

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

MÁRCIA MARIA TAVARES MACHADO

***AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DOS
ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE ZERO A
DOIS ANOS EM TRÊS MUNICÍPIOS DO CEARÁ***

FORTALEZA

2005

MÁRCIA MARIA TAVARES MACHADO

**AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DOS ENFERMEIROS
DA SAÚDE DA FAMÍLIA, NA ATENÇÃO À SAÚDE DA
CRIANÇA DE ZERO A DOIS ANOS EM TRÊS
MUNICÍPIOS DO CEARÁ**

*Tese apresentada à Coordenação
do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade
Federal do Ceará, como requisito
parcial para a obtenção do título
de Doutor em Enfermagem.*

Linha de Pesquisa:

Enfermagem na Saúde da Família e
Redes Sociais de Apoio.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Glória da Conceição
Mesquita Leitão

FORTALEZA
2005

FICHA CATALOGRÁFICA

M132a Machado, Márcia Maria Tavares

Avaliação das atividades dos enfermeiros da Saúde da Família, na atenção a saúde da criança de zero a dois anos em três municípios do Ceará. Fortaleza-CE/ Márcia Maria Tavares Machado. – Fortaleza, 2005.

121 f.; il.

Orientador: Prof^a.Dr^a. Glória da Conceição Mesquita Leitão.

Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

1 Cuidado do lactente 2 Estudos de Avaliação 3 Avaliação de Programas 4 Avaliação em Enfermagem 5 Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde) 6 Saúde da Família I. Leitão, Glória da Conceição Mesquita II Título

CDD 610.7362

Tese aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de **Doutor em Enfermagem**.

Data da Aprovação: 20/01/2006

BANCA EXAMINADORA

Prof^a.Dr^a. Glória da Conceição Mesquita Leitão

Presidente e Orientadora

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda

Membro Efetivo

Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro

Membro Efetivo

Prof^a.Dr^a. Débora Falleiros de Mello

Membro Efetivo

Prof^a. Dr^a. Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida

Membro Efetivo

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo às minhas colegas Enfermeiras de Fortaleza, Cascavel e Quixeramobim, pelo serviço que vêm prestando às mães e às crianças do nosso Ceará. Suas dedicações ao trabalho têm, certamente, contribuídas para a melhoria dos indicadores de morbimortalidade infantil. As crianças agradecem!

DEDICATÓRIA ESPECIAL

- Meus pais, João Machado e Maria José Machado pela oportunidade que me deram para chegar até aqui, mostrando a todos nós, filhos, os princípios de honestidade, respeito ao próximo e justiça.
- Meus irmãos, João Filho, Marleide, Mônica e Jefferson (in memoriam), que sempre demonstraram carinho, amizade e, acima de tudo, uma relação de cumplicidade.
- Minha querida e linda filha, Camila, que “sofreu” junto comigo até chegar aqui; pelos momentos de reclamação diante do “abandono” e das horas de diversão privadas pelo meu estudo. Mas tudo isso foi pensando em você, para lhe dar o melhor que a vida oferece. Você é minha luz! Siga o caminho...
- Meu amigo e companheiro, Lincoln. Sua paciência em ouvir as inúmeras reclamações, angústias e alegrias, em todos os momentos desta tese. Você foi muito importante para mim nesse percurso.
- Às duas pessoas a quem agradeço, eternamente, por ensinar o melhor para o meu trajeto profissional: Dr Chagas Oliveira e Dr Álvaro Madeiro. Figuras inesquecíveis! Estenderam a mão, apontando, com sabedoria, cada passo da ciência. Sou-lhes muito grata!
- À Prof^a Dra. Glória Leitão, professora e orientadora, que compartilhou comigo cada oração construída nesta tese. Uma pessoa que aprendi a respeitar e admirar, especialmente pelo seu saber e gestos humanitários.

AGRADECIMENTOS

- Aos amigos e professores do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da UFC, que me oportunizaram fazer esse doutorado. Com carinho especial: Ligia Kerr, Ricardo Pontes, Raquel Rigotto e Luciano Correia (meus chefes, que compreenderam a importância de minha ausência no DSC).
- A Maria Lúcia Bosi, que com todo o seu encanto intelectual, me apontou, no mestrado, o que a ciência é capaz de fazer em cada um de nós.
- A Paulo César e Nadia, pela forma carinhosa como me acolheram, nos momentos em que precisava “decifrar” cada número em suas tabelas. Como me ajudaram!
- A todos que conheci e aprecio, a cada dia: os funcionários da Escola de Saúde Pública do Ceará.
- Aos secretários de saúde de Fortaleza, Cascavel e Quixeramobim, que colaboraram gentilmente para a concretização deste estudo.
- A Dra Anamaria Cavalcante, entusiasta pela vida. Em muitos momentos de “sofrimento”, me deu forças, com sua energia “eletrizante”, para continuar essa tese.
- A meu amigo e companheiro de disciplina, Adalberto Barreto, pela compreensão e compartilhamento de saberes. Suas palavras soam como lição de vida.
- As minhas amigas Alix, Vilani, Vitória e Antônia....quantas gargalhadas e olhares assustados diante de tanta tarefa a ser cumprida nesses anos de doutorado. Valeu tê-las conhecido.
- A Liduina Lopes, que me ajudou, digitando dados, referências. Na fase de sufoco, depois do assalto a meu

laptop (que momento!), onde estavam muitas informações importantes do estudo e de minha vida profissional, ela se fez presente.

- A todos os professores do curso de Doutorado em Enfermagem da UFC, por cada ensinamento compartilhado nesses anos.
- A bibliotecária Norma (UFC) por sua ajuda, olhando com paciência cada referência citada nesse estudo.
- A Fundação Cearense de Apoio a Pesquisa (FUNCAP) que financiou esse projeto.
- Não poderia esquecer de minhas eternas professoras de infância D. Vanda, Vera, Regina, Rena, que me ensinaram o **abc**. Vejam que hoje consigo ler todas as letras. Obrigada por terem segurado a minha mão!
- Aos cunhados Inês e Reginaldo que nos deram de presente lindos sobrinhos Gabriel, Júlia e Felipe (que crianças lindas!!!).

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar as atividades desempenhadas pelos enfermeiros da estratégia Saúde da Família na assistência às crianças de zero a dois anos, em três municípios do Ceará. Os participantes do estudo foram 81 (oitenta e um) enfermeiros da SF que atuam nos municípios de Fortaleza, Cascavel e Quixeramobim, Ceará. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2003 a maio de 2004, utilizando a abordagem quantitativa, do tipo descritivo, com a utilização de dados primários. Foi utilizado questionário com questões fechadas e abertas. Os dados foram digitados e processados no Programa Epi-Info 6.04 e testado estatisticamente com o qui quadrado (χ^2) e o p de Fisher Freeman Halton. De acordo com os resultados, foi possível identificar que: 92,5% dos enfermeiros são do sexo feminino; 78,0% atuam na Saúde da Família há menos de 5 anos e 49,4% trabalhou em PSF de outro município antes de contratado pelo gestor, no presente exercício; o curso de especialização em Saúde da Família foi cursado por 75,0% dos enfermeiros; 47,0% submeteram-se à capacitação nos Cursos de Aconselhamento em Amamentação e de Atenção Integral as Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI); 60,5% dos respondentes e que atuam nos municípios do interior cursaram o AIDPI ($p=0,001$). 53,2% realizaram a primeira consulta de enfermagem após os 30 dias do nascimento da criança; 70,0% se apresentam pelo nome, antes da consulta de enfermagem ($p=0,020$). Os enfermeiros não costumam preocupar-se com a presença do pai ou da avó no acompanhamento da mãe à consulta da criança, a não ser “às vezes”, o que apresentou significância de $p=0,006$ e $p=0,046$, respectivamente. 38,0% não organizam grupos de gestantes na Unidade de Saúde ou na comunidade; 79,0%, também, não organizam grupos de puérperas para orientar sobre os cuidados com a criança ($p=0,015$); somente 50,6% realizou a visita domiciliar na primeira semana pós-parto. Os enfermeiros apontaram como aspectos positivos da atuação da Saúde da Família: “Envolvimento com a comunidade/boa relação com as famílias” e “Trabalho em equipe” e “Apoio e o reconhecimento do trabalho do enfermeiro pelo gestor” e a “Dedicação e envolvimento do enfermeiro no trabalho”; e, como aspectos negativos: “Falta de infra-estrutura e material para o trabalho” e “O excesso do número de famílias por equipe”.

O estudo mostrou-se relevante na medida em que aprofundou o tema e avaliou as práticas que exerceram influência no processo do cuidado com as crianças e as famílias, comparadas com o que é estabelecido pelo Ministério da Saúde. Confirmamos a hipótese H1 de que existe diferença significativa entre as atribuições do enfermeiro estabelecidas pelo MS, para a assistência à criança menor de 2 anos, e as atividades cotidianas do enfermeiro que atua na SF. Os enfermeiros deveriam priorizar a competência para ser profissional mais humano, contemplando tanto o acolhimento, como a prática dialógica, sobretudo, centrada no cuidado com a criança.

Palavras-Chaves: enfermagem; saúde da criança; avaliação; atenção básica; Saúde da família.

ABSTRACT

The study has the objective of evaluating the activities of nurses involved in the Family Health strategy in the care of children aged zero to two in three municipalities in Ceará. The participants were 81 (eighty-one) FH nurses working in the municipalities of Fortaleza, Cascavel and Quixeramobim, Ceará. The data was collected between the period of November 2003 and May 2004, using a descriptive, quantitative approach, using primary data. A questionnaire with open and closed questions was used. The data was entered and processed in the Epi-Info 6.04 Program and tested statistically with chi squared (χ^2) and the Fisher Freeman Halton p. According to the results it was possible to identify that: 92.5% of the nurses are female; 78.0% have worked in Family Health for less than 5 years and 49.4% worked in the FH Program in another municipality before being hired by the administration in this exercise. The specialization course in Family Health was taken by 75.0% of the nurses; 47.0% attended training on Breastfeeding Counseling and Integral Care of Diseases Prevalent in Infancy (AIDPI); 60.5% of interviewees who work in municipalities in the interior attended the AIDPI ($p=0.001$). 53.2% carried out their first nursing appointment 30 days after the child's birth; 70.0% introduce themselves by name before the nursing appointment ($p=0,020$). The nurses do not usually worry about the presence of the father or grandmother at the appointment, although they do "sometimes", giving a significance of $p=0.006$ and $p=0.046$, respectively. 38.0% do not organize groups for pregnant women at the Health Centre or in the community. In addition, 79.0% do not organize groups for puerperal women to advise them on the care of the child ($p=0,015$); only 50.6% carried out home visits during the first post-partum week. The positive aspects of Family Health pointed out by the nurses were: "Involvement with the community/good relationship with the families", "Working in a team" and "Support and recognition of the nurses work buy the administration" and the "Dedication and involvement of the nurse in their work". The negative aspects were: "the lack of infrastructure and material for the work" and "the excessive number of families for each team". The study proved to be relevant in as much as it deepened and reviewed the practices that influence the process of care for children ad their families, compared with what has been established by the Ministry of Health. The hypothesis H1, that there exists a significant difference between the attributions of nurses established by the Ministry of Health for the care of children under two and the daily activities of nurses working in FH was confirmed. Nurses should give priority to give competence to be more humane, envisioning reception, such as dialogue practices, which above all, are centered on the care of the child.

Key words: nursing; child's health, evaluation, primary care, family health

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	..	
	PREFÁCIO	12
CAPÍTULO I - O PROBLEMA		
	Introdução.....	14
	O que foi pesquisado	19
	Hipótese básica	20
	Objetivos	21
	Justificativa e relevância do estudo.....	22
CAPÍTULO II – REFERENCIAL TEÓRICO		
	A Construção política do SUS no Brasil e no PSF	25
	Atividades dos enfermeiros do PSF	45
	Importância da avaliação em saúde	53
	Avaliação do processo de trabalho do enfermeiro	57
CAPÍTULO III- METODOLOGIA		
	Tipo de estudo	68
	O objeto de estudo	69
	Campo da pesquisa	70
	População estudada	71
	Seleção do estudo	71
	Variáveis analisadas	72
	Instrumento de coleta de dados	75
	Procedimentos éticos	75
	Procedimento de coleta de dados	76
	Análise e tratamento estatístico	77
CAPÍTULO IV- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS		79
CAPÍTULO V CONCLUSÕES		103
CAPÍTULO VI- CONSIDERAÇÕES FINAIS		105
REFERÊNCIAS		107
APÊNDICES		118

PREFÁCIO

Apresentamos algumas informações a respeito da autora deste trabalho. Como enfermeira, ela sempre buscou aproximar seu conhecimento teórico em pediatria à prática cotidiana. Nestes vinte anos de exercício profissional ela tem procurado se dedicar à assistência materno-infantil e a inovar a prática de enfermagem centrada nas crianças menores de cinco anos. Começou realizando consultas particulares a mulheres de nível socioeconômico elevado, que desejam viver intensamente a maternidade e buscam ser melhores mães para seus filhos. Essas senhoras, quando buscam ajuda, fazem-no por se sentirem angustiadas com as dúvidas sobre o que é ser verdadeiramente uma mãe, como amar e a cuidar bem do rebento, amamentar aproveitando esse momento para estabelecer o vínculo mãe-filho. Assistindo a essa clientela e vendo suas colegas no exercício do cuidado, no Programa Saúde da Família, sem igual preocupação, sem realmente *'estarem com'* as clientes a quem assistem, a autora se inquietava. Questionava: "será que as enfermeiras se preocupam com a mulher, como ser humano? Será que, solidariamente, as enfermeiras vêem a cliente como companheira de gênero? Colocam-se no lugar delas? Caso negativo, por quê? O que é cuidar para os profissionais de enfermagem?". Foi com essas

indagações que a autora, profissional de enfermagem, se propôs a encontrar respostas. Desta forma, e com esta pesquisa Márcia Machado concretizou essa intenção e dá sua contribuição à sociedade, ao Sistema Único de Saúde, objetivando a melhoria da qualidade do Programa, que lida com mulheres carentes que têm similares angústias e desejos de cuidar do filho, do mesmo modo que as mulheres de nível socioeconômico elevado.

O PROBLEMA

INTRODUÇÃO

A atenção à Saúde da Família (SF) tem por objetivo geral a reorientação do modelo assistencial, a definição de responsabilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) para com a população, e a observação dos princípios e doutrinas deste Sistema.

A atenção à Saúde da Família (SF) vem-se consolidando como a forma mais eficaz e eficiente de reorganização dos serviços de saúde. Nos municípios que implementaram essa estratégia houve mudança significativa das condições de vida e saúde da população, evidenciando a redução dos indicadores de morbimortalidade (MONTEIRO, 2000 COSTA; CARBONE, 2004).

O trabalho é realizado em equipe por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. No Brasil, atualmente, outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais estão sendo incorporados pelas Secretarias Municipais de Saúde ao PSF, dependendo da necessidade local.

A SF tem investido na melhoria da qualidade da assistência em saúde, sobretudo na área de recursos humanos, estimulando o aprimoramento profissional. A nova concepção de assistência

apregoa que o indivíduo é um ser integral indivisível; dá prioridade às ações de promoção da saúde; objetiva aperfeiçoar o relacionamento humano, o estabelecimento de vínculos, a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade dos profissionais de saúde com a comunidade (ANDRADE,1998; MENDES,1998; STARFIELD, 2002).

Por todas essas razões consideramos difícil discutir, separadamente, o modelo de atenção à saúde e a formação dos recursos humanos em saúde. Entretanto, mesmo reconhecendo a importância do modelo de atenção, e tendo introduzido o assunto, nos limitaremos, agora, a comentar a formação de RH para o SUS. Este aspecto é de suma importância por buscar alternativas para enfrentar a situação dos profissionais inseridos no sistema; por minimizar os efeitos da formação inadequada dos profissionais e encontrar meios que garantam que suas práticas enfrentem os desafios do sistema, no âmbito dos municípios. São questões relevantes para a SF, a tendência a superespecialização dos profissionais, a distribuição geográfica, o distanciamento entre as políticas de formação e de utilização de pessoal, a produção de inovações no âmbito das instituições de ensino e a reorganização do serviço. (HARTZ,1996; GIL,2005).

Convém que digamos que a SF está efetivamente incorporada à atenção básica para exercer um papel potencial

de eixo norteador da reorganização dos sistemas municipais de saúde. Por essa razão, é fundamental que o Governo faça investimento nas políticas de recursos humanos voltadas às necessidades conceituais, técnicas e humanas dos profissionais que atuam nas equipes. Por isto, o Ministério da Saúde, ao criar o Piso de Atenção Básica, contemplou e incentivou a expansão da SF. Criou, também, em 1998, por meio do Departamento de Atenção Básica, os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, com o objetivo de fortalecer a articulação ensino-serviço, em torno das necessidades de capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas equipes (CARVALHO et al, 2000; BRASIL, 2004; GIL, 2005).

Entretanto, as decisões do Ministério da Saúde de incentivar a expansão da SF, de criar Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família devem produzir mudanças. Mas, implementar mudanças numa dada realidade exige o gerenciamento competente dos serviços e programas, o controle eficiente dos recursos setoriais e extra-setoriais disponíveis, a participação dos diferentes atores envolvidos no processo e, particularmente da população.

As mudanças podem ocorrer tanto nas práticas para que produzam resultados quanto na forma de organização do processo de trabalho. As inovações podem ser feitas tanto nos níveis de complexidade, quanto na forma de organização das unidades em redes assistenciais, contemplando

os princípios de economia de escala na distribuição territorial dos recursos. Já, as transformações podem incidir no ajuste da oferta de serviços às necessidades e demandas da população (STARFIELD, 2002; UCHIMURA; BOSI, 2002).

Entretanto, convém deixar claro logo nesta introdução quanto avaliar é importante, quer seja no todo ou em suas partes; avaliar a magnitude dos objetivos, processos de trabalho, resultados e dar conta do processo e das transformações operadas.

