



CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO NA PRÉ-CONSULTA DE PUERICULTURA

*Cilene Coutinho de Lara¹
Adriana Moro Wieczorkiewicz²
Erick Douglas Weber da Maia³*

RESUMO: A puericultura se define como uma associação de técnicas aplicadas a criança, que visa certificar o crescimento e desenvolvimento físico e mental desde seu período de desenvolvimento gestacional até alcançar a idade limite de 5 anos. Esta pesquisa teve abordagem quantitativa e utilizou-se da observação direta não participante, em uma instituição pública municipal de Mafra/SC. Teve como objetivo identificar as características do atendimento de enfermagem de nível médio na pré-consulta de puericultura. Para obter os dados necessários foram realizadas 60 observações dos atendimentos de enfermagem de nível técnico, no período de 5 a 13 de julho, de 2010. Os resultados encontrados apontaram que os atendimentos ocorrem de forma fragmentada, visto que as orientações focam apenas os retornos nas consultas seguintes e questões referentes às vacinas; não sendo enfatizadas explicações sobre a amamentação, tipos de alimentos a serem introduzidos de acordo com a idade e cuidados gerais com a criança.

Palavras Chaves: Enfermagem; Saúde da Criança; Crescimento; Desenvolvimento Infantil.

ABSTRACT: The childcare is defined as a combination of techniques applied to children, which aims to ensure the growth and physical and mental development since its development period until reaching the gestational age limit of 5 years. This study was a quantitative approach and used direct observation is not participating in a public municipal Mafra / SC. Aimed to identify the characteristics of nursing care mid-level in the pre-consultation childcare. To obtain the necessary data were made 60 observations of nursing care at the technical level in the period 5-13 July 2010. The results indicate that the calls occur piecemeal, since the guidelines focus only

¹Enfermeira, especialista em saúde do trabalhador. Colaboradora da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. E-mail para contato coutici@hotmail.com.

²Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional e Políticas Públicas pela Universidade do Contestado (UnC), campus Canoinhas. Aluna ouvinte do Doutorado em Políticas Públicas da UFPR, Especialista em Cuidados Intensivos Neonatais e Acupuntura. Colaboradora da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina e da Prefeitura Municipal de Mafra. Docente da UnC, campus Mafra/SC. Membro do grupo de pesquisa NUPESC da Universidade do Contestado. E-mail para contato adri.moro@gmail.com.

³Discente da 7ª Fase do curso de Enfermagem da Universidade do Contestado – Camus Mafra. Membro do grupo de pesquisa NUPESC da Universidade do Contestado. E-mail para contato Erick_DWM@hotmail.com.

returns the following queries and issues relating to vaccines; explanations not being stressed about breastfeeding, types of foods to be introduced according to age and care general with the child.

Key Words: Nursing, Child Health, Growth, Child Development.

INTRODUÇÃO

O acompanhamento do crescimento da criança por meio do peso, da altura e da idade é ação fundamental para a monitorização e conhecimento de seu estado nutricional. Distúrbios na saúde e nutrição, independente de sua etiologia, afetam o crescimento infantil com sérias consequências, sendo que o crescimento é um processo sensível ao meio onde a criança está inserida (SOUSA; ARAÚJO, 2004). A vigilância do crescimento e desenvolvimento são os eixos referenciais dos cuidados executados às crianças, visando contornar os riscos para sua própria sobrevivência (RATIS; MALAQUIAS, 2004). O acesso à alimentação e à nutrição é essencial para a manutenção das funções vitais e ao crescimento, constituindo um dos requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde e, ao crescimento infantil (BRASIL, 2007).

No Brasil, com a implantação do Programa de Assistência Integral à Criança (PAISC) em 1984, foram incluídas nas propostas de atenção à criança a incorporação da vigilância do crescimento e do desenvolvimento como uma diretriz básica (RATIS; MALAQUIAS, 2004). Para monitorar a situação alimentar e nutricional existe um Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o qual visa detectar situações de risco que podem comprometer o crescimento adequado das crianças, tanto nos casos de baixo peso, quanto os de sobrepeso e obesidade, fornecendo uma estimativa da prevalência e gravidade das alterações nutricionais (BRASIL, 2007).

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) também é um instrumento valioso por conter dados referentes à história obstétrica e neonatal, incluindo informações sobre condições do nascimento da criança, e também para orientar o monitoramento nutricional (BRASIL, 2008). A equipe de enfermagem deve realizar as mensurações de peso e altura com atenção, colocando os valores encontrados no gráfico da caderneta da criança, assim mostrando ao responsável o estado nutricional da mesma, buscando apoio de outros profissionais para corrigir os problemas detectados, objetivando o crescimento saudável. Nas unidades de saúde o instrumento utilizado é o gráfico do cartão da criança, que avalia o crescimento de 0 a 5 anos (SOUSA; ARAÚJO, 2004).

