

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
FACENE/RN

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SARA SIMÉIA DA SILVA BORGES

**A CONSULTA DE ENFERMAGEM E O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO
E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA EM MOSSORÓ-RN**

MOSSORÓ
2015

SARA SIMÉIA DA SILVA BORGES

**A CONSULTA DE ENFERMAGEM E O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO
E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA EM MOSSORÓ-RN**

Monografia apresentada à Banca Examinadora na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. Esp. Amélia Resende Leite.

MOSSORÓ
2015

B73c

Borges, Sara Siméia da Silva.

A consulta de enfermagem e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em Mossoró-RN/ Sara Siméia da Silva Borges. – Mossoró, 2015.

49f.

Orientador: Prof. Me. Amélia Resende Leite

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Crescimento e desenvolvimento - pediatria. 2. Consulta de enfermagem. 3. Pediatria. I. Título. II. Leite, Amélia Resende.

CDU 616-053.2

SARA SIMÉIA DA SILVA BORGES

**A CONSULTA DE ENFERMAGEM E O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO
E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA EM MOSSORÓ-RN**

Projeto de monografia apresentado pela aluna Sara Siméia da Silva Borges, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Esp. Amélia Resende Leite

ORIENTADORA

Prof^a. Ms. Kalidia Felipe de Lima Costa

MEMBRO

Prof^a. Esp. Patricia Helena de Moraes Cruz Martins

MEMBRO

MOSSORÓ
2015

RESUMO

O crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. Em virtude dessa relevância, é que se realiza a presente pesquisa. A mesma tem como objetivo analisar se a consulta de enfermagem e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em Mossoró-RN está de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Para isso, busca-se caracterizar a situação profissional dos participantes da pesquisa; conhecer como ocorre a consulta de enfermagem durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; identificar as dificuldades encontradas na consulta de enfermagem, pelos profissionais entrevistados; e analisar, como base na opinião dos entrevistados, a importância do acompanhamento do crescimento da criança. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório, tendo uma abordagem qualitativa. A população constitui-se por enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde distribuída em quatro zonas da cidade de Mossoró-RN, cuja amostra totaliza 15 profissionais. A coleta de dados realizou-se por meio de um roteiro de entrevista, contendo duas partes: a primeira constituída por dados sócio- demográficos e a segunda, por cinco questões abertas sobre o tema. O tipo de análise trabalhada nesse estudo foi análise temática. A partir da análise dos dados, percebe-se que, apesar dos profissionais serem conscientes da importância, a falta de infraestrutura, aliada a defasagem do número de profissionais, compromete a eficiência do serviço prestado à população. Torna-se necessário que as autoridades ligadas à saúde tomem as medidas cabíveis, a fim de possibilitar que a consulta de enfermagem e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em Mossoró-RN possa ocorrer conforme o que é recomendado pelo Ministério da Saúde.

Palavras- Chaves: Criança, Crescimento, Desenvolvimento, Consulta de enfermagem.

ABSTRACT

Growth and development are reference axes for all activities of attention to children and adolescents under the biological, emotional, psychological and social. Because of this importance, does it fulfill this research. The same is to analyze the nursing consultation and monitoring the growth and development of children in Mossoro -RN is in line with the recommendations by the Ministry of Health. For this , we seek to characterize the employment status of respondents ; knowing how the nursing consultation occurs during monitoring of child growth and development ; identify the difficulties encountered in nursing consultation , the professionals interviewed ; and analyze , based on the opinion of respondents , the importance of child growth monitoring. It is a descriptive and exploratory research, with a qualitative approach. The population is made up by nurses who work in Basic Health Units distributed in four areas of the city of Mossoro -RN, whose sample totals 15 professionals. Data collection took place by means of an interview script containing two parts: the first consists of socio-demographic data and the second for five open questions on the subject. The type of analysis worked in this study was thematic analysis. From the data analysis, it is clear that despite the professionals are aware of the importance , the lack of infrastructure , coupled with the gap in the number of professionals , compromises the efficiency of the service provided to the population. It is necessary that the health related authorities take appropriate action in order to enable the nursing consultation and monitoring the growth and development of children in Mossoro -RN can occur as it is recommended by the Ministry of Health.

Keywords : Child, Growth, Development, nursing consultation .

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me auxiliado durante toda essa trajetória sem o qual não teria conseguido realizar mais esse sonho.

À minha família pelo incentivo e paciência durante todo este longo percurso, os quais sonharam me apoiaram e sonharam juntos.

Aos meus mestres que sem os quais não teria adquirido o amplo conhecimento que tenho hoje, por toda a dedicação, inteligência e paciência ao me ensinar tudo o que sabiam.

À toda equipe maravilhosa da FACENE, em especial a da biblioteca no qual cito o nome da responsável Vanessa Camilo que me auxiliou muito durante meus estudos ao longo desses quatro anos de curso, que Deus abençoe a vida de cada um infinitamente mais.

Agradeço às minhas orientadoras Prof. Ananka Maia e Amélia Resende, que não mediram esforços para me ajudar em todos os momentos dessa reta final.

Enfim, agradeço todos que de forma direta ou indireta me ajudaram a chegar até aqui, me sinto muito feliz e honrada por todos vocês passarem na minha vida deixando sua marca.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 JUSTIFICATIVA.....	10
1.2 HIPÓTESE.....	11
2 OBJETIVOS	12
2.1 GERAL.....	12
2.2 ESPECÍFICOS.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.....	13
3.2 O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	16
3.3 A ANAMNESE E O EXAME FÍSICO DA CRIANÇA DENTRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	20
4 METODOLOGIA	24
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	24
4.2 LOCAIS DE PESQUISA.....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	26
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	26
4.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
4.8 FINANCIAMENTO.....	28
5 RESULTADOS	28
5.1 DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS.....	28
5.2 A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E AS PRECONIZAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	30
5.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.....	36
5.4 BENEFÍCIOS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO PARA A CRIANÇA.....	39

5.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PELOS ENFERMEIROS DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.....	40
CONCLUSÃO.....	41
REFERENCIAS	
APÊNDICES	
ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

A infância é feita de uma sucessão de etapas de desenvolvimento e cada uma tem suas particularidades. O desenvolvimento é contínuo, e cada etapa constitui um processo decisivo para a etapa seguinte. Esse processo ocorre globalmente, e a criança cresce e desenvolve suas potencialidades nos planos afetivo, intelectual e social. Entretanto, cada criança é única e tem um ritmo próprio de desenvolvimento determinado pelos fatores genéticos e influenciado pelos meios físico, familiar, social e cultural (CARVALHO et al, 2002).

O Ministério da Saúde estabelece que a faixa etária infantil compreende dos 0 aos 9 anos de idade. Conforme a lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente Art. 7.º, diz que: A criança e o adolescente têm direito a proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 2006).

Ainda para o Ministério da Saúde uma das ações básicas da Assistência Integral à Saúde da Criança é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento para crianças de até cinco anos de idade. Esse período é de extrema importância, tendo em vista a alta velocidade, intensidade e vulnerabilidade deste processo (FIGUEIREDO, 2003).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é realizado através de um calendário mínimo de consultas mensais que possibilita o cumprimento de diversas etapas, como: observação periódica, avaliar e assistir o processo através de, obtenção periódica e padronizada de informações; registro e interpretação das informações obtidas; buscas de fatores explicativos de eventuais deficiências encontradas; assistência contínua (FIGUEIREDO, 2003).

O mesmo tem se tornado um eixo norteador das ações básicas em saúde que são designadas para o público infantil, por fornecer subsídios necessários à avaliação das condições de saúde e redução da morbimortalidade, em consonância com a “Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil” instituída pelo Ministério da Saúde (MONTEIRO et al, 2011).

A consulta de enfermagem vem sendo considerada uma das principais atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, tanto na rede de atenção primária à saúde, como na hospitalar. Essa atividade, privativa do profissional enfermeiro, foi

regulamentada pelo artigo 8º do Decreto nº 94.406-87 da Lei nº 7.498-86 que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, a mesma está legitimada desde a década de 60, como um instrumento de aplicação do processo de enfermagem, contribuindo dessa forma para a detecção e resolução de problemas potenciais e reais que acometem a clientela assistida (CIANCIARULLO et al, 2008).

Dentro da mesma se avalia o crescimento da criança, que é tido como um processo biológico, de multiplicação e aumento do tamanho celular, que é comprovado pelo desenvolvimento do tamanho corporal. Onde todo indivíduo nasce com um potencial genético de crescimento, podendo ou não vir a ser atingido, que dependerá das condições de vida a que esteja inserido desde a concepção até a vida adulta. Por isso pode-se dizer que o crescimento sofre influências de fatores intrínsecos (genéticos, metabólicos e malformações, muitas vezes correlacionados, ou seja, podem ser geneticamente determinados) e de fatores extrínsecos, dentre os quais destacam-se a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança (BRASIL, 2002).

Já na fase de desenvolvimento é avaliada a transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais. Esse desenvolvimento sofre a influência contínua de fatores intrínsecos (características físicas) e extrínsecos (desde a concepção até o final da vida intrauterina) que provocam variações de um indivíduo para outro e que tornam único o curso do desenvolvimento de cada criança (BRASIL, 2002).