Por considerarmos importante avaliar, constituímos objeto deste estudo a avaliação do desempenho dos enfermeiros da SF, sobretudo o trabalho daqueles que atuam com o grupo de crianças de zero a dois anos de idade, segundo o que é prescrito pelo MS.

Incluimos nesta avaliação a capacitação dos referidos profissionais na SF, em dois cursos que têm íntima relação com a assistência à criança. São os cursos de Aconselhamento em Amamentação e o de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (WHO CDD,1994; REA; VENANCIO,1999; CUNHA et al 2001; VERÍSSIMO et al 2003). Incluimo-los porque acreditamos que, apesar da tendência de queda da desnutrição e da mortalidade infantil em todas as regiões, persistem as causas dos problemas que podem ser minimizados se houver a intervenção precoce dos enfermeiros.

Incluimos, também, nesta avaliação a qualidade do trabalho em equipe que é uma das características da SF. Cada equipe é constituída por um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e por agentes comunitários de saúde. No Brasil, atualmente, outros profissionais, como dentistas, assistentes sociais estão sendo incorporados pelas Secretarias Municipais de Saúde no referido Programa, dependendo da necessidade local (RODRIGUES, 2003; COSTA; SILVA, 2004).

Isto posto, iniciamos a pesquisa analisando as atividades dos enfermeiros da Saúde da Família, dos municípios de Fortaleza, Cascavel e Quixeramobim (CE); discutindo a prática assistencial e os propósitos da categoria enfermeiro na facilitação do acesso do usuário ao serviço, a efetividade do trabalho do enfermeiro, a qualidade e humanização de suas ações.

Finalmente, esperamos estar contribuindo com os gestores, gerentes e, de um modo especial, com os colegas enfermeiros, para a melhoria e o aperfeiçoamento da Saúde da Família.

O QUE FOI PESQUISADO

Com este estudo procuramos respostas às seguintes perguntas:

1. Que atividades são efetivamente realizadas pelo enfermeiro da Saúde da Família na atenção à criança menor de 2 anos, em consonância com o que é preconizado pelo MS?

2. O enfermeiro da SF, que atua na atenção à criança, investe em seu desenvolvimento e crescimento profissional? Qual sua qualificação? Participa de cursos com temática específica da atenção à criança?

3. O enfermeiro, ao planejar, leva em consideração as questões de mudança, de inovação e de transformação da realidade social? Inova, assumindo suas competências?

4. O enfermeiro atua com eficiência na atenção à saúde da família, respeitando os limites de sua competência?

5. Contribui para acabar ou minimizar o hiato existente entre os direitos sociais do cidadão e a efetiva capacidade de oferta dos serviços públicos?

A HIPÓTESE BÁSICA

A hipótese substantiva do estudo nos levou a pensar que o enfermeiro do PSF que presta assistência à criança menor de 2 anos, não vem desempenhando suas competências, segundo as atribuições do Ministério da Saúde, nem atuam com eficiência no Programa, nem respeitam os limites de sua competência.

As hipóteses estatísticas, derivadas da substantiva, foram definidas em suas formas nula e alternativa:

H_0 : Não há diferença significativa no desempenho das atribuições do enfermeiro estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) quanto a assistência à criança menor de 2 anos, nem quanto as atividades desempenhadas, de modo geral, pelo enfermeiro do Programa SF. Os enfermeiros apresentam eficiência e limitam sua área de competência técnica.

H_1 : Existe diferença significativa entre as atribuições do enfermeiro estabelecidas pelo MS, para a assistência à criança menor de 2 anos, e as atividades desempenhadas, de modo geral, pelo enfermeiro do Programa SF. Os enfermeiros apresentam limitada eficiência e extrapolam sua área de competência técnica.

Na busca de confirmar tais hipóteses estabelecemos os seguintes objetivos para esta pesquisa:

OBJETIVOS

GERAL

Avaliar as atividades desempenhadas pelos enfermeiros da estratégia Saúde da Família na assistência às crianças de zero a dois anos, em três municípios do Ceará, segundo o que é prescrito pelo Ministério da Saúde.

ESPECÍFICOS

- ✓ Traçar o perfil do enfermeiro que assiste a criança de 0 a 2 anos;
- ✓ Descrever as atividades realizadas pelos enfermeiros da SF com as crianças menores de 2 anos;
- ✓ Verificar o investimento do enfermeiro em sua educação permanente;
- ✓ Identificar os enfermeiros da SF que foram capacitados em curso de aconselhamento em aleitamento materno e de AIDPI;
- ✓ Quantificar o tempo (minutos) despendido pelo enfermeiro da SF na consulta de enfermagem à criança
- ✓ Verificar se, na consulta de enfermagem, o enfermeiro manifesta preocupação em contar com a presença do pai ou avó, tendo em vista a qualidade da atenção à criança;
- ✓ Verificar em que ocasião é realizada a primeira consulta de enfermagem à criança de 0 a 2 anos, no pós-parto.

- ✓ Verificar se, na primeira semana, rotineiramente, o enfermeiro realiza a visita domiciliária pós-parto.
- ✓ Colher a opinião dos enfermeiros quanto aos fatores que facilitam e dificultam a assistência de enfermagem na SF.

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O estudo é importante por ser instigante a avaliação do trabalho do enfermeiro e pouco discutida em termos conceituais. Os desafios se apresentam sob nova roupagem, demonstrando de maneira inequívoca a necessidade e oportunidade de discussão. Não se trata, contudo, de assunto novo no setor, muito menos passível de resposta única, uníssona, travestida de fácil e rápida solução. Além do mais, a importância advém de não haver, no campo da atenção básica, no Nordeste, pesquisa específica quanto ao cuidado com a criança de 0 a 2 anos, envolvendo a categoria enfermeiro.

É relevante, porque diz respeito a uma das estratégias de governo de reorganização do SUS, cujo modelo de assistência tem muito a ver com o cuidar/cuidado na enfermagem, e que tem o ser humano no centro de suas atenções com seu devido valor.

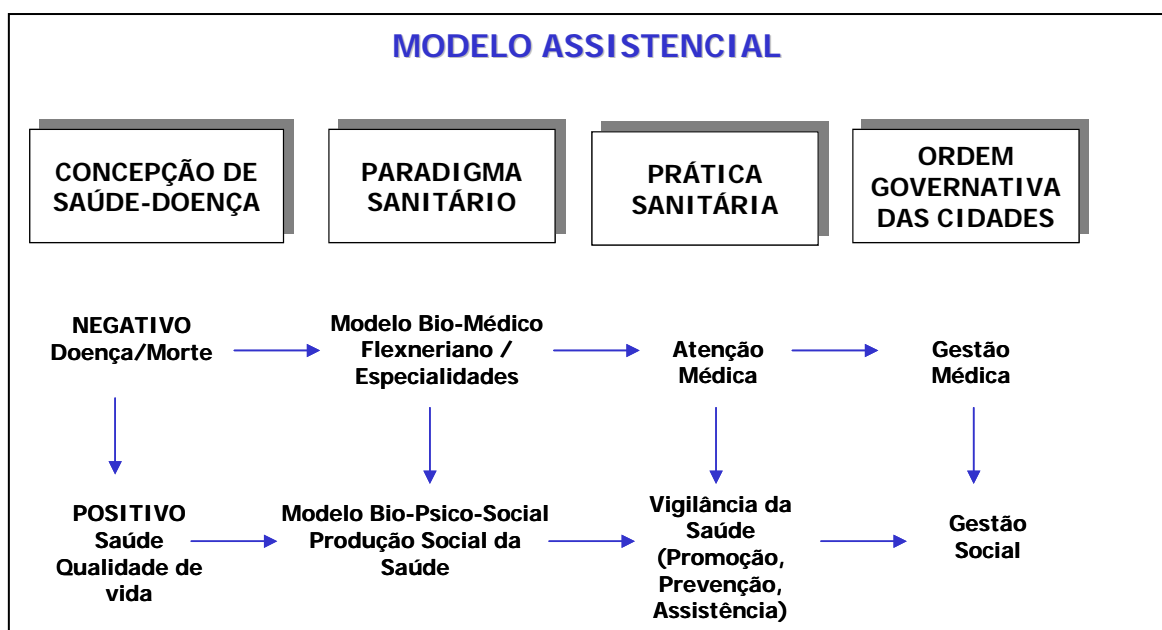
É, ainda, relevante por reforçar a urgente necessidade de revisão do paradigma da SF, que coexiste com o antigo modelo segmentador alicerçado na doença, o que é desconcertante e inaceitável.

Complementando, o estudo é importante e relevante para o macro e micro sistema de enfermagem por dar ao enfermeiro a oportunidade de influir na análise crítica do Programa como um todo, para programar mudanças em sua prática, para reorganizar seu processo de trabalho e contribuir para o estabelecimento de estratégias que melhorem a qualidade da assistência às crianças.

O MODELO ASSISTENCIAL

Para se ter essa idéia, no quadro 1, a seguir, apresentamos como ocorreu a mudança do modelo assistencial no Brasil (MONTEIRO, 1997; SILVA, 2003; BRASIL, 2004)

QUADRO 1: Evolução do modelo assistencial no sistema de saúde brasileiro saúde



O modelo acima, na gestão social priorizou a construção de espaços de aproximação, interação e conversação, favorecendo as questões da saúde da criança, na proposta ampliada da prática sanitária, com destaque para a Vigilância da Saúde (PEDROSA, 2001; TANAKA; MELO, 2004).

Por isso, para entender as questões da saúde da criança buscamos na literatura as bases teóricas para a discussão e reflexão do tema, a partir do levantamento histórico do SUS, das atribuições dos enfermeiros do PSF e da importância das pesquisas de avaliação, apresentadas no capítulo II.

CAPITULO II

• A CONSTRUÇÃO POLÍTICA DO SUS NO BRASIL E O PSF

Na década de 80, o Brasil vivenciava um modelo de desenvolvimento econômico que não criava condições para a melhoria da situação de saúde da população, ficando crianças e adolescentes como as categorias mais comprometidas. Nesse período, o perfil epidemiológico da população denotava um quadro preocupante, no qual se percebia que, de 100 crianças nascidas vivas, 87 morriam antes de completar um ano de vida. Precárias condições de moradia e alimentação agravavam a situação da grande maioria populacional que sobrevivia com baixo poder aquisitivo (MONTEIRO, 1997).

Esse quadro levou o país a uma profunda crise política na saúde, resultando na mobilização da sociedade para a redemocratização da assistência à saúde. Nessa época, o sistema de saúde funcionava de modo plural, com a justaposição de vários modelos de assistência atuando, simultaneamente; um decorrente do sistema público, outro, do sistema privado e um outro, do modelo liberal. Também nessa época, a prática médica e de enfermagem era fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos, fazendo parte de

um legado histórico, anterior à estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BORGES, 2002).

Por essas razões, a Lei 8.080 (art.2º) que criou o SUS diagnosticou:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços sociais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (par. 3º).

Simultaneamente, na década de 90, a família, numa abordagem sistêmica, foi valorizada graças às experiências bem sucedidas dos médicos de família, de Cuba e Canadá. A experiência da Pastoral de Saúde, no Brasil, demonstrou o potencial das ações baseadas em agentes comunitários na redução expressiva da mortalidade infantil (SILVA, 2003). Essas experiências levaram ao surgimento de iniciativas semelhantes a partir de serviços de saúde locais. Por influência destas, os técnicos do Ministério da Saúde se empenharam no resgate da figura e liderança do médico, e o incentivaram para que sua atuação fosse feita em equipe multiprofissional (FRANCO, 2002; SCHIMITH; LIMA, 2004). Surgiu desta forma, o novo modelo local de assistência que tem como princípios estratégicos (BUSS, 2005):

a) **Adscrição da Clientela** - Definição precisa do território de atuação;

b) **Territorialização** - Mapeamento da área, compreendendo segmento populacional determinado;

c) **Diagnóstico da situação de saúde da população** - Cadastramento das famílias e dos indivíduos, gerando dados que possibilitem a análise da situação de saúde do território;

d) **Planejamento baseado na realidade local** - Programação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas.

A re-estruturação do novo modelo de atuação exigia um conjunto de ações combinadas e organizadas sob a forma de programa compatível com o princípio da descentralização:

“Ao contrário da idéia que se tem sobre a maioria dos programas em nível central, o PSF não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde; é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização destas atividades em um território definido” (BRASIL, 2004, p.5).

Acrescente-se, que o processo de trabalho da saúde da família tem as seguintes características (BUSS, 2005):

a) **Interdisciplinaridade** - Trabalho interdisciplinar, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

b) **Vinculação** - Participação na dinâmica social das famílias assistidas e da própria comunidade;

c) **Competência cultural** - Valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva das abordagens integrais e resolutivas, possibilitando a criação de vínculos de confiança e ética, compromisso e respeito;

d) **Integralidade** - Assistência integral, contínua e organizada à população adscrita, com garantia de acesso a recursos complementares;

e) **Participação social** - Atuação ativa da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações;

f) **Intersetorialidade** - Trabalho intersetorial, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde;

g) **Fortalecimento da gestão local** - Apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local.

O sistema de saúde brasileiro, com essas estratégias, criava condições para que, de forma permanente, os serviços se aproximassem mais dos indivíduos, fossem mais humanizados, solidários e, sobretudo, mais resolutivos.

Como já dissemos, a estratégia da SF definiu critérios de territorialidade, de vínculo com a população, de trabalho contínuo, de planejamento local, e de ações de promoção da saúde. O estabelecimento das estratégias faz parte, cada vez mais, das pautas e agendas, não só dos técnicos, como

também, dos movimentos sociais ligados ao setor saúde (ANDRADE, 1998; SILVA, 2003).

A Saúde da Família (SF) foi regulamentada no país, em 25 de março de 1994, significando mudança de paradigma, ou seja, mudança do enfoque centrado na doença para o enfoque centrado na promoção da saúde. Todavia, não se observava preocupação maior em investir nos processos relacionais e de comunicação entre profissionais e usuários (ACURCIO et al, 1998; ANDRADE, 1998).

Antes da criação oficial do Programa Saúde da Família no Brasil, foi implantado, experimentalmente, em 1987, no estado do Ceará, um projeto com a participação de pessoas da comunidade atuando como agentes de saúde. Esse projeto, além de concretizar um trabalho econômico, produziu grande impacto na saúde dos cearenses (SOUZA et al, 1999; LINDSAY, 2002).

Anteriormente, no Ceará, em 1992, por ocasião da elaboração do plano de saúde de Fortaleza, na perspectiva da universalização da atenção primária aos grupos populacionais mais vulneráveis, foi elaborada a proposta de criação de um programa, que seria integrado por médicos de família. As Unidades Básicas de Saúde da Capital contariam, não só com aquele profissional generalista, mas com enfermeiros, e com agentes de saúde recrutados na comunidade (SILVA, 2003).

Em outubro de 1993, o então Secretário de Saúde de Quixadá encaminhou ao Ministério da Saúde, o projeto intitulado *Saúde da Família*, que era executado com sucesso, pelos agentes de saúde, no município de Quixadá (SILVA, 2003). Logo obteve aceitação.

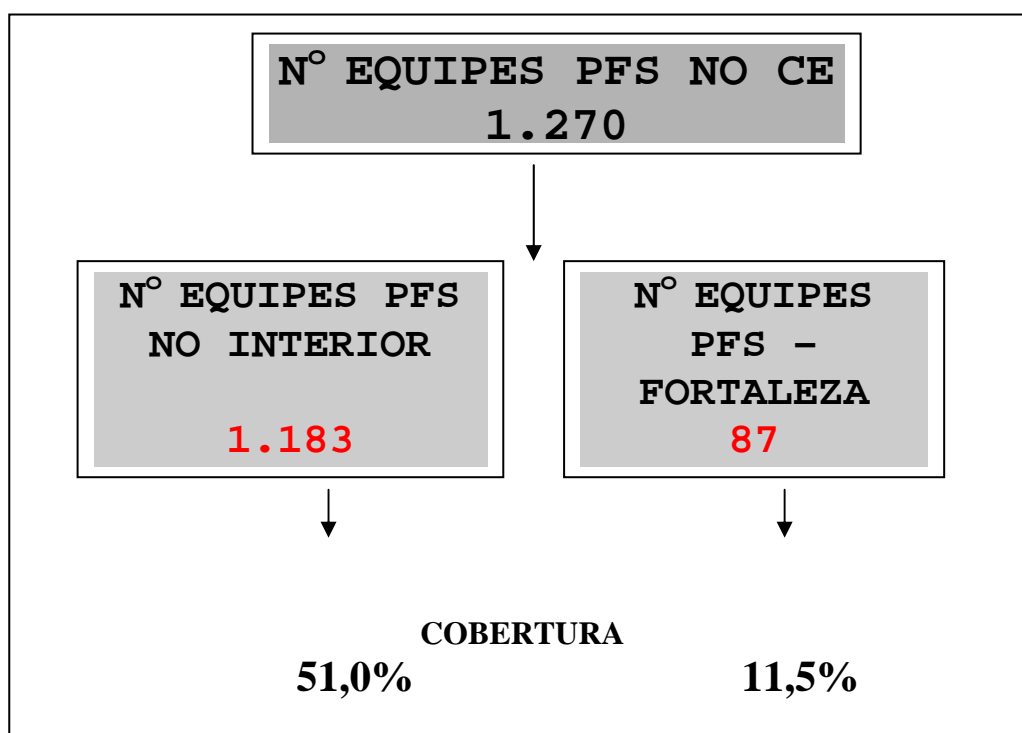
Outrossim, como resultado bem sucedido da ação daqueles agentes de saúde, no ano de 1994, o recém-criado PSF encontrou solo fértil para sua efetiva implantação em 18 municípios do Estado. Os municípios que logo aderiram e contaram com assessoria e acompanhamento da Secretaria Estadual de Saúde foram: Jucás, Cascavel, Fortim, Icó e Beberibe (GOYA,1996; MENDES, 2002). Fundamentaram-se nos princípios do SUS, quais sejam: universalização, equidade, integralidade da atenção e participação da comunidade, fortalecendo as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças (CEARÁ, 1995).