Além das medidas antropométricas e o acompanhamento no cartão da criança, as informações sobre quanto tempo a criança recebeu alimentação por meio do seio materno, ou se foi complementada, são importantes para a equipe de saúde. O preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) é o aleitamento materno

exclusivo até os 6 meses e complementado com outros alimentos até os 2 anos de idade ou mais (BRASIL, 2009).

Esses dados em relação à criança, seu estado nutricional (crescimento) e desenvolvimento, são abordadas nas consultas de puericultura, que condizem com o acompanhamento fisiológico da criança, sendo que este pode ser realizado tanto por profissional médico, como enfermeiros capacitados, objetivando garantir crescimento e desenvolvimento saudável.

O monitoramento do estado nutricional e do desenvolvimento que a criança apresenta nos primeiros anos de vida, posteriormente detectados pela avaliação antropométrica, resultantes da puericultura, devem ser do conhecimento da mãe/pai ou responsável pela criança. A mãe necessita receber informações a respeito do estado em que a criança se encontra, mesmo quando em percentis dentro do padrão da normalidade. Atuando desta maneira a equipe divide a responsabilidade do cuidado com a família, sensibilizando-os para os cuidados a serem dispensados em casa.

É fundamental o acolhimento adequado às crianças e sua família. Na maioria das vezes quem realiza a puericultura é o profissional médico, ficando sob-responsabilidade da equipe de nível técnico (Técnicos de Enfermagem) as atividades de mensuração e pesagem, assim como as orientações em relação à curva de crescimento, alimentação (aleitamento materno e alimentos complementares), vacinas e outros. Quando da inviabilidade do enfermeiro em realizar esta atividade, este deverá constantemente orientar sua equipe a executar a pré-consulta em puericultura, embasada em conhecimentos científicos, aliados as condutas de enfermagem apreendidas e as normas dos manuais do Ministério da Saúde.

Partindo de observação prévia em relação ao atendimento de nível técnico de enfermagem na pré-consulta de puericultura e enfocando no que é preconizado pelo Ministério da Saúde, instigou-nos entender as características desse tipo de atendimento, assim sendo esta pesquisa teve como objetivo geral identificar as características do atendimento de enfermagem de nível médio na pré-consulta de puericultura (crianças de 0 a 12 meses).

Para que este objetivo geral fosse alcançado foram traçados os seguintes objetivos específicos: observar o atendimento de enfermagem de nível médio durante a pré-consulta de puericultura (crianças de 0 a 12 meses); listar os principais procedimentos de enfermagem realizados pelo profissional de nível médio; verificar de que maneira os procedimentos de enfermagem na pré-consulta são realizados pelo profissional de nível médio; conhecer as orientações fornecidas às mães durante a pré-consulta; discutir os achados à luz do referencial teórico.

O acompanhamento do crescimento da criança é uma proposta de atenção primária, que quando verificada mensalmente, poderá contribuir para que as anormalidades sejam corrigidas, permitindo que o crescimento seja eutrófico. As unidades básicas de saúde devem manter a vigilância do estado nutricional das crianças através do Sisvan, permitindo que a equipe de saúde atue de maneira

positiva, revertendo às deficiências e/ou exageros no crescimento com repercussões diretas à criança e sua família. Assim, com o acompanhamento do crescimento/desenvolvimento saudável, o enfermeiro como educador deverá atuar de maneira positiva enfatizando as mães e aos cuidadores o quanto este acompanhamento é importante, visando detectar precocemente os riscos, para que o crescimento e o desenvolvimento ocorram de modo saudável. Não sendo possível o enfermeiro realizar a consulta de enfermagem na puericultura, este deve capacitar sua equipe através de treinamento/educação permanente e supervisionar o atendimento que a equipe está disponibilizando aos clientes.

As realizações de técnicas e utilização de instrumentos como réguas, balanças e gráficos não devem ser menosprezadas pela equipe de enfermagem, reconhecendo que as medidas encontradas, quando dentro dos parâmetros da normalidade, poderão contribuir para que a criança tenha crescimento adequado e que os riscos nutricionais encontrados possam ser corrigidos. Associando o cuidado técnico com humanização do cuidado, será possível fornecer suporte para que os mesmos consigam atingir a criança e sua família, contribuindo para que o estado nutricional normal seja atingido, repercutindo no crescimento adequado da criança, com futuras gerações de adultos saudáveis.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, de campo, com abordagem quantitativa, utilizando-se da observação direta não participante.