As etapas da construção do perfil desse desenvolvimento, são: a) a identificação de fatores de risco para a saúde; b) a identificação de problemas de saúde; c) a escuta das informações e opiniões dos pais sobre o desenvolvimento do filho; d) a avaliação clínica de comportamentos funcionais adaptativos; e) o exame de reflexos primitivos; f) o exame do tônus muscular; g) a pesquisa de sinais neurológicos (DUNCAN, 2006).

O C e D são compostos por várias etapas, como: avaliação do ganho de peso-idade que permite o acompanhamento do progresso individual de cada criança. De modo, que se identifiquem aquelas de maior risco de morbi-mortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição; da estatura-idade realizado para o acompanhamento do crescimento linear da criança, podendo também ser relacionado com o peso; perímetro cefálico analisa o crescimento da cabeça-cérebro

de crianças nos dois primeiros anos de vida, afastando o diagnóstico de microcefalia ou macrocefalia; perímetro torácico; perímetro abdominal; perímetro braquial; avaliação neurológica, através dos testes de reflexos à cada mês de vida (BRASIL, 2002) .

Dessa forma, constituem-se fundamentos da atenção primária à saúde da criança, a promoção do desenvolvimento e crescimento. A deficiência e incapacidade, relacionadas ao processo de desenvolvimento aumentam o risco de fracasso e abandono escolar e de dificuldades na transição para o trabalho e na manutenção do emprego (DUNCAN, 2006).

O acompanhamento deste desenvolvimento é considerado uma etapa indispensável das consultas sistemáticas de revisão da saúde de todas as crianças. O diagnóstico e tratamento de deficiências, tido de forma precoce melhora a saúde mental da mãe, o relacionamento entre os pais e entre pais e filhos, diminuindo problemas emocionais na criança, melhorando seu ajuste social, favorecendo seu desempenho escolar e comportamental, e ainda aumenta as chances de concluir o ensino médio e conseguir emprego (DUNCAN, 2006).

Diante do exposto, esta monografia apresenta-se como uma busca pela compreensão a respeito do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (CED) atendidos na atenção primária, pela consulta de enfermagem considerando o seguinte problema: será que esse acompanhamento está sendo realizado, conforme o Ministério da Saúde preconiza, sem que nenhuma etapa seja esquecida?

JUSTIFICATIVA

O interesse pelo tema em questão surgiu na pesquisadora associada em virtude de uma afinidade profissional com a atenção básica a saúde, tendo em vista a sua vivência em várias Unidades Básicas de Saúde durante toda a graduação e pode presenciar que por muitas vezes, durante a consulta de enfermagem, alguns aspectos importantes do C e D eram esquecidos e comprometia a qualidade das ações voltadas a criança.

A graduação em Enfermagem aumentou o interesse pelo tema, considerando que mais uma vez tornou-se clara a preferência pelas disciplinas de atenção básica, em especial Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente.

Para a Enfermagem e para os serviços de saúde, esta pesquisa tem suma relevância, pois trouxe reflexões sobre como a enfermagem está realizando o Crescimento e desenvolvimento da criança durante sua consulta.

Essa pesquisa é de grande relevância para a sociedade, tendo em vista que trará subsídios para outros estudos e poderá ser fonte de informações para os profissionais de saúde, fazendo com que a enfermagem desenvolva conhecimentos relacionados a saúde da criança e os aplique na prática, efetivando assim uma prática mais qualificada.

1.2 HIPÓTESE

Alguns aspectos do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (C e D) da criança não são realizados durante a consulta de enfermagem e isto compromete a qualidade das ações voltadas ao público infantil.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar se a consulta de enfermagem e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em Mossoró-RN está de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação profissional dos participantes da pesquisa;
- Conhecer como ocorre a consulta de enfermagem durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Verificar o conceito dos profissionais entrevistados quanto a importância do acompanhamento do crescimento da criança;
- Analisar as dificuldades encontradas na consulta de enfermagem pelos profissionais entrevistados;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Desde os primórdios da humanidade já se tinha e ouvia falar em crianças, mas não se pode afirmar que, universalmente, tenham vivido da mesma forma cada etapa diferente da vida em períodos históricos divergentes, pois cada faixa etária tem seu modo único de vivenciar, o que nos leva a novas descobertas e apreensões de outros conhecimentos em cada uma delas (SANTANA, 2009).

Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, que tinha como objetivo contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. O mesmo tinha por finalidade concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de 5 anos. Entre suas diretrizes básicas destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil (BRASIL, 1984).

Porto Alegre (2010) constatou que no final dessa década, começou-se a elaborar planos de ações que gerassem no futuro a política de atenção integral à saúde da criança. A mesma, foi formada por cinco pontos relevantes para a OMS (Organização Mundial de Saúde), OPAS (Organização Pan- Americana de Saúde) e MS (Ministério da Saúde) que são: o controle da doença respiratória, a terapia de reidratação oral, a vigilância do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno e as imunizações, que tiveram grande impacto na redução da morbimortalidade infantil.

Essas ações vêm sendo continuamente ampliadas e norteadas pelas recomendações da Declaração de Alma-Ata, Rússia, 1978, sobre cuidados primários em saúde, e da carta de Ottawa, Canadá, 1986, sobre promoção em saúde. Tais recomendações foram adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e a Constituição Federal de 1988, lei federal nº 8080-90 (CAMPOS et al, 2012).

O MS, em consonância com o SUS, estabeleceu alguns princípios norteadores, como o planejamento e o desenvolvimento de ações integradas, o acesso universal, o acolhimento, a responsabilização, a assistência integral e

resolutiva, a equidade, a atuação em equipe, o desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde, participação da família/control social na gestão local, avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada (PORTO ALEGRE, 2010).

De uma forma geral, todas as políticas públicas voltadas para as crianças têm como objetivo principal a redução da mortalidade infantil, tanto no nível nacional quanto estadual, atendendo as orientações da OMS, no Pacto para o Milênio, e ao princípio da equidade do SUS. Este princípio estabelece que os recursos disponíveis devam ser alocados conforme as prioridades estabelecidas por critérios epidemiológicos (PORTO ALEGRE, 2010).

Isso porque devemos levar em consideração o que a nossa Constituição de 1988 diz, quando relata no seu Art. 196: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário a ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Na mesma em seu Art. 227, mostra as responsabilidades de cada esfera com a saúde tanto da criança como do adolescente, quando cita: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Em 1983, o Ministério da Saúde, por meio da DINSAMI (Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil), elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). Tendo em vista melhorar as condições de saúde tanto da mulher como da criança, ampliando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011).

No ano seguinte, o PAISMC deu lugar a dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Os mesmos surgiram como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional, e seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores

condições de saúde, conforme preconiza a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde (MS) lançou esse Programa De Atenção Integral À Saúde Da Criança (PAISC) com o intuito de melhorar as condições de assistência à saúde, na faixa etária de 0 a 5 anos, com prioridade para grupos de risco (VIDAL, 2001).

O Programa é composto por Ações Integradas de Saúde (AIS) Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (PVCD), Incentivo ao Aleitamento Materno e Orientação para o Desmame (PIAM), Controle das Doenças Diarreicas e desidratação (TRO), Controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA), Imunização, Prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; Prevenção de acidentes e intoxicações; Assistência ao recém-nascido (VIDAL 2001, FIGUEIREDO 2003, BRASIL 2011).

As ações descritas acima foram elaboradas pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, através do INAMPS, e pelas secretarias estaduais de saúde, pensando-se na adequação da oferta de serviços, a fim de se concentrar recursos, de forma bem distribuída, para a solução dos problemas de saúde mais prementes e de maior prevalência na população de crianças menores de 5 anos de idade. O conjunto destas ações tinha por objetivo, garantir a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde, deslocando o enfoque de uma assistência centrada em patologias para uma modalidade de atenção voltada à criança no seu processo de desenvolvimento e crescimento (BRASIL, 1984).

Juntamente com esses programas foi elaborado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) instituído pela Lei Federal n. 8.069 de 1990, em substituição ao código de menores, tendo como finalidade a proteção, defesa e o desenvolvimento da criança e do adolescente. Este Estatuto determina o direito da criança, o que se espera da família, já que a mesma é considerada como principal cuidadora (BRASIL, 2013).

A lei mencionada acima por Brasil (2013) ressalta que o grupo infanto-juvenil deve ter todos os direitos dignos de um ser humano e ainda oportunidades para seu desenvolvimento físico, mental, moral, social, espiritual. É então da competência do poder público, priorizar o atendimento à criança e ao adolescente, de modo que seja garantido o direito à vida, saúde, educação, alimentação, lazer, esporte, cultura,

profissionalização, dignidade, respeito e, sobretudo, o direito de conviver no âmbito familiar.