Em 1995 o Programa foi ampliado para mais 13 municípios; em 1996, para mais oito, totalizando 39. No momento, todos os 184 municípios contam com ele.

Entretanto, segundo dados da Coordenação Estadual do PSF no Ceará, no início do ano de 1998 existiam somente 249 equipes cadastradas e, oficialmente distribuídas por 74 municípios do interior. Curioso é que o Programa só foi implantado na cidade de Fortaleza em 1999 (ANDRADE, 1998; BRASIL, 2002).

Atualmente, existem 1270 (um mil duzentos e setenta) equipes da Saúde da Família em funcionamento, das quais 1.183 (um mil cento e oitenta e três) no interior e 87 (oitenta e sete) na capital. Entretanto, a cobertura populacional pelas equipes da capital é, apenas, de 11,5% e, no interior, de 51,0%, demonstrando não haver universalidade, nem equidade da assistência preconizada pelo SUS, na SF do estado do Ceará (http://www.saude.ce.gov.br/internet/programa_saude_da_familia.htm).

QUADRO 2: O Programa Saúde da Família no Ceará. 2004



FONTE: SESA/CODAS, JUNHO DE 2004.

Anteriormente, no país existia o Programa de Assistência Integral à Criança (PAISC) criado pelo Ministério da Saúde, cuja rede de serviços era hierarquizada, mas, em níveis de assistência 'funilar'. O acesso dos usuários se fazia por meio de uma "porta de entrada única", representada pelas unidades primárias. As atividades eram realizadas no interior das unidades de saúde e beneficiavam as populações que se deslocavam espontaneamente para procurá-las. Além das ações assistenciais centradas nos problemas de saúde que acometiam com maior frequência as crianças, o PAISC procurava incentivar as ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças. Entretanto, a área de abrangência dessas unidades de saúde era definida sem levar em conta o acesso da população. Para ter integralidade, o programa desenvolvia tecnologias tipicamente assistenciais, por exemplo, exigia o cumprimento do calendário vacinal e o incentivo ao aleitamento materno (ACURCIO et al, 1998; FIGUEIREDO; MELLO, 2003).

Uma vantagem é a Saúde da Família ter seu território delimitado, não apenas no aspecto geofísico, mas, também quanto às características local e populacional. Isto para que a atenção prestada às famílias seja favorecida pela proximidade das casas, tenha o acesso facilitado e os assistidos sejam acolhidos (FELISBINO; NUNES, 2000).

Todavia, nem sempre a proximidade geográfica favorece o acesso à unidade de saúde, pois ela depende de fatores que extrapolam a dimensão geográfica. De um lado, depende das condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação da população. De outro, depende do grau de humanização da equipe, da capacitação dos servidores, da burocracia e da oferta/demanda pelos serviços oferecidos (CAPRARA, 2004).

Além disso, a questão do acesso constitui na SF um grande desafio para aqueles que se empenham em prestar um serviço de qualidade. O termo acessibilidade significa a capacidade da população de obter cuidados de saúde, de modo fácil e conveniente, quando os necessitar (ASSIS et al, 2001).

Como já registramos anteriormente, a SF foi criada, dentre outros motivos, para permitir o acesso; para isto os que ali trabalham devem ser acolhedores. O servidor deve saber acolher o outro, sobretudo quando este outro, o usuário está necessitado de compreensão, de cuidados humanos. Entretanto, o acolhimento não vem sendo dispensado de forma satisfatória ou zelosa. Para nós, *acolhimento* é tecnologia que deve ser empregada pelo trabalhador de saúde, com o objetivo de assistir o usuário numa relação afetuosa, integral e solidária. Qualquer profissional de saúde deve acolher o usuário do serviço, compreendendo que ele tem direito a uma assistência

digna e personalizada. Portanto, cabe ao servidor aliviar o sofrimento do cliente e promover a sua saúde. O acolhimento do usuário, o compromisso do serviço em resolver problemas e de estabelecer vínculos são fatores potenciais de mudanças do modelo (SCHIMITH; LIMA, 2004; FRANCO et al, 2005)

Acrescente-se a isto, a questão das áreas físicas da maioria dos serviços, um problema que merece ser levado em consideração, pois são geralmente pequenas e desconfortáveis; não comportam a grande demanda de usuários, resultando em más condições de acolhimento e em assistência desumanizada por parte daqueles que têm por obrigação prestá-la satisfatoriamente. Infelizmente, hoje, o trabalhador de saúde já não percebe o sentimento de desconforto e a insatisfação dos usuários, acha isso muito natural, o que constitui uma barreira a mais na organização do serviço e impede que, quem de direito, identifique as falhas existentes (ACURCIO et al, 1998; TRAD et al, 2002; ASSIS, 2001).

Como consequência da política nacional da SF, a Secretaria de Saúde do Ceará definiu este Programa, também, como estratégico para viabilizar as mudanças no modelo vigente de atenção à saúde, dando ênfase à participação da comunidade (ANDRADE, 1998).

A filosofia ou estratégia da SF é mais do que adequada à assistência das famílias brasileiras, justificando a substituição

do ainda vigente processo biologicista de assistência, pela humanização do cuidado (AYRES, 1995). A assistência à saúde das pessoas centrada no cuidado, valoriza a relação humana e a ética do “acolhimento”, estimula a relação de vínculo, e a responsabilização compartilhada do cuidado entre os profissionais e usuários (MENDES, 1998; VICTORA et al, 2000).

Para sintetizar, transcrevemos o conceito de Unidade de Saúde da Família, segundo o documento que encontramos na página eletrônica do Ministério da Saúde disponível em <http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.html>:

“A Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência denominado Atenção Básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim o exigir”.

Como documentamos, a Saúde da Família é programa novo, precisa ser avaliado periodicamente, para verificar sua efetividade, embora já tenham sido publicados trabalhos com avaliações parciais (ANDRADE, 1998; CEARÁ, 2003).

Um destes trabalhos foi o Programa Viva Criança desenvolvido no Ceará, em 1987, que utilizou estratégias simplificadas e de baixo custo na redução da mortalidade infantil. Esse Programa universalizou as ações de saúde em

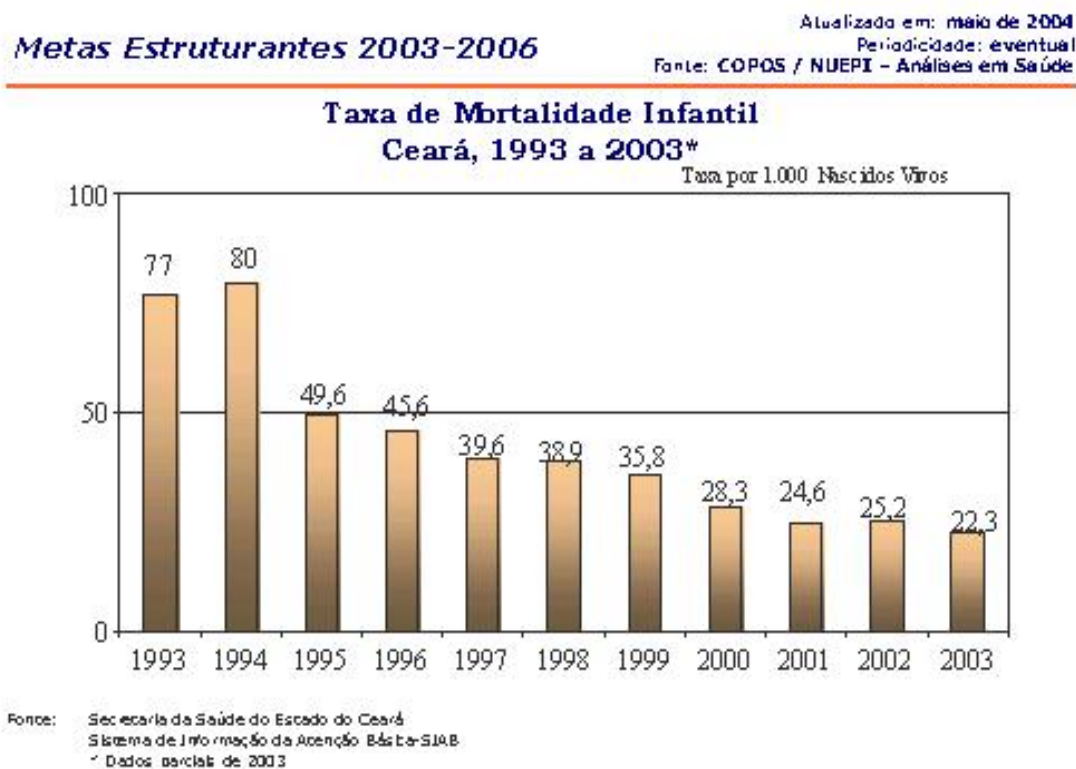
cinco ações básicas: Projeto do controle da doença diarréica; Imunização básica e universal, com o controle das doenças imunopreveníveis; Incentivo ao aleitamento materno com orientação para o desmame; Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e, Assistência e controle das infecções respiratórias agudas. O projeto VIVA CRIANÇA, não era inédito, mas demonstrava a consciência dos gestores da época, de que ações simples, exeqüíveis e, sobretudo, de elevada eficácia e eficiência, podiam ser implementadas em todo o território cearense (SILVA, 1999).

Foi nesse cenário sombrio de pobreza, e a partir do Projeto bem sucedido Viva Criança que a Atenção primária de saúde (APS) passou a utilizar estratégias simples, diferentes instrumentos, e parceiros diversos, na concretização de mudanças na assistência à criança.

Apresentamos, a seguir, algumas informações constantes da IV Pesquisa de Saúde Materno-Infantil no Ceará (CEARÁ, 2003), por exemplo, que cerca de 80,0% das famílias da Capital, não conhecem, ou apenas ouviram falar da SF. Na Região Metropolitana este percentual é menor (60,0%), todavia, do total de famílias entrevistadas que conhecem o Programa, apenas um terço delas recebeu visita de algum profissional da SF. Isso indica necessidade de maior divulgação e visibilidade do SF.

Além do mais, após a implantação da SF no Ceará houve um declínio da tendência dos indicadores da mortalidade infantil, de 80/1000 nascidos vivos (NV) em 1994 para 22,3/1000 (NV) em 2003 (BRASIL, 2002; SILVA, 2003; CEARÁ, 2003), conforme demonstramos a seguir, no Gráfico I:

GRAFICO I: Metas estruturantes da Secretaria de Saúde do Ceará/ 2003-2006.



Da IV PESMIC (2003) retiramos, também, os dados referentes ao conhecimento e utilização do Programa SF pela população entrevistada nas diversas regiões do Ceará. Colhemos que no interior do Estado, a SF foi acessível a 40,0% das famílias; deste contingente, apenas 27,0% recebeu em casa

a visita de alguma equipe de saúde do Programa. Na região Metropolitana, a SF deu cobertura a 40,0% da população, todavia, somente 13,0% daquelas famílias foram visitadas pelas equipes. Em Fortaleza, especificamente, somente uma em cada 10 famílias mencionou ter recebido visita da equipe da SF.

Para melhor fundamentarmos nossas idéias, com respeito a atenção à criança começaremos apresentando os indicadores de morbimortalidade infantil, por nos permitirem caracterizar as condições de vida da criança.

A referida IV PESMIC (2003) constatou que a taxa de desnutrição aguda ($<-2DP's$) que acometeu crianças de 0 a 3 anos declinou, de forma expressiva, nos últimos 15 anos, de 12,8% em 1987 para 3,3% em 2001. A taxa de nanismo nutricional encontrada em 2002 foi de 13,5%; considerada alta, apesar da redução de 51,0% na taxa do ano de 1987. Foi detectada, ainda, desnutrição severa, aguda e crônica, em 1,0% das crianças.

Segundo alguns autores (SIMÕES; MONTEIRO, 1995; ALMEIDA, 1996, BRASIL, 2002), no Brasil, no período de 1930 a 1990, houve um decréscimo na taxa de mortalidade infantil, que caiu para o patamar de 71,0%, embora tenham sido ocasionalmente, registradas elevações nesses coeficientes. Esses autores documentaram, ainda, que as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste foram as que apresentaram maior redução da mortalidade infantil.

A mortalidade infantil reflete as condições de vida e de saúde das populações e o seu coeficiente é utilizado como indicador do índice de desenvolvimento e de qualidade de vida das nações (LEITE, 1996).

A decomposição do coeficiente de mortalidade infantil em coeficiente neonatal (taxa de óbitos que ocorrem nos primeiros 27 dias de vida) e pós-natal (taxa de óbitos que ocorrem de 28 dias até um ano de vida) foi feita para permitir a avaliação das causas endógenas e exógenas de óbito. As primeiras estão relacionadas às condições desfavoráveis do recém-nascido, tais como imaturidade e anomalias congênitas. As segundas, ou sejam, as causas exógenas relacionam-se com as condições ambientais hostis às crianças nascidas com boas condições de sobrevivência. Enquanto as causas endógenas são difíceis de controlar, as exógenas são dependentes da melhoria das condições de vida, das políticas públicas e das intervenções específicas realizadas nos serviços de saúde (SATARFIELD, 2002).

Para LEITE (1996) existem diferenças significativas nas características de mortalidade infantil. Nos países em desenvolvimento predominam as causas pós-natais, decorrentes das precárias condições de vida da criança e à falta de acesso a serviços de saúde com qualidade. A mortalidade no primeiro mês de vida é conseqüente, basicamente, dos problemas da

gravidez e do parto; são problemas relacionados às características biológicas das mães, às más condições sócio-econômicas das famílias, e da quantidade e qualidade da atenção médica na assistência perinatal.

No Ceará, em 1987, a mortalidade infantil era de 104,0 por mil nascidos vivos (n.v.) e em 1994 a taxa caiu para 57,0 por mil n.v., graças à formulação de estratégias de transformação no âmbito da saúde; houve também, redução de cerca de 50,0% nas mortes de crianças no primeiro ano de vida (CEARÁ, 2003).

Outras intervenções no âmbito nacional e da infraestrutura social ou de bens de consumo coletivo (escolarização, rede de abastecimento de água, rede de esgoto sanitário, serviços de saúde) causaram, efetivamente impacto positivo na redução da morbimortalidade infantil (OLIVEIRA & MENDES, 1995).

As políticas de saúde são de grande importância na redução da mortalidade infantil (MONTEIRO, 2000). Entretanto, as decisões políticas deviam objetivar mais as promoções de saúde daqueles que sobrevivem às más condições de vida, definindo as bases do desenvolvimento físico, mental e social saudável das crianças (MELLO, ROCHA, 1999). Deviam, também, indicar intervenções intersetoriais na solução dos problemas detectados no âmbito da saúde formal, de modo a

atender ao que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente.

O Relatório da pesquisa (CEARÁ, 2003) publicou que 90,0% das crianças menores de três anos, no Ceará, dispõem do "Cartão da Criança" por meio do qual são medidos seu desenvolvimento e crescimento. Foi registrado um considerável aumento na distribuição de cartões para as crianças menores de 6 meses, que passou de 77,0% em 1994 para 90,0% em 2001. Constatou, ainda, o registro recente de peso em 53,0% dos cartões das crianças, que os receberam em 2001. Publicou, também, que nos domicílios pesquisados, 73,0% das crianças foram alimentadas com leite materno nos primeiros seis meses de vida. A taxa de aleitamento materno, exclusivo, na faixa etária de 0 a 3 meses de idade aumentou de 2,3% em 1987 para 29,0% em 2001. A taxa de aleitamento foi maior (44,0%) nessa mesma faixa etária, entre aqueles que intercalam chás e água nas mamadas com o leite materno. A taxa de aleitamento continuado (até os 12 meses) praticado por 47,0% dos bebês foi considerada alta. Até mesmo o aleitamento prolongado (amamentação até os 24 meses) foi identificado em um terço das crianças que, pelo menos, uma vez ao dia recebiam leite materno. A comparação dos resultados do número de crianças amamentadas ao seio, na Capital e no Interior do Estado do Ceará não indicou significância estatística (CEARÁ, 2003).

A IV PESMIC (CEARÁ, 2003) fez referência à cobertura vacinal no Ceará que alcançou 95,0% nos últimos anos, imunizando crianças com as vacinas do esquema tradicional (BCG, DTP, Pólio e Sarampo).

Com relação às doenças diarreicas a pesquisa indicou que são, ainda prevalentes e uma das maiores causas de óbito infantil. No dia da entrevista, mães informaram que suas crianças de zero a três anos apresentaram diarreia, fato que constitui 10,0% do total pesquisado. Além do mais, cerca de 23,0% daquelas crianças haviam tido, pelo menos, um episódio da doença nos últimos 15 dias. Crianças de 6 a 23 meses de idade, também apresentaram diarreia nos últimos 15 dias; a taxa foi de 15,0% para as diarreias ocorridas nas últimas 24h e de 32,0% para as mais tardias. A taxa de diarreia no período de 1994 a 2001 praticamente não se alterou, o que indica serem necessárias medidas preventivas nas áreas de higiene, saneamento e educação. A Terapia de Rehidratação Oral (TRO) foi utilizada por 50,0% das mães de crianças menores de 3 anos que apresentaram diarreia nos últimos 15 dias; foi administrada a 64,0% das crianças que estão na faixa etária de 6 a 11 meses. Na ocorrência de diarreia infantil é freqüente a mãe suspender ou reduzir a quantidade de alimentos oferecida às crianças. A taxa que corresponde à prática das mães que oferecem alimentos à criança com diarreia foi baixa (8,0%), e

alta (55,0%) entre aquelas que continuam a empregar práticas tradicionais de redução quantitativa dos alimentos. Entretanto, cerca de 38,0% das mães de crianças com diarreia adotam posição de equilíbrio, mantendo inalterada a alimentação da criança.