Foi realizado em uma instituição pública municipal, órgão da Secretaria Municipal de Saúde do município de Mafra/SC, unidade de referência para acompanhamento da criança e da mulher neste município. A coleta de dados foi realizada na sala de pré-consulta de enfermagem. A mesma oferece coleta de exame colpocitológico, vacinação, puericultura, acompanhamento pediátrico, coleta do teste do pezinho, pré-natal, consultas ginecológicas, pediátricas e de psicologia. Efetua atendimento em tratamento odontológico, pequenos procedimentos entre eles inalação, curativo, retirada de pontos. Dentre a equipe profissional que presta o atendimento tem três pediatras, quatro obstetras/ginecologistas, um psicólogo, duas enfermeiras e doze técnicos de enfermagem, uma técnica de higiene dental, duas recepcionistas e uma estagiária. A amostra foi escolhida a partir da observação a campo não participante. Segundo informações colhidas na unidade universo do estudo, passam, diariamente, pela triagem de puericultura pelos profissionais de nível técnico de enfermagem, 48 crianças. Sendo que os menores de 12 meses (aqueles cujo acompanhamento de puericultura é realizado mensalmente) correspondem a uma média de 250 crianças/mês, sendo que o maior fluxo de atendimento ocorre pela manhã.

Sendo assim, foram efetuadas 60 observações, com um nível de confiabilidade de 90% e erro amostral de 5% (em relação aos atendimentos).

A observação a campo ocorreu no período de 5 a 13 de julho do ano de 2010.

Como critério de inclusão foi determinado que seria somente realizado a observação em atendimentos realizados na sala de pré-consulta pelos técnicos de enfermagem em crianças de zero a 12 meses e 29 dias, as quais deveriam estar cadastradas no Sisvan, que procuram o serviço para a puericultura e que não caracterizem atendimento de emergência à faixa etária determinada para averiguação das observações. Contudo, fundamentou-se no fato deste ser o período de maiores evidências no crescimento e desenvolvimento, de maior vulnerabilidade aos riscos aos quais as crianças estão expostas, também por ser a fase de maior periodicidade das consultas (LIMA; MELLO, 2004).

Para coleta dos dados foi utilizado um roteiro de observação direto, não participativo por meio de um formulário pré-elaborado. Os dados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas, analisados por meio de frequência simples, discutidos à luz das recomendações do Ministério da Saúde e do referencial teórico.

A pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução n° 196/96 CNS-MS, que trata de aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP, da Universidade do Contestado UnC, sob o protocolo n.40/2010. A autoridade representante da instituição onde a pesquisa foi aplicada recebeu todas as informações a cerca da pesquisa e assinou o termo de concordância.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os atendimentos de Enfermagem de nível técnico na consulta de puericultura na unidade universo desta pesquisa ocorrem em período integral. A equipe que executa o atendimento na sala de pré-consulta é coordenada por uma enfermeira, a qual realiza a parte burocrática do programa do SISVAN, todavia, quem realiza os procedimentos de mensuração, orientação e acompanhamento são as funcionárias técnicas de enfermagem, sendo que as mesmas são predominantemente do gênero feminino.

Durante as 60 observações não participante realizadas, foram encontradas inicialmente algumas dificuldades como, por exemplo, o fato da equipe estar sendo observada, isto gerou constrangimento e as técnicas de enfermagem mostraram-se constrangidas. No entanto, este constrangimento foi se passando com o decorrer das observações, o que não dificultou as coletas posteriores. O local onde foram realizadas as observações foi em uma sala, local que as crianças são triadas anteriormente à consulta com o profissional pediatra, sendo este o responsável pela puericultura. Esta sala se apresentava aquecida, ventilada, limpa e aconchegante. O ambiente para o atendimento da criança foi considerado adequado conforme as recomendações do Ministério da Saúde, acessível, com equipamentos em bom

estado de conservação, buscando proporcionar atendimento integral e adequado às necessidades da população dentro da realidade local. Em relação a comunicação com a clientela, esta deve ser bem compreendida pelos pais (mãe e/ou pai) ou cuidadores, e os costumes, crenças devem ser respeitadas (MURAHOVISCHI, 2003).

Das observações realizadas, verificou-se que 70% (42) das crianças atendidas tinham entre 0 a 6 meses, e 30% (18) tinham 7 a 12 meses de idade. O alto índice da procura na faixa etária até aos 6 meses está relacionado, provavelmente, ao seguimento do calendário nas consultas mensais, pois a unidade investigada realiza uma consulta mensal até os 6 meses, outra com 9 meses, 1 ano e 1 ano 3 meses, seguindo o calendário recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Os profissionais de enfermagem de nível técnico observados realizam procedimentos de: mensurações, preenchimento do gráfico no prontuário da criança, agendamento das próximas consultas, ainda quando têm vagas remanescentes encaixam outras crianças para o atendimento. Pode-se observar que o atendimento é realizado com qualidade. As orientações são mais direcionadas sobre as próximas consultas e vacinação.

