, na medida em que a própria função de monitoramento é parte da estrutura, além dos diversos outros aspectos organizacionais e daqueles relacionados com os recursos materiais. Com isso, conclui que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Devemos contar com um sistema de avaliação que inclui atributos, atividades e realizações, portanto, nosso sistema de garantia de qualidade deve incluir também a atenção para todos os três componentes. Ainda estamos muito recentes na avaliação da qualidade, muito mais pesquisa básica é necessária, especialmente em medir o estado de saúde, e na modelagem do processo de tomada de decisão (DONABEDIAN, 2000).

Este referencial supõe a existência de ordem, harmonia e direcionalidade, numa relação funcional entre os componentes da tríade, o que na prática concreta dos serviços de saúde não se verifica: a estrutura necessariamente não influi no processo, e o processo nem sempre guarda relação com o resultado (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Donabedian recomenda que a avaliação da qualidade fosse baseada, não só na satisfação dos usuários, mas também na satisfação dos profissionais e em fatores objetivos (SERAPIONI, 1999). Diante disso, este estudo utilizou este

importante referencial que permite avaliar as ações e serviços de saúde, onde permitiu uma análise e enfoque voltado para a estruturação de serviços de saúde.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo avaliativo por ter o propósito de avaliar a consulta de enfermagem em puericultura para crianças de 0 a 2 anos de idade no 3º Distrito Municipal de Saúde da Estratégia Saúde da Família em Parnaíba-PI.

Para realização dessa pesquisa, foram conjugadas as abordagens qualitativas e quantitativas. A articulação dessas abordagens justifica-se pela necessidade de desvendar os múltiplos aspectos que envolvem o objeto de estudo escolhido. Segundo MINAYO, (2010), as combinações das abordagens qualitativas e quantitativas promovem uma construção da realidade de forma mais completa e elaborada.

A abordagem quantitativa, para Gil (2011), refere-se ao tipo de pesquisa que requer a análise de dados objetivos, passíveis de quantificação. Pressupõe a previsão de mensuração das variáveis pré-estabelecidas, almejando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis.

A abordagem qualitativa, em sentido amplo, pode ser definida como uma metodologia que produz dados a partir de observações extraídas diretamente do estudo de pessoas, lugares ou processos com os quais o pesquisador procura estabelecer uma interação direta para compreender os fenômenos estudados (MINAYO, 2010).

Conforme Contandriopoulos *et al.* (1997), a avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao próprio processo de aprendizagem, que consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Para Minayo (2010), a pesquisa avaliativa é uma técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. A avaliação deve fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos.

Para o alcance dos objetivos optou-se por uma metodologia apropriada para descobrir como estão sendo desenvolvidas as ações em saúde da criança,

especificamente no que se refere à consulta de puericultura, levando a empregar uma abordagem sob o enfoque que Donabedian (1992) recomenda. Isto requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos dos principais componentes da qualidade: estrutura, processo e resultados.

Nesta pesquisa, “estrutura” foi entendida como as características estáveis da unidade, as condições do espaço físico, os recursos humanos, os instrumentos e equipamentos disponíveis, bem como às condições organizacionais e suas adequações com as normas vigentes; “processo” como o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre enfermeiros e famílias/crianças e para “resultados” uma avaliação dos principais indicadores de saúde de crianças menores de dois anos do município no ano de 2015.

## **4.2 Cenário do estudo**

O município de Parnaíba está localizado na microrregião do Litoral Piauiense, e tendo como limites: ao norte o município de Ilha Grande e o oceano Atlântico, ao sul Buriti dos Lopes e Cocal, a leste Luís Correia, e a oeste o estado do Maranhão, fica a aproximadamente 336 km da capital Teresina. Com uma população de 148.832 habitantes, onde a maior concentração populacional de Parnaíba é na zona urbana (136.925 habitantes) e (11.907 habitantes) na zona rural, sendo a segunda cidade mais povoada do Estado, menor apenas que a capital Teresina, de acordo com o censo demográfico, apresentado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015). O município é considerado importante pólo regional de saúde, sendo sede de macrorregião da planície litorânea formada por 11 municípios, recebendo muitos pacientes de estados vizinhos, como Ceará e Maranhão.

O presente estudo desenvolveu-se em suas três etapas com as 08 Equipes da Estratégia Saúde da Família do 3º Distrito Municipal de Saúde. A escolha do distrito deu-se por ser o distrito de atuação da pesquisadora. A atenção primária local conta com 40 ESF, distribuídos em quatro distritos municipais de saúde, sendo 37 localizados na sede e 03 na zona rural, além de 02 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. Os distritos encontram-se organizados da forma descrita a seguir:

Distrito 01: Ilha Grande (tarde), Ilha Grande (manhã), São José, Mendonça Clark, Bairro do Carmo, CS III (tarde), CS III(manhã), Bebedouro, Nova Parnaíba, Pedra do Sal.

Distrito 02: São Vicente de Paula, Santa Luzia, KM-17, Joaz Sousa, Tabuleiro (tarde), Sabiazal, Santa Teresinha (tarde), Broderville, Vegeflora.

Distrito 03: Osvaldo Cruz (manhã), Osvaldo Cruz (tarde), Esperança III, Alto Santa Maria, São Tomé, Boa Esperança, Pindorama, Olho D'Água, Bairro de Fátima, Centro Estadual de Educação Profissional (CEEP).

Distrito 04: Itaúna, São Sebastião, Samaritana, Samaritana (tarde), João XXIII, João XXIII (tarde), Catanduvás, Planalto, Rodoviária, Raul Bacelar, PACS.

#### **4.3 Período da coleta de informações**

Após a qualificação do Projeto de Dissertação de Mestrado e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), iniciou-se a pesquisa. Os instrumentos foram submetidos a um pré-teste, realizado em uma unidade de saúde não incluída no estudo. Esta etapa da pesquisa consistiu na adequação dos instrumentos. O processo foi realizado em março de 2016 e teve como objetivo a verificação sobre o entendimento dos seus itens. Em maio de 2016, foi realizada a coleta de dados nas UBS das equipes de saúde da família participantes do estudo, de acordo com a conveniência dos profissionais, em local apropriado e conduzida pela própria pesquisadora.

#### **4.4 Participantes da pesquisa**

Considerando os procedimentos para coleta de informações, os atores sociais da pesquisa foram 08 enfermeiros que atuam na ESF que responderam sobre Estrutura e Processo; e para o Resultado foram utilizados os principais indicadores de saúde da criança do município referente ao ano de 2015.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão na pesquisa: a) Ser enfermeiro da ESF do município de Parnaíba; b) Estar inserido nessa realidade e na equipe há pelo menos um ano, tempo que caracteriza a organização do trabalho na

equipe e comunidade c) Estar em pleno exercício de suas atividades no momento da coleta dos dados. Foram utilizados como critérios de exclusão: a) Atuação do enfermeiro na equipe por um período inferior a 01 ano; b) A equipe de atuação da enfermeira pesquisadora não participará da pesquisa.

Nesse distrito ao total eram 10 enfermeiros, foram excluídos 2, ficaram 8 participantes. Foram excluídos do contingente de sujeitos do estudo 01 enfermeira que atuava na ESF há menos de um ano e a enfermeira pesquisadora. A participação nesta pesquisa esteve vinculada à aceitação para coleta de informações a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A)

#### **4.5 Métodos e procedimentos para a coleta de informações**

A operacionalização dos objetivos propostos ocorreu a partir da utilização de diversas técnicas de coleta de informações, as quais foram organizadas em três etapas, fundamentadas pelas proposições de Donabedian (1990), no que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado. Portanto, optou-se por descrever da seguinte forma:

*- Para análise da estrutura*

Nesta primeira etapa, foram realizadas visitas na Estratégia Saúde da Família, onde foram realizadas entrevistas (Apêndice B) com os enfermeiros, previamente agendadas, considerando a disponibilidade dos participantes e a otimização do processo de coleta externo. A entrevista foi aplicada pela própria pesquisadora, abordando aspectos acerca do perfil do enfermeiro entrevistado e capacitações realizadas. Antecipadamente foram apresentados os objetivos da pesquisa, os critérios de inclusão e questões éticas da pesquisa. Foi utilizado o gravador para registro das falas, e para tanto, foi solicitado o consentimento dos enfermeiros por escrito. Depois de realizadas as entrevistas, as informações obtidas passaram a ser digitadas pela enfermeira pesquisadora.

A entrevista pode ser considerada tanto como uma forma de comunicação verbal, como uma técnica de coleta de dados nas pesquisas sociais, portanto, esta técnica apresenta vantagens, tais como: os dados obtidos são suscetíveis de quantificação e classificação, o pesquisador na interação com o entrevistado poderá

esclarecer dúvidas quanto às perguntas e respostas, possibilita maior número de respostas em comparação à aplicação e retorno de questionários (GIL, 2011).

Foi realizada ainda nesta etapa, a aplicação de um roteiro sobre o levantamento de dados da estrutura e recursos materiais existentes, e necessários no acompanhamento de consultas de enfermagem em puericultura, para crianças menores de dois anos da área de abrangência das equipes. No registro destes dados, foi utilizado um instrumento tipo roteiro check-list (Anexo A), elaborado com base no instrumento de Carvalho (2012), sendo adaptado para a consulta de puericultura em menores de dois anos.

*- Análise do processo de trabalho*

Esta fase aconteceu em dois momentos diferentes. No primeiro momento, o processo de trabalho foi analisado a partir dos discursos de 08 enfermeiros, através da realização de entrevistas (Apêndice C) a fim de identificar fatores facilitadores e restritivos relacionados às consultas de puericultura realizada pelo enfermeiro, além de coletar dados referentes à saúde da criança do território da ESF participante da pesquisa. Portanto, foram informações de cunho qualitativo e quantitativo da avaliação.

No segundo momento, a coleta de dados deu-se, também, por meio de dados secundários obtidos em prontuários, referentes ao processo assistencial registrado pelo enfermeiro. Como critério de seleção de prontuários, foram avaliados os prontuários de todas as crianças menores de 2 anos, que foram atendidas nas 08 unidades de saúde no mês de abril de 2016, portanto no mês que antecipa a pesquisa, que totalizou 30 atendimentos. Para tanto, foi utilizado um roteiro para levantamento de dados sobre o processo assistencial registrado pelo enfermeiro no prontuário no momento da consulta de puericultura (Anexo B), o qual foi elaborado com base no instrumento de Carvalho (2012), que foi adaptado para consulta de puericultura para crianças menores de dois anos, tendo como referência a orientação do “Caderno de Atenção Básica, nº33” (BRASIL, 2012a).

*- Avaliação do resultado*

Nesse momento foi realizada uma avaliação dos principais indicadores de saúde da criança do município de Parnaíba referentes ao ano de 2015:

I – Óbitos de crianças por faixa etária e principais causas;

II – Taxa de mortalidade infantil;

III – Proporção de óbitos infantis e fetais investigados;

IV – Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas;

V – Cobertura das vacinas em menores de 1 ano de idade por tipo de vacina;

As informações foram colhidas do Relatório Anual de Gestão (RAG)-2015, do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) – 2015.

#### **4.6 Apresentação e análise das informações**

Para o processamento dos dados quantitativos, foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2013, sendo que estes foram apresentados na forma de tabelas, quadros e gráficos. Os resultados foram expressos em números absolutos e percentuais e para a análise desses dados, foi utilizada a estatística descritiva e, posteriormente, foi feita uma reflexão sobre os dados encontrados.

As informações colhidas através das entrevistas com os enfermeiros (Apêndice C) foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo, que de acordo com Minayo (2008, p.308):

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais aprofundado, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articula a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem.

Entre as diferentes possibilidades de Análise de Conteúdo, foi utilizada a análise Temática, por ser considerada a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde.

De acordo com Minayo (2010), a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada por uma palavra, uma frase, um resumo. Segundo a autora, operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e

interpretação. Para esse trabalho, os procedimentos realizados em cada etapa encontram-se descritos abaixo:

1) Pré-Análise: nessa etapa, foi realizada a leitura atenta de todo material fornecido pelos participantes. Buscou-se selecionar informações de interesse direto para a pesquisa com vistas a resultados que explicitassem claramente os objetivos.

2) Exploração do material: foi realizada a classificação das informações, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, e o que possibilitou identificar as categorias temáticas.

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: com o intuito de analisar os dados colhidos, foram realizadas referências e interpretações dos objetivos previstos, onde foram relacionados os dados com outras dimensões teóricas interpretativas.

4) Ao final, foram apresentadas as categorias temáticas definidas durante a realização das etapas de pré-análise e de exploração de material, obtidas através das entrevistas.

5) A análise dos dados qualitativos deu origem às categorias que foram definidas com base nos objetivos do estudo e no roteiro utilizado para conduzir as entrevistas. Onde emergiram cinco categorias: 1) Conceito e representação da ESF para o profissional; 2) O conhecimento e experiência dos enfermeiros sobre a consulta de puericultura para menores de dois anos; 3) Dificuldades para a realização das consultas de puericultura; 4) Estratégias para o acompanhamento das crianças; 5) Sugestões para a melhoria da atenção ao cuidado da criança.

Os enfermeiros estudados foram identificados através da numeração de 01 a 08, sendo antecedida pela letra E, sendo esta nomenclatura utilizada para garantir o anonimato dos participantes. As falas dos participantes foram ressaltadas em *itálico* para melhor visualização e compreensão destas.

#### 4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

A pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Obedecemos, portanto, todos os princípios básicos da bioética como autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, buscando preservar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, os sujeitos da pesquisa e ao estado (BRASIL, 2013a).

a) O princípio da autonomia foi obedecido diante do esclarecimento aos sujeitos de que eles possuirão o livre arbítrio para decidir participar ou não da pesquisa, que a mesma será voluntária e que a qualquer momento podem se negar a responder a qualquer um dos questionamentos e desistir da pesquisa, ficando esses termos evidenciados no consentimento livre e esclarecido respeitando desta forma a sua autonomia.

b) No princípio da beneficência, foi garantida aos participantes a firmação do compromisso de trazer o mínimo de risco e o máximo de benefícios possíveis, e de não causar danos morais a eles. Portanto, este estudo, a partir dos seus objetivos, teve a intenção de avaliar as características estruturais e processuais da consulta de puericultura realizada pelos enfermeiros para crianças menores de dois anos no município de Parnaíba-PI e devolver os resultados da pesquisa para a comunidade acadêmica da Instituição de Ensino Superior e para o serviço, o qual foi cenário de pesquisa. Desse modo, respeitamos, assim, o princípio da beneficência.

c) Quanto ao princípio da não maleficência, foi seguido, no momento do compromisso firmado, que não haverá nenhum constrangimento aos sujeitos da pesquisa. A fim de atender a esse princípio, nenhuma informação relativa aos sujeitos foi personalizada. Esse princípio pôde ser alcançado no presente estudo ao ser evidenciado a importância do mesmo e ao garantir que seus resultados serão enviados tanto aos profissionais entrevistados quanto aos gestores em saúde do município.

d) Já no princípio da justiça, esse será alcançado na medida em que os resultados e discussões suscitados deverão ajudar nas discussões sobre a consulta

de enfermagem em puericultura no sistema de saúde local. Para tanto, foi assegurado à fidedignidade dos resultados (BRASIL, 2013a).

A pesquisa foi encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde de Parnaíba, onde foi autorizada a sua execução e, por conseguinte, apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), tendo o parecer favorável à sua execução sob o Nº 1.434.313 e CAAE Nº 53306516.0.0000.5053 (Anexo D).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo apresenta o resultado e discussão do tratamento realizado com os dados obtidos do trabalho de campo considerando os componentes: estrutura, processo e resultados, a partir dos formulários aplicados para observação da estrutura e dos prontuários, bem como a entrevista aos enfermeiros em estudo, atendendo ao propósito principal da pesquisa, que foi Avaliar a consulta de puericultura para crianças de 0 a 2 anos de idade no 3º Distrito Municipal de Saúde da Estratégia Saúde da Família em Parnaíba-PI.

Na etapa de coleta de dados, as oito unidades de coleta selecionadas para compor a amostra aceitaram participar do estudo. No entanto, duas unidades não participaram do estudo, a UBS (Boa Esperança), porque a enfermeira tinha apenas dois meses de atuação na equipe e a UBS (Alto Santa Maria), unidade de saúde da enfermeira pesquisadora. Os resultados estão apresentados neste capítulo, procurando atender à análise quantitativa e qualitativa dos dados.

### 5.1 Análise da estrutura

Na primeira etapa do estudo, foi avaliada a estrutura das salas de consulta, os recursos humanos, recursos organizacionais e os recursos materiais essenciais para a realização da consulta de puericultura.

Conforme Ribeiro *et al.* (2014), a existência de um adequado espaço físico, um superávit de recursos materiais, recursos humanos qualificados, o contexto cultural, a equidade no atendimento, a acessibilidade e a organização das unidades de saúde são fatores que influenciam o dia a dia da consulta de puericultura e se tornam fatores facilitadores da prática de enfermagem em puericultura. Mas por outro lado, a existência de um espaço inadequado, déficit de recursos materiais e humanos ou a falta de profissionais capacitados são aspectos que dificultam a consulta de puericultura.

Corroborando com o relatado acima, Saparolli e Adami (2007) afirmam que é de fundamental importância que os serviços de saúde disponham de estrutura física adequada, instalações, disponibilidade de materiais e equipamentos e número suficiente de profissionais capacitados para atender os usuários com qualidade e resolutividade.

De acordo com Donabedian (2003), um dos aspectos da estrutura são os recursos humanos, tais como a quantidade e qualificação dos profissionais, bem como pessoal de apoio. A qualificação dos profissionais é importante fator estruturante para o trabalho na Atenção Básica.

Assim, neste estudo, foi identificado o perfil dos enfermeiros do 3º Distrito Municipal de Saúde, quanto aos seguintes aspectos: idade, ano de formatura, universidade de graduação, titulação, tempo de atuação na ESF, vínculo empregatício na administração municipal.

Tabela 1 – Perfil dos enfermeiros das equipes de Estratégia Saúde da Família. Parnaíba-PI, 2016

Entrev.	Idade	S	Ano formação	Universidade	Titulação	Especialização	Tempo de atuação	Vínculo empregatício
1	24	F	2013	UESPI	Especialização	Docência do Ensino Superior	02 anos	Contrato
2	30	F	2014	FAP	Especialização	Saúde da Família	01 ano e 08 meses	Contrato
3	45	F	1994	UFPI	Especialização	Saúde da Família/ Enfermagem do trabalho	10 anos	Efetiva
4	49	F	1991	UFC	Especialização	Saúde Pública /Terapia Intensiva	10 anos	Efetiva
5	33	F	2006	UESPI	Especialização	Atenção Primária	09 anos	Efetiva
6	40	F	2002	UESPI	Especialização	Saúde Pública e Saúde da Família	13 anos	Contrato
7	36	F	2003	UESPI	Especialização	Saúde Mental/Gestão em Saúde/Educação permanente em saúde.	10 anos	Efetiva
8	37	F	2001	UVA	Mestrado	Mestrado em enfermagem	15 anos	Efetiva

Fonte: Primária.

No tocante aos recursos humanos, a pesquisa revelou que, dos 08 enfermeiros que participaram deste estudo, todos eram do sexo feminino, mais da metade tinham vínculo efetivo na administração municipal, a média de idade dos

sujeitos da pesquisa é de 36,75 anos, variando entre 24 e 49 anos de idade. No tangente ao tempo de atuação na ESF, a média de anos foi de 8,7, variando entre 08 meses e 15 anos.

Em relação à formação acadêmica dos enfermeiros, se evidencia que apenas 01 dos entrevistados informou ter se formado em Instituição de Ensino Superior (IES) privada e 07 dos enfermeiros se formaram em IES pública. Outro dado importante a ser considerado é que dos 08 enfermeiros pesquisados todos informaram já terem realizado pós-graduação, seja na condição de especialização ou mestrado. Destes, mais da metade estão associados com pós-graduação nas áreas de Atenção Primária, Saúde da Família e/ou Saúde Pública.

Foi avaliado ainda se o enfermeiro exercia outra atividade além da ESF, se realizou treinamento específico ao assumir a Estratégia Saúde da Família e se participou de algum curso de capacitação na área de Saúde da Criança.

Tabela 2 – Atuação profissional/capacitação dos enfermeiros das equipes de Estratégia Saúde da Família. Parnaíba-PI, 2016

<b>Entrevistado</b>	<b>Exerce outra atividade</b>	<b>Curso ao assumir a ESF</b>	<b>Curso na área de saúde da criança</b>
1	Não	Não	Não
2	Sim(Preceptoría em saúde da criança)	Não	Não
3	Sim (Enfermeira plantonista- Clínica médica- HEDA)	Não	Não
4	Sim(Unidade de Terapia Intensiva- HEDA)	Sim( Introdutório)	Não
5	Sim( Plantonista Clínica pediátrica- HEDA)	Sim( Especialização em Saúde da Família)	Sim( AIDPI)
6	Sim( Professor da Escola Técnica)	Sim( Introdutório e Especialização em Saúde de Família)	Sim (AIDPI)
7	Não	Sim(Introdutório e curso voltado para a violência e conselho tutelar pela FIOCRUZ)	Sim (AIDPI)
8	Sim( UTI Neonatal- HEDA)	Não	Sim(AIDPI)

Fonte: Primária.