Apesar da taxa de diarreia ter permanecido praticamente a mesma entre os anos de 1994 e 2001, a proporção de consultas médicas por esta doença caiu de 11,5% para 4,9%. Houve queda, também, da taxa de hospitalização por diarreia, que caiu de 64/1.000 para 49/1.000 crianças.

Outro fator importante destacado pela pesquisa foi a atenção informal prestada por agentes tradicionais de saúde. A rezadeira é o ator social mais procurado pelas mães, e importante aliado destas na atenção a saúde das crianças. No interior do estado do Ceará, uma em cada três mães referiu ter levado seus filhos menores de três anos a uma rezadeira quando estiveram doentes. O trabalho desses agentes deve ser considerado de importância suplementar à atenção prestada pelos profissionais de saúde.

A pesquisa fez, ainda, referência aos acidentes na infância que têm aumentado consideravelmente. No Ceará, em 2001, cerca de 28,0% das crianças com dois anos de vida sofreram, pelo menos, um acidente grave. Os dados indicam que a gravidade dos acidentes aumenta com a idade da criança. 10%

desses acidentes ocorreram no terceiro ano de vida, levando à internação hospitalar. As quedas representam de 59 a 83,0% dos acidentes que vitimam crianças na faixa etária de 0 a 3 anos e as queimaduras, de 11 a 41,0%; acidentes por outras causas representam 5,0% do total.

Alvissareiro foi o aumento do percentual de crianças visitadas nos domicílios pelos agentes comunitários de saúde, elevando de 63,0% em 1994 para 80,0% em 2001, assim como a redução de 15 para 12,2% da taxa de admissões hospitalares, no mesmo período.

As ações integrais dispensadas às crianças no estado do Ceará, de competência dos profissionais que integram o PSF, nos instigam a avaliar, não só as unidades de Saúde como também as categorias de profissionais envolvidos no processo de trabalho. De modo especial, para nós que trabalhamos na saúde pública e somos enfermeiros é relevante medir a atuação do enfermeiro centrada no cuidado de enfermagem (RIBEIRO et al, 2002; GABRIELLI, 2004). Avaliar o processo e os resultados alcançados, as mudanças produzidas e o encantamento dos usuários com o atendimento zeloso. Desse modo poderemos julgar a qualidade da assistência prestada à criança pelo enfermeiro e em grande parte a qualidade do serviço.

• ATIVIDADES DOS ENFERMEIROS DO PSF

O Programa Saúde da Família tem se constituído num espaço relevante para o trabalho em equipe, integrado por áreas técnicas e profissionais de diferentes formações e diversidade de atuação. Tem aquecido discussões importantes sobre as atribuições de cada categoria profissional num contexto que privilegia a interdisciplinaridade, o trabalho multiprofissional e a definição de papéis de cada categoria.

Dentre as atribuições dos profissionais de saúde destacamos a dos enfermeiros, cuja competência é saber cuidar do indivíduo e da coletividade, que é de extrema relevância na assistência à comunidade (ROCHA et al, 2002; RODRIGUES, 2003).

Quanto à definição dos papéis é de grande importância num trabalho multiprofissional, sobretudo por servir para o direcionamento da capacitação dos membros da equipe e, assim evitar conflitos de competência entre os profissionais.

Entretanto, o trabalho em equipe, algumas vezes mostra-se insuficiente em função da adscrição da clientela e da territorialização. Além do mais, é freqüente encontrar-se equipes sem o profissional médico. Quando isso acontece o enfermeiro (e até mesmo o agente de saúde) tenta suprir essa falha ampliando suas atribuições, exercendo algumas funções médicas, por exemplo, medicando os usuários do Programa.

Este fato nos leva a questionar, se o enfermeiro, com qualquer justificativa técnica ou humana, está capacitado a realizar terapêutica medicamentosa, ao substituir o médico. Nós, enfermeiros, estamos preparados para o cuidado humano o que significa conhecer a complexa natureza humana em todas as suas dimensões, integrando-as na assistência ao cliente. No cuidado o que conta é o processo, é o modo como se atende às necessidades humanas, deixando o cliente satisfeito (encantado) com a atenção recebida. Mas, muitos colegas têm dificuldade de exercer o cuidado, porque isto exige que eles saibam ser, verdadeiramente, seres humanos sensíveis, zelosos, preocupados e amáveis.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000; 2004) definiu as atribuições do enfermeiro no Programa Saúde da Família, do seguinte modo:

- Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergência clínicas, fazendo a indicação para continuidade da assistência prestada;
- Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e disposição legais da profissão;

- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade de Saúde da Família (UFC), levando em conta as reais necessidades de saúde da população adscrita;
- Executar as ações de assistência integral a criança, mulher, adolescente, adulto e idoso;
- Aliar atuação clínica à prática de saúde coletiva;
- Realizar atividades correspondentes às áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional Básica (NOAS) 2002;
- Supervisionar e executar ações para capacitação dos ACS, e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Pela descrição acima, podemos sintetizar as funções do enfermeiro do PSF como: assistenciais ou clínicas, prática de saúde coletiva e gerencial.

O Governo brasileiro, pensando na capacitação dos profissionais de saúde do Programa, resolveu investir na área de recursos humanos, na expectativa de enfrentar o desafio de mudança do paradigma prevalente na assistência. Pressupôs que assim minimizaria os efeitos da inadequada formação dos profissionais para a função, e garantiria práticas integrais e integradas de assistência à comunidade, em especial, no âmbito dos municípios (GIL, 2005).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, uma convocatória nacional com o objetivo de aumentar a oferta de cursos de pós-graduação 'lato sensu', nas modalidades especialização e residência multiprofissional em saúde da família. Esses cursos foram concebidos para dar suporte teórico-prático aos profissionais já inseridos nas equipes e oferecer aos egressos dos cursos de medicina e de enfermagem, uma formação voltada para as necessidades do PSF (BRASIL, 2004).

Ficou constatado que muitos enfermeiros e médicos têm a formação permeada por capacitações pontuais em cursos voltados tanto para as práticas de saúde da família, como para áreas específicas (BRASIL, 2004; GIL, 2005).

Por isso, decidimos avaliar, também, nesta tese, a capacitação dos enfermeiros, tomando como amostra, dois cursos que têm íntima relação com a atuação destes profissionais, no cuidado à criança: o curso de Aconselhamento em Amamentação e o de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

O curso Aconselhamento em Amamentação foi criado no Brasil no ano de 2000, quando a Organização Mundial da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) propuseram que os profissionais de saúde que lidam com a assistência infantil recebessem treinamento em aleitamento

materno. O treinamento geralmente tem a duração de 40 horas, incluindo 8 horas de prática clínica. Diferencia-se de outros cursos por compreender, além dos aspectos teóricos e práticos do manejo clínico da amamentação, o desenvolvimento de habilidades de aconselhamento. Objetiva treinar o profissional de saúde em técnicas que garantam uma amamentação sem problemas e, incentivar a relação interpessoal empática praticada com as mães (REA; VENANCIO, 1999). Co-optando a idéia, em 2001, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, passou a capacitar os profissionais de saúde, em sua maioria, enfermeiros, para melhor atender às mães e crianças, minimizando os problemas relacionados à amamentação e desenvolvendo habilidades no manejo clínico.

Outro curso, o de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), é uma estratégia que sistematiza a atenção às crianças menores de cinco anos, numa seqüência de procedimentos de avaliação, classificação e tratamento, relativas às principais causas de doenças e problemas de saúde que afetam este grupo etário. Pode ser utilizado tanto nos serviços de saúde como na comunidade, enfocando a atenção nas condições gerais de saúde da criança. A estratégia AIDPI, ao cobrir os principais problemas de saúde da infância, começa pelos aspectos preventivos e de promoção da saúde (AMARAL et al, 2004).

Por seus benefícios no melhoramento da qualidade de atenção à saúde infantil, bem como pelo importante impacto que esta estratégia (AIDPI) produz na morbidade e na mortalidade nos primeiros cinco anos de vida, muitos países adotaram essa intervenção, que se encontra em pleno processo de implementação, especialmente nos estados com maiores indicadores de morbimortalidade infantil. No Brasil, a estratégia foi estabelecida segundo as diferentes realidades epidemiológicas e operacionais de suas regiões e a implantação foi iniciada em 1997 (CUNHA et al, 2001).

Como vimos, são muitas as atividades realizadas pelos enfermeiros que atuam na Saúde da Família e que por isso precisam ser avaliadas. É conveniente conhecer o impacto, a efetividade dessas ações sobre a saúde da criança em nosso Estado, e visualizar os aspectos ainda considerados deficientes na atenção prestada.

Entrementes, as estratégias adotadas no Ceará, com vistas à atenção a criança desde a implantação do Programa Agente de Saúde, na década de 90 e do Programa Saúde da Família em 1994, contribuíram para melhorar os níveis de morbimortalidade infantil (SILVA, 2003).

A atenção básica tem se constituído num espaço relevante para as diversas atuações do enfermeiro, aquecendo discussões importantes sobre as atribuições deste profissional no contexto

da SF que privilegia a interdisciplinaridade e o trabalho multiprofissional.

Com relação às atribuições específicas do enfermeiro na assistência à criança nas Unidades de Saúde elas são:

- Assistência à saúde da criança;
- O estímulo e a execução de medidas de promoção da saúde;
- Atividades educativas e preventivas na gravidez, parto e puerpério;
- A execução de ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência;
- A sensibilização e negociação com as famílias para a importância do apoio e participação dos cuidados com a criança;
- A programação e a realização de visitas domiciliares a puérpera;
- O desenvolvimento de ações intersetoriais para a promoção à saúde infantil.

As ações de promoção da saúde da criança, categorizadas como assistenciais, educativas, de vigilância epidemiológica, de sensibilização das famílias, de negociação, ou ações intersetoriais para a promoção à saúde infantil são de muita importância para este grupo populacional e para o serviço de saúde. Devem ser realizadas de acordo com o padrão de

qualidade recomendado pelos cursos de formação profissional e 'pari passu' com outros investimentos na área de recursos humanos do Programa.

Na assistência à saúde da criança que começa na gravidez da mãe, e se estende ao parto e puerpério é importante destacar o apoio oferecido pelo enfermeiro à mãe do bebê nas consultas de enfermagem no período gestacional, no momento da internação hospitalar (por ocasião do parto) e do puerpério.

É, também, mais do que necessária a ajuda do enfermeiro, principalmente às mães adolescentes e primíparas, ou àquelas com problemas familiares, sociais e econômicos (TEZOQUIPA et al 2001; CARVALHAES, 2002).

Portanto, é função do enfermeiro que presta assistência à criança orientar a mãe desta, com paciência e zelo, a fim de que possa, com tranquilidade e responsabilidade, assumir a maternidade e favorecer a integração do novo ser na família. É sua função, também, verificar se os pais e avós dividem os cuidados prestados pela mãe ao bebê, assumindo parte deles, e, se assim, ela, a mãe, se sente amada e amparada.

As ações básicas de vigilância epidemiológica da área de atuação do enfermeiro devem servir de subsídios para o levantamento situacional da realidade a ser trabalhada, tendo como elementos fundamentais os indicadores de morbi-

mortalidade infantil, que caracterizam as reais condições de qualidade de vida da criança.

As ações intersetoriais para a promoção da saúde infantil são as mais deficitárias nos serviços de saúde por compreenderem outras ações, que tradicionalmente não são contempladas pelos programas e são vistas como não tendo relação com a prática clínica biologicista (VICTORA et al, 2000; TRAD, 2002). São questões sociais tais como desemprego dos pais, falta de condições de moradia, de alimentação, delinqüência, falta de segurança, maus tratos e outras violências urbanas, etc (MONTEIRO, 2000).

• **IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

O conceito de avaliação dos programas públicos surgiu após a Segunda Guerra Mundial, quando o Estado passou a desempenhar papel nas áreas de educação, do emprego, da saúde, do social etc. Os economistas desenvolveram métodos para analisar as vantagens e os custos desses programas públicos, mas suas abordagens mostraram-se insuficientes ao aplicá-las à educação e aos programas sociais (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Entretanto, a necessidade de avaliar as ações de saúde se impôs. A diminuição do crescimento econômico e o papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde tornavam

indispensável o controle dos custos do sistema de saúde. As decisões, para que estas exigências fossem respeitadas, por causa do caráter complexo do sistema de saúde e das grandes áreas de incerteza que existem nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-las, por causa do desenvolvimento muito rápido das tecnologias médicas e das expectativas crescentes da população, ainda, por causa da necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde, levaram os técnicos a considerar a avaliação como a melhor solução para os serviços (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

Partir de uma definição universal para o termo avaliação é tarefa difícil, haja vista que cada avaliador constrói a sua. Todavia, avaliar “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” (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997). Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou de sua elaboração tendo por base um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Para um melhor entendimento, o autor esclarece que uma intervenção é caracterizada por cinco componentes: objetivos, recursos, serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto preciso em um dado momento.

Com esse mesmo ponto de vista e diante das mudanças e transformações que ocorrem na realidade social acreditamos que os gestores deverão ser os primeiros interessados em avaliar a qualidade dos serviços e programas, e incentivar a realização de pesquisas de avaliação que verifiquem quais mudanças realmente estão ocorrendo.

As pesquisas de avaliação dos programas devem focalizar, tanto os indicadores de competência dos profissionais, a qualidade da atuação desses servidores no campo, quanto a satisfação dos usuários beneficiados (TRAD et al, 1998, 2004; TANAKA, 2004).

Alguns autores recomendam que as pesquisas de avaliação devam começar pela identificação das relações de causalidade, mesmo que as concepções metodológicas que as orientam possam ser diversificadas (SANTOS FILHO; GAMBOA, 1995; FURTADO, 2001; NOVAES, 2000).

Sem discordar dos autores referidos no parágrafo anterior citamos NOVAES (2000) que recomenda sejam as pesquisas de avaliação iniciadas pela definição clara dos objetivos, para garantir respostas às perguntas colocadas por outros pesquisadores que vivenciam o objeto avaliado.

As avaliações dos serviços de saúde e dos resultados dos programas decorrem, em grande parte, do monitoramento das

informações produzidas no cotidiano da atenção (FELISBERTO, 2004).

As informações estão disponíveis aos profissionais sob diversas formas: registros, formulários, resumos mensais, relatórios oficiais, pesquisas e estudos especiais preparados por técnicos de vários níveis (BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2004).

Um sistema de informação eficaz é de particular importância no quadro socioeconômico atual, pois tanto os gerentes quanto os enfermeiros precisam tomar decisões acerca da sustentabilidade financeira, da satisfação dos usuários e do controle da qualidade (TRAD; BARROS, 2002; UCHIMURA; BOSI, 2002).

Donabedian, um dos teóricos sobre a temática qualidade total, ao discorrer amplamente sobre a avaliação dos serviços que cuidam da saúde introduziu, em 1966, uma classificação universal centrada na estrutura, no processo e no resultado dos serviços prestados (MIRSHAWKA, 1994). Por estrutura o autor entende as qualificações, as certificações e outros atributos similares aos recursos usados no serviço de saúde. Por processo entende o conjunto de atividades realizadas pelos profissionais de saúde e por outros, aos clientes do serviço. E por resultado, a consequência ou o benefício das intervenções terapêuticas.

Donabedian apud MIRSHAWKA (1994) assegura que o conceito de qualidade no serviço de saúde é estabelecido em

função do tratamento proporcionado ao paciente pelo médico, pelo enfermeiro ou por outro profissional. A qualidade do tratamento é medida nos aspectos técnicos e interpessoal. O aspecto ou atenção técnica é a aplicação da ciência e da tecnologia da medicina e das demais ciências da saúde no manejo de um problema pessoal de saúde. O aspecto ou qualidade interpessoal diz respeito à interação social e econômica entre o paciente e o profissional; é uma arte e diz respeito à maneira e à conduta do prestador da assistência, bem como à sua forma de comunicar-se com o cliente, e que resulta na satisfação deste.

Por esse motivo decidimos, neste estudo, avaliar o processo de trabalho do enfermeiro, isto é, avaliar o desempenho desses profissionais, em razão das ações programáticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

O trabalho de enfermagem, assim como o trabalho em saúde, integra a prestação de serviços à saúde, não produzindo bens a serem estocados e comercializados, e sim serviços que são consumidos no ato de sua produção, isto é, no momento da assistência, seja ela coletiva, grupal ou individual.

Na concepção do trabalho constitui um processo. Para a análise e compreensão do processo de trabalho, este pode ser decomposto em três elementos (KURCGANT, 2005):

a) o objeto do trabalho, aquilo sobre o que incide a atividade e que será transformado no decorrer do processo, constituindo-se em produto; b) os meios e instrumentos do trabalho; e c) a atividade adequada a um fim, o trabalho propriamente dito, que se organiza de uma forma específica.

Enquanto trabalho coletivo, as ações de enfermagem são executadas em conjunto com outros trabalhos realizados por distintos agentes da equipe multiprofissional de saúde. Esse trabalho em equipe consiste em uma modalidade peculiar de organização do trabalho coletivo, pode ser executado de forma fragmentada, com a mera justaposição das ações dos diferentes profissionais, ou de forma articulada, o que favorece a oferta de assistência integral de enfermagem e de atenção integral à saúde (KURCGANT, 2005).

A enfermagem, enquanto prática que se insere no mundo do trabalho e na atenção à saúde, estabelece vínculos com as leis sociais. Dessa maneira, o trabalho de enfermagem sofre o impacto de uma globalização excludente e das políticas de recorte neoliberal. Assim, a ênfase nas organizações ou nas necessidades de saúde orienta formas distintas de gerenciamento operadas em enfermagem, implicando formas

também diversas de organização desses trabalhos, que são determinantes na assistência de enfermagem prestada à população, bem como de sua qualidade.