Observa-se que o atendimento de enfermagem em pré-consulta é realizado de forma rápida, fragmentada, com ausência de aspectos sobre educação em saúde. Este procedimento tem a finalidade de obtenção de dados antropométricos, sinais vitais e preparo da criança para a consulta médica, agendamento de retorno, existindo poucas orientações ao cuidador da criança (FONSECA, 2007). O modelo clínico de assistência favorece o diagnóstico, a terapêutica, a coleta e o registro de dados necessários ao desenvolvimento da consulta médica. Em estudo semelhante sobre o atendimento de enfermagem, durante os procedimentos com crianças na unidade básica de saúde, afirmam que apesar de todos os contratemplos encontrados pela equipe, o atendimento não deve reduzir-se a realização de cuidados técnicos. Como no caso das mensurações, preenchimento do gráfico, agendamentos e outros, mas também estabelecer empatia e diálogo com os cuidadores da criança, estabelecendo uma interação que reconhece necessidades e limitações, ao intervir sob a forma de trocas, orientações, observações e cuidados de enfermagem integral à saúde da criança (OLIVEIRA; CADETE, 2007).

De acordo com as observações realizadas o motivo que leva os responsáveis por crianças de 0 a 12 meses a procurarem a Unidade Básica de Saúde, segue o que é priorizado pelo Ministério da Saúde. A partir de 1984 priorizou ações básicas de eficácia comprovada para serem realizadas nas unidades, sendo inclusa entre essas ações, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento (BRASIL, 2002), que nesta amostra totalizou 85% (51) da procura por atendimento.

Já em relação a outras ações preconizadas pelo Ministério, principalmente em relação ao acompanhamento de doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e outros agravos, 12% (7) tiveram como motivo da procura do serviço sinais e sintomas como gripe, hipertermia entre outros, somente 3% (2) relatou as duas

ações de procura, tanto para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, quanto para resolver manifestações clínicas de doença.

É fato, no entanto, que o profissional responsável pelas consultas de puericultura na unidade observada é o médico pediatra. Mesmo que o motivo da procura não seja algum agravo de saúde, todas as crianças, após a verificação dos dados antropométricos, são examinadas por esse profissional. Não existe acompanhamento ou consulta de enfermagem para este programa.

Neste contexto, ficou evidenciado que existe uma procura relativamente baixa da Unidade Básica de Saúde para resolver agravos clínicos das crianças na faixa etária de 0 a 12 meses. Isso pode ser decorrente de algumas variáveis perceptíveis, citadas na pesquisa, relativas à municipalização da saúde e suas ações programáticas. Estas podem ter sido transformadas numa proposta de atenção primária reducionista, seja pela não efetivação das ações básicas, pelo despreparo técnico, reduzido número de trabalhadores ou pelo pequeno investimento político na atenção primária à saúde (FIGUEIREDO; MELLO, 2003). Sendo assim podemos deduzir que ora pode existir um trabalho de prevenção efetivo e as crianças não estão adoecendo ou, essas crianças estão procurando meios alternativos para resolução de seus problemas como Pronto Atendimento ou as Unidades de Saúde da Família.

Em relação aos procedimentos que são realizados pela equipe técnica de enfermagem, em todos os atendimentos da pré-consulta de puericultura, ou seja 100% (60) foram observados a verificação do peso. Tal procedimento foi executado sem a utilização de roupa ou fralda, altura verificada sem sapato, atuando em conformidade com as normas do Ministério da Saúde. Este órgão padroniza que a medição de crianças de 0 a 23 meses seja executada com a mesma deitada sobre uma mesa antropométrica ou com o auxílio de uma régua antropométrica sobre uma superfície plana. A criança deverá estar descalça, despida, sem touca, protetores ou enfeites de cabeça. O cabelo deverá estar solto, após avaliar a adequação do comprimento na tabela de percentis e informar a mãe sobre os valores encontrados (BRASIL, 2002).

Também em relação à verificação do perímetro cefálico, observou-se que 100% (60) foram aferidos. O que denota importante cuidado no acompanhamento da criança, porque esta medida é fundamental para avaliar o crescimento do cérebro, estando relacionada ao volume intracraniano. Este procedimento deverá ser prioritariamente acompanhado nas crianças de 0 a 24 meses, pois é o período de maior crescimento pós-natal, importante para auxiliar no diagnóstico de patologias como microcefalia e hidrocefalia (BRASIL, 2002).

Com relação aos outros sinais vitais - Frequência Respiratória (FR), Pulso (P), Pressão Arterial (PA) e Perímetro Braquial (PB), a Unidade de Saúde não têm como rotina verificá-los. O Ministério da Saúde recomenda que a verificação do perímetro braquial seja realizada apenas nos casos de provável desnutrição, não como rotina para o acompanhamento do crescimento infantil, uma vez que essas alterações são lentas, variando pouco com o aumento da idade.