Dos enfermeiros entrevistados apenas 02 não exerciam outra atividade além da Estratégia Saúde da Família, 04 mantinham vínculo empregatício em um hospital público estadual do município (Hospital Estadual Dirceu Arcoverde - HEDA),

01 atuava como professora efetiva de uma escola técnica estadual do município (Centro Estadual de Educação Profissional - CEEP) e 01 atuava como preceptora de uma faculdade privada com a disciplina de saúde da criança.

Apenas 03 enfermeiros realizaram o Curso Introdutório em Saúde da Família ao assumir o emprego na ESF e apenas 04 receberam treinamentos para a utilização da estratégia da Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), portanto uma pequena quantidade, sendo que os mesmos relataram ter sido treinado há muito tempo atrás.

Podemos perceber que nenhum enfermeiro foi capacitado especificamente para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Não se pode constatar a existência de profissionais adequadamente treinados nas ações de assistência às crianças, demonstrando a necessidade de treinamento. É necessário que os enfermeiros estejam sensibilizados e capacitados também para conscientizarem as mães da importância de frequentar continuamente o serviço, para uma permanente atenção preventiva voltada para as crianças menores de dois anos. Conforme Costa *et al.* (2012), o enfermeiro precisa instrumentalizar-se, buscar conhecimentos e especializar-se na sua área de atuação, fortalecendo-se e capacitando-se, essencialmente, para um atendimento seguro e qualificado.

A Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDIPI) é um curso para a implementação da estratégia recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-americana da Saúde (OPS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF) e tem por objetivo propiciar um atendimento integral à criança, adotar medidas terapêuticas de baixo custo e alta resolutividade, sob o enfoque preventivo, foi uma estratégia que se expandiu rapidamente, com técnicas adaptáveis às diversas regiões, particularmente nas regiões Norte e Nordeste. Sua implantação deu-se no contexto do PSF e do PACS, teve ainda como objetivo estimular uma melhor relação do profissional de saúde com os familiares da criança, favorecendo uma melhor percepção da doença, do tratamento e dos cuidados, principalmente quanto aos sinais de gravidade e redução da mortalidade infantil (STARFIELD, 2002).

No entanto, o AIPIDI foi um curso muito difundido logo no início do PSF, que ajudou muito os profissionais de saúde envolvidos no cuidado com a criança, que trabalhavam em áreas muito carentes e sem suporte tecnológico. Porém, atualmente não tem mais nenhum treinamento voltado para esta estratégia, alguns

profissionais que conhecem esta ferramenta acabam usando em algumas condições, mas não é uma prática cobrada e nem adotada nas equipes de ESF nos dias atuais.

De acordo com Oliveira *et al.* (2013), em uma pesquisa realizada na ESF de Picos-PI com oito enfermeiras, por meio de observação de consultas de puericultura, averiguou-se a necessidade de capacitação dos enfermeiros, pela educação permanente, para aperfeiçoamento do cuidado, visando contribuir com a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem voltada à promoção da saúde da criança durante as consultas de puericultura.

Em outra pesquisa realizada por Reichert *et al.* (2012), em João Pessoa, Paraíba, mediante questionário aplicado aos enfermeiros e entrevista com mães, os enfermeiros realizaram consulta direcionada ao crescimento e desenvolvimento infantil, porém, apenas 37,8% tinham conhecimento geral sobre o crescimento infantil, 64,4% erraram questão sobre linhas da curva do crescimento na caderneta da criança, também se observou contradição entre as informações fornecidas pelas mães e enfermeiros quanto a orientação para o desenvolvimento infantil. Diante disso, identificou-se a necessidade de atualização dos enfermeiros sobre conteúdos relacionados à saúde da criança, para realizarem a vigilância do crescimento infantil de forma íntegra.

Estudo de Rocha e Pedraza (2013), que avalia as ações de acompanhamento do crescimento na atenção básica, no município de Queimadas, Paraíba, destacando aspectos estruturais e processuais, foi identificado que no aspecto da estrutura, observou-se que a equipe incompleta e a falta de capacitação dos enfermeiros para o atendimento à criança como principais limitações.

Corroborando com o citado acima Carvalho *et al.* (2008), salientam que o treinamento e formação de profissionais que lidam com a saúde da criança são fundamentais para a atuação destes profissionais dentro de uma perspectiva holística que abrange o seu compromisso social, relação médico-paciente e uma interação com as necessidades infantis e a realidade local.

Conforme Avedis Donabedian, na estrutura além dos recursos humanos, a área física é de suma importância. Referente aos recursos físicos foi investigada as seguintes condições da sala destinada à consulta de enfermagem: área mínima de 9m<sup>2</sup>, uso exclusivo em período de atendimento, ventilação natural com janelas ou indireta (com circulação de ar), iluminação natural, iluminação artificial, lavatório com torneiras (caso SIM, tem fechamento que dispense o uso das mãos), dispensador

para sabonete líquido, piso e parede lavável, de superfície lisa, regular, firme, estável e antiderrapante, presença de balcão (caso SIM, lavável ou não lavável), frequência da limpeza da sala.

Das oito equipes de saúde da família apenas 1 (12,5%), não tinha consultório de uso exclusivo do enfermeiro no momento dos atendimentos previstos no cronograma da unidade e principalmente nas consultas de puericultura. Portanto, nesta única equipe a sala do enfermeiro também era a sala de vacinas. Em relação ao ambiente físico desses consultórios, 2 (25%) das equipes possuíam sala inadequada devido ao diminuto tamanho para a realização das consultas, não tinha uma área mínima de 9m<sup>2</sup> conforme preconiza o MS, o que dificultava o trânsito e a boa recepção das famílias dentro do setor. Já com relação à presença de balcão na sala de consulta de enfermagem apenas 1 (12,5%) das equipes possuíam a estrutura em seu interior.

Os dados da tabela 3 mostram que 5 (62,5%) das salas, tinham piso lavável, apenas 3 (37,5%) possuíam paredes revestidas por material lavável; 7 (87,5%) eram iluminadas artificialmente e 5 (62,5%) tinham iluminação natural. Portanto, em muitas unidades as salas tinham as duas formas de iluminação, sendo que a equipe poderia escolher a forma de iluminação que melhor se adequasse ao momento. Dentre as oito unidades, 7 (87,5%) dispunham de lavatório com torneiras, foi verificada nos consultórios que nenhum dos lavatórios 100%, existia fechamento que dispensasse o uso das mãos e 4 (50%) das salas faziam uso de dispensadores de sabonete líquido. Os dados da tabela 3 mostram que em 100% das unidades a sala de consulta de enfermagem era realizada a limpeza com frequência.

A presença de ventilação natural com janelas ou indireta com circulação de ar pode ser constatado em 100% dos consultórios das unidades. No entanto, foi relatada por uma das enfermeiras a falta de conforto no momento da assistência as crianças, devido à sala ter uma temperatura desfavorável, pois muitas funcionavam apenas com ventilador que não fazia o efeito desejado, deixando o atendimento muito ruim e desconfortável. Portanto, no dia da pesquisa esta mesma enfermeira estava atendendo no consultório médico por ter ar condicionado e a equipe não dispor de médico no momento. É visível a necessidade de refrigeração em todos os consultórios de enfermagem. Em algumas unidades de saúde existiam muitos matos ao redor do posto, com possibilidade de aparecimento de insetos, por conta das condições precárias de limpeza e necessidade de capina.

Foi observada durante a pesquisa, que no geral as unidades de saúde como um todo, em sua maioria, apresentavam estrutura física ruim, ambiência desfavorável para o atendimento ao usuário e móveis bastante antigos. Porém, no que concerne especificamente a estrutura física da sala destinada a consulta de enfermagem, muitas salas apresentava-se em bom estado de conservação, apenas com necessidades de alguns ajustes no que se refere ao piso e paredes, onde muitas necessitam de revestimento lavável.

Tabela 3 – Presença de recursos físicos da sala de consulta em puericultura das Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016

<b>SALA DESTINADA À CONSULTA DE ENFERMAGEM</b>	<b>SIM</b>	<b>%</b>	<b>NÃO</b>	<b>%</b>
Área mínima de 9m <sup>2</sup>	6	75	2	25
Uso exclusivo em período de atendimento	7	87,5	1	12,5
Ventilação natural com janelas ou indireta (circulação de ar)	8	100	0	0
Iluminação natural	5	62,5	3	37,5
Iluminação artificial	7	87,5	1	12,5
Lavatório com torneira	7	87,5	1	12,5
Fechamento que dispense o uso das mãos	0	0	8	100
Dispensador para sabonete líquido	4	50	4	50
Piso lavável, de superfície lisa, regular, firme, estável e antiderrapante	5	62,5	3	37,5
Parede lavável, de superfície lisa, regular, firme, estável e antiderrapante	3	37,5	5	62,5
Presença de balcão	1	12,5	7	87,5
Tipo de balcão: lavável	0	0	8	100
A sala é limpa com frequência	8	100	0	0

Fonte: Primária.

Além de garantir os recursos físicos, é necessário assegurar os recursos materiais. Quanto à existência de cadeiras e armários, todas as equipes possuíam e em quantidade suficiente, mas apenas 2 (25%) das unidades dispunham de armário com vitrine.

Quanto à mesa para escritório, apenas 1 ( 12,5%) unidade de saúde não possuía mesa apropriada na sala de consulta de enfermagem, pois a mesa ainda era de madeira e bastante antiga, do tipo improvisado, apresentava a necessidade de substituição por uma adequada.

Os dados da Tabela 4 mostram que 100% das unidades possuíam escada de dois degraus, cesto de lixo, luvas descartáveis, álcool, chumaços de algodão e materiais de escritório como: caneta, lápis, borracha, e régua. Já no caso

de balde cilíndrico porta detritos e negatoscópio, 5 ( 62,5%) das unidades possuíam estes materiais e em bom estado de conservação.

Em relação à disponibilidade de biombo, papel toalha e sabonete líquido, 7 ( 87,5%) das unidades apresentaram alguns de seus consultórios com esses materiais, já o sabonete em barra e lençóis de tecido foram encontrados em apenas 3 ( 37,5%) das unidades e 2 ( 25%) das unidades possuíam lençóis descartáveis, sendo que o restante das equipes não possuíam nenhum tipo de lençol, sendo que as mesas de exame clínico encontravam-se totalmente descobertas.

Não foi encontrado afixado na parede das UBS, nenhum relógio de ponteiros com segundos, sendo que os profissionais faziam uso apenas de seu próprio relógio de pulso.

Tabela 4- Presença de mobiliário e equipamentos das salas de consulta de enfermagem em puericultura das Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016

<b>RECURSOS MATERIAIS</b>	<b>SIM</b>	<b>%</b>	<b>NÃO</b>	<b>%</b>
Mesa para escritório	7	87,5	1	12,5
Cadeiras	8	100	0	0
Armário	8	100	0	0
Armário com Vitrine	2	25	6	75
Biombo	7	87,5	1	12,5
Escada de dois degraus	8	100	0	0
Cesto de lixo	8	100	0	0
Balde cilíndrico porta detritos	5	62,5	3	37,5
Negatoscópio	5	62,5	3	37,5
Lençóis descartáveis	2	25	6	75
Lençóis de tecido	3	37,5	5	62,5
Papel toalha	7	87,5	1	12,5
Luvas descartáveis	8	100	0	0
Álcool	8	100	0	0
Sabonete líquido	7	87,5	1	12,5
Sabonete em barra	3	37,5	5	62,5
Chumaços de algodão	8	100	0	0
Relógio de ponteiro com segundo	0	0	8	100
Caneta, lápis, borracha e régua	8	100	0	0

Fonte: Primária.

Quanto a outros materiais e mobiliários necessários para a consulta de puericultura, 8 (100%) dos consultórios tinham mesa de exame clínico.No entanto,

em alguns consultórios de enfermagem a mesa de exame clínico não possuía colchão, e onde tinha colchão não existia lençóis, nem descartáveis, nem de tecido.

Em relação aos equipamentos, instrumentos para avaliação do crescimento infantil: apenas 1 (12,5%) unidade de saúde não contava com balança pediátrica. E onde existia balança, nem todas se encontravam na sala de consulta, em alguns postos elas ficavam na recepção e 3 (37,5%) não estavam em mesa própria para balança pediátrica, o que poderia interferir no momento do peso das crianças, pois muitas ficavam em locais improvisados. Foi identificado ainda que 8 (100%) das unidades possuíam régua antropométrica e fita métrica, em bons estado de conservação.

De acordo com um diagnóstico situacional da ação de acompanhamento do crescimento em menores de um ano, realizado por Carvalho *et al.* (2008), na Região Metropolitana do Recife e interior do Estado de Pernambuco, foi identificado na avaliação da estrutura e do processo, que faltam balanças, cartão da criança, normas do programa e treinamentos de profissionais, portanto são deficiências importantes e que necessitam ser consideradas.

Apenas 5 (62,5%) das unidades dispunham de esfignomanômetro aneróide infantil com manguitos apropriados para crianças. O estetoscópio infantil, assim, como a lanterna de bolso faltava em todas as unidades de saúde.

A tabela 5 mostra que 8 (100%) das unidades possuíam foco de luz e espátulas descartáveis. No entanto, no caso do uso de otoscópio pelas unidades acontece o contrário, pois 8 (100%) das unidades não existia o otoscópio.

Quanto ao uso de glicosímetro e termômetro, apenas 6 (75%) das unidades possuíam, havendo a necessidade de equipar as demais equipes para melhoria da assistência a saúde da criança.

Tabela 5- Presença de instrumentais mínimos para o atendimento em puericultura nas Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016  
(Continua)

<b>MATERIAIS ESSENCIAIS</b>	<b>SIM</b>	<b>%</b>	<b>NÃO</b>	<b>%</b>
Mesa de exame clínico	8	100	0	0
Balança pediátrica	7	87,5	1	12,5
Mesa para balança pediátrica	5	62,5	3	37,5
Foco de luz	8	100	0	0
Glicosímetro	6	75	2	25
Fita métrica	8	100	0	0

Tabela 5- Presença de instrumentais mínimos para o atendimento em puericultura nas Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016

	(Conclusão)			
Estetoscópio infantil	1	12,5	7	87,5
Esfigmomanômetro aneróide infantil com manguito apropriado para criança	5	62,5	3	37,5
Lanterna de bolso	0	0	8	100
Espátulas descartáveis	8	100	0	0
Termômetro	6	75	2	25
Régua antropométrica	8	100	0	0

Fonte: Primária.

Referente à organização do serviço e quanto à disponibilidade de impressos utilizados nesta ação básica, para serem anexadas ao prontuário, apenas 2 (25%) das equipes disseram possuir impresso para registro de desenvolvimento infantil, portanto, não foi observado nenhum impresso de registro anexado ao prontuário. Já em algumas unidades os enfermeiros relataram usar apenas o próprio cartão da criança, não ficando nenhum registro de gráfico no prontuário. No contexto da puericultura, a sistematização do atendimento se mostra como ferramenta para organizar a demanda, ampliar o acesso e garantir a qualidade do atendimento às crianças e suas famílias (BRASIL, 2005a).

É importante no atendimento em puericultura a utilização de instrumentos de registro e acompanhamento das crianças, como gráfico pondero-estatural, gráfico de perímetro cefálico, caderneta de saúde da criança, impresso para registro de desenvolvimento infantil e protocolo na área de saúde da criança. Foi visto que 8 (100%) das equipes não possuíam a caderneta de saúde da criança, apenas o cartão de vacina, pois segundo relato dos enfermeiros a caderneta só ficava disponível nas maternidades, onde as crianças ao nascer já saíam com as mesmas preenchidas e com anotações das primeiras vacinas realizadas ainda no hospital.

Das oito unidades avaliadas 2 (25%) não possuíam o gráfico pondero-estatural e 3 (37,5%) não possuíam o gráfico de perímetro cefálico. Os gráficos só eram acompanhados no próprio cartão da criança, quando as mães traziam para a consulta, e se a criança possuísse apenas o cartão mais antigo que não contém todos os gráficos como o de perímetro cefálico, estas crianças ficavam sem avaliação na íntegra, porque muitas equipes não tinham disponível a caderneta, existindo apenas o cartão de modelo antigo, tornando-se difícil o acompanhamento de seguimento desta criança pelos profissionais da unidade de saúde.

Conforme Oliveira e Cadette (2009), a finalidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é o de vigilância à saúde da criança, portanto o registro de enfermagem possibilita o planejamento do cuidado que favoreça todos os aspectos do crescimento e desenvolvimento da criança.

Já com relação ao cadastro de crianças, a Tabela 6 mostra que 5 (62,5%) das equipes possuíam cadastro atualizado de crianças menores de dois anos do território, justificaram que após a implantação do e-SUS, deixaram de receber a produção mensal dos ACS, e desta forma, acabaram ficando sem informações das atividades realizadas por eles e, conseqüentemente, da totalidade de crianças existentes no território.

Conforme Assis *et al.* (2011), a consulta de puericultura pela enfermeira requer um acompanhamento contínuo e flexível de cada criança cadastrada na área de abrangência, exigindo tempo, reorientação das práticas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, além do empenho e participação da gestão, na tentativa de reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde.

Quanto ao material necessário para realização de testes de crescimento e desenvolvimento infantil, identificou-se que 6 (75%) das unidades não dispunham dos materiais, portanto, não realizavam os testes necessários.

No município de Parnaíba não existe protocolo na área de saúde da criança, 6 (75%) das equipes não possuíam nenhum tipo de protocolo, sendo que uma minoria informou ter impresso na unidade como protocolo os fornecidos pelo Ministério da Saúde. Conforme BRASIL (2002b), As regiões Sul e Sudeste concentram grande parte das inovações na saúde da criança, talvez pelo fato de contar com grupos de pesquisa e intervenção mais antigos do país, porém publicações na área de enfermagem ainda são escassas. Portanto, torna-se importante os profissionais desenvolverem publicações na área, pois podem ser responsáveis pelo cuidado à criança em puericultura na atenção primária à saúde. Sendo assim, é importante o desenvolvimento de protocolos que contemplem as reais necessidades dos serviços e da comunidade assistida. Vimos nesta pesquisa o quanto é importante o desenvolvimento de protocolo, já que nenhuma equipe possui.

Já com relação ao espelho da caderneta da criança ou outra ficha com informações equivalentes, apenas 2 (25%) relataram fazer uso, sendo este espelho encontrado apenas nas informações das vacinas registradas no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), naquelas unidades em que os dados já são informatizados. Nas demais não constava nenhum registro

similar ao do cartão da criança, informaram ainda que apenas os ACS disponibiliza esta cópia, para realizarem a avaliação quanto o retrato da situação vacinal existente no território.

Esse ponto merece especial atenção, haja vista que em outros estudos sobre organização de demandas, não foram identificadas estas fragilidades, pois conforme uma pesquisa realizada por Ribeiro *et al.* (2014), algumas enfermeiras através 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.

Quanto ao registro em prontuário da consulta de enfermagem, 7 (87,5%) das equipes registravam o atendimento. Vale salientar que nenhuma unidade de saúde disponibilizava prontuário eletrônico e rede interligada de comunicação. A organização da assistência de enfermagem, através dos registros, favorece um controle das ações realizadas no sentido de perceber sua eficácia, além de pautar uma prática que atenda às necessidades da criança e sua família (LIMA *et al.*, 2009).

Conforme Oliveira e Cadette (2009), o registro da consulta de enfermagem é fundamental para uma assistência de enfermagem com qualidade, contudo, na prática esta valorização não acontece, portanto o registro é um dos canais de comunicação, escrito, utilizado pela equipe de enfermagem no desenvolvimento de suas ações e se bem elaborado permite a individualização do cuidado.

Conforme um estudo realizado pelos referidos autores, em unidades básicas de saúde de Divinópolis-MG com enfermeiras, as mesmas mostraram em seus relatos, que os registros de enfermagem podem promover a continuidade da assistência à criança entre a equipe multiprofissional, pois se não se registram os dados da consulta de enfermagem, não se tem informações coletadas em consultas anteriores.

Tabela 6 – Presença de material impresso para o desenvolvimento das ações em puericultura das Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016

RECURSOS ORGANIZACIONAIS	(Continua)			
	SIM	%	NÃO	%
Material necessário para realização de testes de crescimento e desenvolvimento infantil	2	25	6	75
Registro em prontuário	7	87,5	1	12,5

Tabela 6 – Presença de material impresso para o desenvolvimento das ações em puericultura das Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016

	(Conclusão)			
Gráfico pondero-estatural	6	75	2	25
Gráfico de perímetro cefálico	5	62,5	3	37,5
Caderneta de saúde da criança	0	0	8	100
Cadastramento atualizado de crianças de 0 a 2 anos do território	5	62,5	3	37,5
Espelho de cadernetas, ou outra ficha com informações equivalentes	2	25	6	75
Impresso para registro de desenvolvimento infantil	2	25	6	75
Protocolos na área de saúde da criança	2	25	6	75

Fonte: Primária.