Portanto, Brasil apud Maia (2010) refere que é de competência do poder público priorizar o atendimento à criança e ao adolescente, de modo que seja oferecido o direito à vida, saúde, educação, lazer, esporte, cultura, profissionalização, dignidade, respeito e sobretudo o direito de conviver no âmbito familiar. Com isso, o ECA prevê como fiscalizadores desses direitos o Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente e o Conselho Tutelar

Mesmo assim, o grupo infantil encontra-se submetido a sérias condições de risco onde ocorre exploração de seu trabalho, violência sexual e corporal, uso de drogas e uma série de outros problemas vivenciados por esta faixa. Com isso percebe-se que essa lei não está sendo cumprida no Brasil; necessitando, portanto, que a sociedade como um todo trabalhe a favor da garantia da qualidade de vida da criança e do adolescente (MAIA, 2010).

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde também podem contribuir para a materialização do ECA no dia-a-dia das crianças brasileiras a partir do momento que conseguem ter um olhar ampliado sobre esses sujeitos. E percebê-los muito mais do que apenas um ser biológico, mas também como um ser com uma história, uma cultura, inserida em um determinado contexto social. Logo, precisam lutar para concretizar esses direitos para que as crianças tenham qualidade de vida (MAIA, 2010).

Neste sentido, Silva e Martins apud MAIA (2010) entende que o SUS surge como uma política capaz de reorganizar a atenção integral à saúde da criança, já que a mesma articula ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, que são definidos no PAISC como eixos referenciais para a integralidade dos serviços oferecidos aos usuários cuja a faixa etária compreende dos 0 aos 9 anos de idade.

3.2 O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Antigamente, as crianças eram vistas como adultos em forma de miniaturas e, com o passar dos anos passaram a ser reconhecidas como indivíduos únicos com necessidades e capacidades específicas. As mesmas antes, eram separadas de sua

família quando se estava doente. Esse quadro com o passar do tempo vem passando por mudanças e a assistência a estas vem se modificando, em sua forma de organização do cuidado (OLIVEIRA, 2010).

Por volta do ano 1859, na maioria das escolas, não se dava o devido valor ao crescimento e desenvolvimento da criança, as reações psicológicas e a necessidade de educar, fazendo com que os profissionais de saúde estivessem aptos a cuidar doente, mas sem saberem lidar com sua convalescença ou com a prevenção das doenças (LIMA apud OLIVEIRA, 2010).

Posteriormente, esta concepção foi mudada com a identificação das especificidades e reações que variavam conforme a idade, isso se deve ao fato do corpo passar por várias evoluções, desde seu nascimento até a fase adulta, ultrapassando várias etapas que se modificam por força das transformações inerentes ao seu crescimento e desenvolvimento infantil (LIMA apud OLIVEIRA, 2010).

Desde a década de 70, na Conferência de Alma-Ata em 1978, no Brasil, o PAISC (Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança) formulou um conjunto de ações básicas de saúde que tinha como objetivo à integralidade da assistência à saúde, com enfoque sobre ações de prevenção de doenças e agravos. Dentre estas, encontrava-se o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil por meio da Caderneta de Saúde da Criança elaborada e ampliada para abranger crianças de até dez anos de idade (MONTEIRO, 2014).

O crescimento do ser humano é tido não somente como o aumento do tamanho corporal, que cessa com o término do aumento em altura (crescimento linear), mas também é visto como um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, levando em consideração os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos (BRASIL, 2002)

O mesmo é considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, pelo fato de sua estreita dependência com os fatores ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, refletindo assim, as condições de vida da criança, no passado e no presente (BRASIL, 2013).

A avaliação do crescimento é um importante instrumento para acompanhamento das condições de saúde e nutrição, tanto de indivíduos quanto de populações. É realizada através da história clínica e epidemiológica, exame físico,

dados dos pais e a velocidade de crescimento. De forma que, se for realizada em diferentes etapas da vida do ser em crescimento podem contribuir para explicações do que ocorreu em fases anteriores e sugerir riscos imediatos, mediatos e tardios para a saúde (MONTEIRO, 2014).

O acompanhamento do C e D da criança na Unidade de Saúde da Família é realizado mensalmente para os lactentes de zero aos dois anos de idade, depois na fase pré- escolar (2- 4 anos) passa a seguir essa sequência de 15, 18, 24, 30, 36, 42 e 48 meses e na fase escolar (5-10 anos) somente uma vez por ano, como determina a Sociedade Brasileira de Pediatria (BRASIL, 2013).

Segundo Brasil (2013), nos primeiros dois anos de vida o crescimento infantil é elevado, logo em seguida sofre um declínio gradativo e pronunciado até os cinco anos de idade. Após isso, a velocidade de crescimento é praticamente constante, variando de 5 a 6 cm-ano até o início do estirão da adolescência.

Nas crianças menores de cinco anos, a influência dos fatores ambientais é muito mais importante do que a dos fatores genéticos para expressão de seu potencial de crescimento. Pelo fato dos fatores genéticos apresentarem a sua influência marcada na criança maior, no adolescente e no jovem (BRASIL, 2013).

Para Oliveira (2010) os fatores extrínsecos que influenciam no crescimento infantil é de extrema relevância para as condições gerais de saúde, que envolvem uma gama de características ambientais (ecossistema), com ênfase no ambiente propriamente dito, nos seus componentes físicos e psicossociais, bem como na nutrição, na higiene corporal, na atividade física, na estimulação biopsicossocial, nas condições socioeconômicas e culturais, nas condições psicológicas e afetivas, nos fatores genéticos e endócrinos.

A partir de 2006 a OMS (Organização Mundial de Saúde) implantou novas curvas que avaliassem o crescimento infantil, a curva de distância ou de crescimento longitudinal e a curva de velocidade de crescimento, onde se tem como parâmetros o peso e altura, essa avaliação é realizada dos 0 aos 5 anos de vida (RICCO, 2008).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é tido como uma ação básica de saúde, que para o profissional é uma oportunidade de se analisar de modo integrado e preditivo, gerando assim a promoção da saúde (MONTEIRO, 2014).

Se por um lado, o crescimento é um processo material, mensurável, que se pode avaliar pela variação das dimensões e do peso do corpo, o desenvolvimento,

por outro, refere-se à incorporação de funções progressivamente mais complexas (RICCO, 2008).

A conduta na avaliação do desenvolvimento infantil deve-se valorizar, principalmente, as atividades que a criança já desempenha, não se restringindo apenas às etapas do desenvolvimento neurológico. Esse acompanhamento inicia-se com o contato da mesma com o profissional da saúde, a partir do 1º mês de vida, quando já começa a apresentar reações a estímulos sonoros e luminosos (OHARA, 2010).

Essa avaliação tem como produto tornar a criança capaz para atender às suas necessidades e as do seu meio, considerando seu contexto de vida. O desenvolvimento humano e as habilidades estão relacionados, porque as mesmas correspondem ao conjunto de atitudes e destrezas psicossociais necessárias para ter um comportamento adequado positivo e cujo desenvolvimento aumenta as possibilidades pessoais de desempenho, permitindo enfrentar eficazmente os desafios da vida diária (SÁNCHEZ apud OLIVEIRA, 2010).

Em todo o processo se apresenta um aspecto de multidimensionalidade, onde se leva em consideração o estado de saúde e nutrição, assim como a herança genética, o temperamento, a organização psíquica, a família e o contexto social, econômico, histórico e cultural que estão envolvidos no seu condicionamento (MANCINI et al, RUELA; MOURA; GRANTHAM-MCGREGOR apud OLIVEIRA, 2010).

Três aspectos são considerados importantes no desenvolvimento da criança, para a literatura: a plasticidade cerebral, o papel desempenhado pelo ambiente durante o curso de desenvolvimento e a certeza de que o resultado do desenvolvimento é proveniente da dinâmica de interação pessoa-ambiente (CARVALHO; LINHARES; MARTINHEZ apud OLIVEIRA, 2010).

Para Figueiredo (2003) o desenvolvimento infantil deve avaliar três aspectos, o psicológico que visa analisar a personalidade; o sexual que compreende cinco estágios (o oral, anal, fálico, de latência e genital); o intelectual que tem como estímulo o ambiente; neuropsicomotor que se divide em quatro tipos de condutas, motora, adaptativa, de linguagem e pessoal- social.

Uma das primeiras condições para que a criança se desenvolva bem é receber muito afeto de sua mãe ou outra pessoa que está encarregada de cuidar dela, visto que, a relação positiva da criança com sua família, construída sobre a

base do amor, pode aumentar a sua competência social e disposição para explorar o mundo ativamente (MARTINS et al; OPAS apud OLIVEIRA, 2010).

Conforme Oliveira (2010) existem uma série de fatores de risco que interferem em um bom desenvolvimento infantil, que vão desde a gestação até pós nascimento. Dentre eles estão, má nutrição materna, idade materna < 18 ou > 40 anos, falta do pré-natal, (pré)- eclampsia, baixo peso ao nascer, prematuridade, hipóxia, trauma obstétrico, convulsões, alterações metabólicas, sepses, encefalopatia, etc.

A avaliação do desenvolvimento da criança se subdivide em três pontos, onde se investiga as funções motoras, a inteligência cognitiva e a afetividade. Na função motora o sistema neuromotor controla todos seus movimentos de sentar, engatinhar, de preensão; na parte cognitiva a brincadeira projeta imagens mentais que a levarão a memória de cada objeto utilizado ao brincar; já na área afetiva é com os brinquedos e movimento de todo seu corpo que consegue se comunicar com os outros (OLIVEIRA, 2010).