Em relação à Pressão Arterial (PA), Pulso (P), e Frequência Respiratória (FR), o Ministério da Saúde não inclui a verificação sistemática nas consultas de acompanhamento do crescimento/desenvolvimento para a faixa etária estudada na presente pesquisa. No entanto, o Manual de Hipertensão do MS descreve que a prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes pode variar de 2% a 13%, sendo obrigatória a aferição anual da pressão arterial a partir de três anos de idade. Além da avaliação habitual em consultório, recomenda-se a medida rotineira da PA no ambiente escolar. Atenção especial deve ser dada à presença de fatores de risco cardiovascular associados, pois representam importante alvo para medidas de prevenção primária. Quanto mais altos forem os valores da pressão arterial e mais jovem o paciente, maior será a possibilidade de a hipertensão arterial ser secundária, com maior prevalência das causas renais (BRASIL, 2006a).

Reforçando a ideia apresentada pelo MS, em outro estudo sobre a temática da aferição da pressão arterial em crianças, conduzido pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), considera-se obrigatória à medida da pressão arterial a partir dos três anos de idade, anualmente. Porém, antes dessa idade quando a criança apresentar antecedentes mórbidos neonatais, doenças renais ou fatores de risco familiar. Há ainda a recomendação de realização rotineira da medida da pressão arterial em ambiente escolar. Não há ainda, entretanto, evidências de que essas recomendações tenham sido incorporadas na prática clínica pediátrica (SILVA et al, 2007).

Já a frequência respiratória deveria ser verificada por motivos relacionados à amamentação, visto que se a frequência respiratória estiver acima de 60 mrpm (taquipneia) aumentará o risco de aspiração, principalmente nos recém-nascidos, portanto a verificação poderá servir de parâmetro para a continuidade dos cuidados e orientações da equipe de saúde a ser fornecida às mães/cuidadores, assim como o pulso que é um importante indicador de patologias cardíacas, quando divergente da FC (GOMELA, 2006).

Em relação à verificação da temperatura axilar, 53% (32) das crianças tiveram a temperatura verificada, o que é justificado pelo fato de um dos pediatras da instituição solicitar como rotina a verificação da temperatura. Os outros dois pediatras não fazem essa solicitação para a equipe técnica e as mesmas só verificam nesse caso e/ou quando o cuidador verbaliza que a criança está com sintomas de hipertermia ou história anterior de temperatura elevada.

Constatou-se que em 100% (60) das observações realizadas, os profissionais de nível técnico não preencheram o gráfico de crescimento na caderneta de saúde da criança, o que diverge com as recomendação do Ministério da Saúde, pois recomenda aos profissionais a anotação das informações mais importantes sobre a história de saúde e desenvolvimento da criança no Cartão da Criança rotineiramente. O serviço de saúde também pode manter uma cópia (ou espelho) deste cartão, anexada ao prontuário ou a ficha da criança, além disto as informações devem ser repassadas para a mãe ou cuidador responsável, juntamente com orientação sobre as condições de saúde da criança, para que estas compreendam as informações contidas no Cartão da Criança (vulgarmente conhecida como “carteirinha de vacinação”), sendo esta um documento (BRASIL,

2002). Outro fator que pode estar associado à falta do preenchimento é a pressão do profissional médico, solicitando os prontuário e a verificação dos dados antropométricos para iniciar as consultas, esse estresse pode comprometer o atendimento, o diálogo, o acolhimento e o cuidado de enfermagem (FIGUEIREDO; MELLO, 2003). Todavia, 100% (60) dos profissionais de nível técnico preenchem o gráfico de crescimento da ficha médica, sendo: peso X idade, altura x idade e perímetro cefálico x idade, no entanto não repassando os valores da antropometria na carteira de saúde da criança. Tal postura transpareceu a imagem de que o serviço de enfermagem procura corresponder ao trabalho do médico, deixando para segundo plano a atenção ao binômio mãe-criança. Este comportamento difere em partes de estudos semelhantes e do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, de que durante os atendimentos de enfermagem, em todas as categorias, o foco de atuação deveria ser o desejo de aproximação, de preocupação com o outro, mesmo existindo receios e restrições nas atividades, no entanto, os profissionais tinham ações bem definidas tecnicamente, apesar de um atendimento comprometido por um diálogo “monossilábico”, sem abertura, que no caso se assemelharia ao encontrado na presente pesquisa (FIGUEIREDO; MELLO, 2003)

Noventa e cinco por cento (57) das mães/ou responsáveis não receberam informações sobre o estado nutricional da criança, após a verificação dos dados antropométricos e a marcação do gráfico no prontuário. Os primeiros a serem comunicados deveria ser a mãe e/ou cuidador responsável, pois os cuidados continuam no domicílio e a família exerce papel fundamental na continuidade dos cuidados (BRASIL, 2002).

Somente 5 % (3) das mães foram informadas sobre o percentil da criança, no entanto a informação só foi repassada às mães após a solicitação verbal ao profissional de nível técnico, caso contrário à mãe/responsável não seria informada sobre o estado nutricional da criança. De acordo com a ética profissional, o cliente tem direito de ser informado sobre sua situação de saúde, seu corpo, mente e doença. Além disso, os profissionais possuem função indispensável de transmitir o conhecimento, a informação aos clientes, podendo propagar o autoconhecimento, estimulando a mãe no próprio cuidado com sua criança (FIGUEIREDO; MELLO, 2003).