Outro aspecto importante para garantir a qualidade na consulta de puericultura, é a garantia de aplicação de todas as vacinas do calendário básico de vacinação, além de ferro e vitamina A, que são insumos de grande importância nos dois primeiros anos de vida da criança, e atuam diretamente na prevenção de doenças, e na sua maioria doenças evitáveis, que se forem devidamente prevenidas a criança permanecerá forte e saudável por todo o desenrolar da idade. Das oito unidades avaliadas, 6 (75%) possuíam o sulfato ferroso líquido para crianças, porém em quantidade insuficiente para todas as crianças menores de 2 anos do território. E 8 (100%) das equipes dispunham de vitamina A e de todas as vacinas do calendário de vacinação.

Foi muito importante conhecer a estrutura disponível para o atendimento em puericultura. Quanto ao perfil dos enfermeiros pode-se perceber que a maioria não tinha capacitação em saúde da criança, as salas de consulta de enfermagem dispõem de estrutura razoável, quanto aos recursos materiais e organizacionais foi visto a necessidade de ajuste de materiais considerados essenciais no atendimento de crianças.

Tabela 7 – Disponibilidade de suplementação e vacinas essenciais no atendimento em puericultura nas Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016.

<b>SUPLEMENTAÇÃO E IMUNIZAÇÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>%</b>	<b>NÃO</b>	<b>%</b>
Sulfato ferroso suspensão	6	75	2	25
Vitamina A	8	100	0	0
Todas as vacinas do calendário vacinal	8	100	0	0

Fonte: Primária.

## 5.2 Análise do processo

A análise do processo corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes (DONABEDIAN, 2003).

### 5.2.1 Avaliação a partir do registro

No entanto, a dimensão processo é caracterizada pela assistência prestada pelos enfermeiros, assim como o ato de cuidar, objetivando a qualidade de vida e saúde desta criança e, conseqüentemente, seus familiares no que diz respeito às intervenções e tomada de decisões registrada em prontuário no momento da consulta de puericultura.

Conforme o instrumento utilizado, foram analisadas as seguintes informações nos prontuários: 1 - Registro de dados relativo à: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; 2 - Registro de dados relativo à: anamnese e exame físico; 3 - Registro de dados relativo à: aleitamento materno, alimentação, suplementação de ferro e vitamina A, vacinação, saúde bucal, prevenção de acidentes, orientação sobre violência contra a criança.

No segundo momento, a avaliação de processo foi derivada das entrevistas realizadas com os 08 enfermeiros, sendo estas interpretadas e analisadas. Portanto, a dimensão desta análise voltou-se para o trabalho dos enfermeiros da ESF em relação à consulta de puericultura, abordando suas experiências em consulta de puericultura prestada no município de Parnaíba, suas opiniões sobre a importância da consulta, fatores facilitadores e restritivos para a realização das consultas, bem como suas sugestões para a melhoria da assistência.

Avaliação desta dimensão correspondeu a uma análise das práticas de saúde direcionadas às crianças, bem como avaliação dos prontuários. Foram analisados 30 prontuários de crianças menores de dois anos atendidas por

enfermeiros nas 08 Unidades de Saúde do 3º Distrito Municipal de Saúde, no mês anterior a pesquisa, no caso em abril de 2016, já que a coleta de dados foi realizada em maio de 2016.

Quanto à organização das crianças por número de prontuário família, a grande maioria dos prontuários não tinha número, foram observados que na maioria das equipes existem apenas fichas soltas separadas por ordem alfabética ou por ACS e endereço. As equipes utilizavam apenas a ficha de atendimento geral que é usada para todos os grupos (adultos, idosos e adolescentes). Portanto, nenhuma equipe dispunha de fichas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento anexa ao prontuário da família. Já em algumas UBS faziam uso de pastas separadas, apenas com as fichas de crianças, mas não tinha todas as crianças menores de dois anos da área, só as que apareciam para consulta.

Não foi possível avaliar o prontuário de muitas crianças, pois em algumas unidades não foi encontrado nem mesmo a ficha de atendimento individual, que seria usada para a coleta de dados. Não sendo encontrado, também, nenhum outro registro de crianças atendidas pelo enfermeiro, como livros e/ou outro instrumento. Portanto, os enfermeiros de algumas unidades de saúde ficaram sem ter como disponibilizar este material por não ter como selecionar as fichas do público desejado para a pesquisa. Foi observado que em algumas unidades de saúde as crianças não tinham dia específico para o atendimento de puericultura, pois as equipes não dispunham de uma programação específica, algumas crianças eram atendidas no mesmo dia de atendimento de mulheres e gestantes.

O mesmo foi observado em pesquisa realizada por Assis *et al.* (2011) em três unidades de saúde da família de um município do interior do estado da Paraíba, onde foi constatado que as enfermeiras não realizavam a consulta de puericultura conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, pois as consultas eram pautadas nas queixas apresentadas pelas famílias e sinais e sintomas das crianças, sem agendamento e sem dia específico para as consultas de puericultura. Portanto, este tipo de atendimento contraria a perspectiva de um modelo de atenção que promova a saúde e não seja centrado na doença.

Assis *et al.* (2011), reforçam, ainda que, embora as enfermeiras salientem a importância da puericultura, foi observado que durante os atendimentos de puericultura as ações desenvolvidas eram do tipo mecanizada, reproduzindo a fragmentação no modo de produzir o cuidado.

Conforme Oliveira e Cadette (2009), acompanhar o estado de saúde da criança, é 'cuidar' para que ela atinja o crescimento social e pessoal, para isso é necessário que a enfermeira conheça e tenha domínio de todos os procedimentos que compõem a consulta de puericultura, a fim de desenvolver um cuidar sistematizado e autêntico.

Crescimento significa aumento físico do corpo, como um todo ou em suas partes, e pode ser medido em termos de centímetros ou de gramas. Já o desenvolvimento é um conceito amplo que se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais, no entanto os indicadores antropométricos, incluindo o peso/idade são utilizados como indicadores (BRASIL, 2002a).

Conforme Reichert *et al.* (2012), ocorre adesão às consultas de puericultura e maior interesse das mães em proporcionar o melhor para o seu filho, quando estas mães são bem orientadas sobre o crescimento da criança e sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento para a saúde de seus filhos.

Em todos os prontuários avaliados havia registro de peso, já em relação ao comprimento 29 (96,7%) dos prontuários apresentavam o registro, portanto, estes são dados importantes, pois permite o seguimento por todos os profissionais da equipe. Destaca-se, ainda, que tais anotações eram realizadas no prontuário das crianças, mas sem gráfico específico anexo ao prontuário, para uma avaliação sistematizada entre as consultas. Este achado vai ao encontro com um estudo realizado por Saporoli e Adami (2007), onde foi observado em relação ao acompanhamento do crescimento da criança, que em todas as consultas, as enfermeiras participantes do estudo mensuraram o peso e comprimento da criança.

Resultados semelhantes, também, foram encontrados em um estudo desenvolvido em oito ESF de Picos-PI, sendo que os aspectos contemplados mais frequentemente foram verificação da estatura, do perímetro cefálico, do perímetro torácico e do peso (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

O mesmo não aconteceu em um estudo realizado em Queimadas na Paraíba por Rocha e Pedraza (2013), quanto ao processo na consulta de enfermagem em puericultura, o pior desempenho foi para os registros de peso e de estatura nos últimos três meses, portanto os achados mostram discordância com o

que preconizam as políticas públicas de atenção à saúde da criança, contudo o estudo mostra a não consolidação efetiva da ação de acompanhamento do crescimento.

A aferição do Índice de Massa Corporal (IMC) é importante porque avalia o estado nutricional das crianças, sendo um dos aspectos de crucial importância na consulta de puericultura. No entanto, o presente estudo evidenciou apenas 6 (20%) de registro relativo ao IMC. Conforme Campos *et al.* (2011), o enfermeiro, além de pesar, medir e examinar a criança inteira, ele avalia seu crescimento e desenvolvimento, acompanha a criança desde a gestação, buscando direcionar a família para que tenha condições de lidar de maneira satisfatória com seus problemas.

Já o registro de perímetro cefálico foi encontrado em 28 (93,3%) dos prontuários, apenas nas primeiras consultas e naqueles que já vinham com a medida realizada ao nascer. Já a curva de crescimento 21 (70%), era interpretada na maioria das vezes, mesmo sem o gráfico da curva no prontuário, apenas com registro que dizia se a curva era adequada ou não adequada para a idade.

Conforme Reichert *et al.* (2012), acompanhar os dados antropométricos dentre os quais o peso, funciona como indicadores sensíveis do estado de saúde da criança, portanto é recomendável fazer a aferição e o registro do peso, da estatura e do perímetro cefálico em todas as consultas até os dois anos de idade, pois tal conduta serve como fator tranquilizador e de informação para os pais, tendo visto que fornece o conhecimento sobre o estado de saúde da criança e favorece a colaboração dos pais no cuidado ao seu filho.

Em um estudo descritivo avaliativo, pautado no modelo donabediano de avaliação em saúde, realizado por Modes e Gaíva (2013), com mães de crianças menores de um ano em UBS de Cuiabá-Mato Grosso, foi constatado que em relação aos parâmetros de avaliação do crescimento, a maioria das entrevistadas informou que são mensurados o peso (97,6%) e a estatura (96,8%) das crianças. No entanto, (37,4%) das mães referiram que o perímetro cefálico não é aferido.

Foram verificados apenas 10 (33,3%) encaminhamentos realizados pelos enfermeiros, dos casos que necessitavam de avaliação de outro profissional de saúde, dentre estes encaminhamentos alguns foram para o próprio médico da equipe, profissionais do NASF e muito raramente para o nutricionista. Em um estudo realizado por Pina *et al.* (2009), em uma USF na cidade de Ribeirão Preto, no

interior do Estado de São Paulo, foi constatado a preocupação dos profissionais com a continuidade do processo de trabalho, além da troca de informações com outros membros da equipe, discussão e encaminhamento de alguns casos para o médico, com posterior diálogo entre o médico e enfermeira responsáveis pelo atendimento, esclarecendo, sinais, sintomas, diagnóstico e tratamento.

Quanto às orientações de retorno, foram observados 11 (36,7%) de registro sobre orientação de retorno da criança para as consultas do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Portanto, para que ocorra a continuidade da assistência é necessário que o profissional esteja orientando as mães quanto à necessidade das consultas de puericultura subsequentes. Conforme Reichert *et al.* (2012), ocorre adesão às consultas de puericultura e maior interesse das mães em proporcionar o melhor para o seu filho, quando estas mães são bem orientadas sobre o crescimento da criança e sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento para a saúde de seus filhos.

Para Ribeiro *et al.* (2014), o cotidiano das consultas de puericultura é envolto pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que começa desde a atenção à criança ainda no pré natal, passando pela consulta de puerpério em que a mãe e a criança são acompanhadas, até as consultas subsequentes agendadas para a unidade de saúde.

Tabela 8 – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil registrado em prontuário nas Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016

<b>ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL</b>	<b>Total</b>	<b>SIM</b>	<b>%</b>	<b>Não</b>	<b>%</b>
Medida de peso	30	30	100	0	0
Medida de comprimento	30	29	96,7	1	3,3
Medida do perímetro cefálico	30	28	93,3	2	6,7
Calculo do IMC	30	6	20	24	80
Interpretação da curva de crescimento	30	21	70	9	30
Encaminhamento dos casos graves para o médico da EFS ou serviço de referência	30	10	33,3	20	66,7
Orientação do retorno à consulta do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	30	11	36,7	19	63,3

Fonte: Primária.

Quanto à anamnese e exame físico das crianças menores de dois anos, foi observado que em 16 (53,3%) havia o registro do motivo da consulta ou queixa principal. Não houve registro de exame físico completo da criança, 5 (16,7%) o exame físico era fragmentado, relacionado apenas com a queixa principal. Um exame físico completo deve ser realizado na primeira consulta de puericultura (BRASIL, 2005a).

No tocante as verificações de pulso e pressão arterial, obsevou-se a total ausência de registros que confirmassem o enfoque estabelecido pelo estudo. Já com relação à frequência respiratória os dados estavam presentes no prontuário de 1 (3,3%) criança, porém sem valores da respiração, apenas dizia o tipo de respiração, que na maioria das vezes constava como eupnéico. A temperatura constava em 2 ( 6,7%) dos prontuários avaliados.

Resultados diferentes foram encontrados em estudo realizado por Modes e Gaíva (2013), onde segundo informações das usuárias a temperatura é o parâmetro mais verificado, correspondendo a 48% das consultas, seguida pela frequência respiratória (45,7%) e frequência cardíaca (44,9%). A pressão arterial é o parâmetro menos verificado (3,9%).

Quanto à realização da triagem auditiva neonatal, o chamado 'teste da orelhinha' foi realizado em apenas 8 (26,7%) crianças. De acordo com a Lei Federal nº 12.303, de 2 de agosto de 2010, é obrigatória a realização gratuita do exame de emissões otoacústicas evocadas para todas as crianças nascidas em hospitais ou maternidades. Também, no sentido de detectar alterações auditivas, o profissional da atenção básica deverá orientar as mães para acompanhar os marcos de desenvolvimento de seus filhos até 1 ano de vida, de acordo com a Caderneta de Saúde da Criança ( BRASIL, 2012a).

Foram examinadas a pele de apenas 6 (20%) crianças, o que representa um percentual insatisfatoriamente preocupante. E dados relativo à boca da criança foi registrado em apenas 3 ( 10%) crianças, correspondendo a uma abordagem somente da pega no momento da amamentação. E quanto aos dados de avaliação do sistema osteoarticular, apenas 2 (6,7%) crianças tinham registro, sendo que citavam apenas movimentos de membros superiores e inferiores.

Conforme Abdon *et al.* ( 2009), o exame físico da criança menor de um ano é um elemento de suma importância na consulta de enfermagem, pois embasa os achados encontrados na entrevista junto ao acompanhante. Porém, em uma

pesquisa realizada pelo próprio em Fortaleza, foi visto que apesar de relevante o registro das informações, foi encontrado uma deficiência muito grande destas em grande quantidade de prontuários avaliados.

Os dados referentes ao teste do pezinho mostraram que mais da metade dos prontuários, 19 (63,3%) realizaram o procedimento. O teste deverá ser feito a partir do 3º dia de vida da criança, permite a detecção da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito e de hemoglobinopatias, doenças que podem ser tratadas, prevenindo o retardo mental, infecções e outras complicações (BRASIL, 2012a).

Os dados referentes ao abdome evidenciaram que foram avaliados 12 (40%) das crianças, onde constava apenas o tipo de respiração. Já quanto à avaliação neurológica, apenas 8 (26,7%) de registro, sendo registrados apenas dados relativos aos reflexos de moro e sobre marcos do desenvolvimento. O mesmo aconteceu em um estudo realizado em oito ESF de Picos-PI, onde a investigação dos reflexos da criança de acordo com a fase em que se encontrava foi um dos poucos registros encontrados na pesquisa (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Já em relação a registro de dados referentes à: face, crânio, olhos, nariz, pescoço, tórax, genitália, ânus e coluna vertebral, o estudo mostrou que não houve registro nenhum.

Tabela 9 – Anamnese e exame físico registrado em prontuário nas Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016

<b>ANAMNESE E EXAME FÍSICO</b>	<b>Sim</b>	<b>%</b>	<b>Não</b>	<b>%</b>	
Motivo da consulta/ Queixa principal	30	16	53,3	14	46,7
Exame físico fragmentado (queixa principal)	30	5	16,7	25	83,3
Exame físico não fragmentado	30	0	0	30	100
Verificação de temperatura	30	2	6,7	28	93,3
Verificação de pulso	30	0	0	30	100
Verificação de respiração	30	1	3,3	29	96,7
Verificação de pressão arterial	30	0	0	30	100
Triagem auditiva neonatal ( teste da orelhinha)	30	8	26,7	22	73,3
Teste do pezinho	30	19	63,3	11	36,7
Face (assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica)	30	0	0	30	100
Pele (edema, palidez, cianose, icterícia)	30	6	20	24	80
Crânio (fontanela, bossa serossanguinea, cefalematomas)	30	0	0	30	100

Tabela 9 – Anamnese e exame físico registrado em prontuário nas Unidades Básicas de Saúde. Parnaíba-PI, 2016

	(Conclusão)				
Olhos (reflexo fotomotor, conjuntivites, estrabismo)	30	1	3,3	29	96,7
Nariz (forma, secreção/ sífilis).	30	0	0	30	100
Boca (dificuldade na pega para amamentar, macroglossia, palato, freio lingual e cor dos lábios )	30	3	10	27	90
Pescoço (posição viciosa da cabeça, torcicolo congênito )	30	0	0	30	100
Tórax ( assimetria, fratura tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, Estridor, frequência cardíaca)	30	0	0	30	100
Abdome (respiração, distensão abdominal, hérnia, coto umbilical)	30	12	40	18	60
Genitália (criptoquirdia, fimose, hipospádia, epispádia, secreções)	30	6	20	24	80
Ânus/Reto (permeabilidade,presença de fissuras, posição do orifício)	30	0	0	30	100
Sistema osteoarticular (membros superiores e inferiores, extensão, flexão, pé torto)	30	2	6,7	28	93,3
Coluna vertebral	30	1	3,3	29	96,7
Avaliação neurológica (preensão palmo-plantar e moro, movimento dos membros)	30	8	26,7	22	73,3

Fonte: Primária.

Na maioria das consultas 28 (93,3%) tinha registro sobre o aleitamento materno. No que diz respeito aos dados relativos ao aleitamento materno a avaliação foi positiva, foi observado uma preocupação dos enfermeiros com esta orientação, principalmente, nos menores de 6 meses, pois mais da metade de prontuários tinha informações de orientações quanto a prática. No que se refere a comer e beber, é importante relatar que até os 6 meses de vida, os lactentes devem ter como alimentação exclusiva o leite materno, pois ele possui os nutrientes essenciais para a criança dessa faixa etária ( MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

Elevados índices de aleitamento materno em crianças até 6 meses de vida, refletem crianças saudáveis, bem nutridas e com poucas chances de adquirir infecções, os profissionais da atenção básica devem estar preparados para captar precocemente as gestantes, garantindo orientação adequada para a mãe e toda a família quanto aos benefícios da amamentação, portanto, esta abordagem durante as consultas de pré-natal é de fundamental importância ( BRASIL, 2005a).

O aleitamento materno é um processo que envolve uma interação profunda entre mãe e filho, com repercussões em sua nutrição e na defesa contra infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009b).

É importante incentivar o aleitamento materno exclusivo, a pega correta, os tipos de alimentação, a diluição correta dos leites artificiais, o cardápio para crianças desmamadas, a introdução da alimentação complementar, as curvas de peso e orientações gerais direcionadas à criança e a alimentação da nutriz (BRASIL, 2009b).

Quanto à ênfase no registro da idade da criança no prontuário e registro sobre a alimentação, foi importante para averiguar se existia algum registro sobre a temática de acordo com a faixa etária, já que muitas orientações são diferentes, dependendo da fase em que a criança se encontra. As informações sobre alimentação foi registrado em apenas 17 (56,7%) crianças, sendo que nem todos os prontuários de crianças maiores de 6 meses tinham este registro. Portanto, se contrapõe a um estudo realizado por (OLIVEIRA *et al.*, 2013), que relata durante as consultas de puericultura, o registro e a investigação quanto à alimentação da criança foram as intervenções mais frequentes.

A introdução de alimentos na dieta da criança após os 6 meses de vida deve complementar as numerosas funções do aleitamento materno, que deve ser mantido até os dois anos de vida ou mais. Além de suprir as necessidades nutricionais, a alimentação nesta fase aproxima a criança dos hábitos alimentares da família, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e sabores (BRASIL, 2009b).

As ações em relação à suplementação de ferro e vitamina A, foram verificadas em 11(36,7%) dos prontuários, sendo todos os registros em crianças maiores de 6 meses. Além da fortificação das farinhas de trigo e milho e das ações educativas, o MS desenvolve o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), que se destina para o suplemento de sulfato ferroso para todas as crianças entre 6 a 18 meses. E para prevenir e controlar a deficiência de vitamina A, desde 1983 o MS distribui cápsulas de 100.000UI dessa vitamina para crianças de seis a 11 meses de idade e de 200.000UI para crianças de 12 a 59 meses de idade nos Estados da Região Nordeste e no Estado de Minas Gerais, especificamente no Vale do Jequitinhonha e Vale Mucuri (BRASIL, 2009b).