Para isso, tem-se como ferramenta diversas estratégias utilizadas para avaliação dessas ações e a assistência prestada pelos profissionais de saúde.

VUORI (1982) apresenta para a avaliação de serviço, uma classificação também de acordo com o conceito de qualidade, restrito a dois tipos: a) *qualidade lógica*, baseada na eficiência, na informação e usada na tomada de decisão, b) *qualidade ótima*, aquela que torna significativa a otimização dos serviços de saúde a partir da relação custo-benefício. Na opinião desse autor, um Programa, para ser considerado de qualidade lógica e de qualidade ótima deve apresentar resultados úteis ao serviço e os custos serem diretamente proporcionais aos benefícios.

Concordamos com Vuori, e acrescentamos que a avaliação de um Programa deva incluir, também, outros conceitos, tais como: *eficácia* - indicador do resultado conseguido por determinada ação ou serviço, relacionado a um resultado ideal, ou ao efeito que se pretende obter (VOURI, 1982; CARVALHO ET AL, 2000); *efetividade* - o mesmo que eficácia, mas com aceitabilidade social (ESCUADERO, 1989); *eficiência* - é o grau de alcance dos objetivos individuais por parte de uma pessoa (CHIAVENATO, 2004); *equidade* - é atenção, igual, dispensada a

cada indivíduo ou grupo populacional, de acordo com suas necessidades, e em resposta à quantidade e qualidade de necessidade de cada um (CARVALHO, 2000); *acessibilidade-remoção* de obstáculos físicos, financeiros e outros, na utilização dos serviços disponíveis (VOURI, 1982); *Qualidade científico-técnica* - nível de aplicação do conhecimento e da tecnologia (VOURI, 1982).

Deste modo, os sistemas de atenção primária são avaliados sem levar em consideração o impacto que a assistência causa no estado de saúde das pessoas e da população.

Para STARFIELD (2002), a avaliação da atenção primária, apresenta como características essenciais alguns aspectos exclusivos que devem ser observados no processo avaliativo tais como:

1. ***Avaliação do primeiro contato:*** diz respeito a acessibilidade dos clientes às unidades; horário de disponibilidade do serviço; acessibilidade ao transporte público; oferta de atenção sem a necessidade de pagamento adiantado; instalações apropriadas para portadores de deficiências; disponibilidade de atendimento noturno; facilidade para marcação de consulta e tempo de espera pela mesma; ausência de barreiras lingüísticas e barreiras culturais entre profissional e usuário.

2. **Longitudinalidade:** necessidade tanto do usuário, quanto dos profissionais de que saibam que eles têm uma relação mútua. A avaliação da longitudinalidade requer o conhecimento dos usuários do programa e do seu meio social, cujas informações podem ser obtidas por meio de entrevistas e do exame do prontuário. A interação entre profissional e usuário deveria focar os aspectos essencialmente relevantes para a atenção primária: o entendimento e a apreciação mútuos dos aspectos que estão relacionados à busca da saúde global.

3. **Integralidade da atenção:** inclui tipos de informações para a avaliação deste item, quais sejam: 1) informações obtidas por meio do exame da adequação e disponibilidade do pessoal, das unidades, dos equipamentos e dos serviços de apoio. As áreas específicas para avaliação incluem a capacidade de prestar atendimento às doenças de curta e longa duração, além das recorrências; educação em saúde; cirurgias menores; saúde mental e encaminhamento para serviços de referência, 2) informações que envolvem o desempenho de atividades relacionadas ao atendimento das necessidades da população. Incluem as atividades preventivas primárias e secundárias como imunizações, educação em saúde e procedimentos de exames indicados, atividades direcionadas para detecção e manejo dos problemas de saúde da comunidade atendida. A detecção, reconhecimento e manejo dos problemas existentes

na população podem ser revelados a partir dos prontuários, entrevistas com usuários e a realização de consultas domiciliares; 3) sistema de encaminhamento dos usuários para outras instituições. Quando os encaminhamentos forem feitos com muita frequência, podem sugerir falta de integralidade para uma ou mais categorias de necessidades de saúde; pode significar que a Unidade não está atendendo com eficácia a necessidade sentida da população.

4. *Coordenação da atenção:* nesta, deve-se observar a permanência do profissional na Unidade, a disponibilidade dos prontuários e a fácil localização das informações quando se avalia o mecanismo de continuidade das ações planejadas no serviço. São características especiais, um sistema organizado e usado para o encaminhamento e para a localização de informações referentes aos resultados e a documentação dos resultados.

5. *Centralização na família:* a centralização na família é feita por meio do contato direto com os membros da família, ou por meio de entrevistas, ou de informações registradas nos prontuários. Deve-se considerar o contexto familiar, o risco a que a família está exposta e o desafio da coordenação da atenção, quando diretamente envolvido com os recursos familiares precários e limitado. As temáticas de interesse para a avaliação incluem a comunicação intrafamiliar, o apoio e

apreciação dos recursos familiares disponíveis (incluindo o nível educacional e financeiro das famílias), necessários ao reconhecimento dos problemas de saúde destes indivíduos.

6. **Competência cultural:** requer a determinação do reconhecimento das características étnicas, raciais ou outras características culturais, devendo ser reconhecidas e abordadas no projeto dos serviços nas Unidades de Saúde.

7. **Orientação para a comunidade:** orientação para a comunidade requer três tipos de informações: 1) o conhecimento das necessidades de saúde da comunidade, obtido com entrevistas e a comparação dos indicadores obtidos pela estatística; 2) o envolvimento do profissional nos assuntos da comunidade, destacando o conhecimento a respeito das redes sociais e dos sistemas de apoio disponíveis, incluindo os recursos religiosos, lazer, políticos e filantrópicos; 3) o envolvimento do profissional na comunidade em questões relacionadas à prática, à oferta de equipe de aconselhamento e o acompanhamento permanente das famílias, além do resultado de pesquisas quanto a satisfação do usuário e sugestões para a melhoria da assistência. É importante que os profissionais de saúde reconheçam as necessidades relacionadas à saúde dos usuários e que são derivadas do contexto social.

8. **Registros adequados:** na avaliação o registro das informações obtidas do usuário pelo profissional deve conter

uma lista atualizada dos dados e informações relevantes, com descrição clara, e com escrita compreensível.

9. **Presença constante do mesmo profissional:** na avaliação deste aspecto o fator importante é o percentual de usuários atendidos pelo mesmo profissional na vigência do Programa, evitando a rotatividade.

10. **Comunicação profissional-usuário:** deve considerar se o profissional permite ou não, que o usuário tenha uma participação ativa na condução dos problemas revelados, respondendo de forma construtivista às questões formuladas, às suas preocupações, sugerindo abordagens alternativas. Essas informações podem ser adquiridas por meio de entrevistas gravadas em fitas de áudio ou vídeo, com a concordância.

11. **Qualidade clínica da atenção:** as informações referentes aos processos e resultados de atenção podem ser colhidas no prontuário ou por meio de observação (check-list), entrevista com pacientes antes ou depois do atendimento ou por simulação.

13. **Proteção para os pacientes:** a proteção dos pacientes por um programa é baseada no grau de consciência da extensão da utilização dos vários órgãos de saúde, sociais, ocupacionais e fiscais que têm impacto na manutenção da saúde. Neste processo de avaliação pode ser utilizada a entrevista com pacientes e profissionais de saúde para determinar seu

conhecimento, bem como os recursos que podem estar disponíveis ao usuário.

Avaliar a atenção em saúde é processo complexo que envolve compreensão de conjuntura apurada e percepção crítica de como as práticas e serviços de saúde se inserem no contexto que se pretende analisar. Entender o processo avaliativo como “complexo” não significa necessariamente dizer que seja complicado, uma vez que a finalidade maior das técnicas e instrumentos empregados é tentar realizar sínteses que direcionem ações e proposições.

A avaliação é um processo complexo, inserido numa realidade social dinâmica, não-linear, permeada por contrários e correlações de forças, que influencia concepções e proposições avaliativas. Assim, entendemos a avaliação como um procedimento crítico-reflexivo, contínuo e sistemático desenvolvido sobre as práticas e processos de trabalho dos serviços de saúde. Capta parcialmente a realidade, uma vez que, sendo método, afere apenas o que se explicita com maior freqüência e relevância interpretativa no contexto estudado (FURTADO, 2001; UCHIMURA; BOSI, 2002).

O ato de avaliar caracterizado numa apreciação ou interpretação que envolve poder, pode ser construído coletivamente, assentado em compromissos públicos pactuados. A participação ativa de estados, municípios e usuários em

momentos avaliativos, além de democratizar as relações de poder, enseja compromissos que podem viabilizar mudanças, uma vez que as responsabilidades passam a ser compartilhadas na esfera pública de decisões (BRASIL, 2004).

Nos serviços de saúde a avaliação é comumente feita por pesquisadores, centrada no ponto de vista dos sujeitos pesquisados, na capacidade dos recursos e na prestação dos serviços, confrontado os resultados com as concepções e perspectivas da clientela beneficiada (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Quando a avaliação é realizada com padrões subjetivos, deve contextualizar as atividades psicológicas de ordem cognitiva e afetiva, porque visa realizar um processo comparativo entre a experiência vivida e os critérios subjetivos do usuário.

Os sujeitos que participam de uma entrevista sobre a avaliação de níveis de satisfação, envolvem-se em uma ou mais combinações dos elementos: perspectiva do usuário sobre a qualidade ideal de um serviço, tipo de serviço que merecem, situações em que utilizou o serviço. Desse modo, pode ser medido o grau de percepção e concepção da qualidade dos serviços, para que se possa alcançar o aceitável como padrão de atendimento (TRAD et al, 2002).

A avaliação pressupõe processualidade permanente e constante refinamento dos instrumentos, meios e técnicas

utilizados. Entender sujeito e objeto como partícipes do mesmo processo social, dinâmico e ambivalente, exige abordagens em avaliação que contemplem suas limitações frente aos cotidianos sociais. Isso significa o aperfeiçoamento constante dos instrumentos formais de análise, na tentativa de aproximar-se qualitativamente dos fenômenos estudados. Ao se recortar uma realidade, na tentativa de melhor compreendê-la, não se pode esquecer o todo a que ela faz parte (TRAD; BASTOS, 1998; BOSI; MERCADO, 2004).

Tal assertiva pressupõe aproximação com o fenômeno estudado, descobrir-lhe sentidos e relações, sugerir-lhe inovações críticas, prevendo sempre sua transitoriedade e superação.

Compreendendo a necessidade de fornecer dados para o planejamento a nível local e estadual do sistema de prestação de atenção primária e informações para complementar os dados nacionais sobre a avaliação da extensão da atenção primária no cuidado à criança, empreendemos esse estudo com enfermeiros de crianças de 0 a 2 anos.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Este capítulo ocupa-se dos procedimentos metodológicos aplicados à presente investigação. A primeira seção classifica o estudo. As que se seguem tratam dos aspectos referentes à seleção dos sujeitos, das variáveis, da coleta dos dados e do tratamento estatístico.

• TIPO DE ESTUDO

Pesquisa de avaliação financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

Sua abordagem é quantitativa, do tipo descritivo e prescritivo das atividades do enfermeiro, com a utilização de dados primários.

A abordagem avaliativa, segundo TANAKA; MELO (2004) é muito útil nas seguintes situações:

- Quando a pergunta avaliativa começa com quanto;
- Para medir resultados que podem ser expressos em números, seja de cobertura, concentração ou produtividade;
- Para avaliar a eficiência dos serviços, principalmente relacionada às condições de estrutura;

- Para estabelecer relações entre variáveis.

Segundo POLIT; HUNGLER (1995) a pesquisa avaliativa envolve a coleta e a análise de informações numéricas com o uso de processos estatísticos, sob condições de muito controle.

• O OBJETO DE ESTUDO

O objeto deste estudo é a avaliação do processo de trabalho dos enfermeiros na atenção à Saúde da Família, daqueles que atuam nos municípios de Fortaleza (capital do Estado do Ceará), Quixeramobim (município da região sertão central do Ceará) e Cascavel (município da região costeira-praiana do Ceará).

A avaliação em saúde pode se configurar em instrumento da universalidade e da equidade dos serviços de saúde, principalmente quando se aquilata a participação da sociedade no controle das ações governamentais. Julgar a efetividade e a eficácia das ações e serviços de saúde, contando com a participação e o controle democrático da comunidade, pode favorecer o acesso à saúde pela população, passando a ser rotina no cotidiano institucional (BRASIL, 2004).

• CAMPO DA PESQUISA

Serviram de campo para esta pesquisa as unidades do Programa Saúde da Família dos municípios de Fortaleza, Quixeramobim e Cascavel (CE).

Fortaleza é a capital cearense, localizada logo abaixo da linha do Equador. Possui uma área de 336 Km² e uma população superior a 2 milhões e 300 mil habitantes. No momento da pesquisa havia 91 equipes da Saúde da Família, com a participação de 84 enfermeiros. Essas equipes atendem aproximadamente 15,0% da população da capital.

O município de Quixeramobim apresenta uma altitude de 191,34 metros em relação ao nível do mar e possui uma topografia mais plana do que montanhosa, localizado no sertão cearense. O clima é tropical semi-árido, quente e seco, porém salubre. O município de Quixeramobim possui uma área territorial de 3.275 km², distante da Capital cearense em 181 km. A população do município de Quixeramobim é de aproximadamente 59.000 habitantes, sendo o 17º município do Estado em índice populacional. No momento da pesquisa havia 14 equipes da Saúde da Família, com a participação de 14 enfermeiros. Essas equipes atendem 83,0% da população do município.

O município de Cascavel, situado a 52 Km da capital, possui uma área de 820 Km² no norte do Ceará, tendo como atrativo natural, belas praias. Tem uma população de 51.825 habitantes.

Em termos de renda interna 'Per capita' é o oitavo dos quinze municípios "mais ricos" do Estado. No momento da pesquisa contava com 17 equipes do Programa Saúde da Família, e a participação de 17 enfermeiros. Essas equipes atendem aproximadamente 85,0% da população do Município (IBGE- Senso 2004).

Estes municípios foram escolhidos, por compreenderem situações geográficas distintas e, pela facilidade de acesso às secretarias de saúde, que disponibilizaram suas Unidades para o processo de trabalho de campo, sem maiores dificuldades. Ao contrário, consideraram o estudo de importância, por fornecer subsídios ao planejamento de ações a serem desenvolvidas pelos enfermeiros no Saúde da Família.

• **POPULAÇÃO ESTUDADA**

A população é constituída dos enfermeiros atuantes nas equipes da Saúde da Família no Estado do Ceará.

*** Seleção dos sujeitos**

Os participantes do estudo foram 81 (oitenta e um) enfermeiros da SF que atuam nos três municípios acima referidos, cuja seleção foi feita por conveniência da coordenadora da pesquisa.

A amostra, selecionada por conveniência da pesquisadora foi constituída de 85,7% (12) dos enfermeiros de Cascavel que aceitaram preencher o questionário, bem como dos 94,1% (16)

de Quixeramobim. Dos 84 enfermeiros contratados pelo município de Fortaleza, somente 63,0% (53) aceitaram participar da pesquisa, dos quais oito (8) enfermeiros são da Regional I; quatro (4) da Regional II; onze (11) da Regional III; doze (12) da Regional IV; oito (8) da Regional V e dez (10) da Regional VI. O município de Fortaleza apresenta como característica diferencial dos outros municípios, a divisão administrativa em seis (6) Regionais, existindo em cada uma, unidades da SF, conforme quadro abaixo:

Quadro 3 Número de Unidades de Saúde da SF no município de Fortaleza/Regionais administrativas.

REGIONAL	I	II	III	IV	V	VI
Nº DE UNIDADES	04	03	06	03	04	04

• VARIÁVEIS ANALISADAS

Constituem variáveis sócio-demográficas analisadas nesse estudo: sexo, idade, estado marital, número de filhos. Outras variáveis relacionadas às atividades dos enfermeiros foram decompostas nas seguintes categorias: 1) formação profissional e gestão do trabalho do enfermeiro e 2) processo de trabalho do enfermeiro no PSF, apresentadas a seguir (Quadro 4):

Quadro 4 Categorias das atividades dos enfermeiros na SF de Fortaleza, Cascavel e Quixeramobim (CE). Novembro de 2003 a março de 2004.

CATEGORIAS DAS ATIVIDADES DOS ENFERMEIROS NA SF DE FORTALEZA, CASCAVEL E QUIXERAMOBIM (CE)	
1. Formação profissional e do trabalho do enfermeiro	
1.1 Tempo em que trabalha no PSF na cidade atual	Tempo de permanência em anos, dos profissionais enfermeiros.
1.2 Trabalho no PSF em outra cidade	Trabalho em outras equipes de PSF, em município distinto do atual.
1.3 Outra atividade além do PSF	Tipo de trabalho extra ao do PSF
1.4 Faixa salarial do profissional enfermeiro no PSF	Salário bruto do enfermeiro em reais
1.5 Realização de cursos de capacitação profissional	Modalidades de cursos realizados: Introdutório, Especialização em Saúde da Família, Residência em Saúde da Família, Mestrado, Doutorado, Curso Aconselhamento em Amamentação, Curso AIDPI

2 Processo de trabalho do enfermeiro no PSF	
2.1 Cuidado prestado às mães e crianças de 0 a 2 anos	Tempo médio da consulta de enfermagem às crianças; Visita domiciliar do enfermeiro na primeira semana pós-parto; realização de puericultura; Período da primeira consulta à criança; Ações educativas realizadas pelo enfermeiro às gestantes e as puérperas; Participação do pai e avó na consulta de enfermagem às crianças.
2.2 Identificação do enfermeiro, profissional e nominalmente	Apresenta-se como profissional Enfermeiro às mães de crianças de 0 a 2 anos; Apresenta-se nominalmente à clientela
2.3. Dificuldades e facilidades apontadas pelo enfermeiro no seu processo de trabalho	Fatores que dificultam as atividades do profissional enfermeiro no PSF; Fatores que facilitam as atividades do profissional enfermeiro no PSF

• INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados primários foram obtidos por três pesquisadores-auxiliares, treinados, tendo por instrumento o questionário (ver apêndice I). Esta técnica foi escolhida porque, com ela, a informação fica isenta da pressão que resulta da presença do entrevistador ao interrogar o entrevistado (ASTI VERAS, 1973; SORIANO, 2004).