Em relação às orientações repassadas às mães, pôde-se observar que 92% (55) das orientações estavam relacionadas às próximas consultas, o que aconteceu durante a verificação da antropometria. Isto demonstrou que a equipe de enfermagem de nível técnico tem o cuidado de agendar com antecipação os próximos retornos com o médico. Segundo recomendação do Ministério da Saúde é definido um calendário mínimo de consultas a ser seguido, sendo a primeira com 15 dias de vida, a próxima com 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses, totalizando no mínimo sete (7) consultas (BRASIL, 2002). Na instituição de saúde observada, o calendário seguido é uma consulta todo mês até os 6 meses, a próxima com 9 meses, 1 ano e 1 ano e 3 meses, totalizando no mínimo nove (9) consultas, correspondendo às recomendações do Ministério da Saúde.

Com relação às outras orientações que os profissionais transmitiram as mães, 43% (26) foram sobre as vacinas, em alguns momentos no atendimento

foram observados que algumas carteiras de vacina não foram conferidas (grifo nosso). O MS recomenda que as consultas para o acompanhamento da criança devam ser tratadas como um momento importante para a coleta de medidas antropométricas e à orientação da mãe sobre os cuidados básicos indispensáveis à saúde da criança. As atividades básicas a serem realizadas em todas as consultas de rotina são: pesar/medir a criança, registrar o peso no Cartão da Criança, que fica em posse da mãe ou responsável e também no Prontuário; verificar e orientar quanto ao calendário de vacinação; cuidados gerais e higiene; acompanhar o desenvolvimento psicomotor, social e psíquico da criança. Se houver intercorrências patológicas ou eventos de saúde importantes ocorridos com a criança, anotar no Cartão da Criança (no espaço destinado para tal finalidade); estimular o aleitamento materno, exclusivo até os 6 meses de vida; e orientar a alimentação complementar apropriada após os 6 meses (BRASIL, 2002).

Lima e Mello em seu estudo conduzido sobre a mesma temática, verificou que a imunização constitui uma das ações básicas em saúde da criança, sendo de grande relevância. Esta apresenta impacto direto nos coeficientes de morbimortalidade infantil em todo o mundo, assim como é de importância assegurar que a família esteja esclarecida sobre os benefícios das vacinas. A prática educativa como ação em saúde implica em informar e conhecer, falar e ouvir, mutuamente, expor-se, criando novos espaços de escuta e fala na relação com os usuários (LIMA; MELLO, 2004).

Na questão sobre a amamentação somente 10% (6) das mães foram questionadas sobre a amamentação, se a criança estava no seio materno ou não, 3% (2) dos atendimentos não orientaram/questionaram sobre este aspecto. Em relação a alimentos complementares introduzidos nenhuma mãe foi indagada. Estudos sobre a temática apontam que a adesão às recomendações sobre alimentação da criança está associada à educação materna, e que a escolaridade materna interfere significativamente no conhecimento sobre a amamentação (SANTOS et al., 2010).

Setenta e dois por cento (43) dos profissionais de nível técnico já deixam agendado o próximo atendimento, conforme o calendário da instituição, sendo uma consulta ao mês até os 6 meses, a próxima com 9 meses, 1 ano e 1 ano e 3 meses, totalizando um mínimo de nove (9) consultas. Também nos casos que o profissional médico solicita retornos adicionais, agendam conforme a disponibilidade de vagas, caso a agenda esteja lotada, orientam a mãe/pai a comparecer na fila cedo para pegar a ficha. Já 28% (17) dos profissionais não agendaram retorno à criança, seja por “pressa” para realizar o atendimento inicial e entregar os prontuários ao médico, por esquecimento ou nos casos em que a criança tem mais de 1 ano e 3 meses e não existe mais retorno nem agendamento, apenas marcação com filas.

Vale salientar que o atendimento no local da pesquisa não é do tipo Estratégia Saúde da Família (ESF). A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, porém, mesmo a unidade não sendo ESF, é referência para o atendimento à Saúde da Mulher e da Criança, prestando atendimento com

seguimento somente para esse público alvo, desde consultas ginecológicas até a vacinação de crianças.

Segundo o Ministério da Saúde a atenção básica é formada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, os quais abrangem a promoção e a proteção do paciente, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, esta é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, procurando resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. As ações baseiam-se nos princípios da universalidade, acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social, sendo o objetivo da unidade observada (BRASIL, 2006b).

Pôde-se observar, em relação à conferência do campo de vacina da carteirinha de saúde da criança, que 62% (37) dos atendimentos de enfermagem de nível técnico conferiram e fortaleceram os reforços subsequentes, o que denota um dos cuidados de enfermagem importante, visto que a criança nessa faixa etária encontra-se em formação o seu sistema imunológico, e a vacina é um meio necessário de garantir imunidade, com conseqüente crescimento saudável.