Verificou-se, ainda que, 27 (90%) tinham registros de vacina, na maioria apenas orientações das vacinas, porém, nenhum prontuário tinha o registro sobre a situação vacinal com os nomes das vacinas feitas ou que deveriam ser realizadas na criança. No entanto, resultados semelhantes foram identificados no estudo realizado por Oliveira *et al.* (2013) em Picos-PI, onde foi constatado em uma pesquisa realizada com enfermeiros, que os mesmos não avaliaram a situação vacinal, relata ainda que o acompanhamento da situação vacinal das crianças, muitas vezes, é realizado, exclusivamente, pelo agente de saúde e técnicos de enfermagem, apesar de ser uma atribuição do enfermeiro checar a situação das vacinas de todas as crianças.

É importante reconhecer a vacinação como ação intrinsecamente vinculada à atenção básica em saúde, como um cuidado de promoção e de proteção à saúde, oferecido de modo geral na porta de entrada do SUS. Conceber a vacinação é imprescindível a todos os envolvidos: equipes, gestores e profissionais (BRASIL, 2013b).

No que concerne à prevenção de acidentes e orientações sobre sinais e sintomas dos diversos tipos de violência contra a criança, salienta-se a ausência do registro referente a estas ações direcionadas a familiares ou cuidadores.

Conforme um estudo realizado por Modes e Gaíva (2013), no que se refere às relações entre profissionais e usuários, os resultados da pesquisa apontam que a criança e a família ainda não são assistidas integralmente, pois alguns aspectos como: contexto socioeconômico, problemas familiares, quem realiza o cuidado da criança no domicílio, prevenção de acidentes e violência infantil, entre outros, são pouco abordados no atendimento individual à criança.

Tabela 10 - Orientações e ações importantes em saúde da criança realizada pelas equipes de Saúde da família do 3º Distrito de Saúde do Município de Parnaíba-PI, 2016

<b>ORIENTAÇÕES E AÇÕES IMPORTANTES NA SAÚDE DA CRIANÇA</b>	<b>SIM</b>	<b>%</b>	<b>NÃO</b>	<b>%</b>	
Aleitamento materno	30	28	93,3	2	6,7
Alimentação da criança de 6 meses a 2 anos	30	17	56,7	13	43,3
Suplementação de ferro	30	11	36,7	19	63,3
Suplementação de vitamina A	30	11	36,7	19	63,3
Calendário de vacinação	30	27	90	3	10
Saúde Bucal da criança	30	10	33,3	20	66,7
Prevenção de acidentes	30	1	3,3	29	96,7
Orientação sobre sinais e sintomas dos diversos tipos de violência contra a criança	30	0	0	30	100

Fonte: Primária.

Nos dados da tabela 11, foram consideradas as informações oriundas dos enfermeiros no momento do questionário, onde os dados foram retirados da produção mensal que constava na ficha da situação de saúde e acompanhamento das famílias da área (SSA2), que faz parte do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) do mês de abril de 2016, relacionados com a assistência das crianças da área de abrangência das equipes em estudo, onde partes destes dados são informadas pelos Agentes Comunitários de Saúde mensalmente.

Nesse contexto, alguns enfermeiros foram enfáticos em dizer que provavelmente seria o último mês que receberiam a SSA2, por conta da implantação do e-SUS nas unidades de saúde. O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

Para avaliar a assistência a saúde da criança optou-se por demonstrar quatro dados, referentes às 08 unidades de saúde, por considerar que são informações importantes de qualidade de assistência à criança: 1) Número de consultas de enfermagem para crianças menores de dois anos no mês anterior a pesquisa; 2) Número de crianças menores de 01 ano com vacina em dia; 3) Número de crianças menores de 06 meses com aleitamento materno exclusivo; 4) Óbitos de crianças menores de 02 anos nos últimos 12 meses. A partir dos resultados encontrados, discutiu-se sua relação com a qualidade da atenção.

No tocante ao número de consultas de puericultura, o MS recomenda que as crianças tenham pelo menos sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias foram escolhidas por também ser o momento das vacinas do calendário básico de vacinação e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012a).

No caso do município de Parnaíba, as consultas de puericultura realizadas pelas unidades de saúde participantes da pesquisa parecem ser incipientes. Quando verificado o número de consultas ocorridas durante os primeiros 02 anos de vida, ficou constatado nos registros que de um total de 334 crianças menores de dois anos existentes nas equipes, apenas 30 (8,9%) realizaram consultas de enfermagem em puericultura no mês anterior à pesquisa.

Este é um dado preocupante, pois se contrapõe aos pressupostos que norteiam as políticas de atenção à saúde da criança. Portanto, nada segue conforme o número de consultas e protocolo de orientações de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento recomendados pelo MS. Isto mostra a real necessidade de investimentos no programa saúde da criança no município de Parnaíba. Os resultados encontrados no estudo, se contrapõe a uma pesquisa realizada por Piccini *et al.* ( 2007) em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste, onde a oferta de ações de puericultura foi uma prática quase universal nas unidades do PSF do lote Sul ( 97%) e do Nordeste ( 95%).

Nesta pesquisa, alguns enfermeiros relataram realizar algumas consultas de puericultura, porém disseram pecar por não registrar o atendimento, devido a ser grande o número de informações para ser anotado e disseram, ainda, a importância de existir ficha própria para o atendimento, que guiasse todas as etapas do processo. Houve relato de uma enfermeira fazer anotação apenas na caderneta da criança, sem ficar nenhum registro na UBS, apenas na ficha do e-SUS, onde fica registrado apenas o número do cartão SUS da criança. Portanto, foi de onde a enfermeira informou o número de crianças atendidas no mês anterior à pesquisa, porém não foi possível considerar por não ter prontuário.

A ausência dessas informações verificadas nos prontuários e a qualidade desse registro revelaram a escassez de padronização nas consultas, com pouca ou nenhuma informação sobre o estado de saúde das crianças, bem como das orientações fornecidas. Tudo isto, destaca a importância de organizar o serviço para garantir a consulta de puericultura e o seguimento destas por todos os profissionais da ESF.

Já em outra unidade a enfermeira foi bastante enfática em dizer que não priorizava a consulta de puericultura, apesar de ter fotos de crianças da área na parede e uma brinquedoteca na unidade, que foi organizada pela própria equipe na semana do bebê. Disse que seu foco era os grupos de educação em saúde, e que

atuava com grupos de idosos, adultos e gestantes. Disse, no entanto, que o aleitamento materno exclusivo chegava a quase 100%.

A autora desta pesquisa esteve em algumas unidades de saúde em dias agendados para a saúde da criança, e acompanhou alguns atendimentos realizados pelos enfermeiros. Em uma unidade a consulta contava com a ajuda de alguns acadêmicos de enfermagem, a enfermeira que estava com os alunos relatou que a maioria das consultas em sua área começava ainda no puerpério, com orientações para as consultas subsequentes. Em outra unidade a enfermeira disse contar com um número insuficiente de funcionários, tendo que muitas vezes procurar a ficha e ao mesmo tempo atender.

Já em outra unidade, no dia do atendimento em puericultura nenhuma criança se fez presente para a atividade. No entanto, foi visto crianças apenas para atendimento odontológico, porém nenhuma criança tinha idade inferior a dois anos, sendo que a técnica em saúde bucal disse que na rotina atendem crianças menores de dois anos, onde fazem aplicação de flúor, além de orientações feitas para as mães, em seguida é marcado o retorno que geralmente é de 06 em 06 meses.

Nesse sentido, alguns enfermeiros citaram alguns entraves para a consulta de puericultura, tais como: a distância das famílias, desvalorização da consulta de enfermagem em puericultura, onde muitas famílias valorizam apenas a consulta médica. Porém, relataram ainda a necessidade da existência de uma coordenação voltada para a saúde da criança, com alguém que entendesse das ações e pudesse estar na frente do programa. Reforçaram, também, a inexistência de direcionamento e incentivo por parte da gestão quanto às consultas de puericultura, realizado junto com as equipes.

Em muitas equipes avaliadas na pesquisa, tinham área descoberta por ACS, o que segundo os enfermeiros dificultava muito a busca ativa das crianças. Foi abordado pelos mesmos que em áreas cobertas o ACS tinha dificuldade em captar as famílias para consulta, quanto às dificuldades foram citados vários motivos como: casas fechadas, resistência por parte de muitas famílias e muitas mães que preferem levar as crianças para a puericultura na maternidade do município, onde as mesmas tiveram seu parto e tem um acompanhamento de puericultura que é realizado por uma nutricionista, outras mães com melhor poder aquisitivo preferem levar para clínicas particulares.

É indiscutível o relevante papel de prevenção e promoção que as imunizações desempenham na Atenção Básica à Saúde. De 164 crianças menores de um ano, 154 (93,9%) apresentavam vacina em dia. Algumas unidades são bastante frequentadas por crianças, geralmente para realizar vacinas, já em conversa com alguns enfermeiros, os mesmos relatam realizar a puericultura no mesmo dia da vacina. No entanto, em outra unidade avaliada a enfermeira disse que no dia de vacina encontra-se realizando outras atividades dentro da própria unidade, o que justifica o reduzido número de consultas de puericultura.

Ressalta-se, ainda que, de 76 crianças menores de 06 meses existentes nas equipes participantes da pesquisa, apenas 49 (64,4%) estavam em aleitamento materno exclusivo. Isto reflete a necessidade de mais ações voltadas para a saúde da criança, que devem ter início lá nas consultas de pré-natal e seguir com as consultas de puericultura que começam ainda no puérpério, onde a família passa a confiar e ter um vínculo maior com o profissional da ESF seja este enfermeiro ou médico, e desta forma passam a acreditar nas orientações repassadas por estes profissionais. Conforme Assis *et al.* (2011), o modo como funcionam os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado, sendo um serviço peculiar, baseado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo e acolhimento entre os envolvidos na produção do cuidado.

Diante do exposto, é importante entender que a adesão à amamentação é um reflexo do trabalho desempenhado com a família, que parte muito da educação em saúde que tem um papel fundamental nas ações direcionadas para a saúde da criança, que é um complemento das consultas de puericultura.

Os dados da tabela 11 mostram que, com relação aos óbitos de crianças menores de 02 anos nos últimos 12 meses, foram registrados apenas 02, em duas unidades diferentes (1 em cada unidade). No entanto, as equipes não tinham disponíveis as investigações desses óbitos, já que o município ainda não tem implantado o Comitê de Mortalidade Infantil e Neonatal. A tabela 11 sintetiza os dados de saúde relatados, torna-se importante ressaltar que esse resultado não reflete a realidade de todo o município.

Tabela 11- Dados da Atenção a Saúde da Criança nas equipes de Saúde da família do 3º Distrito de Saúde do Município de Parnaíba – PI, 2016

<b>PARÂMETRO</b>	
Nº absoluto de crianças < de 02 anos das equipes	334
Nº absoluto de consultas no mês anterior à pesquisa	30
Nº absoluto de óbitos de < de 02 anos nos últimos 12 meses	2
Nº de crianças menores de 6m	76
Nº de crianças < 6 m com AMEX	49
Nº de crianças < de 01 ano	164
Nº de crianças < de 01 ano com vacina em dia	154

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Vale salientar que, a maioria das UBS funciona com um sistema de marcação de consultas informatizado, onde as crianças quando necessitam ser referenciadas para o pediatra ou para outras especialidades já saem com a consulta agendada, facilitando assim os encaminhamentos. Nos locais que não tem médico, o enfermeiro via sistema pode encaminhar a criança para o médico clínico geral. Portanto, a avaliação do processo de uma forma geral foi considerada razoável.

### **5.2.2 A atuação do enfermeiro na consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família**

Na segunda etapa foi avaliado o processo a partir das entrevistas realizadas com os 08 enfermeiros, sendo estas interpretadas e analisadas, onde emergiram cinco categorias: 1) Conceito e representação da ESF para o profissional; 2) O conhecimento e experiência dos enfermeiros sobre a consulta de puericultura para menores de dois anos; 3) Dificuldades para a realização das consultas de puericultura; 4) Estratégias para o acompanhamento das crianças; 5) Sugestões para a melhoria da atenção ao cuidado da criança.

### **5.2.2.1 Conceito e representação da ESF para o profissional**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamental para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como na melhoria da vida dos usuários, considerando-os como sujeitos sociais em sua individualidade e complexidade, e oferecendo cuidados com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos de forma integral e continuada. (VAZ *et al.*, 2015)

Diante disso, ao refletir sobre o que é ESF, nota-se o destaque nas entrevistas sobre a estratégia ser articuladora na promoção da saúde e prevenção de doenças, como é possível observar nas falas:

A Estratégia Saúde da Família é os aspectos de promoção e prevenção, então eu acredito que a estratégia é tirando aquele foco curativo a nossa proposta, nosso essencial trabalho é esse aspecto de promoção e de prevenção da saúde. (E06).

A ESF é uma unidade né, se trabalha é em cima prevenção né porque nós não estamos na estratégia pra fazer é também muito a parte curativa, mas também a parte de prevenção e então eu acho que é isso a estratégia, é uma estratégia de prevenir danos e doenças. (E01).

[...] é exatamente trabalhar a promoção e a prevenção, promoção de saúde e a prevenção de doenças. (E07).

Conforme citado nas falas, a ESF valoriza e integra a promoção da saúde nas ações desenvolvidas, porém também se percebe a presença enraizada do modelo curativista na assistência aos usuários. Embora a reorientação do modelo assistencial seja uma proposta formalmente concreta, ainda, se encontra em construção na prática, e diante disso, ainda, há elementos de ambos os modelos de atenção à saúde (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009). Dentro dessa lógica, é necessário criar estratégias para superar o enfoque biológico nas ações da ESF.

A Atenção Primária à Saúde (APS) baseia-se em atributos necessários para haver assistência com qualidade, tais como longitudinalidade e integralidade da assistência, primeiro contato e coordenação do cuidado, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural (MENDES, 2012). Os quais foram expressos na entrevista:

É um modelo de reorganização da atenção básica em saúde, que constitui a porta de entrada do sistema de saúde devendo funcionar como ordenadora da rede de atenção à saúde. (E08).

Como citado, a ESF é entendida como porta de entrada para o SUS, assumindo o primeiro cuidado ao usuário e reconhecimento dos problemas, e a partir disso, coordenar o cuidado, garantir a continuidade, através da articulação com as redes de atenção à saúde ou outros serviços.

O primeiro contato envolve a acessibilidade e o uso dos serviços para cada novo problema, visto que a ESF atua em uma área territorial definida e está mais próxima dos usuários, é o que corrobora as seguintes entrevistas:

A Estratégia Saúde da Família pra mim é uma unidade de saúde que acolhe a comunidade numa maneira mais abrangente. (E02).

É uma estratégia criada pra atender a comunidade em geral para que a comunidade tenha mais acesso à saúde. (E03)

Além de mais acesso à saúde, percebe-se nas falas o quanto a ESF aproxima o usuário ao serviço de saúde, tornando o cuidado mais próximo da comunidade e conseqüentemente, promovendo a criação de vínculos entre profissionais e usuários:

É uma estratégia criada [...] tendo aquele cuidado mais próximo da família. (E03).

[...] com objetivo de aumentar o vínculo da comunidade com o serviço de saúde. (E04).

Pode-se perceber nos comentários, que o vínculo realmente está presente no cuidado aos usuários da ESF, e ainda, ressalta-se a importância dessa relação entre equipe e clientes, para que haja maior interação, comunicação efetiva e resolutividade nos problemas, sendo essa uma das funções principais da APS, abordada na seguinte fala:

A atenção básica pode tá é [...] dando uma resolutividade nos problemas da comunidade. (E02).

Nesse contexto, é notável o quanto a ESF é fundamental para a melhoria na qualidade de vida dos usuários, e como são entendidas pelos enfermeiros entrevistados, de acordo com os atributos, funções e princípios que decorrem de um bom funcionamento.

### **5.2.2.2 O conhecimento e experiência dos enfermeiros sobre a consulta de puericultura para menores de dois anos**

A puericultura é uma ferramenta importante, por ser uma estratégia de promoção à saúde infantil, constituindo um conjunto de medidas profiláticas fundamentadas nessas ações de promoção, com finalidade de proporcionar à criança um crescimento e desenvolvimento saudável (XIMENES NETO *et al.*, 2010).

Em relação o conhecimento da consulta de puericultura para menores de dois anos, de acordo com os entrevistados, os fatores primordiais são a idade mais vulnerável e de maior preocupação para a mãe, visto o período de adaptação. Conforme observado nas seguintes falas:

[...] ela é de fundamental importância porque crianças menores de dois anos é [...] é as crianças que precisam de maior atenção porque são as primeiras fases de contato com o mundo externo né do bebê. (E02).

É muito importante né, primeiro porque é um, é um período da vida da criança né, em que a criança ela tá mais vulnerável. (E08).

A gente sabe que é dividido por períodos né, mais críticos, menos críticos e a criança até 2 anos a gente tem que ter uma...um monitoramento maior. (E07).

Como afirmado, os primeiros meses representam um período de adaptação da mãe, visto que, ao nascer, a criança é um ser indefeso, e sua sobrevivência depende de outras pessoas, na maioria das vezes da mãe ou outro responsável, precisando de proteção. Então, é de suma importância à orientação ao responsável quanto aos riscos e os cuidados necessários a essas crianças. Isso é confirmado nas falas dos entrevistados:

[...] os menores de dois anos são aqueles que, é saem até os 6 meses tão mamando né, e às vezes quando chega nos 6 meses a mãe não sabe o que que dar né, às vezes da uma massa como elas mesmas falam não adequada [...] então a gente orientando quantas refeições tem no dia, acompanhando é, também a questão do calendário vacinal né, que é dos menores de dois anos principalmente e a gente tá ali acompanhando, tá vendo se tá com vacina em dias, tá dando a, a vitamina o sulfato ferroso, essa parte realmente em relação a crescimento a acompanhamento de [...] realmente da medicação, tudo isso, acho que a importância é isso. (E01).

[...] é de fundamental importância [...] tá orientando a mãe como deve ser feito esses cuidados com a criança pra poder ta evitando que ela é tenha um mau desenvolvimento, baixo peso é, doenças prevalentes na infância [...] tá enriquecendo é as informações pras mães quanto os cuidados que ela tem que ter com o bebê pra poder tá prevenindo certos tipos de doença

e agente também poder tá identificando e avaliando essa criança pra poder agente já tá prevenindo qualquer intercorrência. (E02).

Neste sentido, é essencial compreender a criança no seu contexto familiar e social, envolvendo toda a família, especialmente, os pais ou responsáveis pelas crianças. E também realizar uma orientação eficaz a fim de estimular a manter as boas práticas de saúde.

Contudo, para uma boa orientação é nítido que deve haver um acompanhamento adequado dessa criança, sendo um fator primordial na puericultura em menores de dois anos, pois facilita a promoção da saúde e prevenção de agravos. Os entrevistados abordam isso em suas falas, como é exposto nos comentários abaixo:

[...] através da, da consulta de puericultura agente pode desenvolver ações de promoção de saúde e, e prevenção de doenças né, detectar possíveis alterações na condição de saúde da criança pra que a gente possa intervir de forma precoce né. (E08).

[...] esses dois primeiros anos a gente faz um trabalho de acompanhamento e é muito importante porque além de auxiliar a mãe nesses primeiros momentos da vida do bebê agente também vai tendo a oportunidade de detectar problemas que [...] precocemente e ter uma ajudar melhor é no monitoramento do desenvolvimento e crescimento dessa criança. (E06).

[...] assim, a importância é justamente ter um acompanhamento e uma detecção precoce de algum problema ou de crescimento ou de desenvolvimento daquela criança. (E04).

E para isso ocorrer de maneira efetiva, é importante haver um vínculo entre equipe e família, como é afirmado no trecho da fala de um entrevistado:

[...] acompanhamento é do crescimento e desenvolvimento da criança e, ter aquele elo de ligação né, sempre tem que ter, PSF é sempre, a Estratégia Saúde da Família sempre tem que tá ligada a família. (E03).

Podemos observar nas falas que a opinião é muito parecida com o resultado de um estudo realizado por Campos *et al.* ( 2011) com sete enfermeiros, onde objetivou compreender o significado atribuído à consulta de enfermagem em puericultura pelo enfermeiro que atua na ESF. Portanto, foi revelado no estudo que o enfermeiro valoriza a consulta de enfermagem em puericultura, considera-a importante e reconhece sua potencialidade ao promover mudanças abrangentes

significativas em relação às crianças, às suas famílias e no contexto da comunidade, tanto no aspecto preventivo como no curativo, sentindo-se gratificado.

Assim sendo, é fundamental compreender a importância da puericultura e de todos os fatores que contribuem para que seja de qualidade, a fim de acompanhar constantemente a criança, e orientar as mães quanto o valor da puericultura, não só para casos de doenças, mas principalmente para avaliar o processo de crescimento e desenvolvimento da criança.

A consulta de puericultura favorece o seguimento da criança logo após o nascimento com o objetivo de acompanhar o crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, diagnóstico precoce e prevenção de complicações futuras (CAMPOS *et al.*, 2011).