O questionário compõe-se de questões fechadas que facilitaram a uniformidade e padronização das perguntas e instruções, preservando o anonimato dos sujeitos entrevistados. E de duas questões abertas que posteriormente foram categorizadas e quantificadas, para captar melhor a opinião dos respondentes; com elas queríamos identificar que fatores facilitaram e/ou dificultaram as ações dos enfermeiros na SF.

• PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José (CEP-HS), (Apêndice 4). Logo após, solicitamos a autorização dos secretários de saúde e, subsequentemente, dos coordenadores das Unidades de Saúde dos campos da pesquisa. Em seguida, os pesquisadores, previamente treinados, contataram a população-

alvo, deram-lhe a conhecer os objetivos do estudo e a convidaram a participar; garantiram-lhe o direito ao anonimato e ao cancelamento da participação, no momento que assim o desejasse, sem nenhum dano ou prejuízo para si.

• **PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2003 a maio de 2004.

Todos os Secretários de Saúde dos municípios avaliados foram informados por carta, da realização da pesquisa e pessoalmente pela coordenadora do estudo. Foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e sobre a metodologia de campo. Subseqüentemente, entregamos-lhes cópia do projeto. Por uma questão de respeito à autoridade maior, foi dado ciência ao Secretário de Saúde do Estado do Ceará, e convidado a assinar a folha de rosto do Comitê de Ética, autorizando a realização da pesquisa em sua jurisdição.

Após esse primeiro contato, os secretários de saúde dos municípios - campo da pesquisa, enviaram ofício aos coordenadores das Unidades da SF, solicitando-lhes apoio ao trabalho de campo. Em seguida, visitamos as Unidades nos três municípios, oportunidade em que esclarecemos aos coordenadores e enfermeiros, os objetivos da pesquisa e o compromisso do pesquisador em manter o anonimato dos entrevistados e das Unidades avaliadas.

Os enfermeiros dos municípios de Cascavel e Quixeramobim espontaneamente aceitaram participar da pesquisa. O mesmo não ocorreu com os de Fortaleza, exigindo da coordenação deste estudo e dos pesquisadores de campo, maior tempo e sensibilização. Este fato ocorreu porque a Secretaria de Saúde daquele município, na ocasião da pesquisa, realizava uma avaliação administrativa do seu pessoal. Por essa razão, os enfermeiros, todos contratados por serviços prestados, recusaram participar, temendo que suas respostas resultassem em perda do emprego, se aquela Secretaria a elas tivessem acesso.

• ANÁLISE E TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os resultados encontrados foram analisados à luz da estatística, e apresentados por meio de quadros e tabelas. Fizemos associação entre variáveis e utilizamos os testes de qui quadrado (χ^2) e p de Fisher Freeman Halton.

Para o teste de qui quadrado (χ^2) fixamos o nível de significância em 5%. Esse α adotado permite inferir que, quando há diferença, elas não são decorrentes do acaso, isto é, quando há diferença, elas são estatisticamente significantes.

Ao identificarmos resultados, cuja frequência de algumas células foi menor que 10, e considerando relevante sua interpretação, realizamos análise das proporções, utilizando o

teste de Fisher Freeman Halton. Os dados foram digitados e processados no Programa Epi-Info 6.04. Os resultados estão apresentados nas tabelas 1 a 4 e nos quadros, 5 e 6.

CAPITULO V

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Participaram do estudo 81 enfermeiros dos quais, 92,5% são do sexo feminino. Conforme apresentamos na tabela 1, a maioria (57,0%) dos enfermeiros é casada e reside (70,0%) com a família no local do trabalho. A maioria (62,5%) possui filhos.

Embora não tenhamos apresentado na tabela 1, constatamos que a renda salarial dos enfermeiros do interior (Quixeramobim e Cascavel) é de R\$ 2.300,00 (dois mil e trezentos reais), mostrando-se maior do que a renda obtida na capital (Fortaleza), que é de R\$ 1.800,00 (um mil e oitocentos reais).

TABELA 1: Perfil dos enfermeiros do PSF de Fortaleza, Cascavel e Quixeramobim (CE).

Novembro de 2003 a março de 2004.

Dados sócio demográficos	Fortaleza (n=53)		Cascavel (n=12)		Quixeramobim (n=16)		Total (n=81)	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Sexo								
Feminino	50	94,0	11	92,0	14	87,5	75	92,5
Masculino	3	6,0	1	8,0	2	12,5	6	7,5
Estado marital								
Casado	36	68,0	5	41,6	5	31,0	46	57,0
Solteiro	14	26,0	7	58,4	9	57,0	30	37,0
Separ/divorc	3	6,0	-	-	1	6,0	4	5,0
Viúvo	-	-	-	-	1	6,0	1	1,0
Nº filhos								
Nenhum	16	30,0	4	33,0	8	50,0	28	34,5
1 a 2	32	60,4	8	67,0	7	43,7	47	58,0
3 ou mais	5	9,6	-	-	1	6,3	6	7,5
Mora com a família no Município que trabalha								
Sim	46	87,0	5	42,0	6	37,5	57	70,0
Não	7	13,0	7	58,0	10	62,5	24	30,0

Na tabela 2, apresentada a seguir, analisamos as variáveis que dizem respeito à formação profissional dos enfermeiros da SF, nos três municípios onde realizamos a pesquisa, dada a sua importância para a política de recursos humanos, e também, para a identificação do tipo de qualificação buscada pelos referidos sujeitos.

TABELA 2: Formação profissional dos enfermeiros do PSF de Fortaleza, Cascavel e Quixeramobim (CE). Novembro de 2003 a março de 2004.

Variável	Fortaleza		Cascavel		Quixeramobim		Total		Teste estatístico (p e χ^2)
	N	%	N	%	N	%	No	%	
Tempo de trabalho no PSF (ano)									
< 2	8	15,0	4	33,0	4	25,0	16	20,0	0,123 (1)
2 a 5	36	68,0	4	33,0	7	44,0	47	58,0	
6 ou mais	9	17,0	4	33,0	5	31,0	18	22,0	
Trabalhou em outro PSF antes do atual									
Sim	28	53,0	6	50,0	6	37,5	40	49,4	1,16 (2)
Não	25	47,0	6	50,0	10	62,5	41	50,6	0,561 (1)
Curso Introdutório									
Sim	47	88,0	12	100,0	14	87,5	73	90,0	0,607 (1)
Não	6	12,0	-		2	12,5	8	10,0	
Curso Especialização									
Sim	41	77,0	9	75,0	11	69,0	61	75,0	0,804 (1)
Não	12	23,0	3	25,0	5	31,0	20	25,0	
Residência SF									
Sim	1	1,8	-		-		1	1,2	-
Não	46	86,7	12	100,0	16	100,0	74	91,0	
Em andamento	6	11,5	-		-		6	7,8	
Mestrado									
Sim	3	5,6	0		0		3	3,7	0,439 (1)
Não	50	94,4	12	100,0	16	100,0	78	96,3	
Curso Aconselhamento em amamentação									
Sim	26	49,0	8	66,6	4	25,0	38	47,0	5,06 (2)
Não	27	51,0	4	33,4	12	75,0	43	53,0	0,080 (1)
Curso AIDPI									
Sim	24	45,0	10	83,3	15	93,7	49	60,5	15,16 (2)
Não	29	55,0	2	16,7	1	6,3	32	39,5	0,001 (1)

(1) P Fisher Freeman Halton; (2) χ^2

Com os resultados apresentados na Tabela 2 verificamos que do total dos sujeitos da pesquisa nos três municípios,

78,0% atuam na Saúde da Família há menos de 5 anos, sinalizando para profissionais recém-graduados, ou recentemente inseridos no Programa. Todavia, deste contingente, 49,4% trabalhou em PSF de outro município antes de ser contratado pelo gestor no presente exercício. Este fato pode evidenciar que o programa apresenta alta rotatividade de pessoal. A alta rotatividade é um problema por revelar a fragilidade dos contratos empregatícios dos enfermeiros, por impedir o estabelecimento ou a quebra de vínculo destes profissionais com as famílias assistidas, o que não deveria acontecer neste Programa.

Os cursos nos quais os enfermeiros buscaram capacitação foram o Introdutório e o de especialização em Saúde da Família. O primeiro cursado por 90,0% dos entrevistados, teve carga horária de 40 horas, e conteúdo que procurou dotar os enfermeiros de conhecimentos facilitadores do trabalho na comunidade, fornecendo informações sobre políticas de saúde, a constituição da família e estratégias de intervenção em atenção primária de saúde. Foi ministrado por Universidades do Ceará, ou pelas Escolas de Saúde Pública do Estado.

O segundo, o curso de especialização em Saúde da Família foi cursado por 75,0% dos enfermeiros. Possui uma carga horária de 360 horas, com um conteúdo abrangendo temas de políticas de saúde e aspectos clínicos, enfocando as habilidades

necessárias para uma boa assistência do profissional enfermeiro com a família. Quanto a Residência de Enfermagem em Saúde da Família, foi cursado por apenas 1,2%. Destes, apenas seis enfermeiros (7,8%) estão em fase de conclusão. Esse curso foi implantado na Escola de Saúde Pública no ano de 2000. Até o ano de 2004 a Escola formou 15 enfermeiros residentes. O tempo da residência é de dois anos; tem abordagem teórica, mas é essencialmente, prático com aspectos relevantes em saúde pública. Do total de enfermeiros, apenas 3,7% continuaram investindo em sua educação, cursando o mestrado acadêmico.

Dos entrevistados, 47,0% submeteram-se à capacitação nos Cursos de Aconselhamento em Amamentação e de Atenção Integral as Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI); este, preferido por 60,5% daqueles que atuam nos municípios do interior, apresentando significância estatística (**p=0,001**). Como podemos observar o resultado foi significativo para o grupo de profissionais do interior, porque os cursos mencionados constavam das metas de capacitação dos gestores daqueles municípios que, de alguma forma, demonstravam preocupação em aprimorar a competência técnica dos enfermeiros, objetivando a melhoria da morbimortalidade infantil.

TABELA 3: Assistência prestada às crianças de 0 a 2 anos pelos enfermeiros do PSF em Fortaleza, Cascavel e Quixeramobim, Ceará. Novembro de 2003 a março de 2004.

Variável	Fortaleza		Cascavel		Quixeramo-		Total		Teste estatístico (p e χ^2)
	No	%	No	%	bim		No	%	
Realiza puericultura									
Sim	46	97,0	9	75,0	16	100,0	71	88,0	0,093 ⁽¹⁾
Não	7	13,0	3	25,0	-	-	10	12,0	
Realização primeira consulta de puericultura									
1ª semana	5	9,4	5	41,6	2	12,5	12	14,8	0,034 ⁽¹⁾
15 dias	15	28,3	3	25,0	8	50,0	26	32,0	
30 dias	33	62,3	4	33,2	6	37,5	43	53,2	
Tempo médio da consulta à criança									
15 minutos	26	49,0	9	75,0	6	37,5	41	50,6	5,09 ⁽²⁾
20 a 30 min.	25	47,0	3	25,0	10	62,5	38	46,9	0,278 ⁽¹⁾
40-50 min.	2	4,0	-	-	-	-	2	2,5	
Identifica-se como ENFERMEIRO aos familiares									
Sim	33	62,0	8	66,6	9	56,2	50	61,7	0,33 ⁽²⁾
Não	20	38,0	4	33,4	7	43,8	31	38,3	0,846 ⁽¹⁾
O Enfermeiro cita seu nome, na consulta, aos familiares.									
Sim	33	62,0	12	100,0	12	75,0	57	70,0	0,020 ⁽¹⁾
Não	20	38,0	-	-	4	25,0	24	30,0	
Preocupação do enfermeiro com a participação do pai na consulta do filho									
Não	24	45,0	7	58,0	9	56,0	40	49,3	14,67 ⁽²⁾
Às vezes	29	55,0	5	42,0	7	44,4	41	50,7	0,006 ⁽¹⁾
Preocupação do enf. Com a participação da Avó na consulta do neto(a)									
Sim	5	9,4	-	-	-	-	5	6,0	
Não	13	24,5	4	33,0	10	62,5	27	33,0	9,70 ⁽²⁾
Às vezes	35	33,9	8	67,0	6	37,5	49	61,0	0,046 ⁽¹⁾

(1) *P* Fisher Freeman Halton; (2) χ^2

Na tabela 3 apresentamos os resultados da avaliação da assistência prestada pelos enfermeiros às crianças na faixa de 0 a 2 anos de idade, quanto aos aspectos específicos do cuidado de enfermagem.

Verificamos que 88,0% dos enfermeiros realizam atividades de puericultura. Dentre estas, a primeira consulta de enfermagem é realizada pela maioria (53,2%), só após os 30 dias do nascimento da criança. O tempo foi considerado tardio, porque se sabe da importância da enfermeira estar com a mãe e a família, apoiando e orientando-as para o cuidado com o bebê (BARBOSA, 1998; LUCHINI et al, 2002). O tempo médio gasto pelo enfermeiro na consulta à criança, ficou em torno de 15 minutos (50,6%). Esse tempo foi por nós considerado muito reduzido, pois é necessária a orientação do profissional à mãe ou aos familiares, para uma melhor qualidade de vida do bebê, ou esclarecendo dúvidas, no início de sua existência (FIGUEIREDO, MELLO, 2003; COSTA, SILVA, 2004).

Os profissionais, em sua maioria (61,7%), informaram que naturalmente se apresentam como enfermeiros aos familiares. Esse resultado é relevante porque sabemos ser a identidade da profissão um referencial digno de destaque, a fim de que a comunidade reconheça o papel de cada profissional na área da saúde. A maioria (70,0%) dos respondentes informou, também, que se apresenta pelo nome, na consulta de enfermagem. Essa

variável indicou significância estatística ($p=0,020$), entre aqueles que trabalham fora da metrópole, evidenciando que os profissionais do interior realizam com maior frequência essa ação. Ser conhecido pelo nome é imprescindível numa ação dialógica, pois significa ter visibilidade social (MACHADO et al, 2005).

Quanto à participação do pai e/ou da avó da criança na consulta de enfermagem observamos que só a categoria "às vezes", aparece, respectivamente, em 50,7% e 61,0%, no grupo dos referidos familiares. Ao compararmos os resultados nos três municípios, verificamos que essa prática apresentou significância estatística ($p=0,006$ e $p=0,046$). Apesar de significativa, essa atitude de preocupação com a participação dos familiares mais próximos, na consulta de enfermagem, deveria ser uma constante, em prol de uma mudança comportamental e cultural da família, com o estímulo dos enfermeiros.

TABELA 4: Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção às crianças de 0 a 2 anos no PSF de Fortaleza, Cascavel e Quixeramobim(CE).Novembro de 2003 a março de 2004

Variável	Fortaleza		Cascavel		Quixeramobim		Total		Teste estatístico (p e χ^2)
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Grupo de gestantes									
Sim	16	30,0	1	8,3	7	43,75	24	29,6	0,065 ⁽¹⁾
Não	23	43,4	6	50,0	2	12,5	31	38,0	
Às vezes	14	26,6	5	41,7	7	43,75	26	32,4	
Grupo de mães pós-parto									
Não	43	81,0	12	100,0	9	56,0	64	79,0	0,015 ⁽¹⁾
Às vezes	10	19,0	-	-	7	44,0	17	21,0	
Visita domiciliar na 1ª semana pós-parto									
Sim	28	53,0	3	25,0	10	62,5	41	50,6	4,12 ⁽²⁾
Às vezes	25	47,0	9	75,0	6	37,5	40	49,4	
Reunião equipe planejamento ações									
Sim	43	81,0	10	93,0	14	87,5	67	82,7	0,910 ⁽¹⁾
Às vezes	10	19,0	2	17,0	2	12,5	14	17,3	

(1) *P* Fisher Freeman Halton; (2) χ^2

Como vimos na tabela 4, as atividades de competência do enfermeiro na atenção à criança, consideradas relevantes na saúde da família, devem começar com o cuidado prestado às mães. Constatamos, entretanto, que 38,0% do total dos respondentes não organizam grupos de gestantes na Unidade de Saúde ou na comunidade; 79,0%, também, não organizam

grupos de puérperas para orientar sobre os cuidados com a criança. Esse resultado apresentou significância estatística (**p=0,015**).

A falta de preocupação do enfermeiro com a atenção às gestantes ou nutrizes como parte da assistência à criança merece uma reflexão, considerando haver deficiência de educação em saúde entre os usuários. Acrescente-se a este fato, que a mulher, grávida ou nutriz, geralmente sente-se insegura com a maternidade, e pelas condições em que vive especialmente por se tratar de clientela de baixo poder aquisitivo.

Os resultados referentes à visita domiciliar na primeira semana pós-parto, não se mostraram significantes nos municípios pesquisados, apesar de serem, nessa ocasião, diagnosticados problemas relacionais entre a mãe-bebê e familiares. Observamos que, somente a metade (50,6%) dos profissionais entrevistados nessa pesquisa, realiza esta atividade. É desejável a visita rotineira do enfermeiro a todas as mães de crianças recém-nascidas, nos primeiros dias de vida, no domicílio. O profissional dedicado à tarefa de bem cuidar deve verificar como está a mama puerperal, como ocorre a amamentação, os cuidados com o bebê (coto umbilical, apresentação de icterícia, limpeza da genitália, banho do bebê), dentre outros.