Para facilitar a descrição do desenvolvimento, este é comumente discutido em termos de domínio de funções, como: habilidades motoras grossas, onde observa-se o uso dos músculos grandes do corpo; habilidades motoras finas, que é avaliada a partir do uso dos músculos das mãos; cognição, que é responsável pelo pensamento, memória e aprendizado; linguagem, que compreende a produção de comunicação (verbal e não- verbal) e a habilidade social-emocional, que desenvolvem reações emocionais aos eventos e interação com os outros (OLIVEIRA, 2010).

3.3 A ANAMNESE E O EXAME FÍSICO DA CRIANÇA DENTRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

O exame físico é de fundamental importância para se diagnosticar patologias, devido ao fato de gerar hipóteses durante a anamnese. Ele deverá seguir uma sequência lógica, sendo craniocaudal, mas poderá ser alterada de acordo com o quadro clínico de cada paciente (LÓPEZ, 2004).

Para a criança, o exame físico é potencialmente uma situação ameaçadora por ser desconhecida, invasiva do ponto de vista físico e pessoal, e até dolorosa. Entretanto, o apoio oferecido pela enfermeira para a mesma e acompanhante é de

fundamental importância, para minimizar o aspecto ameaçador do procedimento (SIGAUD, 1996).

No ato do exame devemos dispor de uma área, para a criança, com um ambiente normotérmico e sem estímulos, o segundo passo é despir a área do corpo a ser examinada, para evitar a perda calórica, observando em primeiro lugar a sua posição e movimentos de flexão, realizando em seguida todos os procedimentos que requerem tranquilidade, como a ausculta, deixando por último os mais estressantes, como os testes de reflexos (WONG, 1999).

O exame é composto pela inspeção, a palpação, a percussão, a ausculta, o olfato e o uso de alguns instrumentos e aparelhos simples. Nele se destacam as fáceis, o nível de consciência, o estado nutricional, o estado de hidratação e o desenvolvimento físico, com especial atenção à harmonia entre os diversos segmentos do corpo (PORTO, 2005).

A inspeção é a observação precisa e detalhada do comportamento e da aparência geral em relação às suas características específicas, como cor, textura, localização, posição, tamanho, sinais vitais, tipo e grau de movimento, simetria e comparação com o lado oposto do corpo, envolvendo os sentidos visual, auditivo e olfativo (OLIVEIRA, 2010).

Nesta fase, observa-se o paciente tanto em repouso como em movimentos, nela verificam-se os dados antropométricos (perímetro cefálico- PC, perímetro torácico- PT, perímetro abdominal-PA, altura e peso) e faz-se a pesquisa dos reflexos (POSSO, 2006).

Quando se avalia o perímetro cefálico, está se avaliando o crescimento da cabeça-cérebro de crianças nos dois primeiros anos de vida. Se apresentar alguma anormalidade, a criança deverá ser encaminhada para um especialista ou equipe multiprofissional, para afastar diagnóstico de microcefalia ou de macrocefalia. Ele é de fundamental importância por apresentar, nesse período, uma maior vulnerabilidade do sistema nervoso central (FIGUEIREDO, 2003).

Sua mensuração é feita com a criança deitada, utilizando-se uma fita métrica para medir a circunferência occipitofrontal, passando pela parte mais elevada da proeminência frontal e pela parte mais proeminente do segmento occipital (OLIVEIRA, 2010).

A avaliação do perímetro torácico é feita na altura da linha mamilar, ao nascer é normalmente 2 cm menor que o perímetro cefálico. Deve ser realizado com a

criança deitada, até os três anos de idade, levando em consideração o formato (circular, pombo, funil, barril, etc.) e simetria (simétrico e assimétrico) (SIGAUD, 2005).

O perímetro abdominal é realizado em decúbito dorsal, passando a fita na altura da cicatriz umbilical. Ele tem tal importância na detecção de ascite, visceromegalia, tumores abdominais, síndrome de má absorção, entre outras patologias (FIGUEIREDO, 2003).

Ao se avaliar a estatura-idade da criança se pode ter um acompanhamento do crescimento linear e identificação das deficiências de estatura, quando isso ocorre a causa mais provável é a associação entre dieta deficiente e ocorrência de infecções pregressas, que reflete assim o passado de vida da mesma, sobretudo suas condições de alimentação e morbidade (BRASIL, 2013).

Na avaliação do peso-estatura da criança se tem uma grande importância na detecção de deficiências nutricionais recentes (desnutrição aguda), sendo um meio também para avaliar a taxa de sobrepeso para a OMS (Organização Mundial de Saúde). Os serviços devem avaliar de forma contínua, principalmente, nas crianças menores de dois anos que apresentem baixo peso-idade no cartão da criança (BRASIL, 2013).

Figueiredo (2003) relata que a medição da estatura de crianças menores de dois anos, deve ser realizada com a mesma deitada em decúbito dorsal, usando régua ou mesa antropométrica. Para medir, coloca-se o lado fixo da régua na cabeça e o móvel nos seus pés, fazendo uma tração suave nos joelhos.

Na palpação verifica-se a pulsação, o aumento ou a diminuição de sensibilidade, o edema, o espasmo ou rigidez muscular, a elasticidade, a umidade. Nesta etapa se utiliza o tato a fim de explorar a superfície corporal, de modo superficial e profundo, por meio da técnica bimanual, onde se coloca uma mão sobre a outra para palpar com mais precisão (OLIVEIRA, 2010).

A percussão consiste em bater na superfície do corpo de forma rápida e aguda, para se produzirem sons que levem ao examinador a determinar posição, tamanho e densidade de uma estrutura adjacente. É importante destacar que na percussão abdominal deve se iniciar na linha média axilar esquerda e depois seguir a linha média axilar direita (PORTO, 2005).

A ausculta consiste em escutar os sons produzidos pelos órgãos do corpo com o fim de detectar modificações e desvios de suas características normais, que

se alterados implicará em um dado relevante para se ter um possível diagnóstico (POSSO, 2006).

A higiene é um aspecto muito relevante para saúde do menor, deve-se dar banhos diariamente, utilizando sabonete neutro; quanto ao uso de fraldas, terá que ser trocada a cada micção ou evacuação, utilizando sempre pomadas para assaduras; depois de cada refeição, é preciso limpar a cavidade oral, com gaze úmida, quando os primeiros dentes nascerem inicia-se a técnica de escovação (SIGAUD, 2005).

Todas essas etapas mencionadas, anteriormente, devem ser anotadas no prontuário da criança, essa ordem da consulta pode ser alterada, de modo que se adapte a cada ser. Portanto, para se ter uma maior precisão do estado geral dela, é necessário se realizar um exame físico mais detalhado, onde se estuda por sistemas (LEÃO, 2005).

Durante a avaliação do acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento infantil é de fundamental importância manter a mãe- responsável informada quanto a atualização do calendário vacinal, assim como o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, é importante também avaliar os reflexos de acordo com cada mês, seguindo a tabela do MS (Ministério da Saúde disponibilizadas nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esse estudo se inseri numa abordagem descritiva e exploratória de caráter qualitativo. Uma pesquisa exploratória tem por finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em mente a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Já a pesquisa descritiva tem como um dos objetivos, principais, estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade (GIL, 2009).

A presente pesquisa classifica-se como uma pesquisa qualitativa porque pretende avaliar a qualidade do atendimento prestado à criança durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Mossoró- RN. Segundo Minayo (2007), a pesquisa qualitativa se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Pois, trabalha com um universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa se deu no Município de Mossoró, que atualmente possui 43 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para se ter uma maior significância nos dados, escolhemos aleatoriamente, através de sorteio, as UBS por zona de localização. A escolha da quantidade de enfermeiros entrevistados ocorreu com base na quantidade de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) das UBS.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

População é um conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum, já a amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo (MARCONI, 2010).

A população é composta por enfermeiros que trabalham nas Unidades Básicas de saúde, localizadas em diferentes zonas da cidade de Mossoró. A amostra é composta por 15 enfermeiros.

Estabeleceu-se os seguintes critérios de inclusão para participar da pesquisa:

- 1) Ser enfermeiro (a);
- 2) Trabalhar em uma Unidade Básica de Saúde entre as escolhidas como local da pesquisa;
- 3) Aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

Escolhemos a quantidade de enfermeiros entrevistados proporcionalmente a quantidade de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) das Unidades Básicas de Saúde participantes.

Zona Norte	UBS Dr. Cid Salém Duarte	3 equipes da ESF 3 enfermeiros
	UBS Dr. Moises Costa Lopes	1 equipe da ESF 1 enfermeiro
Zona Sul	UBS Francisco Marques da Silva	1 equipe da ESF 1 enfermeiro
	UBS Francisco Pereira de Azevedo	1 equipe da ESF 1 enfermeiro
Zona Leste	UBS Marcos Raimundo Costa	2 equipes da ESF 2 enfermeiros
	Centro de Atenção Integrado à Criança- CAIC	2 equipes da ESF 2 enfermeiros
Zona Oeste	UBS Dr. Chico Porto	2 equipes da ESF 2 enfermeiros
	UBS Dr. Ildone Cavalcante de Freitas	3 equipes da ESF 3 enfermeiros

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Segundo Gil (2009), o instrumento de coleta de dados de uma pesquisa é uma das partes de fundamental importância. Sendo uma das técnicas disponíveis para obtenção de dados fidedignos nas pesquisas sociais (APÊNDICE B).