Com isso, foi solicitado aos entrevistados para relatar a experiência referente à consulta de puericultura, os quais abordaram sobre a rotina da consulta, para que serve e conceito. Como explicitado nos trechos de algumas falas abaixo:

A consulta de puericultura é uma consulta bem ampla porque vai desde uma anamnese, uma conversa com a mãe pra saber como foi o trabalho de parto né, se ela fez o pré-natal, se ela foi acompanhada do pré-natal pra poder agente começar avaliar o desenvolvimento da criança [...] vai avaliar a criança, a questão de perímetro cefálico, perímetro torácico é [...] o desenvolvimento do bebê [...] tá agendando as vacinas da criança, avaliando o teste do pezinho, se fez teste auditivo (E02).

A consulta de puericultura é o atendimento de crianças [...] e é um trabalho em que a gente faz em cima do crescimento e desenvolvimento então vendo não só os aspectos físicos né de crescimento, mas também psicológicos, emocionais, cognitivos. (E06).

Tais relatos corroboram com o conceito anteriormente citado, evidenciando que os enfermeiros têm ciência a respeito das atribuições e finalidades da consulta de puericultura. Em relação à experiência, muitos ressaltaram a dificuldade com a demanda na ESF:

A demanda de consultas de puericultura na UBS módulo 38 é baixa, primeiro devido ao baixo número de crianças, segundo porque a clientela é pouco diferenciada, com acompanhamento em consultórios particulares. (E04).

### **5.2.2.3 Dificuldades para a realização das consultas de puericultura**

Um dos aspectos levantados pelos entrevistados foram os fatores que interferem na realização da puericultura. Diante disso, questionam-se as dificuldades na adesão ao acompanhamento da criança, a qual se correlaciona com um assunto abordado na maioria das falas dos profissionais:

[...] é que as mães elas parecem que trazem a criança não só pra acompanhar o crescimento e desenvolvimento, mas elas só trazem quando elas tão gripadas, doentes. (E01).

[...] as mães ainda, estavam naquela preocupação de levar mesmo na maternidade na minha área, na minha comunidade, não tem ainda o costume de levar pra ser acompanhada a criança no posto. (E03).

[...] a maior dificuldade é que as mães tragam espontaneamente as crianças pra consulta, porque em geral elas só trazem as crianças na unidade quando a criança tem algum sinal ou sintoma que seja sugestivo de algum problema de saúde. (E08).

Essas afirmações corroboram com uma pesquisa realizada em São Leopoldo, no Rio Grande do Sul, a qual apresentou que 50% das crianças não foram acompanhadas no primeiro ano de vida, pois as mães procuravam atendimento apenas quando os filhos estavam doentes (VILOTO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010).

Neste aspecto, é importante que o profissional conheça os fatores que imperam para que as mães não levem os filhos à consulta de puericultura, para assim, poderem atuar nessas causas, favorecendo a adesão e o acompanhamento contínuo a criança, almejando os objetivos da puericultura.

Estudos afirmam que a falta de vínculo, orientação e comunicação adequada, motivou as mães a não levarem os filhos à puericultura (XIMENES NETO *et al.*, 2010). Assim sendo, salienta-se a necessidade da consulta oferecer o acolhimento com atenção e carinho, escuta atenta, diálogo, vínculo com a família e responsabilização pelo cuidado (GAUTERIO; IRALA; CEZAR VAZ, 2012).

Em algumas das entrevistas é possível perceber estratégias já realizadas a fim de melhorar a adesão das crianças à puericultura, como é abordado abaixo:

[...] bem na questão do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e a experiência tem sido exitosa porque à medida que a gente faz o pré-natal daquelas gestantes que [...] da nossa comunidade a gente já prepara e já deixa esse serviço diante mão já feito que meio que uma propaganda da consulta de puericultura. (E05).

[...] a gente tá mais é educando mais as mães é [...] orientando explicando, que a gente também pode fazer esse acompanhamento. (E03).

Portanto, ressalta-se a importância de elaborar estratégias como orientar e esclarecer as mães sobre as ações realizadas, para que a mesma consiga perceber os benefícios da puericultura para a saúde da criança, e também favorecer para que ela tenha participação ativa na consulta, auxiliando na tomada de decisão e a tornando corresponsável pelo cuidado.

Conforme os entrevistados, o que interfere, também, na realização da puericultura, refere-se ao fato de que grande parte da população, ainda, mantém uma busca pelo atendimento curativo em detrimento do trabalho preventivo. Isso justifica o fato da maioria das mães não procurarem a unidade para a realização das consultas de puericultura, como citados nas falas:

[...] então a dificuldade que eu acho é das mães realmente trazerem as crianças com esse objetivo da puericultura né, de prevenção, de realmente não só consultar quando tá doente, que elas, elas realmente fazem isso. (E01).

[...] maiores dificuldades é a gente tentar mostrar a nossa importância, a importância do nosso trabalho, das consultas de enfermagem que tem um foco muito preventivo, diferente daquele foco de trazer só a criança com o problema. (E06).

[...] primeiro é um fator cultural né, que as mães não priorizam és, é é é a vinda espontânea né, como uma forma de, de de prevenção né. (E08).

Essa cultura, ainda, enraizada na comunidade, de procurar o serviço de saúde quase que somente nos casos de doença, ocasiona dificuldades no desenvolvimento do programa de acompanhamento de saúde da criança no primeiro ano de vida.

O mesmo achado, foi encontrado em uma pesquisa realizada nas regiões Nordeste e Sul do Brasil, onde ficou muito claro que a cobertura de puericultura, adotando como critérios nove ou mais consultas, alcançou apenas um quarto das crianças. Os autores relataram que isto pode acontecer devido às mães preferirem levar os filhos para cuidados especializados, alegando que os profissionais do PSF devido ao grande volume de demandas, estariam menos aptos para as necessidades específicas das crianças, reforçando o comportamento das mães de só levarem o filho na unidade de saúde quando este se encontra doente (FERNANDES *et al.*, 2010).

Em outro estudo realizado com mães de crianças nascidas em um hospital Centenário de São Leopoldo (RS), foi constatada que a percepção do estado de saúde pela população é a ausência de doença e de que a assistência à saúde é motivada pela presença de doença, uma vez que 66,1% das mães ou responsáveis não consideraram necessário o acompanhamento regular das crianças nos serviços de saúde no primeiro ano de vida (VITOLLO *et al.*, 2010).

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 (RIBEIRO *et al.*, 2014).

O que restringe atualmente é isso, é a falta do médico, porque a, a criança tem uma doença que o médico tem que passar uma medicação específica, agente tá sem médico. (E03).

[...] setor quando ele não é acolhedor, o ambiente é quente, o ambiente não é favorável pra você realizar a consulta de puericultura, também é um item que interfere na hora da consulta. (E02).

[...] também às vezes a estrutura física da própria unidade que não é adequada, os recursos materiais que às vezes não estão disponíveis né, é os recursos adequados pra se, se pro, fazer essa ação né, da forma como dé, como é preconizado, e ééé, ééé, os recursos materiais. (E08).

Embora considere a importância da consulta de enfermagem em puericultura, os enfermeiros vivenciam essas dificuldades que prejudicam a integralidade do cuidado e interferem na prestação de uma assistência integral e humanizada nas consultas de puericultura.

Ainda como dificuldade, o enfermeiro interage com uma sobrecarga de trabalho, pois além das ações educativas e assistências, ele desenvolve, também, atividades administrativas, o que leva à perda da qualidade da atenção à saúde da criança (CARNEIRO, 2010).

[...] agenda quebrada por conta de outros compromissos que, enquanto enfermeiro nós temos como gerentes e às vezes muitas reuniões que faz com que a gente falte naquele dia programado pra avaliação. (E07).

[...] acho que a sobrecarga de trabalho né, da da dos profissionais, porque é, às vezes a, as atividades elas estão muito, elas estão muito intensas. (E08).

Tudo isto vai ao encontro com uma pesquisa realizada por Assis *et al.* (2011), onde foi identificado inúmeros fatores que dificultam a prática da puericultura

pela enfermeira, principalmente, relacionado com a organização do processo de trabalho, sendo que em todas as unidades de saúde pesquisadas a enfermeira era responsável pela administração da equipe e pelas atividades de planejamento, além da supervisão dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem de nível médio. Portanto, devido à grande demanda de serviço burocrático a assistência fica prejudicada, o acúmulo de atividades representa uma sobrecarga de trabalho para a enfermeira, o que impossibilita que a mesma dedique-se mais às atribuições de sua categoria profissional.

#### **5.2.2.4 Estratégias para o acompanhamento das crianças**

O seguimento da puericultura prevê um calendário mínimo de consultas à criança, propondo sete consultas no primeiro ano de vida, duas no segundo ano, e a partir do terceiro ano até o sexto ano de vida é realizada uma consulta anualmente (BRASIL, 2005a). Dentre as estratégias desenvolvidas para promover o acompanhamento da criança, destaca-se o momento da vacinação como um dos principais responsáveis por tal ação, no qual a mãe e/ou responsável já sai com a próxima consulta agendada, garantindo uma efetivação da assistência, como citado abaixo:

[...] eu acho que, que a questão da vacina né, como eu marco no dia da vacina as consultas de puericultura na quarta feira aí a gente pega aquele público e já faz acompanhamento e aí a mãe ela gosta e ela já sai daqui com a consulta agendada. (E01).

[...] eu acho que o momento da vacinação é um fator facilitador né, porque elas já tem aquele compromisso que hoje até pelo menos até os 6 meses, ele é, praticamente ele é mensal né, então é, poderia ser também, funcionar como um fator facilitador. (E08).

Em um estudo realizado em Pernambuco por Carvalho *et al* ( 2008), foi visto que a maioria das crianças do território comparecem ao serviço de saúde para vacinar e que, portanto, esta também, deveria ser uma oportunidade para a pesagem e avaliação do crescimento, bem como para a sua captação precoce, já aspirando a um acompanhamento programado do crescimento.

Ao se pactuar com os pais o calendário de consultas, deve-se sempre levar em consideração o contexto familiar, as necessidades individuais e as vulnerabilidades (BRASIL, 2012a). Dessa forma foi ressaltada por uma das

entrevistadas, a importância de identificar as necessidades da comunidade, a fim de garantir a equidade no atendimento.

[...] facilita a gente ter um agendamento né, que essas consultas é já vem é, até pelo Ministério da Saúde já tem um pré, como se fosse um pré calendário que agente de acordo com a nossa necessidade dentro da, da nossa comunidade a gente pode modificar um pouco é, e de acordo com a necessidade da criança também. (E05).

O mesmo foi relatado por oito enfermeiras entrevistadas, em um estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2014), em unidades de atenção básica de Salvador-Bahia, no período de março a abril de 2011, onde as mesmas relataram que o cotidiano das consultas de puericultura é sistematizado, organizado, envolve estruturação do atendimento e agendamento das consultas.

Ainda, corroborando com a fala acima, podemos observar que em um estudo realizado por Modes e Gaíva (2013), na rede básica de saúde de Cuiabá – MT, no que se refere ao acesso pra as consultas na UBS, 114 (89,8%) das usuárias informaram que, para receber consulta de rotina nas unidades, é preciso agendar antecipadamente e 78 (61,4%) referiram que no dia da consulta já é marcado o próximo retorno.

(Para atender a demanda dos atendimentos com qualidade e resolutividade, é fundamental que os serviços de saúde disponham de estruturas adequadas, disponibilidade de materiais e número suficiente de profissionais), (SAPAROLLI; ADAMI, 2007) é o que corrobora as seguintes entrevistas:

[...] estrutura física do ambiente tem que ser acolhedor é, é a equipe tem que ser satisfatória pa poder tá atendendo, os cuidadores que são os pais, os as os avós. (E02).

[...] proximidade da UBS dentro da área, com boa estrutura física e recursos humanos e materiais suficientes e qualificado. (E04).

A atuação em equipe é definida como a articulação de diversos saberes e intervenções dos profissionais da unidade de saúde, efetivando o trabalho solidário e compartilhado e produzindo resposta qualificada às necessidades em saúde da criança (BRASIL, 2005a). Dessa forma, destaca-se nas falas a importância de se ter uma equipe interdisciplinar, onde todos trabalhem de forma intercalada e conjunta, garantindo uma assistência integral.

[...] eu acredito que a equipe né, ela é um componente fundamental pra poder a gente tá acompanhando essa criança, porque é se a gente não tiver uma equipe que possa tá abraçando esse contexto fica difícil a atividade. (E02).

[...] quando a gente tá com a equipe completa, no momento a minha equipe tá desfalcada, estamos sem médico, isso prejudica porque a maioria das mães querem o cuidado do médico, aí isso aí é um, coisa que tá diminuindo também o a, é essas mães procurarem o posto. (E03).

O que foi relatado pela enfermeira acima, vai ao encontro com a pesquisa realizada por Assis *et al.* (2011), onde foi mencionado que um dos aspectos que dificultava o trabalho da enfermeira no município em estudo era a rotatividade de profissionais médicos, fato que deixava as equipes incompletas, chegando-se a acreditar que 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.

A captação das crianças para o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento é realizada, na maioria das vezes, pelo agente comunitário de saúde. Este, identificado por meio das falas das entrevistadas, como ator principal na interação entre a UBS e a comunidade, é quem realiza as visitas domiciliares garantindo a efetivação das consultas de puericultura e identifica as necessidades especiais em termo oportuno (VIEIRA *et al.*, 2012).

[...] a gente precisa do agente de saúde pra poder fazer esse elo de ligação da unidade de saúde com o paciente pra poder tá referenciando ele pra unidade básica de saúde pra poder a gente tá fazendo o acompanhamento dessas criança. (E02).

[...] e eu acho que também o agente comunitário de saúde é, é um fator facilitador, já que ele tem esse contato direto né, mensal através da, do acompanhamento do peso, que eles fazem na no nos domicílios é, poderi, é, é eles funcionariam também como fator facilitador pa ta encaminhando essas mães pra essa consulta né, fazendo a busca ativa. (E08).

Conforme uma pesquisa realizada por Boehs *et al.* ( 2011) em dois centros de saúde de Florianópolis que funciona a ESF, algumas mães de crianças menores de 6 anos relataram que aprendem muito com o profissional de saúde, citando estes como fonte de aprendizado sobre como cuidar das crianças, sendo que o profissional mais citado foi o médico, principalmente o do centro de saúde e em seguida o ACS.

Na Atenção Primária à Saúde, o enfermeiro desenvolve diversas ações no cuidado às crianças, desde a gravidez até a adolescência, estabelecendo

vínculos nas consultas, tornando as ações de saúde mais eficazes (ASSIS *et al.*, 2010). As enfermeiras relatam que consideram o vínculo e a confiança entre a equipe e a família, como sendo uma ferramenta essencial para se alcançar o êxito nas consultas de enfermagem.

O que facilita eu creio que seja a confiança né, do da da mãe, dos pais com relação o atendimento no posto. (E03).

Conforme Ribeiro *et al.* (2014), a grande procura pelas consultas de puericultura sugere a influência do vínculo afetivo estabelecido nas consultas, possibilitando o interesse das mães em retornar para a consulta com a enfermeira. Portanto, a consulta de enfermagem é um espaço para o fortalecimento de vínculos afetivos na relação com a criança e familiares.

Acredita-se que o vínculo estabelecido entre a equipe, a mãe da criança e família começa desde gestação, durante o acompanhamento pré-natal, o que favorece a adesão as consultas de puericultura (COSTA *et al.*, 2013), conforme expressa a fala de E6 e E7 a seguir:

[...] eu acredito que se eu faço o pré-natal eu tenho com mais chances de acompanhar posteriormente essa criança então eu busco fazer um pré-natal com qualidade pra mim adquirir a confiança da mulher e ela conseqüentemente vai trazer o filho pra mim, pra mim fazer a, as consultas posteriores.

[...] fazer um bom pré-natal, ter aquele vínculo com a gestante que ela acre, aí ela passa a acreditar no trabalho e continua trazendo as crianças pra UBS [...] o vínculo.

#### **5.2.2.5 Sugestões para a melhoria da atenção ao cuidado da criança**

O trabalho na ESF exige dos profissionais atributos e recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos, além de um processo de trabalho que objetive a qualidade das ações desenvolvidas (Facchini *et al.*, 2006). Para isso é necessário que se tenha condições adequadas para garantir uma consulta de enfermagem com qualidade, promovendo uma assistência integral, contínua e resolutiva. Dentre as situações propostas que visam à melhoria no acompanhamento das crianças durante as consultas de puericultura, foram citados os seguintes aspectos.

[...] melhorar a estrutura, melhorar é, o fornecimento do sulfato ferroso que é o que o programa ele nos pede né atenção e a gente não tem é, no caso a questão dos materiais em si né, por exemplo, que agente não tem aqui o otoscópio, agente não tem ééé, ooo o aparelho de pressão, então dar realmente esse suporte de estrutura pra gente tá melhorando. (E01).

É acredito que seria uma estrutura física melhor, uma sala adequada. (E03).

[...] gestão provesse os recursos materiais necessários para o desenvolvimento dessa, dessa ação. (E08).

Corroborando com o exposto, Ribeiro *et al.* ( 2014) salienta que: um espaço físico inadequado, déficit de recursos materiais e humanos e a falta de profissionais capacitados são aspectos da estrutura e organização que dificultam a consulta em puericultura.

Além disso, atentou-se para a importância de desenvolver estratégias de cuidado lúdico à criança, a fim de proporcionar o entretenimento durante a consulta, promovendo um ambiente acolhedor, melhorando a adesão à puericultura.

[...] a questão de o acolhimento ser melhor com a, éé melhorar o ambiente que agente tá recebendo essa criança como uma pequena brinquedoteca seria interessante agente não sabe se é possível em todas as unidades, mas é interessante eee, a questão da infraestrutura e pra quem tá referenciando essa crian. (E05).

[...] eu acredito muito nesse resgate motivacional do posto, então eu acho que agente buscar estratégias como ter um posto higienizado, ter um posto, é um ambiente agradável, que, que não tenha só aquela cara de doença então ter uma recepção com uma, uma sala de espera voltada pra criança com, com muitas coisas lúdicas. (E06).

A Educação Permanente das equipes de saúde da família e de atenção básica é fundamental para a plena inserção de todos os profissionais no cuidado com a criança. A abordagem neste sentido deve ter como eixo a visão global da criança, enfocando a identificação daquela com maior vulnerabilidade e risco, possibilitando a continuidade da assistência até a solução dos problemas apresentados (BRASIL, 2005).

Para Reichert *et al.* ( 2012), a melhor maneira de aprofundar conhecimentos na área da saúde da criança é na estratégia de educação permanente, por se revelar como essencial para reduzir a vulnerabilidade da população infantil.

Para garantir que as ações desenvolvidas pela equipe de saúde contribuam para a melhoria da saúde infantil, é necessário que os profissionais sejam capacitados para realizar um acompanhamento sistematizado, estando aptos

a captar precocemente crianças de risco. Esse fato correlaciona-se com um assunto abordado na maioria das falas dos profissionais.

[...] também um treinamento né, porque nunca tive um rs.. rs...treinamento voltado pra criança, eu acho que só. (E03).

[...] então é isso, essa melhoria mês, e capacitação dos profissionais que muitos profissionais não entendem a importância do, de acompanhar o desen o crescimento e desenvolvimento, acho que precisa ser melhor capacitado alguns profissionais. (E05).

[...] também a qualidade do profissional, porque quando, o paciente ou quando esse cliente ele vê e tem segurança no profissional, vê a atenção dele, eu acredito que isso facilita muito, então essa questão de nós estarmos capacitados cada vez mais, buscarmos conhecimento pela nossa conta própria. (E06).

[...] pra que as equipes pudessem implementar, segundo é a capacitação né, da dos profissionais, porque é importante que os profissionais estejam capacitados pra...pra poder é, fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, reconhecer as situações né, onde deve intervir e encaminha. (E08).

Foi concluído em um estudo realizado por Cursino e Fujimori (2012), que a capacitação dos profissionais e a reorganização dos serviços como fundamentais para garantir a integralidade da atenção à saúde da criança.

Diante do que foi exposto, sugeriu-se, também, a necessidade de uma reorganização do processo de trabalho na ESF, a fim de garantir um acompanhamento integral das crianças assistidas na unidade, favorecendo um trabalho interdisciplinar, identificando com antecedência qualquer sinal de perigo para a criança dentro de seu contexto familiar através das visitas domiciliares e dessa forma poder intervir e implementar ações para atingir os objetivos preconizados pela puericultura.

Para Pina *et al.* ( 2009), o processo de trabalho de uma equipe de saúde precisa ser estruturado de forma interdisciplinar, no qual o trabalho especializado de cada profissional possa fazer parte de um projeto comum, de forma a se complementar e que possa construir uma ação de interação entre os trabalhadores e usuários.

[...] organização do processo de trabalho dentro da própria UBS né, seria a, a terceira sugestão [...] para isso é, é seria é, primeiro o, o fazer o cadastro né, das de todas as crianças nessa faixa etária, ter um, um calendário é, organizado, já, já de consultas né, de puericultura e, e fazer a busca ativa daquelas crianças que, é no caso é, não tivessem freqüentando a unidade e fora isso também eu acho que garantir o encaminhamento né pra, pras crianças no caso de, de alguma alteração detectada e também é [...]. (E08).