A realização de reuniões de planejamento com a equipe da unidade de saúde foi registrada pela maioria (82,7%). Apesar de não conhecermos as pautas das reuniões administrativas, podemos inferir que não contemplam as atividades estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Acreditamos que tais pautas deveriam, necessariamente, incluir o que é recomendado pelo MS e que só beneficiaria a comunidade.

Uma das perguntas do questionário pedia ao enfermeiro que referisse até três aspectos facilitadores e dificultadores de sua atuação na SF. Os resultados obtidos em questões abertas foram codificadas, conforme apresentamos a seguir, nos quadros 5 e 6.

Quadro 5: Fatores facilitadores da atuação na SF, segundo os enfermeiros de Fortaleza, Cascavel e Quixeramobim (CE). Novembro de 2003 a março de 2004

Fatores facilitadores	FORTALEZA (n=53)	CASCADEL (n=12)	QUIXERAMOBIM (n=16)	Total (n=81)
Envolvimento com a comunidade/boa relação com as famílias	33	2	5	40
Trabalho em equipe multiprofissional	22	5	4	31
Apoio e reconhecimento do trabalho do enfermeiro pelo gestor	5	1	8	14
Dedicação e envolvimento do enfermeiro no trabalho	5	7	-	12
Capacitação profissional em cursos, seminários, etc	4	2	3	9
Reconhecimento do profissional pela comunidade	5	1	2	8
Autonomia de trabalho do enfermeiro	8	-	-	8
Facilidade de acesso da comunidade ao serviço de saúde	6	-	-	6
Condições satisfatórias de trabalho	2	2	1	5
Trabalho realizado pelos ACS	4	-	1	5
Transporte-disponível para a visita domiciliar	3	-	-	3
Reunião semanal com a equipe	3	-	-	3
Visita domiciliar às famílias	2	-	-	2
Salário condizente com as atividades desenvolvidas	1	-	-	1

Verificamos que os aspectos que mais facilitam o trabalho do enfermeiro na opinião dos profissionais de Fortaleza, foram: *“Envolvimento com a comunidade/boa relação com as famílias”* e *“Trabalho em equipe”*. Em Quixeramobim, os enfermeiros destacaram o *“Apoio e o reconhecimento do trabalho do enfermeiro pelo gestor”*. Em Cascavel o destaque ficou para a *“Dedicação e envolvimento do enfermeiro no trabalho”*. Tais indicações fazem-nos acreditar que algumas estratégias do programa SF foram percebidas pelos enfermeiros como fatores facilitadores e agregadores de valor à sua atuação, e de aproximação com a comunidade.

A seguir apresentamos os aspectos que dificultam a atuação dos enfermeiros respondentes nos três municípios pesquisados.

Quadro 6: Fatores dificultadores da atuação na SF, segundo os enfermeiros de Fortaleza, Cascavel e Quixeramobim (CE). Novembro de 2003 a março de 2004

Problemas que dificultam	Fort. (n=53)	Casc. (n=12)	Quixer. (n=16)	Total (n=81)
Falta de infraestrutura/material para o trabalho	18	7	3	28
Excesso do número de famílias por equipe	11	4	9	24
Excesso de burocracia	5	3	5	13
Baixo salário do enfermeiro	7	2	3	12
Falta de preparo e apoio do coordenador da Unidade	10	1	-	11
Falta de profissionais na equipe (especialmente de médicos)	7	1	4	10
Limitadas condições de espaço físico da Unidade	8	1	1	10
Baixas condições socioeconômicas e culturais das famílias assistidas	8	2	-	10
Falta freqüente de medicamento na Unidade	8	-	1	9
Dificuldade na relação dos profissionais das equipes	7	-	-	7
Falta de transporte para a visita domiciliar/dificuldade de acesso às famílias	4	1	1	6
Outros (ACS não morar na área; marcação de consulta no SAME; despreparo dos ACS)	9	2	-	11

Os enfermeiros citaram os aspectos relacionados à infraestrutura, à coordenação e organização do serviço, como os elementos que mais influíram na concreta e eficaz atuação do profissional na SF. As categorias apontadas pela maioria dos enfermeiros de Fortaleza e Cascavel foram: *“Falta de infraestrutura e material para o trabalho”*. Outro item também muito referido foi: *“O excesso do número de famílias por equipe”* registradas pelos enfermeiros de Fortaleza e Quixeramobim. Consideramos as indicações acima os maiores “nós” críticos à sustentabilidade da proposta, apesar de não dependerem diretamente do trabalho do enfermeiro, mas dos dirigentes da instituição e da organização dos serviços. Todavia, esses fatores interferem na qualidade e eficiência dos profissionais, na dinâmica e estruturação do serviço, bem como na relação com a comunidade.

• DISCUSSÃO

Ao traçar o perfil dos sujeitos do estudo verificamos que há predominância de mulheres na Saúde da Família, cujos resultados são compatíveis com os dados de estudos semelhantes (BRASIL, 2000). Este fato decorre da procura, pelas mulheres, mais do que os homens, o curso de Enfermagem no nosso Estado, assim como no país (GIL, 2005;

BRAIL, 2004), feminilizando a profissão e as equipes de saúde da família.

O resultado quanto ao fato dos enfermeiros morarem com seus familiares foi significativa, sobretudo no grupo que reside em Fortaleza. Acreditamos que a explicação para a significação seja, porque esta situação proporciona maior tranquilidade ao profissional no exercício da profissão, conforme foi evidenciado em estudo similar realizado no Ceará (PONTES et al, 2004). Os sujeitos que moravam no interior manifestaram maior nível de ansiedade, quiçá, por estarem longe de seus familiares.

O fato de 49,4% dos enfermeiros entrevistados já terem trabalhado noutro PSF, pode indicar significativa rotatividade e, conseqüentemente, descontinuidade no trabalho, perda de vínculo empregatício ou perda de confiança da comunidade credibilidade e aceitação do programa Saúde da Família pela população. A rotatividade tem sido apontada como um dos nós críticos do Programa Saúde da Família, comprometendo sua estratégia, desestimulando o desenvolvimento de novas práticas profissionais. A rotatividade leva a questionamentos e reclamações por alguns segmentos da administração pública de saúde, preocupada tanto com a precariedade do vínculo de trabalho no PSF, como com a manutenção do emprego (GIL, 2005; STARFIELD, 2002).

Verificamos que a maior parte dos enfermeiros dos municípios de Fortaleza, Quixeramobim e Cascavel submeteu-se aos cursos introdutórios e de especialização em Saúde da Família.

O aumento do número de equipes da SF foi instigante no processo de gestão municipal, para a realização de novos cursos introdutórios, visando a capacitação urgente das equipes, na lógica do Programa. No entanto, acreditamos que esses cursos deixam a desejar quanto as informações necessárias à real capacitação dos profissionais de nível superior. Talvez, por ter chegado a esta constatação o MS tenha proposto a realização de outros tipos de cursos, com o objetivo de expandir a capacitação e formação específica (HARTZ & CAMACHO, 1996).

Os cursos de especialização, inclusive a residência multiprofissional em saúde da família, foram concebidos para dar suporte teórico-prático tanto aos profissionais já inseridos nas equipes, quanto para oferecer aos recém-egressos da graduação uma formação voltada às necessidades do PSF. Evidentemente, os cursos de graduação da área da saúde, e a maior parte dos de especialização mantidos pelas instituições formadoras de recursos humanos, não vêm possibilitando aos discípulos o desenvolvimento das competências indispensáveis ao trabalho no âmbito da atenção básica à saúde.

A capacitação em serviço é educação no trabalho, com a presença contínua do profissional no próprio local de produção das ações, estimulando estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional (VOURI, 1991; LOPES; BAPTISTA, 1999).

A Residência em Enfermagem é uma modalidade de ensino, do tipo especialização que possibilita a aprendizagem no próprio campo de ação da enfermagem, estimulando o crescimento do profissional e a qualificação de suas ações, agregando valor à assistência de enfermagem ao paciente, à família e à comunidade.

Em 1979, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) promoveu um seminário sobre Residência em Enfermagem e, a partir dele, recomendou que a Residência de Enfermagem fosse considerada uma modalidade de ensino de pós-graduação, e conferisse ao enfermeiro o título de especialista (LOPES & BAPTISTA, 1999).

Apesar de tais premissas, a estratégia de capacitação profissional do enfermeiro na modalidade Residência não foi legalmente regulamentada no Brasil, salvo quando o curso é agregado a uma escola de enfermagem. Conseqüentemente, não está garantida a sua validação como curso de especialização. A não certificação da Residência constitui uma questão polêmica e um desafio a ser enfrentado pela categoria, dada a ampliação

dos programas de tais cursos nesta modalidade de ensino, em todo o território nacional.

No ano 2000 a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) implantou a primeira Residência de Enfermagem em Saúde da Família do Estado, com vistas a fortalecer o sistema de saúde, a qualificar profissionais para assistir o indivíduo no contexto da família e da comunidade e, assim, contribuir para o novo modelo de assistência à saúde vigente no Brasil. A qualificação dos enfermeiros, a responsabilização pelos usuários, o desenvolvimento das competências, justificavam os conteúdos e a formação potencialmente significativa dos residentes. Os problemas e a condição de saúde dos usuários são pontos de partida para o exercício profissional e para o processo ensino-aprendizagem (BRASIL, 2004).

Nessa mesma época (1998), o Ministério da Saúde criou por iniciativa de seu Departamento de Atenção Básica (DAB), o projeto denominado Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. Sua concepção inicial era de propiciar a articulação ensino-serviço, segundo as necessidades de capacitação dos profissionais de saúde integrantes das equipes existentes. Pelas razões apresentadas, a ESP-CE firmou convênio com a Universidade Federal do Ceará/Departamento de Saúde Comunitária, para a realização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família a dez profissionais de

saúde (cinco enfermeiros e cinco médicos). Tornou-se, então, insuficiente o número de enfermeiros com Residência, incluindo-se aqueles em fase de conclusão contratados e capacitados para os PSF nos municípios avaliados. Estudos similares (LESSA, 2004; GIL, 2005) avaliaram a formação e a qualificação dos profissionais de saúde no Brasil e encontraram, também, um número reduzido de enfermeiros com residência no Programa Saúde da Família.

Retomando a questão do processo de educação permanente, pesquisamos a capacitação específica de enfermeiros na área da saúde da criança, nos cursos de Aconselhamento em Aleitamento Materno e de Atenção Integral às Doenças Próprias da Infância (AIDPI). Estes cursos receberam financiamento do MS e foram ministrados pelas Secretarias de Saúde Estaduais. O Estado do Ceará foi um dos que ofereceu capacitação nessa área.

Verificamos que menos da metade (47%) dos enfermeiros dos municípios em estudo submeteram-se ao curso de Aconselhamento em Amamentação e 60,5% ao curso AIDPI. Cabe destacar que o curso AIDPI contou com maior número de participantes nos municípios de Quixeramobim (93,7%) e Cascavel (83,3%); foi menor a participação dos enfermeiros em Fortaleza (45%).

O curso de Aconselhamento em Aleitamento diferencia-se de outros cursos de capacitação por objetivar, além dos aspectos teóricos e práticos da amamentação, o desenvolvimento de habilidades dos enfermeiros em aconselhamento, treina o profissional na relação interpessoal com as mães e leva em consideração as bases fisiológicas da lactação (WHO CDD, 1994; REA & VENANCIO, 1999).

A Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) é um curso para a implementação da estratégia recomendada pela Organização da Saúde (OMS), Organização Pan-americana da Saúde (OPS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF). Objetiva propiciar consulta integrada à criança menor de cinco anos de idade, sistematizar o atendimento a esse grupo etário, avaliar a criança integralmente e adotar medidas terapêuticas de baixo custo e alta resolutividade, sob o enfoque preventivo e de atenção básica ao menor e sua família. Esta estratégia expandiu-se, rapidamente, com técnicas adaptáveis às diversas regiões, particularmente nas regiões Norte e Nordeste, nos municípios em que a taxa de mortalidade infantil (TMI) era superior a 40 por mil nascidos vivos. Sua implantação deu-se no contexto do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS), com ênfase na atenção básica. Tem, ainda, como objetivo estimular uma melhor

relação do profissional de saúde com os familiares da criança, no domicílio, favorecendo uma melhor percepção da doença, do tratamento e dos cuidados, principalmente quanto aos sinais de gravidade e redução da mortalidade infantil (STARFIELD, 2002). A esse respeito, citamos o estudo (AMARAL et al, 2004) realizado para avaliar a influência, na prática assistencial, do curso AIDPI, comparando o desempenho dos profissionais que o fizeram com aqueles que não o fizeram. O referido estudo concluiu pelo significativo aumento da qualidade dos profissionais nos cuidados prestados às crianças. Além do mais, os resultados demonstraram melhor performance dos enfermeiros em comparação com os médicos treinados. Infelizmente, a associação médica brasileira suspendeu a realização dos cursos de AIDPI no país, em 2001, sob a alegação de não ser atribuição dos enfermeiros, a prescrição de medicamentos.

Os resultados encontrados em nossa pesquisa estimulam a reflexão sobre a importância da capacitação dos enfermeiros no AIDPI ou em capacitação similar, para um melhor desempenho no cotidiano dos serviços de atenção básica de saúde.

Na educação permanente destacamos a capacitação dos enfermeiros nas Residências em Saúde da Família, ou em Residências Multiprofissionais. Mais do que em qualquer outro curso de especialização, a Residência uni ou multiprofissional

representa uma oportunidade de aprimoramento profissional e o desenvolvimento e crescimento dos recursos humanos em saúde.

A assistência de enfermagem por meio de visitas domiciliares à puérpera e ao recém-nascido, deveriam ser uma constante, sobretudo quando a puérpera não tem ajuda dos familiares ou quando a puérpera manifesta insegurança e preocupação. Nessa ocasião é importante saber ouvir a mulher, reconhecer e discutir suas preocupações, ansiedades e medos. A enfermeira, nessa ocasião, deve estimular a mãe a observar o choro, a cor da pele do bebê, as eliminações, o coto umbilical, a sucção ou dificuldade em sugar, a frequência respiratória e as alterações do estado geral da criança. Além disso, a orientação e o preparo das mulheres para a lactação desde o período gestacional contribuem para o sucesso do aleitamento materno exclusivo, para o estímulo ao amor materno, especialmente entre as primíparas (MIRANDA et al. 1995; GIUGLIANI, 2000; OLIVEIRA et al 2001; XIMENES, 2004).

As enfermeiras não se preocupam em sensibilizar as famílias para a importância do apoio e a participação dos familiares no cuidado a criança. A IV PESMIC realizada no Ceará (2003) constatou que o pai geralmente não acompanha a mulher e o filho nas consultas, evidenciando pouco envolvimento no crescimento e desenvolvimento do filho. Em 21,0% das famílias

pesquisadas, os pais de crianças menores de três anos não moravam com os filhos, ou estavam inseridas noutra célula familiar. Muitas crianças já nascem sem contar com a presença do pai, o que leva, certamente, à desagregação familiar. Os profissionais de saúde geralmente, não estimulam a presença dos pais ou avós nos cuidados com o bebê (SUCUPIRA, 1998; CEARÁ, 2003; XIMENES et al, 2004).

No contato dos enfermeiros com os usuários dos serviços de saúde não constatamos investimento institucional na formação do profissional, para que ocorram mudanças éticas e políticas no perfil a ser alcançado, para que sejam valorizados os saberes do falante, ou mobilizadas as ações intersetoriais.

CAPITULO VI

CONCLUSÕES

Avaliamos as atividades dos enfermeiros que trabalham no Programa Saúde da Família, no cuidado às crianças de 0 a 2 anos confrontadas com o que é prescrito pelo Ministério da Saúde. Procuramos, assim, contribuir com o estudo das políticas públicas em saúde, avaliando as práticas adotadas pelos enfermeiros na sua rotina profissional.

O conhecimento, mesmo que parcial, do elenco de ações que vêm sendo desempenhadas pelos enfermeiros nos três municípios avaliados, permitiu, com base nos resultados obtidos, a apresentação de algumas conclusões:

- 1- O grupo de enfermeiros entrevistados é constituído, em sua maioria (92,5%), de mulheres que trabalham há menos de cinco anos no PSF.
- 2- Muitos (49,4%) enfermeiros trabalharam anteriormente em outro PSF. Nesta nova estratégia de ação em saúde no Brasil, constatamos que os enfermeiros têm procurado atualizar-se, participando de cursos de especialização em saúde da família. Os cursos de capacitação AIDPI e Aconselhamento em amamentação, específicos para o

- cuidar da criança, foram os mais procurados pelos enfermeiros.
- 3- Os enfermeiros (75,0%) continuam a investir na educação permanente, participando de cursos de especialização.
 - 4- Muitos (88,0%) enfermeiros restringem-se ao atendimento individualizado, sem considerar a realidade local onde vivem as famílias.
 - 5- Muitos (49,4%) enfermeiros não realizam visita domiciliar às puérperas na primeira semana pós-parto.
 - 6- A maioria (52) apontou dificuldades estruturais e operacionais, como a falta de planejamento gerencial e o excessivo número de famílias por equipe.
 - 7- Os pais e avós participam, às vezes (50,7% e 61,0%), das consultas de enfermagem no cuidado à criança, compartilhando as tarefas com as mães.
 - 8- Confirmamos como verdadeira a hipótese H1. Realmente existe diferença significativa entre as atribuições estabelecidas pelo MS e as atividades efetivamente realizadas pelo enfermeiro na assistência à criança.

CAPITULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa não pretendeu esgotar o tema. Sabemos que persistem lacunas no processo de trabalho dos enfermeiros no Programa Saúde da Família, que poderia ser dinâmico e diferenciado em locais distintos. No entanto, para a obtenção de respostas às alternativas que vêm sendo efetivadas no contexto onde o enfermeiro está inserido, deverão ser realizadas novas pesquisas.