Neste estudo, os sujeitos foram abordados por meio de um roteiro de entrevista, semiestruturado e dividido em duas partes. A primeira será constituída por dados sócio-demográficos e a segunda contém cinco questões abertas sobre o tema.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, iniciou-se a coleta de dados nas UBS. As entrevistas foram marcadas previamente com o profissional, via e-mail, telefone ou pessoalmente. A entrevista com cada enfermeiro foi realizada de forma particular, em ambiente calmo e livre de interrupções. A coleta de dados foi realizada no mês de Maio de 2015.

4.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

O tipo de análise utilizado nesse estudo é a análise temática, cujo o conceito central é descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido (BARDIN apud MINAYO, 2007).

Nesse tipo de análise, são abordadas as seguintes etapas: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados-Inferência-Interpretação.

Na primeira etapa (análise de conteúdo), procuramos fazer uma leitura minuciosa de todo o material selecionado, de forma exaustiva, com o objetivo de se atingir um nível mais profundo. Através dessa leitura procuramos: (a) ter uma visão de conjunto; (b) apreender as particularidades do conjunto do material a ser analisado; (c) elaborar pressupostos iniciais que servirão de baliza para a análise e a interpretação do material; (d) escolher formas de classificação inicial; (e) determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise.

É na segunda etapa (exploração do material) em que ocorre a verdadeira análise. Nela procuramos apreciar alguns pontos, como:

- (a) distribuir trechos, frases ou fragmentos de cada texto de análise;
- (b) fazer uma leitura dialogando com as partes dos textos, em cada classe (parte do esquema);
- (c) identificar, através de inferências, os núcleos de sentido apontados pelas partes dos textos;
- (d) dialogar os núcleos de sentido com os pressupostos iniciais;
- (e) analisar os diferentes núcleos de sentido presentes nas várias classes do esquema de classificação para buscarmos temáticas mais amplas;
- (f) reagrupar as partes dos textos por temas encontrados;
- (g) elaborar uma redação por tema, de modo a dar conta dos sentidos dos textos e de sua articulação com o(s) conceito(s) teórico(s) que orientam a análise.

Na última etapa (tratamento dos resultados), elaboramos uma síntese interpretativa através de uma redação que possa dialogar temas com objetivos, questões e pressupostos da pesquisa (MINAYO, 2007).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética da Facene/Famene e a coleta e análise de dados serão realizadas após a aprovação por parte dos membros deste comitê.

Todos os procedimentos foram realizados em conformidade com a legislação vigente acerca da ética em pesquisa com seres humanos. Teremos como base a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem.

Além da ética lança-se mão de outros atributos necessários nesta pesquisa. A entrevista foi aplicada pessoalmente com base em um roteiro semiestruturado. As perguntas e respostas foram digitadas e armazenadas no computador pessoal da pesquisadora. Somente a pesquisadora e sua professora orientadora tiveram acesso aos dados, bem como poderão manipulá-los a fim de construir e divulgar os resultados da pesquisa.

A avaliação dos riscos e benefícios apresentados estão coerentes com a Resolução 466/2012 CNS.

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes durante a coleta de dados. Os questionamentos podem gerar medo, desconforto ou constrangimento à pessoa pesquisada, podendo acontecer alguma interpretação equivocada, porém isto terá momentos de revisão que podem se extrair os equívocos.

Quanto aos benefícios, estes superaram os riscos, o importante é que os resultados obtidos com esta coleta poderão gerar muitos benefícios aos próprios profissionais, uma vez que, a partir do estudo podem-se adotar medidas a fim de aprimorar suas práticas, durante a consulta infantil. De modo, que se tiver alguma falha possam corrigir.

Por fim, os sujeitos, em hipótese alguma serão nominados ou identificados de qualquer forma. Antes de serem entrevistados, os mesmos assinarão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o que deixa ao dispor os resultados à pesquisadora.

4.9 FINANCIAMENTO

A pesquisa aqui apresentada não teve financiamento algum por parte de qualquer órgão ou instituição, sejam estes privados ou públicos. É, portanto, um estudo que tem a completa responsabilidade da pesquisadora participante.

Quanto ao fornecimento de material bibliográfico, a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança não se isenta desta responsabilidade por meio de sua biblioteca, porém haverá alternância entre pesquisadora e Universidade no que concerne à junção de referências necessárias.

No que se refere à orientação e avaliação do trabalho, a Faculdade também será responsável pela oferta de orientadora e formação de banca examinadora.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

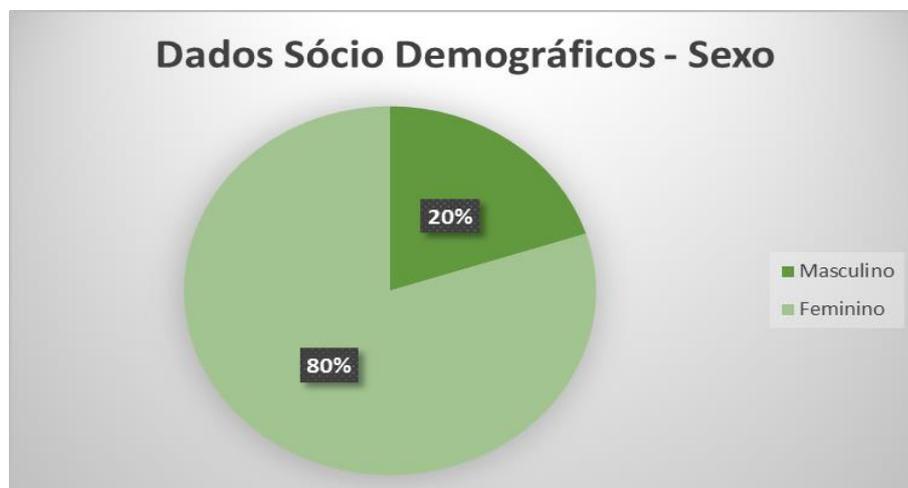
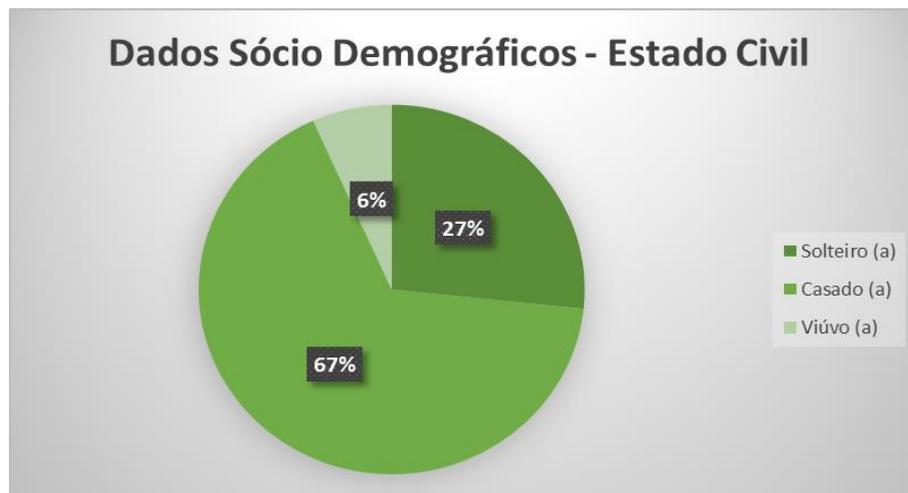
5.1 DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

Em virtude de reconhecer que diferentes fatores podem interferir na atuação profissional, é que foi incluído na pesquisa os dados sócios demográficos, a fim de caracterizar os participantes e traçar um perfil dos entrevistados.

Para se obter melhor visualização dos dados, optou-se por apresentá-los por categoria de análise.

Dados Sócio Demográficos – Idade															
Participantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Idade (anos)	40	53	38	46	40	28	38	63	53	46	52	55	40	57	55

A idade dos participantes compreende uma faixa etária ampla, sendo a menor idade de 28 e a maior de 63 anos, obtendo uma média de idade de 46 anos.



Dados Sócio Demográficos – Tempo de Formação															
Participantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Anos	20	30	14	25	18	25	12	39	23	18	33	21	15	32	20

Verifica-se que os profissionais concluíram sua formação há mais de 10 anos. A média do tempo de formação dos profissionais pesquisados é de 23 anos.

Dados Sócio Demográficos – Tempo de Atuação no C e D															
Participantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Anos	20	22	14	23	9	23	12	18	21	18	7	18	15	12	2

A média de tempo de atuação dos pesquisados no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é de 15 anos.