Conforme o relato da enfermeira é necessário organizar o processo de trabalho com relação à consulta de puericultura. Para Assis *et al.* (2011), se a lógica da estratégia saúde da família é a responsabilização pela saúde das pessoas de uma determinada área de abrangência, portanto, deve-se organizar o processo de trabalho de modo a superar o modelo tradicional, que tem como base a cura de doenças por um processo de trabalho que contemple, além da clínica a promoção da saúde e a qualidade de vida dos indivíduos de determinado território.

É importante ressaltar que o mesmo observado na avaliação da estrutura com necessidades de melhoria, foi o mesmo encontrado nas entrevistas com os enfermeiros com as mesmas necessidades de ajustes, no que se referem à estrutura física, recursos materiais, capacitação dos profissionais e organização do processo de trabalho.

### **5.3 Análise dos indicadores de resultados**

De acordo com referencial teórico adotado, resultados são possíveis mudanças desejáveis ou indesejáveis em indivíduos ou na população que poderiam ser atribuídos aos cuidados em saúde (DONABEDIAN, 2003). Portanto, seguindo o modelo da tríade estrutura-processo-resultado, as informações aqui analisadas surgiram dos principais indicadores de saúde da criança do município no ano de 2015.

Conforme Bittencourt *et al.* (2013), Indicador de Saúde são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Eles refletem ainda a situação de saúde de uma população e contribuem para o monitoramento de condições de saúde; permitem comparar a situação de saúde entre diferentes grupos, regiões e períodos, contribuindo para subsidiar o planejamento em saúde e avaliar as intervenções.

Em relação ao total de óbitos de menores de dois anos em 2015 e suas principais causas no município de Parnaíba, o quadro 1 aponta que houve 34 óbitos no período, sendo que a mortalidade infantil foi mais acentuada no componente neonatal precoce do que no pós neonatal. Portanto, nos menores de 7 dias houve (24 óbitos) de janeiro a dezembro de 2015. E como principais causas foram as afecções originadas no período perinatal com (06 óbitos) e asfixia ao nascer também

com (06 óbitos), totalizando 50% de óbitos entre os 24 ocorridos, o que significa que está associado com a atenção a saúde da mulher ou seja com o pré-natal, além da saúde da criança especificamente.

Portanto, a redução da mortalidade infantil no período pós-neonatal, segundo a literatura, pode ser atribuída à melhoria das condições de vida e saúde, ao funcionamento da ESF e as várias ações envolvendo a saúde da criança. Conforme, Duarte (2007), o componente pós-neonatal é mais sensível aos fatores ambientais, sobretudo a melhoria das condições de vida, acesso à água potável, dentre outros.

Nesse contexto, de forma abrangente o perfil de óbitos infantis nos seus componentes neonatal e pós-neonatal ocorridos em Parnaíba em 2015, de certa forma vai ao encontro com o que aponta a literatura. Lansky *et al.* (2002) apud Duarte (2007) apontam que nos últimos anos, o coeficiente de mortalidade infantil pós-neonatal no Brasil vem apresentando um declínio de maior intensidade que o coeficiente neonatal, sendo atribuída à melhoria das condições de saneamento, que produz um impacto maior na mortalidade pós-neonatal.

Outro ponto que chamou a atenção foi que a faixa etária que ficou em segundo lugar para os óbitos infantis foi o período neonatal tardio com (06 óbitos) e como principais causas septicemia, pois é um período que está muito atrelado à atenção dos profissionais da ESF, onde são importantes as visitas de puerpério e as consultas de puericultura, com todas as orientações quanto aos cuidados com o coto umbilical, higiene e muitas outras orientações importantes nesse período.

Já o menor número de óbitos foi no período pós-neonatal (> de 28 dias) e menores de 1 ano, onde ocorreu apenas (01 óbito) no ano de 2015. Já nas crianças maiores de 1 ano e menores de 2 anos ocorreram (3 óbitos), sendo que uma das causas foi por afogamento. Nesse período são importantes as orientações sobre prevenção de acidentes, feitas durante as consultas de puericultura.

No caso deste estudo, foi a partir das informações do SIM que se tornou possível o levantamento dos dados para a construção do perfil de óbitos em crianças menores de 2 anos do município, que possibilitou a construção do indicador de interesse desse estudo, uma vez que esse sistema de informações possibilita o acesso às informações por faixa etária e causa.

Vale ressaltar que a interpretação dessa tendência da mortalidade infantil no período pós-neonatal pode ser atribuída tanto ao acesso às ações e serviços de saúde (imunização, assistência pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, dentre

outras), melhoria das condições de vida, observadas através da melhoria do saneamento básico, coleta adequada do lixo, além da melhoria do nível de escolaridade das mães.

Convém ponderar que a ESF no município é um fator primordial para a redução da mortalidade em menores de 2 anos, tal realidade obviamente aumenta o foco da atenção a saúde da criança e conseqüente redução de óbitos nesse período, já que a atenção primária fortalece e qualifica as ações, potencializando a melhoria dos indicadores de saúde como um todo.

Pode-se perceber no estudo, que a consulta de enfermagem em puericultura por si só não foi um fator primordial para a conseqüente redução da mortalidade infantil no período pós-neonatal, já que no distrito pesquisado o número de consultas foi muito reduzida em comparação com o número de crianças menores de dois anos, apesar desta amostra não retratar o município como um todo. Mas com certeza se melhorasse a adesão das mães em levar os filhos para a consulta de puericultura, somada com os outros fatores envolvidos, melhoraria bastante o perfil dos óbitos infantis e assim provavelmente o município alcançasse os níveis desejados e pactuados.

Um estudo coordenado por Roncalli e Lima (2006) propôs avaliar o impacto da ESF na mortalidade infantil em sete municípios com mais de 100 mil habitantes da região Nordeste e com cobertura de ESF superiores a 70%. Tal estudo evidenciou que a ESF isoladamente não exerceu impacto significativo nos óbitos de menores de um ano nesses municípios. O resultado desse estudo sugere também que as ações que impactam na mortalidade infantil são de grande abrangência, mas as consultas de puericultura na ESF são sem dúvidas uma importante ação desenvolvida e, portanto, seu efeito adicional pode impactar na melhoria do indicador.

De forma mais abrangente, o indicador de mortalidade infantil nos seus componentes neonatal e pós-neonatal ocorrida em Parnaíba no ano de 2015 (quadro 1), vai ao encontro com o que aponta a literatura. Lansky et al. (2002) citados por Duarte (2007) apontam que nos últimos anos, o coeficiente de mortalidade infantil pós-neonatal no Brasil vem apresentando um declínio de maior intensidade que o coeficiente neonatal. Esta tendência é atribuída à melhoria das condições de saneamento e saúde (como já descrito anteriormente), que produz um impacto maior na mortalidade pós-neonatal.

Quadro 1- Óbitos de crianças por faixa etária e principais causas em Parnaíba- PI, referente ao ano de 2015

FAIXA ETÁRIA	Nº DE OBITOS	PRINCIPAIS CAUSAS
MENORES DE 7 DIAS	24	06 - AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL
		06 - ASFIXIA AO NASCER
		02 – SEPTICEMIA
		02 - DESLOCAMENTO PREMATURO DA PLACENTA
		02 - MALFORMAÇÃO CONGÊNITA
		06 - OUTROS CAUSAS
ENTRE 7 E 27 DIAS	6	04 – SEPTICEMIA
		01 - INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA
		01 - SEM ASSISTÊNCIA MEDICA
28 DIAS ATÉ < 1 ANO	1	01 - INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA
01 ANO A < 2 ANOS	3	01 - INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA
		01 - CAUSA MAL DEFINIDA
		01 – AFOGAMENTO
TOTAL GERAL	34	

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), setembro/2016.

A taxa de mortalidade infantil é definida pelo número de mortes de menores de 1 ano de idade para cada 1.000 crianças nascidas vivas, é uma estimativa da probabilidade de uma criança nascida viva morrer antes de completar 1 ano de idade, é um indicador de extrema importância para avaliar a saúde da criança. Portanto, a mortalidade infantil em Parnaíba chega ao final de 2015 com um coeficiente geral de mortalidade infantil em 16,02/1000NV, que está representado no gráfico 1, no entanto superior a 14/1000NV, que foi a média pactuada para o ano de 2015. Portanto, os efeitos das ações da ESF na mortalidade infantil são fundamentais na redução dos óbitos por causas evitáveis a partir das ações da estratégia, onde se destacam as ações de imunização, assistência à gestante, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce, além da articulação intersetorial.

Para Duarte (2007), o coeficiente de mortalidade infantil pode ser atribuído a um conjunto de fatores, onde se incluem: condições biológicas maternas e infantis (idade da mãe, paridade, prematuridade, baixo peso ao nascer, dentre outros), condições ambientais (disponibilidade de serviços de saúde com acesso a eles, acesso a água potável, saneamento, etc.), além das condições sociais que impactam na vida das pessoas (renda, trabalho, moradia, proteção social, etc.). Que

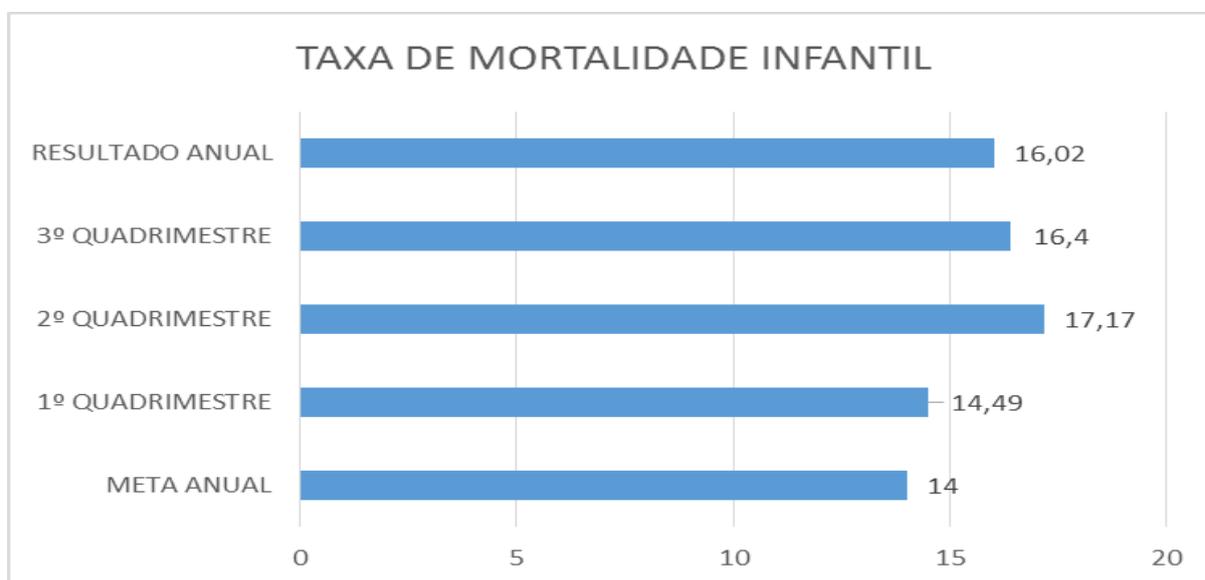
pode ser entendido ainda como resultado tanto da melhoria no acesso às ações de saúde, quanto à melhoria das condições de vida.

Acredita-se que a queda da taxa de mortalidade infantil pudesse alcançar os indicadores pactuados pelo município se melhorasse a cobertura de consultas de puericultura na ESF nos primeiros dois anos de vida, principalmente, com o reforço para as consultas ainda no período de puerpério, já que a mortalidade neonatal tardia ficou em segundo lugar nos óbitos.

Para o MS a taxa de mortalidade infantil é calculada apenas nos menores de 1 ano, mas já é bastante significativo, pois é o período de vida onde se preconiza o maior número de consultas de puericultura, o que de certa forma vai influenciar na prevenção dos óbitos.

A atual cobertura da ESF no município de Parnaíba é de 80%, conforme o Relatório Anual de Gestão (2015). Portanto, esta realidade pode ter influenciado na mortalidade infantil de Parnaíba que vem diminuindo, porém ainda não atingiu a meta pactuada. Para avançar, ainda mais, e atingir quem sabe a meta, o Ministério da Saúde, em parceria com os estados e municípios, vem implantando algumas estratégias como a Rede Cegonha, reforçando a qualidade no pré-natal e na assistência ao parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, além da expansão das UTI's neonatais.

Gráfico 1- Taxa de Mortalidade Infantil em Parnaíba-Piauí, 2015



Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) – 2015.

Para fins de investigação dos óbitos infantis e fetais, considerar como critério mínimo de inclusão (Portaria GM/MS n. 72/2010): óbitos pós-neonatais (entre 28 dias de vida e um ano incompleto); óbitos neonatais (entre o nascimento vivo até 27 dias de vida); óbitos fetais. Os municípios têm autonomia para ampliar os critérios de inclusão definidos nas portarias do MS, por exemplo, assumindo a investigação de óbitos de crianças menores de 5 anos de idade, como já acontece em alguns municípios do país (BITTENCOURT *et al.*, 2013).

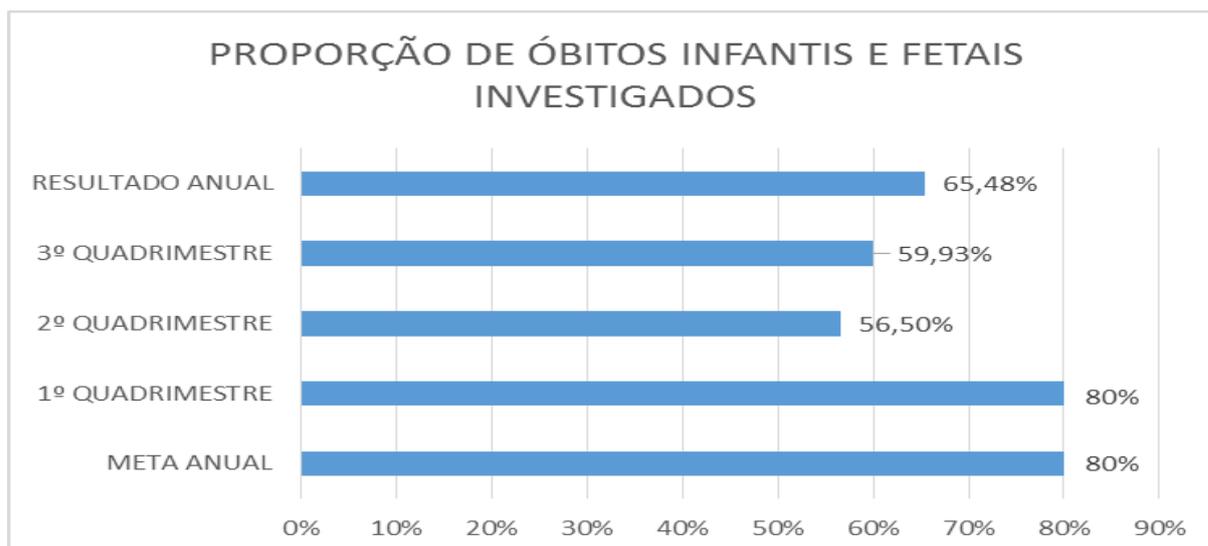
Em relação à proporção de óbitos infantis e fetais investigados, o gráfico 2, mostra que foi alcançado apenas ( 65,48%), sendo que a meta anual para 2015 foi de (80%). Portanto, é muito importante para a ESF este retorno das principais fatores relacionados com os óbitos infantis, para que se possa trabalhar em cima dos reais problemas que influenciam a morbimortalidade em um determinado território.

No entanto, conforme a coordenadora da vigilância em saúde do município, muitos destes óbitos quando são investigados não são encontrados seus endereços, muitas vezes são pessoas vindas de outros estados e municípios vizinhos que dão o endereço de Parnaíba, e quando são investigados pela ESF ou pela vigilância não é encontrado o número da casa, ou as pessoas da casa informam que era alguém de outro município que só passou pela cidade. A mesma relatou ainda que o fato do município não tiver uma cobertura boa da ESF acaba atrapalhando muito as investigações, ficando uma grande parcela da população totalmente descoberta por ACS, como também de outros profissionais que poderiam trabalhar em tempo real as investigações dos óbitos infantis no município.

Nesse sentido, as investigações de óbitos infantis servem para analisar as falhas que acontecem para a ocorrência dos óbitos, saber se era evitável, se houve deficiência da atenção básica (no pré-natal ou na puericultura) ou na rede hospitalar (se existiu pediatra na assistência, obstetra, se teve acesso a UTI, enfim), avaliar se a causa do óbito é a mesma da DO mesmo. Portanto, é uma análise da situação como um todo, avaliando os serviços de saúde e os profissionais envolvidos, sendo muito importante para poder detectar as falhas e poder trabalhar em cima dos programas envolvidos, como por exemplo, a saúde da criança e conseqüentemente a puericultura.

Corroborando com o relato acima Bittencourt *et al.* (2013), afirma que a investigação em sua etapa de análise o objetivo é estabelecer os nexos entre as múltiplas fontes e informantes com vistas ao esclarecimento das circunstâncias que determinaram e/ou favoreceram o óbito. Portanto, é avaliada a qualidade do preenchimento da declaração de óbito; condição socioeconômica da criança que faleceu; assistência prestada no pré-natal, parto, puerpério, urgências/emergências maternas, atenção ao recém-nascido ou a criança até 1 ano de idade. Tudo isto com o intuito de definir medidas que possam resultar na melhoria da assistência e evitar novas ocorrências, além de procurar melhorar a qualidade dos registros de atendimentos em estabelecimentos de saúde. É importante ainda a elaboração de relatório que é de responsabilidade da equipe de vigilância do óbito da secretaria de saúde, que pode ter profissionais da assistência e poderá contar com a colaboração de membros dos comitês de mortalidade. Esse relatório deverá ser apresentado para os demais membros dos comitês, estudiosos do assunto e gestores visando pactuar a execução das medidas para prevenir novos óbitos.

Gráfico 2- Proporção de Óbitos Infantis e Fetais Investigados em Parnaíba-PI, 2015.



Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) – 2015.

Dando seguimento aos principais indicadores, visualizamos a cobertura de vacinas alcançadas no ano de 2015. Cobertura vacinal é o percentual de crianças imunizadas com vacinas específicas, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Estima ainda o nível de proteção da população infantil contra doenças selecionadas, evitáveis por imunização, mediante o cumprimento do esquema

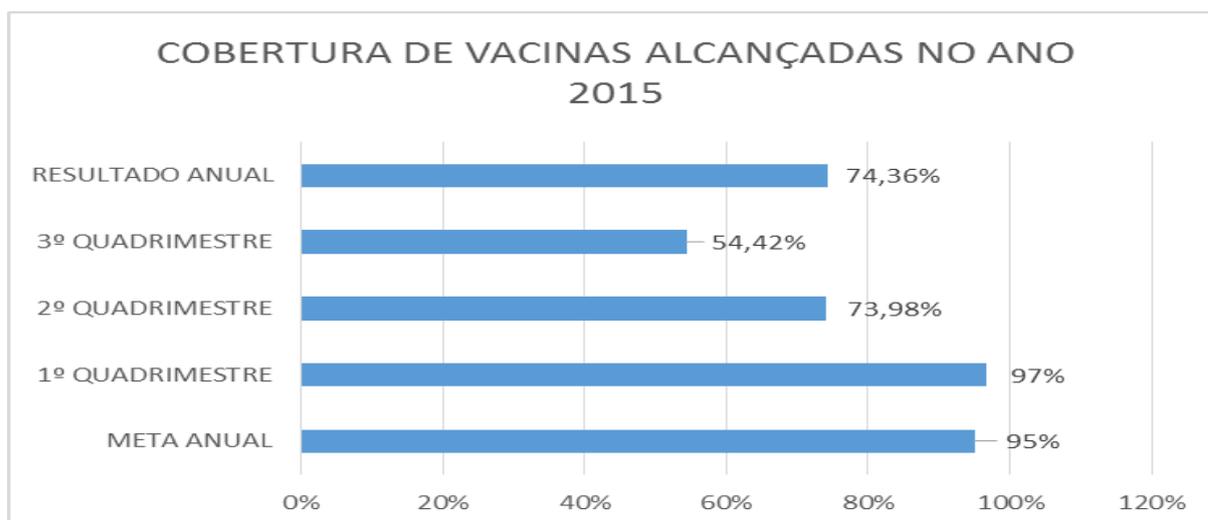
básico de vacinação, na tentativa de subsidiar processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação de políticas relativas à atenção a saúde da criança e ao controle de doenças evitáveis por imunização (OPAS, 2008).

É importante relatar que a população estimada para o MS para o cálculo da cobertura de vacinação, são os menores de 1 ano, por este motivo não foi possível avaliar os maiores de 1 ano e menores de 2 anos, pois não constava no relatório do SI-PNI. Portanto, este indicador é que vai mostrar o perfil do município em vacinação. Onde conforme o gráfico 3, a cobertura no ano de 2015 de vacinas em Parnaíba foi de 74,36%, sendo que a meta anual pactuada para 2015 foi de 95%.