O estudo mostrou-se relevante, na medida em que aprofundou os temas relacionados à formação profissional do enfermeiro, em que reviu as práticas que exercem influência no processo do cuidar das crianças e das famílias e o papel político da categoria enfermeiro.

Vale ressaltar que no percurso do trabalho de campo, compreendeu-se melhor a complexidade do trabalho do enfermeiro na Saúde da Família. Muitos dos profissionais entrevistados são dedicados ao trabalho e sentem-se, em alguns momentos, desanimados frente às inúmeras tarefas a serem realizadas sem a compreensão e apoio dos gestores. Outros, mesmo com capacitação técnica, não inovam ou não procuram ser “diferentes”, isto é, não atuam pro ativamente.

Compreendemos não ser necessário, que os enfermeiros sigam, apenas, as competências e atribuições delineadas pelo Ministério da Saúde. Porém, precisam assumir não só os direitos, mas também seus deveres como cidadãos e buscar soluções plausíveis e possíveis de serem realizadas.

Para que haja reconhecimento da comunidade do papel do enfermeiro na atenção à criança na Saúde da Família, é necessário, sobretudo, sair dos gabinetes ambulatoriais, exercer ação direta no domicílio do cliente, cuidando e assistindo no contexto da mãe e da criança, bem como refletindo sobre sua prática com a comunidade e equipes de trabalho.

Finalmente, compreendemos claramente que os enfermeiros contribuíram decisivamente para a redução da morbi-mortalidade infantil no estado do Ceará, embora muito ainda necessite ser feito. E compete a nós, enfermeiros, enfrentar esse desafio.

10 REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A. de; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 233-242, 1996.

ACURCIO, F. A. de; SANTOS, M. dos; FERREIRA, S. M. G. O planejamento local de serviços de saúde. In: MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p.111-132.

ALMEIDA, N. M. G. S. de. **Mortalidade perinatal no município de São Paulo**. 1996. s. n. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Saúde Materno Infantil. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

AMARAL, J.; GOUWS, E.; BRYCE, J.; LEITE, A. J.; CUNHA, A. L.; VICTORA, C. G. Effect of integrated management of childhood illness (IMCI) on health worker performance in northeast-Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. S209-S219, 2004.

ANDRADE, F. M. O. **O programa de saúde da família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento**. 1998. 87 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

ANDRADE, L. O. M. de. **SUS passo a passo: gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec, 2001. 109 p.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2001.

ASTI VERA, A. **Metodologia da pesquisa científica**. Tradução de Maria Helena Guedes Crespo e Beatriz Marques Magalhães. Porto Alegre: Globo, 1973.

AYRES, J. R. De C. M. **Epidemiologia e Emancipação**. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

BARBOSA, L. P. **A vivência de crises no ciclo gravídico-puerperal**. 1998. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; BARROS, A. J. D.; SANTOS, I. S.; ALBERNAZ, E.; MATIJASEVICH, M. R. D.; SCLOWITZ, I. K. T.; HALLAL, P. C.; SILVEIRA, M. F.; VAUGHAN, J. P. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **Lancet**, v. 365, n. 9462, p. 847-854, Mar. 2005.

BORGES, C. C. **Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa Saúde da Família (PSF)**. 2002. 161f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil dos médicos e enfermeiros do programa saúde da família no Brasil: relatório final**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planos estaduais para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica: diretrizes e orientações**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. **Relatório final**: avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos. Brasília; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço**: relatório final. Brasília, 2004.

BUSS, P. M. A ciência brasileira vai bem: e a tecnologia? **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p 4-5, jan./fev. 2005.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CARVALHO, G.; ROSEMBURG, C. P.; BURALLI, K. O. Avaliação de ações e serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 24, n.1, p. 72-88, jan./fev. 2000.

CAPRARA, a; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado – **II Pesquisa de saúde materno-infantil no Ceará – PESMIC 2: comparação de dois estudos de abrangência estadual 1987/1990**. Fortaleza, SESA, 1990.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado – **IV Pesquisa de saúde materno-infantil no Ceará – PESMIC IV: resultados comparativos período 1987-2001**. Fortaleza, SESA, 2003.

CHIAVENATO, I. **Recursos Humanos**. São Paulo: Atlas, 1992.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZA, Z.M.A (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 1997.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA, M. B. de S.; SILVA, M. I. T. da. Impacto da criação do programa saúde da família na atuação do enfermeiro. **Rev. Enfermagem UERJ**, v. 12, n. 3, p. 272-279, dez. 2004.

CUNHA, A. J. L.; SILVA, M. A. F.; AMARAL, J. A estratégia de "Atenção integrada às doenças prevalentes na infância – AIDIPI" e sua implantação no Brasil. **Rev. Pediatria do Ceará**, v. 2, p. 33-38, 2001

ESCUREDO, P. **Salud en tiempos de crisis**: bases para una propuesta de instrumentación que permita evaluar condiciones de eficiencia y capacidad resolutive de servicios de salud. Washington: OPS-Salud Materno-infantil- Grupo Interprogramático, 1989. Mimeo.

FELISBINO, J. E.; NUNES, E. P. **Saúde da Família**: planejando e programando a saúde dos municípios. Tubarão: Unisul, 2000.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev Bras saúde matern. Infantil**, v. 4, n.3, p.317-321, jul./set. 2004.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. de. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 544-551, jul./ago. 2003.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F. de. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 2., p. 166-171. mar./abr. 2002.

FRANCO, A. L. S. **A relação médico paciente no contexto do Programa Saúde da Família: um estudo observacional em três municípios baianos**. 2002. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

FRANCO, A. L. S.; BASTOS, A. C. de S.; ALVES, V. S. A relação médico-paciente no programa saúde da família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 246-255, jan./fev. 2005.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W.de S. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 352-360, 1998.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GABRIELLI, J. M. W. **Formação do enfermeiro: buracos negros e pontos de luz**. 2004. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxo e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GOYA, N. **O SUS que funciona em municípios do Ceará**. Fortaleza, CE: AMECE, 1996.

GIUGLIANI, ERJ. Amamentação exclusiva e sua promoção. In: CARVALHO, M. R. de C.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002.

HARTZ, Z. M. A.; CAMACHO, L. A. B. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 13-20, 1996.

KURCGANT, P e cols. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

LESSA, G. M. **A atuação da enfermeira nas equipes do programa de saúde da família no Estado da Bahia**. 2004. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2004.

LEITE, A. J. M. **Mortalidade perinatal e aspectos da qualidade da atenção à saúde no município de Fortaleza, 1995**. 1996. 116f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.

LINDSAY, A. C. Integrating quantitative and qualitative methods to assess the impact of child survival programs in developing countries: the case of a program evaluation in Ceará, Northeast Brazil. **Health Education & Behavior**, v. 29, n. 5, p. 570-584, 2002.

LOPES, G.; BAPTISTA, S. de S. A trajetória da residência de enfermagem no Brasil. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, v. 3, n. 1, p. 58-71, 1999.

LUCHINI, R. C.; MÁRQUEZ, F. D.; CAMPOS, C. S. La enfermera en la atención primaria infantil. **Pediatría Día**, v. 18, n. 2, p. 32-36, mayo/jun. 2002.

MACHADO, M. M. T; LEITÃO, G. da C. M.; HOLANDA, F. U. X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 723-728, set./out. 2005.

MELLO, D. F. de; ROCHA, S. M. M. Assistência de enfermagem a crianças prematuras: uma revisão da literatura sobre o seguimento. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 52, n. 1, p. 14-21, jan./mar. 1999.

MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. 359 p.

MINAYO, C. S. de S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MIRANDA, A. S. de.; SCHEIBEL, I. M.; TAVARES, M. R. G.; TAKEDA, S. M. P. Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 208-214, 1995.

MIRSHAWKA, V. **Hospital: fui bem atendido – a vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994.

MONTEIRO, C. A. **O panorama da nutrição infantil nos anos 90**. Brasília: UNICEF, 1997.

MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MOTTA, K. M. T. Puericultura: concepções e práticas da enfermagem no Programa Saúde da Família. **Rev RENE**. Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 544-551, jul-ago. 2003.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

OLIVEIRA, L. A. Pde.; MENDES, M. S. Mortalidade infantil no Brasil: uma avaliação de tendências recentes. In: MINAYO, M. C. de S. **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo: Hucitec, 1995.

PEDROSA, J. dos S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do programa saúde da família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.303-311, 2001.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PONTES, R. J. S.; MACHADO, M. M. T.; MOTA, M. V.; BARBOSA, J. C. PITS: quem integra o programa no Ceará. **Rev. Ciência e Tecnologia FUNCAP**, v. 6, n. 3, p. 30-31, 2004.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

REA, M. F.; VENANCIO, S. I. Avaliação do curso de Aconselhamento em Amamentação OMS/UNICEF. **J. de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 2, p. 112-117, 1999.

RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V.; SAPARELLI, E. C. L. Consulta de enfermagem à criança num projeto de integração docente-assistencial: experiência de implantação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 79-85, 2002.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. de. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 709-714, set./out. 2002.

RODRIGUES, V. V. **O enfermeiro no programa saúde da família**: reflexões sobre sua atuação na perspectiva da teoria da contingência. 2003. 98 p. Dissertação (Mestrado) - Escola

Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2003.

SANTOS FILHO, J. C. dos; GAMBOA, S.S. (Org.). **Pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1995.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SIMÕES, C. C. da S.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular e diferenciais regionais da mortalidade infantil no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Hucitec, 2000.

SILVA, A. C. S. **Viva criança: os caminhos da sobrevivência infantil no Ceará**. Fundação Demócrito Rocha, 1999.

SILVA, A. C. S. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral – Ceará: uma análise da evolução de saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002**. 2003. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SOUZA, A. C. T. de; PETERSON, K. E.; CUFINO, E.; GARDNER, J.; CRAVEIRO, M. V.; ASCHERIO, A. Relationship between health services, socioeconomic variables and inadequate weight gain among Brazilian children. **Bull. World Health Organ.**, v. 77, n. 11, p. 895-905, 1999.

SORIANO, RR. Manual de pesquisa social. Petrópolis, RJ: Vozes. 2004. 343p.

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

SUCUPIRA, A. C. S. L. **Relações médico-paciente nas instituições de saúde brasileiras**. 1982. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1982.

TANAKA, O. U.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 121-136.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. de S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saude Pública**, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr./jun. 1998.

TRAD, L. A.B.; BASTOS, A. C. de S.; SANTANA, E. M. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 18,n.6, p 1561-1569, 2002.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995. p. 221-235.

VERISSÍMO, M. de la O. R.; MELLO, D. F. de; BERTOLOZZI, M. R.; SIGAUD, C. H. de S.; FULIMORI, E.; LIMA, R. A. G. de. A formação do enfermeiro e a estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância. **Rev. Brasileira Enfermagem**, v. 56, n. 4, p. 396-400, jul./ago. 2003.

VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P.; BARROS, F. C.; SILVA, A. C.; TOMASI, E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. **Lancet**, v. 356, n. 9235, p. 1093-1098, Sept. 2000.

VOURI, H. V. **Quality assurance of health services.** Copenhagen: World Health Organization, 1982.

VOURI, H. V. A qualidade de saúde. **Divulgação em Saúde Para Debate**, v. 3, p. 17-24, 1991.

XIMENES, L. B.; PINHEIRO, A. K. B.; LIMA, K. M. de.; NERY, H. B. A influência dos fatores familiares e escolares no processo saúde-doença da criança na primeira infância. **Acta Sci. Health Sci**, v. 26, n. 1, p. 223-230, jan./jun. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. CDD. **Breastfeeding counseling**: a training course. [S.l.], 1994. (Update, n. 14).

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO

Projeto Convênio nº 24/2002 FUNCAP/ESP
COORDENADORA DA PESQUISA: Enf. MÁRCIA MARIA TAVARES MACHADO

Mês: _____

Cidade: _____

Regional: _____

Entrevistador: _____

Identificação:

1. Sexo: 1. F() ____ 2. M()

2. Idade: _____

3. Estado civil: 1 Solteiro() 2 Casado() 3 Separado/Divorciado()

4 Viúvo() 5 União estável

4. Filhos: 1 Sim() 2 Não()

| 4.1. Se sim: quantos ()

5. A família mora com você na mesma cidade onde você trabalha:

1 Sim() 2 Não()

6. Tempo em que trabalha no PSF (nessa cidade e outra): 1. Menos 2 anos()

2. De 2 a 5 anos() 3. 6 ou mais()

7. Trabalhou no PSF em outra cidade antes desta: 1. Sim() 2. Não()

Cursos em que participou:

7.1 Introdutório: 1 Sim() 2. Não()

7.2. Especialização em saúde da família: 1 Sim() 2. Não()

7.3. Mestrado: 1 Sim() 2. Não()

7.4 Doutorado: 1 Sim() 2. Não()

7.5 Aconselhamento em aleitamento materno: 1. Sim() 2. Não()

7.6 AIDPI: 1. Sim() 2. Não()

7.7 Residência de Enfermagem: 1. Sim() 2. Não() 3. Não Concluído()

8. Atua no PSF: 1. na zona urbana() 2 (zona rural()

9. Salário bruto que recebe no PSF: _____

10. Você exerce outra atividade além do PSF: 1. Sim() 2. Não()

11. Você é coordenador (a) da equipe do PSF: 1. Sim() 2. Não()

Atuação Profissional:

12. Profissionais que compõem a equipe do PSF onde você atua:

1. Médico() 2. Enfermeiro() 3. Auxiliar de Enfermagem() 4. Dentista()

5. Agente de Saúde() 6 Outros _____

13. Você se identifica como Enfermeiro a todos os clientes que atende

1. Sim() 2. Às vezes() 3. Não()

14. Os clientes lhe conhecem pelo nome:

1. Sim() 2. Às vezes() 3. Não()

15. Tempo médio gasto na consulta de Enfermagem às crianças:

1. 15 minutos() 2. 20-30 minutos() 3. 40-50 minutos() 4. +de 60min()

16. Realiza visita domiciliar às puérperas na primeira semana pós-parto:

1.
2. _____
3. _____
4.
4.1.
5.
6.
7.
7.1
7.2
7.3
7.4
7.5
7.6
7.7
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15

1. Sim () 2. Às vezes () 3. Não ()	16.
17. Realiza a puericultura das crianças em sua área: 1 Sim () 2. Não () 3. Às vezes ()	17.
18. Com quantos dias você realiza a primeira consulta (puericultura) de Enfermagem: 1 1ª semana () 2. 15 dias () 3. 30 dias () 4. Não se aplica ()	18.
19. O pai da criança participa da consulta de enfermagem, na Unidade: 1 Sim () 2. Não () 3. Às vezes ()	19.
20. A avó da criança participa da consulta da consulta de enfermagem, na Unidade: 1 Sim () 2. Não () 3. Às vezes ()	20.
21. Você organiza grupo de gestantes na Unidade ou na comunidade: 1 Sim () 2. Não () 3. Às vezes ()	21.
22. Você organiza grupo com mães após o parto na Unidade ou na comunidade : 1 Sim () 2. Não () 3. Às vezes ()	22.
23. Cite 3 problemas que dificultam as atividades dos Enfermeiros no PSF 1 - * 2 - * 3 - *	
24. Cite 3 aspectos que facilitam as atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro no PSF 1 - * 2 - * 3 - *	
25. Você se reúne com a equipe para discutir os problemas da Unidade/clientela e realizar o planejamento de ações: 1.()Sim 2.()Não 3.()às vezes 4.()Nunca	

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (DIRETOR DA UNIDADE DE SAÚDE)

Programa de Saúde da Família: a relação enfermeiro-paciente na consulta de enfermagem

Convênio nº 24/2002 FUNCAP/ESP

Responsável: Márcia Maria Tavares Machado
Telefone Comercial: 40098044 ou 31011420
Residencial: 3226.5850 ou 9984.9335

Eu _____ Diretora da Unidade de Saúde da Prefeitura de _____, autorizo a realização da pesquisa junto a enfermeiros e mães com crianças assistidas nesta Unidade, podendo o pesquisador de campo entrevistar individualmente os profissionais e mães, bem como observar as consultas realizadas, sem interrupção, ou comentários sobre a mesma.

Foi informado (a) que esta pesquisa será a tese de doutorado de Márcia Maria Tavares Machado, Enfermeira. COREN 31840 Ce, realizada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Permito que os resultados obtidos sejam publicados em revistas científicas, desde que mantido o sigilo absoluto da identidade das mães e enfermeiros entrevistados e observados, assim como o nome da Unidade de Saúde.

Data: _____

Nome do Diretor da Unidade de Saúde: _____

Assinatura: _____

Endereço para Contato: _____

Telefone para contato: _____

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIRO)

Programa de Saúde da Família: a relação enfermeiro-paciente na consulta de enfermagem

Convênio nº 24/2002 FUNCAP/ESP

**Responsável: Márcia Maria Tavares Machado
Telefone Comercial: 40098044 ou 31011420
Residencial: 3226.5850 ou 9984.9335**

Eu _____ Enfermeiro
(a) da Unidade de Saúde da Prefeitura de _____, aceito participar da entrevista individual, respondendo a um questionário do estudo sobre a "Avaliação das atividades dos enfermeiros na atenção a saúde da criança de zero a dois anos em três municípios do Ceará". Fui informado (a) essa pesquisa tem como objetivo avaliar as atividades desempenhadas pelos enfermeiros da estratégia Saúde da Família na assistência às crianças de zero a dois anos, em três municípios do Ceará. Fui informado (a), também, de que o estudo faz parte da tese de doutorado de Márcia Maria Tavares Machado, Enfermeira, Telefones: 85-99849335 ou 32265850, COREN 31840- Ce. Permito que os resultados obtidos sejam publicados em revistas científicas, desde que mantido o sigilo absoluto da minha identidade, bem como o nome da Unidade de Saúde.

Data: _____

Nome do Enfermeiro: _____

Assinatura: _____

Endereço para Contato: _____

Telefone para contato: _____

Ass: Pesquisador _____