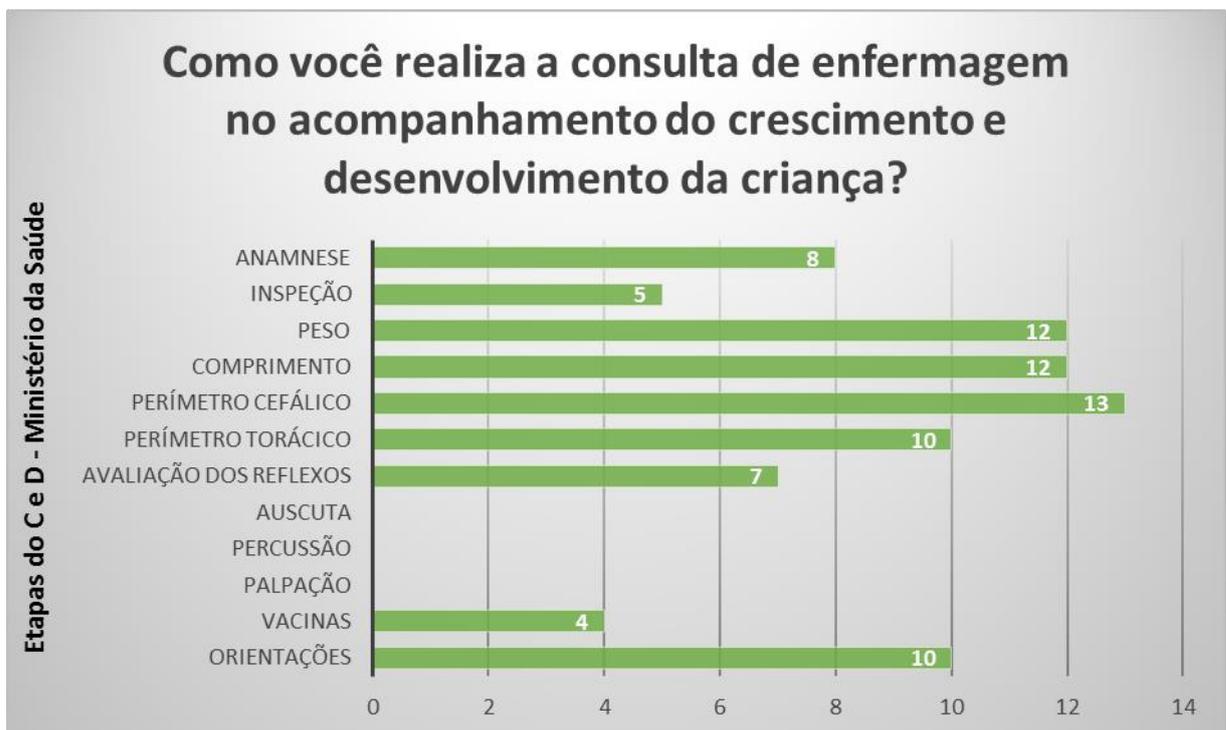
Perfil global dos participantes: Idade média de 46 anos, casado, sexo feminino, com média de formação de 23 anos e de trabalho no C e D de 15 anos, e que atua em outro local de trabalho.

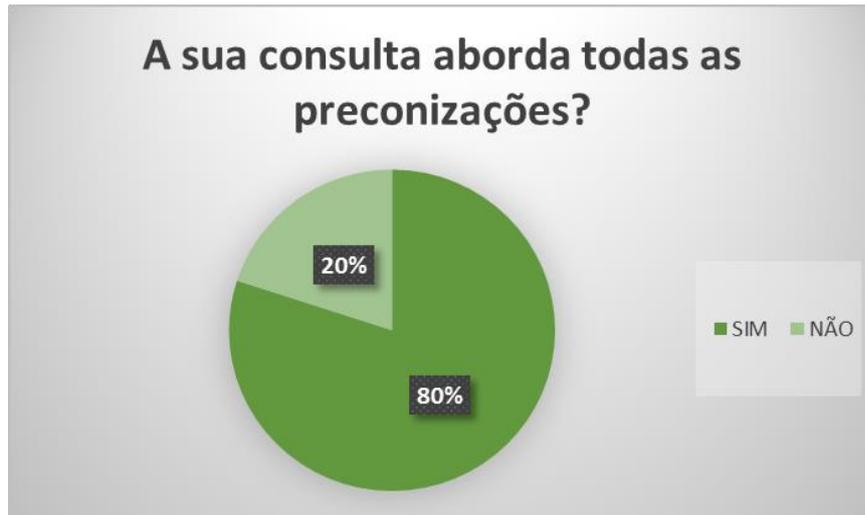
5.2 A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E AS PRECONIZAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE:

Como o objetivo central da pesquisa é avaliar se a consulta de enfermagem nas UBS de Mossoró está sendo realizada conforme as recomendações do

Ministério da Saúde, optou-se por elencar as etapas que o mesmo estabelece no caderno de atenção à saúde da criança (2012) e confrontar com as respostas dadas a primeira pergunta do questionário, afim de verificar que etapas foram mencionadas pelos participantes.

A partir da análise das respostas sobre como se dá a consulta, pode-se perceber que nenhuma etapa foi citada por todos os entrevistados. Soma-se a isso o fato de que os procedimentos de ausculta, percussão e palpação não foram mencionados por nenhum dos participantes, o que pode ser verificado no gráfico abaixo.





Aborda, inclusive a gente tá obedecendo bem direitinho as datas que antes faziam todos os meses, agora fazem o primeiro, segundo mês, quarto mês, sexto, nono, décimo segundo, décimo oitavo e vinte quatro meses, a gente tá fazendo assim, só o primeiro e segundo mês que é seguido. (Participante 14)

Acredito que sim. Porque eu respeito a cognição, a fala, a coordenação motora, se no C e D a gente ver que tem alguma anormalidade, encaminhamos para o especialista que pode ser o pediatra, ortopedista, e a gente já pode detectar muitos problemas no próprio teste do pezinho, eu não vou dizer que é cem por cento, mas a gente consegue detectar muita coisa boa. (Participante 7)

Apesar de nenhum entrevistado ter mencionado todas as etapas da consulta, 80% relataram que atendem as preconizações do Ministério da Saúde. É importante frisar que os outros 20% que disseram não obedecer as preconizações, atribuíram isso a falta de materiais e estrutura adequada.

Não, por falta de insumos não conseguimos atender as prerrogativas do Ministério da Saúde, fazemos tudo no improvisado. (Participante 3)

É eu procuro sim abordar todos. Mas, existem alguns que até por falta de material, falta de alguns recursos que a gente utiliza. Mas, a maioria sim, conseguimos abordar. (Participante 6)

Tentamos abordar todos eles. A dificuldade é mediante os problemas identificados, com relação a referência, a referência por exemplo em pediatria demora. (Participante 10)

Categorias	Subcategorias	Unidades Temáticas
Procedimentos	Anamnese	a primeira coisa é fazer a anamnese – a gente tem que fazer a anamnese – faz a anamnese da criança – primeira coisa que faço é a anamnese - aí, aborda a mãe - faço a anamnese
	Inspeção	sigo depois a inspeção - a gente avalia da cabeça aos pés – inspeção céfalo-caudal
	Peso	a criança já vem com o peso verificado – a gente vê o peso – recebe a criança pesada – peso – peso – o peso – eu peso - faz a avaliação do peso – a gente pesa – começa pela pesagem
	Comprimento	altura – vê a altura – altura – medidas – altura – meço a altura – da estatura – a avaliação antropométrica – mede
	Perímetro Cefálico	aferição do perímetro cefálico – vê perímetro cefálico – faço o perímetro cefálico – mede perímetro cefálico - perímetro cefálico – avalia o perímetro cefálico – medição dos perímetro cefálico - perímetro cefálico – do perímetro cefálico – verifica o perímetro cefálico
	Perímetro Torácico	perímetro torácico – torácico – torácico – torácico – torácico – e torácico – perímetro torácico
	Avaliação dos Reflexos	vê os reflexos – olhamos os estímulos – os reflexos – faz a avaliação do desenvolvimento da criança, avaliando todas as respostas da fase em que ela está – ver a questão de reflexo – no toque se há respostas – olha os reflexos – abordando todas as etapas específicas da idade
	Vacinas	imunização [...] vitamina A, suplemento de ferro - inspeção do cartão - observa as vacinas -

		revacinar – se a vacina está em dia
	Encaminhamento ao Médico	se necessário encaminhar a criança para consulta médica – se tiver alguma queixa a gente encaminha para o clínico -
	Exame Físico	exame físico - inicio o exame clínico – faz o exame físico – a gente encaminha para o clínico – o exame físico né – a gente faz o exame físico – fazer o exame físico
	Cálculo do IMC	calculo o IMC
Busca ativa	Intercorrência entre as consultas	pergunto a mãe se tem alguma queixa – se tiver alguma queixa – se ela tem o sono preservado [...] intercorrências – pergunta a mãe se houve algum problema durante o intervalo da consulta
Orientações	Gerais	tiro-as com orientações e informações – orientando – a gente dá as orientações
	Alimentação	sobre nutrição – a transição da amamentação com a introdução de outros alimentos – se começou outros alimentos – orienta sobre a alimentação da criança – orientar toda a alimentação como é importante
	Amamentação	orientando a mãe quanto a parte do aleitamento materno – avalio a questão da amamentação – a orientação que a gente dá é que até os seis meses é só o leite materno – orienta sobre a amamentação – se ainda tá no aleitamento -
	Higiene	higiene – a higiene da criança
	Crescimento/ Desenvolvimento	as orientações sobre o crescimento e desenvolvimento -
	Dentição	acompanhamento odontológico
	Vacina	a ler o cartão
	Sono	se ela tem o sono preservado
Referendar a prática	Ministério da Saúde	acompanhamento do programa do Ministério da Saúde – exigida pelo Ministério da Saúde – de acordo com o calendário do ministério – toda aquela orientação que é dada no manual do ministério