Tudo isto leva a acreditar que se houver maior empenho por parte dos enfermeiros da ESF nas consultas de puericultura e conseqüentemente na avaliação da caderneta de saúde da criança de forma criteriosa pudesse melhorar o perfil de crianças vacinadas e quem sabe atingir a meta pactuada, já que muitas vezes passa despercebida a data da vacina por muitas mães e outras não sabem ainda da real importância da ação na vida dos pequenos. Para Starfield (2002), a vacinação de forma rotineira, representa uma ação de baixa complexidade, mas de elevado impacto na saúde da criança, e constitui o procedimento de melhor relação custo-efetividade no setor saúde, sendo visualizado através da redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis.

Conforme Homma *et al.* (2011), nos últimos anos, é verificado uma grande mobilização internacional voltado para investimentos tecnológicos em vacinas, resultando na introdução de novas vacinas, proporcionando a população um aumento no acesso aos imunobiológicos com melhoria dos indicadores de cobertura vacinal, possibilitando, assim, a eliminação e a prevenção de doenças imunopreveníveis por vacinas.

Gráfico 3 - Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas em Parnaíba-PI, 2015



Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) – 2015.

A partir do relatório do SI-PNI do ano de 2015, foi possível avaliar a cobertura vacinal segundo o tipo de vacina no primeiro ano de vida da criança. Para o programa de imunização a população estimada para cobertura de vacinação é até menor de 1 ano, onde este indicador é preconizado pelo MS, sendo ele que irá mostrar o perfil do município quanto ao indicador de coberturas vacinais.

Os benefícios gerados com as ações de vacinação são inequívocos: inúmeras evidências demonstram seu potencial de redução da mortalidade entre crianças, melhoria das condições de saúde e bem-estar das comunidades, além de representar economia para a sociedade, tanto pela redução de custos com consultas, tratamentos e internações hospitalares, como menor absenteísmo escolar e de trabalho. No entanto, o grande desafio é o apoio, mediante educação, informação, sensibilização e ações que promovam o alcance das vacinas por toda a comunidade (FEIJÓ; SÁFADI, 2006).

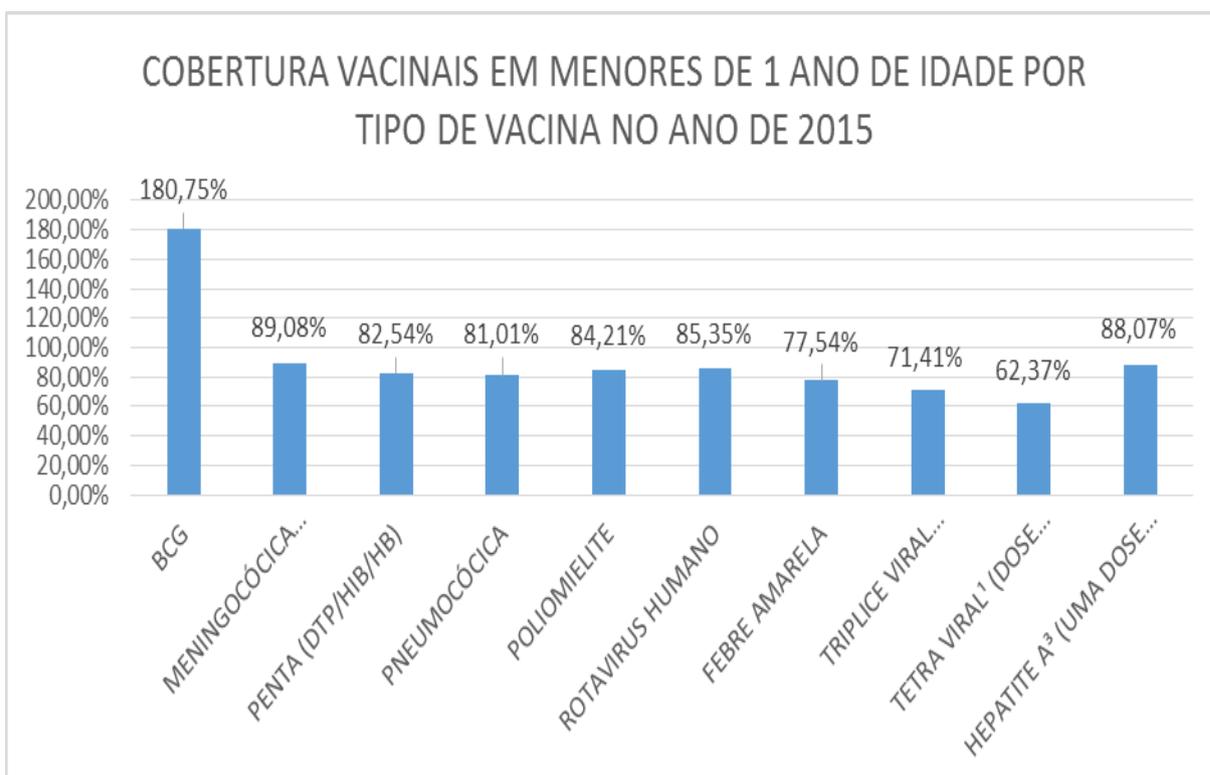
As vacinas são pactuadas também por tipo de vacina, onde a meta anual para cobertura de febre amarela é de 100%, sendo que a meta atingida para a febre amarela foi de apenas (77,54%). Já a rotavírus a meta pactuada para o ano de 2015 foi de 80%, e a meta atingida foi de (85,35%), acredita-se que por serem apenas duas doses e por ser no mesmo dia de outras vacinas atingiu a meta. Já as demais vacinas a meta pactuada foi de 95%, porém, apenas a BCG teve uma cobertura de (180, 75%) em 2015, o que segundo o coordenador da imunização esta cobertura é alta devido à realização da vacina em crianças de outros municípios que nascem

nas maternidades de Parnaíba. Já as demais não atingiram a meta pactuada em 2015. No gráfico 4, evidencia-se melhor estas informações.

Entretanto, existem algumas teorias para esta realidade das coberturas vacinais, a primeira é que pode haver uma meta superestimada, a outra é que não existe cobertura de 100% de ESF, e como consequência não se consegue alcançar todas as crianças do município. A última seria uma baixa adesão das consultas de puericultura para menores de dois anos, e como proposta de melhoria desta última teoria, tem-se um maior empenho por parte dos enfermeiros na consulta de puericultura na ESF, pois é o momento em que se realiza a avaliação da caderneta de saúde da criança, além das orientações sobre as vacinas.

Para Araújo *et al.* (2013), cabe aos municípios a organização e gestão da Rede de Atenção a Saúde e conseqüentemente a forma de vacinar sua população. Assim, a articulação dos quatro poderes (governo federal, estadual, distrital e municipal) torna-se fundamental para compatibilizar atividades, necessidades e realidades, em um esforço conjunto, que tem por objetivo implantar a imunização nos serviços de saúde.

Gráfico 4- Cobertura das vacinas em menores de 1 ano de idade por tipo de vacina em Parnaíba-PI, 2015



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) - 2015

## 6 CONCLUSÕES

Este estudo forneceu um retrato da situação das consultas de puericultura realizada por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família de Parnaíba. No entanto, dada à complexidade que é avaliar programas e serviços de saúde, salienta-se a limitação dos resultados da pesquisa por não ter contemplado todas as equipes.

A avaliação em relação à estrutura apontou que as salas de consulta de enfermagem, que também se destinava ao atendimento em puericultura e os recursos materiais disponíveis nos consultórios para a consulta, assim como os impressos necessários para a organização do atendimento, foram considerados razoáveis em uma visão geral, apenas com necessidades de alguns ajustes. Enquanto aos recursos humanos mostra-se que apesar dos enfermeiros pesquisados terem uma média de 8,7 anos de atuação na ESF e mais da metade ter vínculo efetivo na administração municipal, observou-se como fator limitante na estrutura, a qualificação profissional, pois nenhum enfermeiro foi capacitado especificamente para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Quanto à avaliação do processo no que diz respeito à qualidade do atendimento de enfermagem direcionado para a criança, no que concerne a consulta de puericultura, que constavam nos prontuários, foi visto que quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil foi razoável, sendo que o registro do IMC, dos encaminhamentos e das orientações quanto o retorno às consultas foram menos abordados. No tocante à anamnese e exame físico observou-se uma fragilidade nos registros que confirmassem o enfoque estabelecido pelo estudo, sendo considerado insatisfatório apontando para uma baixa valorização desses aspectos na consulta. Quanto às ações e orientações importantes na saúde da criança, o aleitamento materno e a vacinação foram os aspectos mais abordados, ficando as demais ações e orientações com necessidades de uma maior atenção, portanto, em uma avaliação geral foram considerados razoáveis.

No que concerne à realização da consulta de enfermagem em puericultura pela ESF, foi constatado que de 334 crianças menores de dois anos existentes nas equipes participantes da pesquisa, apenas 8,9% realizaram consultas no mês anterior à pesquisa. Portanto, a precariedade desta ação identificada neste estudo, precisa ser considerada de modo particular.

A avaliação da consulta de enfermagem em puericultura, no que diz respeito à percepção dos enfermeiros quanto ao processo, foi importante para esta avaliação. Quanto à representação da ESF para os enfermeiros e ao se comparar com a literatura em seus principais achados, é possível afirmar que os mesmos estão empoderados da filosofia e da real função da ESF na qualidade de vida e saúde dos usuários. Evidenciou-se que os enfermeiros têm ciência das atribuições e finalidades da consulta de puericultura, principalmente para crianças menores de dois anos. No entanto, a experiência em relação às consultas, tem sido insatisfatória, devido à pequena demanda de crianças na ESF para atendimentos.

Foi relatado, ainda, pelos enfermeiros como fatores restritivos para a realização das consultas, o fato de que grande parte das mães só procura a unidade de saúde quando os filhos adoecem, sempre em busca do atendimento curativo em detrimento do preventivo. Outros aspectos levantados foram o inadequado espaço físico, sobrecarga de trabalho, déficit de recursos humanos e materiais. No entanto, foi considerado como fatores facilitadores para o acompanhamento das crianças pelos enfermeiros, o momento da vacinação, o agendamento prévio das consultas, uma estrutura adequada para acolher a criança e a família, a equipe completa desenvolvendo um trabalho interdisciplinar, principalmente com o apoio do ACS, além do vínculo e a confiança entre a equipe e a família, formado principalmente no momento das consultas de pré-natal.

Já dentre as sugestões propostas pelos próprios enfermeiros para a melhoria na adesão e na qualidade do atendimento em puericultura foram abordados a melhoria da estrutura física, assim como prover um ambiente acolhedor para a criança, além da oferta de todos os recursos materiais necessários para o desenvolvimento da ação, a organização do processo de trabalho desenvolvido pelas equipes em relação à consulta de puericultura, assim como a capacitação dos profissionais.

A avaliação dos resultados permitiu uma aproximação maior com o panorama atual da situação da atenção a saúde da criança no município. De acordo com os resultados obtidos, em relação ao total de óbitos de menores de dois anos em 2015 e suas principais causas no município de Parnaíba, houve 34 óbitos no período, sendo que a mortalidade infantil foi mais acentuada no componente neonatal precoce do que no pós-neonatal, tendo como principais causas as afecções originadas no período perinatal e a asfixia ao nascer. Portanto, a taxa de

mortalidade infantil de Parnaíba no ano de 2015 foi de 16,02/1000NV, no entanto superior a 14/1000NV, que foi a média pactuada para o ano. Em relação à proporção de óbitos infantis e fetais investigados, foi alcançado apenas (65,48%), sendo que a meta anual para 2015 foi de (80%).

Já com relação aos indicadores de vacinação, é importante relatar que a população estimada para o MS para o cálculo da cobertura, são os menores de 1 ano, este indicador é que vai mostrar o perfil do município em vacinação. No entanto, a cobertura no ano de 2015 de vacinas em Parnaíba foi de 74,36%, sendo que a meta anual pactuada para o ano foi de 95%. As vacinas são pactuadas também por tipo de vacina, onde a meta anual para cobertura de febre amarela é de 100%, sendo que a meta atingida para a febre amarela foi de apenas (77,54%). Já a rotavírus a meta pactuada para o ano de 2015 foi de 80%, e a meta atingida foi de (85,35%). Já as demais vacinas a meta pactuada foi de 95%, porém, a BCG teve uma cobertura de (180,75%) e as demais não atingiram a meta pactuada em 2015.

A avaliação neste estudo possibilitou a análise da estrutura, do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e o resultado do cuidado às crianças. Logo, faz-se necessário discutir a problemática da consulta de enfermagem em puericultura com os enfermeiros da atenção básica e em nível de gestão, já que foram evidenciadas fragilidades durante a pesquisa. No entanto, problemas de saúde detectados nesse período se tornam mais fáceis de serem tratados, sendo imprescindível o fortalecimento de estratégias voltadas para a saúde da criança, principalmente a consulta de enfermagem em puericultura, para que a qualidade deste serviço possa ser melhorada no município de Parnaíba.

A avaliação faz-se necessária para tomada de decisões, portanto, serão delineadas aqui algumas sugestões pertinentes diante dos resultados obtidos, com o objetivo de melhorar a assistência à saúde da criança no município de Parnaíba:

- 1) Organização do processo de trabalho das equipes, mediante a elaboração de um protocolo para consulta de enfermagem às crianças;
- 2) Garantir a educação permanente dos enfermeiros da ESF do município no que se refere à saúde da criança;
- 3) Garantir os recursos necessários para uma atenção qualificada, quais sejam: físicos, materiais, humanos e organizacionais;
- 4) Sensibilizar gestores quanto à importância da implantação de uma coordenação específica em saúde da criança no município.

##### 5) Implantação do Comitê de Mortalidade Infantil e Neonatal em Parnaíba-PI.

Outro aspecto a ser considerado neste estudo, é que a inserção da pesquisadora no cenário de coleta de dados pode ter interferido na neutralidade e qualidade dos dados, já que a mesma atua nesse cenário como enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Parnaíba.

## REFERÊNCIAS

ABDON, J.B. et al. Auditoria dos registros na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. **Rev. Rene**. Fortaleza, v.10, n. 3, p. 90-96, jul./set.2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/10.3/html/10.htm>. Acesso em: 20 set. 2016.

ALMEIDA, F.A.; SABATÉS, A. L. **Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. São Paulo: Manole, 2008.

ARAÚJO, A.C.M e Colaboradores. Avaliação das salas de vacinação do Estado de Pernambuco no ano de 2011\*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n.2, p. 255-264, abr./jun.2013. Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000200007&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 ago. 2016.

ASSIS, M.M.A. *et al.* (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: Ed da UFBA, 2010.

ASSIS, W.D. et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, V.64, n.1, p.38-46, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a06.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

BITTENCOURT, S.D.A. et al. **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro, EAD/Ensp, 2013. 268p.

BOEHS, A.E. et al. Percepções das mães sobre os cuidados à saúde da criança até 6 anos. **Rev. Min. Enferm**, Goiás, v. 15, n.1, p. 114-120, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/v15n1a15.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, Feb. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 ago. 2016.

BRASIL, C.C.; CONDE, L.; BARROS, S.; PAULA, A.; ARAÚJO, J. A política de Saúde e a centralidade da Família: Um olhar sobre as conquistas e desafios da Estratégia Saúde da Família. In: V Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2011, São Luís/MA.. **Resumo dos trabalhos**. São Luís, 2011. p. 4-8. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/MPASSES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/A\\_POLITICA\\_DE\\_SAUDE\\_E\\_A\\_CENTRALIDADE\\_DA\\_FAMILIA\\_UM\\_OLHAR SOBRE\\_AS\\_CONQUISTAS\\_E\\_DESAFIOS.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/MPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/A_POLITICA_DE_SAUDE_E_A_CENTRALIDADE_DA_FAMILIA_UM_OLHAR SOBRE_AS_CONQUISTAS_E_DESAFIOS.pdf). Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – A Rede Cegonha. 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n 1.654**, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança**. Brasília, 7ed, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para saúde Integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. Ed. Brasília. Editora do ministério da saúde. Série B. textos básicos de saúde. 2010a. p. 60.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Nº 33. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2012a. p.272.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Caderno de Auto-Avaliação nº4. Equipe Saúde da Família: Parte 1, Departamento de Atenção Básica. Editor. Brasília, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005b.

\_\_\_\_\_. Estatuto da criança e do adolescente (1990). Estatuto da criança e do adolescente: **lei n. 8.069**, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. – 9. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010b. 207 p. – (Série legislação; n. 83).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1** Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 32 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. **Passo a Passo PSE. Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. 2011d; Brasília

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e**

alimentação complementar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, ( Caderno de Atenção Básica, n. 23) - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2009c. 244p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica ( PMAQ)**: manual instrutivo: Brasília: Ministério da Saúde, 2012b (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Ministério da Saúde, 2011e. 55 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**; manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011f. 62 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2013a. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações ( PNI)**: 40 anos/. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CAMPOS R.M.C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Escola Enfermagem**. V.45, n.3, p.566-574, jun.2011. USP. 2011. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf)>. Acesso em: 22 jul. 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. A avaliação na área da saúde: conceito e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

CARNEIRO, V.G. **A puericultura realizada pelo enfermeiro**: importância na Estratégia Saúde da Família. 2010. 27 f. TCC (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Corinto, 2010. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000002261>. Acesso em: 12 ago. 2016.

CARVALHO, M.F. et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p. 675-685, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 set. 2016.

CARVALHO, E.B. **A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Estratégia Saúde da Família**. 2012. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/12970/EMANOELA%20%20CARVALHO%20-%20PPGSCA-CCS%20-%202012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 jul. 2016.

CARVALHO, A.L.B. *et al.*; A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 1413-8123, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a12.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2016.

COSTA, L. et al. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de Estratégia Saúde da Família. **Ciencia, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.11, n.4, p. 792-798, 2012. Disponível em: [http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19414/pdf\\_1](http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19414/pdf_1). Acesso em: 10 ago. 2016.

CURSINO, E.G.; FUJIMORI, E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp 1, p.676-80, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/5969>>. Acesso em: 08 out.2016.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Michigan: Health Administration Press, 1980.

\_\_\_\_\_. **Explorations in quality assement and monitoring**: the methods and finding of quality assessment and monitoring. Michigan: Healty Administration Press, 1985.

\_\_\_\_\_. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, V. 260, n. 12, p. 1743 – 1748, sept 23/30, 1988. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>. Acesso em: 20 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. **The seven pilars of quality**. Archives of pathology and laboratorial medicine, v. 114, p. 1115 – 1118, november, 1990. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/The\\_seven\\_pillars\\_of\\_qualit y/367](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/The_seven_pillars_of_qualit y/367). Acesso em: 20 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. **Evaluacion de La calidad de La atencion medica.** Organización Panamericana de La Salud, p. 382-404, 1992.

\_\_\_\_\_. An. **Evaluating physician competence.** Bull World Health Organ.v.78, n.6, p.857-860, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560788/>. Acesso em: 20 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. **An introduction to quality assurance in health care.** University Press Oxford, New York, 2003.

\_\_\_\_\_. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, vol. 83, n. 4, p. 691–729, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>. Acesso em: 20 ago. 2016.

DUARTE, C.M.R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literature sobre a última década. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 7, p. 1511-1528, jul. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000700002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 set. 2016.

FACCHINI, L.A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Cien Saude Colet**, Rio de janeiro, v.11, n.3, p. 669-681, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

FEIJÓ, R.B.; SÁFADI, M.A.P. Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 82, n. 3, supl. p. s1-s3, July 2006 . Disponível em: Acesso em: 08 set. 2016. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572006000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000400001&lng=en&nrm=iso).

FERNANDES, M.C. et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 1, p. 11-15, Feb. 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 ago. 2016.

FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em Unidade Básica de Saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 11, n. 4, p. 544-551, ago. 2003 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000400019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1171-1176, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000600018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 ago. 2016.

FRAGA, et. al. Consulta de enfermagem em puericultura em uma creche Eunice: uma atividade de promoção da saúde.

In: IX Semana de Iniciação Científica/Unileste MG.,2008. Coronel Fabriciano- MG . **Resumos dos Trabalhos** Coronel Fabriciano- MG.2008. Disponível em:<[http://www.unilestemg.br/pic/sic\\_09/resumos/saude/Consulta%20de%20enferma](http://www.unilestemg.br/pic/sic_09/resumos/saude/Consulta%20de%20enferma)>. Acesso em: 08 dez. 2015.

FRENK, Julio; In Memoriam Avedis Donabedian, M.D., M.P.H. 1919-2000. **Salud Pública de Mexico**, vol. 42, n. 6, p. 556-7, Nov/ dez. 2000. Disponível em: <[http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2000/num\\_6/426\\_12\\_inmemoriam.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2000/num_6/426_12_inmemoriam.pdf)>. Acesso em: 03 set. 2016.

GAUTERIO, D.P.; IRALA, D.A.; CEZAR VAZ, M.R. Puericultura em enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 3, p. 508-513, jun 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 set. 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed., São Paulo: Atlas, 2011.