O serviço municipal de saúde disponibiliza as vacinas do calendário básico, conforme as normas do Programa de Imunização do Ministério da Saúde. Portanto, cumprindo com o que está descrito no capítulo I do Estatuto da Criança e do Adolescente: “É obrigatória à vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias” (PINTO; WINDT, 2006).

Todavia elencou-se que 38% (23) dos atendimentos de nível técnico não foram observados o campo vacinal, perdendo um oportuno momento para reforçar sobre a importância das vacinas. O Ministério da Saúde recomenda que a equipe de saúde “deverá manter funcionamento contínuo da imunização para não haver perda de oportunidades para a vacinação, quando dada a presença da criança na unidade”. As doenças evitáveis por meio dessa prática garantem a interrupção da circulação dos agentes etiológicos das doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2004).

Em se tratando do aleitamento materno, ao reforço de orientações relacionadas ao mesmo, que deveria ser exclusivo até os 6 meses de idade, foi constatado que em apenas 23% (14) dos atendimentos de enfermagem de nível técnico as mães/pais foram orientados sobre a sua importância. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, e complementado até os dois anos ou mais. Não havendo vantagens em iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, pois a introdução precoce de outros alimentos está associada a: maior número de episódios de diarreia; maior número de hospitalizações por doença respiratória; risco

de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos; menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco; menor eficácia da lactação como método anticoncepcional; menor duração do aleitamento materno (BRASIL, 2009).

Há determinadas situações em que o aleitamento materno não é recomendado: mães infectadas pelo HIV; pelo HTLV1 e HTLV2; (vírus linfotrófico humano de células); uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação, por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos; criança portadora de galactosemia, doença rara em que a criança não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose (BRASIL, 2009). Em todos esses casos, deve-se estimular a produção do leite com ordenhas regulares e frequentes, até que a mãe possa amamentar a criança.

Também nos casos que a mulher tenha que retornar ao trabalho, a licença maternidade poderá ser entre 4 ou 6 meses, dependendo do local onde a mãe trabalha, então o retorno ao labor poderá ser um importante obstáculo na continuidade da amamentação, em especial a exclusiva, visto que a manutenção da amamentação depende do tipo de ocupação da mulher. Neste tangente faz parte o número de horas de trabalho laboral; as leis e relações trabalhistas; o suporte ao aleitamento materno na família, na comunidade, no ambiente de trabalho; em especial, as orientações dos profissionais de saúde para a manutenção do aleitamento materno em situações que exigem a separação física entre mãe e bebê (BRASIL, 2009), portanto cabe ao profissional estar consciente de seu papel educativo, contribuindo para a manutenção do aleitamento materno. Foi verificado que 77% (46) dos atendimentos de enfermagem de nível técnico as mães/cuidadores não foram orientadas sobre a importância do aleitamento materno e sua exclusividade até os 6 meses, não contribuindo para a promoção do aleitamento materno. Segundo recomendações do Ministério da Saúde os profissionais deste setor têm papel fundamental na reversão do quadro atual. Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, também dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado (BRASIL, 2009). O profissional deve possuir um olhar atento, o qual reconhece a mulher como protagonista do processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e a apoderando.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento da criança, quando realizado de maneira sistemática e na forma como preconiza o Ministério da Saúde, pode contribuir para o controle do crescimento e desenvolvimento da criança, podendo ser identificado precocemente às anormalidades, visando garantir o crescimento saudável.

É fato, no entanto, que no serviço público estudado o atendimento ocorre de forma fragmentada, visto que as orientações focam apenas os retornos nas consultas seguintes, dando ênfase às vacinas. Entretanto não são reforçadas as explicações sobre a amamentação e possíveis entraves e dúvidas relacionadas a ela, assim como os tipos de alimentos a serem introduzidos de acordo com a idade e respectivos cuidados gerais com a criança.

O profissional que realiza a puericultura é o pediatra, ficando as funções técnicas como mensurações, preenchimento do gráfico, agendamentos e orientações gerais sob responsabilidade dos técnicos de enfermagem. Não há consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro, no entanto o atendimento realizado pela equipe técnica de enfermagem é com respeito, em ambiente aconchegante, organizado, e com materiais em bom estado de conservação e higienização.

No quesito antropometria, a verificação ocorreu em consonância com as determinações do Ministério da Saúde, porém, os técnicos de enfermagem não preenchem o gráfico na caderneta de saúde da criança, o que também não é realizado pelo médico pediatra durante a consulta, o preenchimento é realizado apenas no prontuário, perdendo um importante momento para informar a mãe e/ou responsável sobre a situação nutricional da criança.