Categoria	Subcategorias	Unidades Temáticas
Menção a mãe	Acolhimento	acolhimento a criança e mãe
	Interrogação	pergunta a mãe – aí, aborda a mãe – faz o acompanhamento através da mãe
	Orientação	oriento a mãe a ler o cartão – orientando a mãe - fazendo as observações a mãe
	Comportamento	a única ocupação dela (mãe) é lavar o seio – elas (mães) têm dificuldade de receber informação – dependendo do esforço da mãe – a mãe leva (ao pediatra) o primeiro mês e no segundo, vem pra unidade - se a mãe disser que não quer fazer todas essas, não tem problema – mas graças a Deus hoje a maioria das mães amamentam pelo menos até os quatro meses - a maioria das mães trabalham ou estudam fica mais difícil – e também com a mãe acompanhando

Esses resultados apontam para a confirmação da hipótese de que a consulta de enfermagem não está sendo realizada conforme os parâmetros do Ministério da Saúde.

Vale salientar que a ausência da menção de uma determinada etapa não significa que a mesma não seja efetuada pelo profissional entrevistado. Todavia, sugere ser um indicativo que tal procedimento não seja habitual.

Os participantes 3 e 13 foram os que mais mencionaram etapas do C e D em suas respostas. Totalizando oito etapas cada.

Acolhimento a criança e mãe (ou responsável); inspeção do cartão. Verifico o calendário vacinal e oriento a mãe a ler o cartão. A criança já vem com peso verificado pelo técnico de enfermagem. No início da consulta, pergunto a mãe se tem alguma queixa. Se sim, tiro-as com orientações e informações. Após, inicio o exame clínico na criança com aferição do perímetro cefálico, perímetro torácico e altura. Sigo depois a inspeção céfalo-caudal, fazendo as observações a mãe e anotações no prontuário e caderneta da criança. Por fim, faço o agendamento da próxima consulta. (Participante 3)

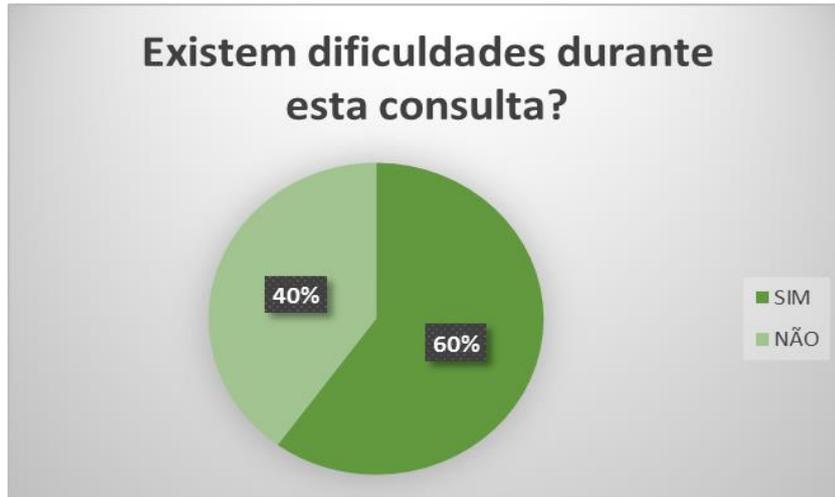
A consulta ela varia muito da idade da criança. Por exemplo, se for a primeira vez que a criança vem a unidade, primeira coisa que faço é a anamnese. Vejo os dados individuais. Tipo, se for, se a criança tiver com um mês de idade, procuro saber se ela nasceu de parto cesáreo ou não, qual a idade gestacional, se mamou assim que nasceu, se tá só em

aleitamento exclusivo ou não. Entre outras coisas, que se eu for falar aqui vou passar horas. Além disso, a gente faz o exame físico. A gente faz o exame clínico. Faz a avaliação do peso, da estatura, do perímetro cefálico, antigamente a gente fazia também o perímetro torácico. Se você observar, o próprio manual do ministério não adota mais o perímetro torácico e, além disso, durante a avaliação, a gente observa os sinais, se quando a gente conversa ela responde ou não; no toque, se há resposta. E, além disso, se a criança está em aleitamento exclusivo ou não; se a vacina está em dia. Isso tanto na primeira consulta, a avaliação antropométrica, os testes verbais, vacinas, como também o que eu citei anteriormente, quando é a primeira vez, principalmente. Quando a criança tem um pediatra, a mãe leva o primeiro mês e no segundo vem pra unidade. E aí, no decorrer dos meses, a gente vai observando de acordo com a faixa etária. Certa idade, a gente vai observando se ainda tá no aleitamento, se começou com outros alimentos. Enfim, toda aquela orientação que é dada no manual do ministério. Inclusive, antigamente se fazia o CeD mensal, e agora não há mais necessidade de se fazer mensal, mas, sim, ao nascer, trinta dias, dois meses, seis meses, nove meses e um ano. Depois de um ano, um ano e seis meses e dois anos. O ideal. Se a mãe disser que não quer fazer todas essas, não tem problema. Até mesmo porque muitas delas fazem o acompanhamento com o pediatra. (Participante 13)

É importante ressaltar que algumas etapas não foram mencionadas nominalmente, mas foram contabilizadas a partir da descrição do procedimento. A exemplo, o Participante 15 menciona “aborda a mãe”, o que foi analisado como sendo o procedimento de anamnese.

5.3 DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS ENFERMEIROS DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO:

A questão 2 aborda as dificuldades encontradas na consulta. A maioria afirmou que existem, apontando a infraestrutura e participação das mães das crianças como as maiores dificuldades.



Ressalta-se que apesar de alguns participantes terem, inicialmente, respondido não haver dificuldades, acabaram por relatar algumas, fazendo com que suas respostas fossem consideradas afirmativas para a análise.

Não. A única dificuldade que temos, normalmente, é com a pressa das mães que querem ir embora antes da consulta terminar. Porque tem mãe que é assim, “ai, eu tenho que fazer o almoço. Ai, eu tenho que fazer isso, aquilo”. (Participante 9)

Na visão dos profissionais, a falta de equipamentos, medicações, exames são empecilhos para oferecer um bom atendimento como gostariam. Quanto a relação dos profissionais com as mães, os discursos dos participantes apontam para a falta de credibilidade com as orientações dadas.

É uma das dificuldades, que sempre alegam as mães é não ter tempo para vir na unidade. Elas veem a consulta de C e D como uma coisa não muito importante. A gente fica sempre batendo na tecla sobre a importância de se fazer esse acompanhamento. Mas, normalmente, elas desaparecem antes de terminar o período das consultas (...)
(Participante 6)

É, a dificuldade que eu acho na consulta é você convencer a mãe a amamentar, porque a gente começa no pré-natal falando sobre a

*importância da amamentação, mas nem sempre o dizer condiz com a realidade, porque elas colocam muita dificuldade. Hoje em dia, as mães têm muita pressa. Se acomodam em fazer leite porque não estão amamentando. Às vezes é papinha. Eu tenho crianças, aqui comigo, que chegaram com dois meses tomando leite Ninho ou Itambé. E assim é difícil tirar da cultura da mãe, pelo fato da minha área ser carente. Elas não têm nem condição, mas acham bonito comprar um pote de papa, que é sete reais, tendo leite no peito. Outra coisa, questão de dar muita guloseima, Todinho. Tudo feito. Não tem mais aquele negócio de fazer. É comprar. Por ser mais prático. A dificuldade é essa. Elas estão procurando praticidade. E praticidade não quer dizer qualidade. Entendeu? Uma coisa que acho muito errada, prender o umbigo da criança. Elas dizem: mãe que disse que tem que colocar. Então, as próprias avós que estragam os netos. Dizem também que não se deve colocar o menino para dormir de barriga pra cima porque se assusta. Então, coloca de lado ou emborcado. **(Participante 7)***

*As dificuldades que existem maiores é quando elas não seguem a orientação da gente, quanto ao aleitamento materno, e iniciam o aleitamento misto, como já aconteceu. A criança chega aqui com dois meses e perguntamos: o que você tá dando a ele? E ela responde: mingau. E a gente fica assim triste, né?! Às vezes até me decepiono e pergunto pra mim mesma: será que a gente não tá orientando direito? Mas, não é. É porque elas acham que a criança só vai ficar forte se tiver tomando mingau. Diz que o leite não tava dando, que precisava de mais leite. Tem mãe que tudo é uma desculpa pra não dar de mamar. **(Participante 8)***

Pode-se perceber que a questão da alimentação das crianças atendidas nas UBS é um tema que apresenta bastante divergência entre os profissionais entrevistados e as mães; principalmente, o tocante a duração e exclusividade do aleitamento materno. Além disso, a análise das respostas permite inferir que há um choque entre o conhecimento que os profissionais detêm e o presente na cultura

popular com relação aos cuidados com as crianças, o que faz com que muitas das recomendações sejam desconsideradas pelas mães.