GONÇALVES, M.J.F. Avaliação de Programa de Saúde: O Programa Nacional de Controle de Tuberculose no Brasil. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.3, n.1, p.13-17, 2012. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/473/1706>. Acesso em: 12 out. 2016.

HOMMA, A. et al. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p. 445-458, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a08>. Acesso em: 08 nov. 2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE) **Estados@ (Piauí) 2015**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pi>>. Acesso em: 03 maio 2015.

LANSKY, S.; FRANÇA. E.; LEAL.M.C. Mortalidade Perinatal e Evitabilidade: Revisão da Literatura. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, out. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n6/13534.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2016.

LIMA, G.G.T. et al. Registro do Enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 117-124, jul./set.2009. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3\\_pdf/a14v10n3.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol10n3_pdf/a14v10n3.pdf). Acesso em: 09 set. 2016.

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

MARQUES, E.S.; COTTA, R.M.M.; PRIORE, S.E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.5, p. 2461-2468, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a15v16n5.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2016.



Recife , v. 7, n. 1, p. 75-82, Mar. 2007 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292007000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 out. 2016.

PINA, J.C. et al. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n.2, p. 142-8, 2009. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a05v22n2.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.

REICHERT, A.P.S. et al. Vigilância do Crescimento Infantil: Conhecimento e práticas de Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Rene**. Fortaleza, V.13, n.1, p.114-126, 2012. Disponível em:  
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/23/19>. Acesso em: 10 out. 2016.

RIBEIRO, S.P. et al. O cotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2014 jan/fev; 22(1):89-95. Acesso em: 08 out. 2016.

RIBEIRO, J.M.; SIQUEIRA, S.A.V.; PINTO, L.F.S. Avaliação da atenção à saúde da criança ( 0-5 anos) no PSF de Teresópolis ( RJ) segundo a percepção dos usuários. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.15, n.2, Rio de Janeiro, mar. 2010.

ROCHA, A.C.D.; PEDRAZA, D.F. Acompanhamento do crescimento infantil em unidades básicas de saúde da família do município de Queimadas, Paraíba, Brasil. **Texto contexto – enferm.** v. 22, n. 4, Florianópolis, 2013.

RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro v.11, n.3, 2006. Disponível em: 06 ago. 2016.

ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.736p.

SANCHO L.G, DAIN S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.3, p. 765-774, 2012. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a24.pdf>. Acesso em: 08 set.2016.

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

SAPAROLLI, E.C.L.; ADAMI, N.P. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 92-98, Mar. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 out. 2016.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 53, p. 81-92, set./dez. 1999.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, Mar. 1994. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 out. 2016.

SILVA JÚNIOR, A.G.; ALVES, C.A. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família/Modelos Assistenciais em Saúde: Desafios e perspectivas**. Organizado por Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D'Andrea Corbo. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA, C.P.; DIAS, M.S.A.; RODRIGUES, A.B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 1453-1462, set./out. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800018>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

SOUSA, T. R. V.; LEITE FILHO, P. A. M. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, out. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 out. 2016.

SOUZA, F.L.D. et al. . Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.97, p.233-240, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200005&lng=en&nrm=iso)>.. Acesso em: 15 ago. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

SUCUPIRA, A.C.S.L. Saúde da Criança. In: Gusso, G, Lopes, J.M.C editores. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática.**: Porto Alegre: Artmed; 661-72, 2012.

VAZ, E.M.C. *et al.* Longitudinalidade do cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.36, n.4, 49-54, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.51862>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

VIEIRA, V.C.L. *et al.* Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare enferm**, v. 17, n.1, 2012. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/26384/17577>. Acesso em: 08 mar. 2016.

VILOTO, M.R.; GAMA, C.M.; CAMPAGNOLO, P.D.B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 86, n. 1, p. 80-84, Feb. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

php?script=sci\_arttext&pid=S0021-75572010000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul.2016.

XIMENES NETO, F.R.G. *et al.* Porque eu não levo meu filho para a consulta de puericultura. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.10, n.2, p.51-9 São Paulo, dezembro de 2010 Disponível em: [http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n2/v.10\\_n.2-art1.pesq-por-que-nao-levo-meu-filho-para-consulta.pdf](http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n2/v.10_n.2-art1.pesq-por-que-nao-levo-meu-filho-para-consulta.pdf). Acesso em: 20 set. 2016.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) –  
ENFERMEIROS  
TCLE**

Sou Enfermeira e estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)/Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF). Estou desenvolvendo uma pesquisa cujo título é: **AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PARNAÍBA-PIAUÍ**. Seu objetivo geral é: avaliar a consulta de puericultura para crianças de 0 a 2 anos de idade no III Distrito Municipal de Saúde da Estratégia Saúde da Família em Parnaíba-PI. O estudo tem como orientadora a Profa. Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque.

**CONVIDAMOS** você a participar do estudo, assegurando-lhe a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, o total anonimato e o sigilo das informações fornecidas, buscando respeitar a sua integridade, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento.

Sua participação não é obrigatória e a sua recusa, em participar do estudo, não lhe trará nenhum prejuízo. Caso aceite participar, a sua entrevista será áudio-gravada com auxílio de um gravador, marcada com antecedência, em local e horário determinado por você. As fitas serão transcritas na íntegra. Caso ache necessário poderá ouvir o conteúdo da fita após a gravação e retirar e/ou acrescentar informações.

As gravações serão arquivadas pelo pesquisador no período de um ano, após este período serão apagadas. Desse modo, esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas, enquanto os benefícios serão aos profissionais, usuários e familiares destes serviços, considerando que poderá contribuir para mudanças nas práticas do cuidado.

O pesquisador estará obrigado a suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à sua saúde. Em qualquer momento você poderá solicitar maiores informações sobre o estudo. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identidade.

Informamos ainda, que esta pesquisa será regida pelos princípios ético-legais, contidos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Caso necessite de esclarecimentos ou comunicar desistência, você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (86) 99517-9859. Caso concorde em participar do estudo, você assinará duas cópias deste documento que também será assinado pelo pesquisador, ficando uma cópia com você. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

---

Pesquisador: Geovania Vieira de Brito

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015.

### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_  
concordo em participar da pesquisa **AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PARNAÍBA-PIAUI**. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Geovania Vieira de Brito sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Certos de estar contribuindo com o conhecimento nesta área para a melhoria do nível de saúde da população, conto com a sua preciosa colaboração.

Parnaíba- PI \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015.

---

Participante

---

Pesquisador: Geovania Vieira de Brito

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA DE  
AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA - ENFERMEIROS**

**Entrevista**

Entrevista nº \_\_\_\_\_

Data da coleta de dados: \_\_/\_\_/\_\_

Unidade de Saúde da Família:

Equipe:

**I. Perfil do entrevistado (a):**

1. Idade (anos): \_\_\_\_\_ 1.2. Sexo: \_\_\_\_\_

2. Ano de sua formatura: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Universidade \_\_\_\_\_ de  
graduação: \_\_\_\_\_

4. Titulação: Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ).

Especificar \_\_\_\_\_

5. Tempo de atuação na ESF: \_\_\_\_\_

6. Vínculo empregatício na administração municipal:

\_\_\_\_\_

**II. Atuação Profissional/capacitação:**

1. Você exerce outra atividade além da ESF: 1. SIM ( ) 2. NÃO ( )

Se \_\_\_\_\_ SIM

qual(ais)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Você participou de algum curso ao assumir a ESF? 1. SIM ( ) 2. NÃO ( )

Se SIM qual(ais)? 1-Introdutório ( ), 2-Especialização em Saúde da Família( ),

3-Outros ( )

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Participou de algum curso de capacitação na área de Saúde da Criança?

1. SIM ( ) 2. NÃO ( )

Se SIM qual ou quais? 1-Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ( )

2-AIDPI ( )

3-outros( )

---

---

---

## APÊNDICE C – ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO ASSISTENCIAL – ENFERMEIROS

### Entrevista

Entrevista nº \_\_\_\_\_

Data da coleta de dados: \_\_/\_\_/\_\_

Unidade de Saúde da Família:

Equipe:

1. O que é para você a Estratégia de Saúde da Família?
2. Relate sua experiência na Estratégia de Saúde da Família em relação à consulta de puericultura.
3. Qual a sua opinião sobre a consulta de puericultura para menores de dois anos?
4. Na sua opinião quais os fatores facilitadores para o acompanhamento das crianças?
5. Você encontra fatores restritivos para a realização das consultas? Se sim, quais?
6. Quais as suas sugestões para a melhoria da atenção ao cuidado da criança?

**APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROCESSO  
ASSISTENCIAL – ENFERMEIROS**

**Questionário**

Questionário nº \_\_\_\_\_

Data da coleta de dados: \_\_/\_\_/\_\_

Unidade de Saúde da Família:

Equipe:

1. Número de crianças menores de 2 anos atualmente no território? \_\_\_\_\_
2. Número de consultas de enfermagem para crianças menores de dois anos no mês anterior? \_\_\_\_\_
3. Número de crianças menores de 1 ano? \_\_\_\_\_
4. Número de crianças menores de 1 ano com vacina em dias? \_\_\_\_\_
5. Número de crianças menores de 6 meses? \_\_\_\_\_
6. Número de crianças menores de 6 meses com aleitamento materno exclusivo?  
\_\_\_\_\_
7. Óbitos em menores de 2 anos nos últimos 12 meses? \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE E – AVALIAÇÃO DO RESULTADO DA ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA**

### **ROTEIRO DE INFORMAÇÕES RETIRADAS DO RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)- 2015 E DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM)**

Principais indicadores de saúde da criança do município de Parnaíba referente ao ano de 2015:

- I – Óbitos de crianças por faixa etária e principais causas;
- II – Taxa de mortalidade infantil;
- III – Proporção de óbitos infantis e fetais investigados;
- IV – Proporção de vacinas do calendário básico de vacinação da criança com coberturas vacinais alcançadas;
- V – Cobertura das vacinas em menores de 1 ano de idade por tipo de vacina;

**ANEXOS**

**ANEXO A – ROTEIRO ADAPTADO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS SOBRE  
A ESTRUTURA FÍSICA E RECURSOS MATERIAIS DA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA (CARVALHO, 2012)**

Data da coleta de dados: \_\_/\_\_/\_\_

Unidade de Saúde da Família:

Equipe:

**I. Sala destinada à consulta de Enfermagem (estrutura física):**

1. Área mínima de 9m<sup>2</sup>: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
2. Uso exclusivo em período de atendimento: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
3. Ventilação natural com janelas ou indireta (com circulação de ar): 1.SIM ( )  
2.NÃO ( )
4. Iluminação natural: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
5. Iluminação artificial: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
6. Lavatório com torneiras: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )  
Caso SIM, tem fechamento que dispense o uso das mãos: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
7. Dispensador para sabonete líquido: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
8. Piso lavável, de superfície lisa, regular, firme, estável e antiderrapante:  
1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
9. Parede lavável, de superfície lisa, regular, firme, estável e antiderrapante:  
1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
10. Presença de balcão: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )  
Caso SIM, tipo de balcão: Lavável 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
11. A sala é limpa com frequência: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )

**II. Recursos materiais:**

12. Mesa de exame clínico: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
13. Cadeiras: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
14. Mesa para escritório: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
15. Balança pediátrica: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
16. Mesa para balança pediátrica: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
17. Armário: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
18. Caso SIM, com vitrine: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )

19. Foco de luz: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
20. Biombo: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
21. Escada de dois degraus: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
22. Glicosímetro: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
23. Fita métrica: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
24. Cesto de lixo: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
25. Balde cilíndrico porta detritos: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
26. Régua antropométrica: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
27. Otoscópio: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
28. Estetoscópio infantil: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
29. Negatoscópio: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
30. Esfigmomanômetro aneróide infantil com manguitos apropriados para crianças: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
31. Lanterna de bolso: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
32. Espátulas descartáveis: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
33. Lençóis descartáveis: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
34. Lençóis de tecido: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
35. Papel toalha: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
36. Luvas descartáveis: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
37. Álcool: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
38. Sabonete líquido: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
39. Sabonete em barra: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
40. Chumaços de algodão: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
41. Termômetro: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
42. Relógio de ponteiro com segundos: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
43. Caneta, lápis, borracha e régua: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
44. Material necessário para realização de testes de crescimento e desenvolvimento infantil: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
45. Registro em prontuário: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
46. Gráfico pondero-estatural: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
47. Gráfico de perímetro cefálico: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
48. Caderneta de saúde da criança: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
49. Sulfato ferroso suspensão: 1.SIM ( ) 2. NÃO ( )
50. Vitamina A: 1. SIM ( ) 2. NÃO ( )

51. Todas as vacinas do calendário vacinal: 1. SIM 2. NÃO ( )
52. Cadastramento atualizado de crianças de 0 a 2 anos do território: 1. SIM ( )  
2. NÃO ( )
53. Espelho de cadernetas, ou outra ficha com informações equivalentes: 1. SIM  
( ) 2. NÃO ( )
54. Impresso para registro de desenvolvimento infantil: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )  
Se \_\_\_\_\_ SIM \_\_\_\_\_ qual(ais)?  
Especificar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
55. Protocolos na área de saúde da criança: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )

**ANEXO B- ROTEIRO ADAPTADO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS SOBRE  
O PROCESSO ASSISTENCIAL REGISTRADO PELO ENFERMEIRO EM  
PRONTUÁRIOS UTILIZADOS NA CONSULTA DE PUERICULTURA (CARVALHO,  
2012)**

Nome da USF:

Equipe:

Data de nascimento:

Data do registro:

Tipo de consulta:

Nº do prontuário:

Idade da criança:

**I - Registro de dados relativo à: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil:**

1. Medida de peso: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
2. Medida de comprimento: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
3. Medida de perímetro cefálico: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
4. Cálculo do IMC: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
5. Interpretação da curva de crescimento: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
6. Encaminhamento dos casos graves para o médico da equipe de saúde da família ou serviço de referência: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
7. Orientação do retorno a consulta do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )

**II – Registro de dados relativo à: Anamnese e exame físico:**

8. Motivo da consulta/ queixa principal: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
9. Exame físico fragmentado (relacionado apenas com a queixa principal): 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
10. Exame físico não fragmentado, corpo inteiro: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
11. Verificação de temperatura: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
12. Verificação de pulso: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
13. Verificação de respiração: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
14. Verificação de pressão arterial: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
15. Triagem auditiva neonatal (teste da orelhinha): 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
16. Teste do pezinho: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )

17. Face (assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica): 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
18. Pele (edema, palidez, cianose, icterícia): 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
19. Crânio (fontanelas, bossa serossanguínea, cefalematomas): 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
20. Olhos (reflexo fotomotor, conjuntivites, estrabismo): 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
21. Nariz (forma, secreção/sífilis): 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
22. Boca (dificuldade na pega para amamentar, macroglossia, palato, freio lingual, coloração dos lábios): 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
23. Pescoço (posição viciosa da cabeça, torcicolo congênito): 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
24. Tórax (assimetria, fraturas, tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor, frequência cardíaca): 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
25. Abdome (respiração, distensão abdominal, hérnia, coto umbilical):  
1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
26. Genitália (criptorquidia, fimose, hipospádia, epispádia, secreções):  
1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
27. Ânus/reto (permeabilidade, presença de fissuras, posição do orifício): 1.SIM ( )  
2.NÃO( )
28. Sistema osteoarticular (membros superiores e inferiores, extensão, flexão, pé torto): 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
29. Coluna vertebral: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
30. Avaliação neurológica (preensão palmo-plantar e moro, movimento dos membros): 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )

### **III – Registro de dados relativo à:**

31. Aleitamento materno: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
32. Alimentação da criança de 6 meses a 2 anos: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
33. Suplementação de ferro: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
34. Suplementação de vitamina A: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
35. Calendário de vacinação: 1.SIM ( ) 2.NÃO ( )
36. Saúde bucal da criança: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
37. Prevenção de acidentes: 1.SIM ( ) 2.NÃO( )
38. Orientação sobre os sinais e sintomas dos diversos tipos de violência contra a criança: 1.SIM ( ) 2.NÃO( ).

**ANEXO C- CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA****PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaro a quem possa interessar que estamos de acordo com a realização da pesquisa intitulada "Avaliação da Consulta de Enfermagem em Puericultura na Estratégia Saúde da Família de Parnaíba-Piauí", de autoria da mestrande Geovania Vieira de Brito, CPF 707.137.403-10, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Izabelle Mont' Alverne Napoleão Albuquerque, a ser realizada junto aos enfermeiros que integram o 3º Distrito Municipal de Saúde deste município, e que tem por objetivo Avaliar a consulta de puericultura para crianças de 0 a 2 anos de idade no 3º Distrito Municipal de Saúde da Estratégia Saúde da Família em Parnaíba-PI. Portanto os dados obtidos serão utilizados para a Dissertação do MPSF-Mestrado Profissional em Saúde da Família, da RENASF- Rede Nordeste de formação em saúde da família, nucleadora UVA-Universidade Estadual Vale do Acaraú.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde de Parnaíba decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta Secretaria de Saúde (Atenção Básica) cópias da pesquisa, uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Parnaíba-PI, 21 de Dezembro de 2015.

Assinatura e carimbo do responsável

**Michell Carvalho do Nascimento**  
Coordenação Geral da  
Atenção Básica

## ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ - UVA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PARNAÍBA-PIAUI

**Pesquisador:** Geovania Vieira de Brito

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53306516.0.0000.5053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.434.313

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Promoção da saúde. Tipo de Estudo: Trata-se de um estudo avaliativo. Para realização dessa pesquisa, conjugaremos as abordagens qualitativas e quantitativas. A articulação dessas abordagens justifica-se pela necessidade de desvendar os múltiplos aspectos que envolvem o objeto de estudo escolhido.

Local de Estudo: O município de Parnaíba está localizado na região Norte (Baixo Parnaíba) do Estado do Piauí (PI), sendo a segunda cidade mais

povoada do Estado, menor apenas que a capital Teresina (IBGE, 2010). Dessa forma, o estudo será desenvolvido em suas três etapas nas Equipes

da Estratégia Saúde da Família do 3º Distrito Municipal de Saúde.

Participantes: Serão constituídos como sujeitos do estudo 09 enfermeiros que atuam na ESF.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Avaliar a consulta de puericultura para crianças de 0 a 2 anos de idade no 3º Distrito Municipal

**Endereço:** Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150

**Bairro:** Derby **CEP:** 62.041-040

**UF:** CE **Município:** SOBRAL

**Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva\_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 1.434.313

de Saúde da Estratégia Saúde da Família em Parnaíba-PI.

#### 2.2 Objetivos Específicos

Analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre a importância da consulta de puericultura para menores de 2 anos;

Identificar os fatores facilitadores e restritivos para o acompanhamento das crianças;

Verificar a estrutura física e recursos materiais disponíveis para a realização da consulta;

Verificar a qualidade dos registros das consultas de enfermagem em puericultura nos prontuários da família utilizados na unidade de saúde.

Analisar os indicadores de resultados decorrentes da assistência prestada as crianças menores de dois anos na ESF.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa envolve riscos em maior ou menor grau e que o pesquisador deverá envidar esforços para minimizá-los ao máximo e ponderar entre estes os benefícios. Neste caso específico, a pesquisa envolve riscos mínimos e os benefícios embora indiretos, sobrepõem aos riscos.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante pois através dele conseguiremos identificar precocemente quaisquer problemas de saúde, favorecendo o diagnóstico e tratamentos oportunos.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

#### Recomendações:

Apresentar relatório final para este CEP através da Plataforma Brasil, aba notificações.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

#### Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UVA, após apresentação e discussão do parecer pelo relator, acatou a relatoria que classifica como aprovado o protocolo de pesquisa. O(a) pesquisador(a) deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva\_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL  
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 1.434.313

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO 655600.pdf	12/02/2016 13:13:37		Aceito
Outros	Anuencia.pdf	12/02/2016 13:08:49	Geovania Vieira de Brito	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	12/02/2016 13:04:21	Geovania Vieira de Brito	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	12/02/2016 13:04:07	Geovania Vieira de Brito	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	12/02/2016 12:52:58	Geovania Vieira de Brito	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SOBRAL, 02 de Março de 2016

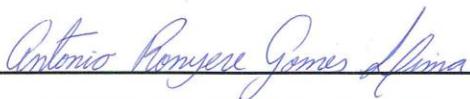
Assinado por:  
Maristela Ines Osawa Chagas  
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150  
Bairro: Derby CEP: 62.041-040  
UF: CE Município: SOBRAL  
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva\_comitedeetica@hotmail.com

**ANEXO E – DECLARAÇÃO DE CORREÇÃO ORTOGRÁFICA****DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que foi realizada a revisão textual da dissertação de mestrado : “ AVALIAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE PARNAÍBA-PIAUI” , de Geovania Vieira de Brito.

Sobral, 09 de janeiro de 2017.



**Antonio Ronyere Gomes Lima**

**C.P.F 005.275.013-28**

**(REVISOR TEXTUAL)**

**Formação: Letras sob o nº 1.191**