Vale salientar que a mãe e/ou responsável dará continuidade ao cuidado em casa, sendo de importância à participação da família no zelo com o bebê. Por conseguinte, estudos indicam que as mães devem ser bem orientadas, incentivadas para se sentirem seguras nos cuidados com a criança. Por tal razão faz-se necessária a orientação e a educação em saúde efetivas, procurando sensibilizar a mãe/família nos cuidados, fortalecendo o vínculo da mesma com a Unidade da Saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Também não são verificadas informações em relação à idade gestacional e peso de nascimento da criança, o que denota grande risco, já que na região há o serviço de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e muitas crianças são também referenciadas para outros serviços, quando do nascimento prematuramente. Então é necessário fazer a idade corrigida, para após colocá-la no gráfico. Este procedimento poderá ocasionar erro na hora de comparar essa criança na curva de crescimento, fazendo com que se espere algo a mais, mas que não poderá oferecer em relação tanto ao crescimento (peso, altura, perímetro cefálico), quanto ao desenvolvimento.

Infere-se aqui à necessidade de constante atualização/educação permanente da equipe técnica, incorporando as práticas recomendáveis de escuta ativa, empatia para atender a clientela observada, compartilhando os saberes, desmistificando mitos e que essas ações ocorram de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde.

O enfermeiro poderia realizar a consulta de enfermagem na unidade observada, enriquecendo o atendimento na saúde da criança, fornecendo orientações pertinentes à faixa etária selecionada na presente pesquisa. Outra

alternativa seria sensibilizar a equipe técnica sobre a finalidade do atendimento na saúde da criança, visando o crescimento saudável, diminuindo a morbi/mortalidade e, promovendo o aleitamento materno, assim como as informações essenciais a serem repassadas às mães e/ou cuidadores. Também atuar na reorganização do atendimento dentro de uma abordagem educativa e de interação com os mesmos, com objetivo de oferecer assistência integral à criança dentro de seu contexto socioambiental.

Ficou evidente nas observações realizadas que o serviço oferecido para a população é de qualidade técnica e atende muitas das exigências e recomendações do Ministério da Saúde. Todavia ainda precisa de um novo olhar sobre a puericultura, fazendo com que o cuidado prestado seja mais holístico, deixando de lado as demandas e se preocupando individualmente com cada caso.

O enfermeiro precisa tomar para si a responsabilidade de conhecer o serviço que sua equipe está prestando, para propor melhorias conforme as habilidades que a formação como administrador e líder lhe dão competência para oferecer, tratando a população de maneira segura e eficaz dentro de um contexto da integralidade proposta pelas políticas públicas, principalmente referentes ao modelo do Sistema Único de Saúde.

REFERENCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____, Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança**. 5.ed. Brasília, 2008.

_____, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Indicadores de vigilância alimentar e nutricional**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde**

integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves; MELLO, Débora Falleiros de. A prática da enfermagem na atenção á saúde da criança em unidade básica de saúde. **Revista Latino-Americana da Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, jul./ago. 2003.

FONSECA, Regina Célia Veiga da, **Como elaborar projetos de pesquisa e monografias, guia prático.** 1.ed. Curitiba: Imprensa Oficial, 2007.

GOMELLA, Tricia Lacy, *et al.* **Neonatologia:** manejo, procedimentos, problemas no plantão, doenças e farmacologia neonatal. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LIMA, Vanessa Martins de; MELLO, Débora Falleiros de Assistência de enfermagem a crianças menores de um ano de idade em unidade básica de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 57, n 5, set./out. 2004.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MURAHOVSKI, Jaime. **Pediatria diagnóstico e tratamento.** 6.ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

OLIVEIRA, Valéria Conceição de; CADETE, Matilde Meire Miranda. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Revista Mineira de Enfermagem.** Belo Horizonte, v. 11, n. 1, jan./mar. 2007.

PINTO, Antônio Luiz de Toledo; WINDT, Márcia Cristina Vaz dos Santos; CÉSPEDES, Livia. **Vade Mécum.** 2.ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

RATIS, Cristiane de Albuquerque Silva; MALAQUIAS, Batista Filho. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos em serviços públicos de saúde do estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** São Paulo, v. 7, n. 1, mar. 2004.

SANTOS, Carmina Santos, *et al* Alimentação complementar do lactente: subsídios para a consulta de enfermagem em puericultura. **Cogitare Enfermagem,** v. 15, n. 3, p. 536-541, 2010.

SILVA, Maria Alayde Mendonça da et al. Medida da Pressão Arterial em Crianças e Adolescentes: Recomendações das Diretrizes de Hipertensão Arterial e Prática Médica Atual. **Arquivo Brasileiro Cardiologia,** São Paulo, v. 88, n. 4, 2007.

SOUSA, Francisca Georgina Macedo de; ARAÚJO, Thelma Leite de. Avaliação Nutricional de Crianças de Seis a Sessenta Meses. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 57, n. 5, set./out. 2004.