5.4 BENEFÍCIOS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO PARA A CRIANÇA:



Com certeza traz. Porque assim, eu vejo que a criança que faz o acompanhamento mensal, ela completa um aninho a gente vê que a criança se alimenta melhor, desenvolve melhor, eu creio que é importante demais porque existe algumas doenças que você pode descobrir no primeiro ano de vida e com o acompanhamento do C e D essa criança cresce com muita saúde, o desenvolvimento é melhor porque a mãe é muito bem orientada e um dos instrumentos que eu vejo que foi muito importante pra mãe, é a questão daquela cadernetinha que vem todas as orientações, muitas orientações com relação a vários aspectos da saúde da criança, eu acredito que traz muitos benefícios. (Participante 2)

Uma boa orientação, orientar a mãe sobre o que é mais adequado naquela fase da vida dela, sobre os cuidados com a criança, principalmente, para aquelas que são mãe de primeira viagem, que tem noções totalmente erradas, então orientar não quer dizer que vai fazer,

pelo menos a gente tenta. Só tem benefícios, muitos e muitos. Vale a pena. Agora assim, as minhas mães, geralmente, acompanham no máximo até dois anos, e uma dificuldade que vejo que as mães que trabalham, depois da licença não tem como mandar a criança pra unidade, porque fica sob os cuidados com outra pessoa, aí já não trazem.
(Participante 7)

A partir dos depoimentos foi possível perceber que 12 participantes fornecem na consulta como principal benefício conceder as orientações sobre os diversos aspectos.

5.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PELOS ENFERMEIROS DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO:



De acordo com os depoimentos os instrumentos mais utilizados são balança, fita métrica e antropométrica. Por outro lado os menos utilizados são tensiômetro e termômetro.

CONCLUSÃO

A Consulta de enfermagem no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança (C e D) é importante, pois deve prestar um atendimento integral a criança e a sua família, no qual é possível identificar riscos ao desenvolvimento da criança e tomar providências. Desta forma, é fundamental refletir sobre a prática do enfermeiro nesse processo, a fim de se alcançar a excelência do atendimento. Esse se constitui o objetivo dessa pesquisa, conhecer a realidade do atendimento oferecido a população nas UBS de Mossoró.

Através dos depoimentos colhidos, verificou-se que o atendimento é comprometido por falta de materiais e insumos, que durante a consulta algumas etapas não são mencionadas. Porém, sabemos que deve-se levar em consideração o fato de que os entrevistados podem apenas ter esquecido de mencioná-las.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília, 2006 a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/lei_8069_06_0117_M.pdf>. Acesso em: 15 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAÚDE DA CRIANÇA: ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL**. 11. ed. Brasília: MS, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012 CNS**. Brasília/DF: MS, 2012.

BRASIL. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. 1º ed. Brasília: MS, 2011. PORTO ALEGRE (Município). Secretaria Estadual da Saúde. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Criança**. Porto Alegre, 2010.

BRASIL. Casa Civil. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas Públicas Brasileiras**. Brasília, 1984.

BRASIL. **Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. 1 ed. Brasília: MS, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 311/2007 COFEN**. Rio de Janeiro: COFEN, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner De Sousa et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CARVALHO, Alysso. **SAÚDE DA CRIANÇA**. Belo Horizonte: UFMG, 2002. 122 p.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **INSTRUMENTOS BÁSICOS PARA O CUIDAR: UM DESAFIO PARA A QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA**. São Paulo: Atheneu, 2007.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J.. **MEDICINA AMBULATORIAL: CONDUTAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA BASEADAS EM EVIDÊNCIAS**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. **PRÁTICAS DE ENFERMAGEM: ENSINANDO A CUIDAR DA CRIANÇA**. São Caetano do Sul: Yendis, 2003.

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

LEÃO, Ennio et al. **Pediatria Ambulatorial**. 4ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005.

LÓPEZ, Mario; MEDEIROS, J. Laurentys-. **Semiologia Médica: As bases do diagnóstico clínico.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

MAIA, Ananka Ney Araújo. **O Crescimento e Desenvolvimento Infantil.** 40f. Monografia (Graduação em Enfermagem)- Universidade Estadual do Rio Grande do Norte, Mossoró, 2010.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade.** 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MONTEIRO, Akemi Iwata. A ENFERMAGEM E O FAZER COLETIVO: ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO E O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA. **Rene**, Fortaleza, v. 1, n. 12, p.73-80, 15 dez. 2010. Trimestral.

MONTEIRO, Flávia Paula Magalhães et al. **Ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil.** *Ciencia y Enfermeria*, n. 1, p. 97-110, 2014.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família: Considerações Teóricas e Aplicabilidade.** 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia Médica.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

POSSO, Maria Belén Salazar. **Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2006.

RICCO, Rubens Garcia; CIAMPO, Luiz Antonio Del; ALMEIDA, Carlos Alberto Nogueira de. **Puericultura Principios e Práticas: Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente.** 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

SANTANA, Judith Sena da Silva; ARAÚJO, Maria Marta Lobo de. **Inespecificidade e invisibilidade da saúde da criança no Brasil colônia: fragmentos de um discurso português.** *Revista Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 326-331, Jul/Set, 2009.

SIGAUD, Cecília Helena de Siqueira, et al. **Enfermagem Pediátrica: O cuidado de Enfermagem à Criança e ao Adolescente.** São Paulo: EPU, 1996.

VIDAL, Suely Arruda; FRIAS, Paulo Germano de; MARQUES, Neusa Maria. **Avaliação normativa das ações do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) em Pernambuco.** *Revista Brasileira Materno Infantil*, Recife, v. 1, n. 2, p. 129-135, Mai/Ago, 2001.

Wong, Donna L..**Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva.** 5ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 1999.

APENDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa “A consulta de enfermagem e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em Mossoró- RN”, realizado pelos pesquisadores: Prof. Esp. Amélia Resende Leite e a aluna Sara Siméia da Silva Borges.

Esta pesquisa pretende analisar como está sendo realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (C e D) da criança durante a consulta de enfermagem, descrevendo o perfil sócio demográfico dos participantes da pesquisa, conhecendo como se dá a consulta de enfermagem durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, comparando as práticas realizadas pelos enfermeiros durante a consulta de enfermagem no crescimento e desenvolvimento da criança com as preconizações do Ministério da Saúde e Identificando os instrumentos utilizados pelo enfermeiro na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

O motivo que nos leva a fazer este estudo refere-se ao fato de que alguns aspectos do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (C e D) da criança não são realizados durante a consulta de enfermagem e isto compromete a qualidade das ações voltadas ao público infantil.

Caso você decida participar, você deverá responder a um roteiro de entrevista estruturado para analisar como está sendo realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (C e D) da criança durante a consulta de enfermagem. Você será submetido ao instrumento uma só vez, não havendo necessidade de outros encontros. O tempo médio para responder ao instrumento corresponde a vinte minutos.

Os riscos envolvidos com a sua participação seriam a exposição de suas identidades, que serão minimizados através da seguinte providência: uso de pseudônimo (nome fictício) no momento das entrevistas, assegurando o sigilo, como também será assegurando a guarda dos dados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

O estudo apresentará como benefício o conhecimento de como está sendo realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (C e D) da criança durante a consulta de enfermagem. Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador participante desse estudo e reembolsado para você.

Se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Você ficará com uma cópia deste documento e a outra com o pesquisador responsável. Toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador responsável, através do e-mail: amelia_resende@hotmail.com

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “A consulta de enfermagem e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em Mossoró- RN” e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Mossoró, _____.

Participante da pesquisa:

Nome:-----

Assinatura:-----

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e

direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Mossoró, _____.

Pesquisador responsável:

Nome: _____

Assinatura: _____

¹ Pesquisadora Responsável: Amélia Resende Leite

Endereço profissional do Pesquisador: Francisco Holanda 81, Ap 130 cond. Fausto Guilherme. Alto de São Manoel CEP:59631-100

E-mail do pesquisador: amelia_resende@facenemossoro.com.br

Fone de contato profissional: (84) 3312 – 0143

² **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

I - DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS - CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Idade: _____

Estado Civil: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Tempo de formação em enfermagem: _____

Tempo de atuação no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança _____

Trabalha apenas na UBS? _____

II - ROTEIRO DE PERGUNTAS

- 1- Como você realiza a consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança?
- 2- Existem dificuldades encontradas durante esta consulta? Se sim, quais?
- 3- A sua consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança aborda todos os aspectos que o ministério da saúde preconiza?
- 4- Acredita que a sua consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança pode trazer benefícios para a criança? Quais?
- 5- Que instrumentos você utiliza durante sua consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança

ANEXO