



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB
FACULDADE DE CEILÂNDIA - FCE
CURSO DE ENFERMAGEM

JÉSSICA DE ARÊA LEÃO SILVA

**Assistência de Enfermagem no Acompanhamento de Crescimento e
Desenvolvimento de Crianças na Ceilândia**

Ceilândia – DF

2013

JÉSSICA DE ARÊA LEÃO SILVA

**Assistência de Enfermagem no Acompanhamento de Crescimento e
Desenvolvimento de crianças na Ceilândia**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem 2, como requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro pela Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia.

Orientação: Prof.^a Ms. Casandra G. R. M. Ponce de Leon

Ceilândia – DF

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

JÉSSICA DE ARÊA LEÃO SILVA

S586a

Silva, Jéssica de Arêa Leão.

Assistência de Enfermagem no Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento de crianças na Ceilândia/ Jéssica de Arêa Leão Silva. Brasília, 2013

55f.: il.

Orientadora: Casandra G. R. M. Ponce de Leon;

Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia

1. Enfermagem. 2. Crescimento e Desenvolvimento.

I. Silva, Jéssica Arêa Leão. II. Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia. III. Assistência de Enfermagem no Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento de crianças na Ceilândia.

CDU 616-08-053.2

SILVA, Jéssica de Arêa Leão, Assistência de Enfermagem no Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento de crianças na Ceilândia.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Aprovado em: _____/_____/_____

Comissão Julgadora

Professor (a): _____

Professor (a): _____

Professor (a): _____

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Fátima Leão, que é a enfermeira
e mulher que me inspira todos os dias.

AGRADECIMENTOS

À Deus e Nossa Senhora por serem minha fortaleza e me abençoarem tanto.

Aos meus pais, Fátima e Gilson, por não medirem esforços para me apoiar em todos os momentos. Sem o amor e dedicação de vocês eu não teria conseguido. Amo vocês!

À minha irmã Gíllian, que é minha companheira de todas as horas, pelo apoio, incentivo e compreensão nos vários momentos em que tive que me ausentar de casa para me dedicar à graduação, além de me proporcionar as risadas mais gostosas pelos motivos mais bobos. Você é meu exemplo de dedicação e responsabilidade. Te amo!

Ao meu irmão Jefferson e meu primo Vinicius por serem minha alegria e me ajudarem nos momentos mais difíceis. Amo vocês!

Ao meu primo, amigo e cunhado Marcus Vinicius por me fazer pensar “fora da caixinha”. Sem você a vida não teria tanta graça...

Ao Bruno, meu namorado, que foi o maior presente que ganhei na universidade, por ser meu companheiro, amigo, por me apoiar e me acalmar nos momentos de maior pressão e por não me deixar desanimar. Obrigada por tudo!

À professora Casandra Ponce de Leon, por gentilmente ter aceitado ser minha orientadora, mesmo estando afastada da universidade. Muito obrigada pelo incentivo, carinho e compreensão no decorrer desta jornada.

À professora Laiane M. Ribeiro pela ajuda na elaboração do trabalho e por todo o incentivo e torcida. Obrigada pelo carinho e interesse.

À professora Gisele Martins, minha orientadora de iniciação científica, por ser a grande responsável pelo meu amadurecimento como estudante no campo da pesquisa. Obrigada por todos os ensinamentos e pensamentos positivos.

À Turma Mais Bonita da Cidade (2ª turma de enfermagem) por ter me proporcionado os cinco anos mais felizes, por todas as conversas, as risadas, os choros, as dificuldades enfrentadas juntos. Vocês são incríveis!

Aos participantes da pesquisa pelas informações concedidas, que foram valiosas para a construção deste estudo.

“Só o amor constrói pontes indestrutíveis”.

Charlie Brown Junior

SILVA, Jéssica de Arêa Leão. **Assistência de Enfermagem no Acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento de crianças na Ceilândia**. 2013. 54f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2013

RESUMO

INTRODUÇÃO: O enfermeiro é um importante membro da equipe multidisciplinar no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) infantil atuando por meio da consulta de enfermagem e contínua educação em saúde junto aos pais e familiares. **OBJETIVO:** Descrever a Assistência de Enfermagem com ênfase nas consultas do Acompanhamento de CD. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido em 7 unidades básicas de saúde na Ceilândia, por meio de entrevista semi-estruturada com 7 enfermeiros e 16 mães. Realizada análise temática das entrevistas seguindo o referencial teórico de Minayo. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e o projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética sob o parecer nº 391.646. **RESULTADOS:** No CD são realizadas consultas conforme o calendário do Ministério da Saúde sendo utilizada a caderneta da criança. É oferecido atendimento de odontologia e nutrição às crianças e realizadas palestras educativas em todas as unidades estudadas, que são momentos de educação em saúde. Não é realizada visita domiciliar às gestantes e recém-nascidos, conforme preconizado. A assistência de enfermagem ocorre nas consultas de CD cujo aspecto mais importante para as mães é a realização do exame físico e as orientações oferecidas e a não prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, o aspecto negativo. Percebeu-se que o bom relacionamento interpessoal entre enfermeiro e família favorece o cuidado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A assistência de enfermagem no CD na Ceilândia é fortalecida pelo bom relacionamento entre enfermeiro e mãe/família percebido nas falas dos participantes e pela postura comprometida na realização adequada da consulta de enfermagem, com atenção especial ao exame físico.

DESCRITORES: Enfermagem; Crescimento e Desenvolvimento; Criança

SILVA, Jéssica de Arêa Leão. **Nursing Care in Monitoring the Growth and Development of Children in Ceilândia.** In 2013. 54f. Completion of course work (Nursing Course) - University of Brasilia, Faculty of Ceilândia Ceilândia, Brasilia, 2013

ABSTRACT

INTRODUCTION: The nurse is an important member of the multidisciplinary team in monitoring child growth and development (GD) acting through the nursing consultation and continuous health education with parents and family . **OBJECTIVE:** To describe the nursing care with emphasis on queries Monitoring GD. **METHODS:** A descriptive, exploratory study with a qualitative approach, developed in 7 basic health units in Ceilândia , through semi - structured interviews with 16 mothers and 7 nurses interview. Thematic analysis of the interviews conducted following the theoretical framework Minayo. Participants signed an informed consent and the research project was approved by the Ethics Committee under protocol No. 391 646. **RESULTS:** In CD queries are performed according to the schedule of the Mystery of Health booklet child being used . It offered dental care and nutrition for children and educational lectures held in all units studied , which are moments of health education . Not home visits to pregnant women and newborns , as recommended . Nursing care occurs in consultations GD whose most important for mothers aspect is the physical examination , and guidance offered and non prescription medicines by nurses , the negative aspect . It was noticed that good interpersonal relationship between nurse and family fosters care. **CONCLUSION:** Nursing care in the GD Ceilândia is strengthened by the good relationship between the nurse and the mother noticed the speeches of the participants and the proper conduct committed in the nursing consultation , with particular attention to physical examination posture / family.

KEYWORDS: Nursing; Growth and Development; Child

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância
CAPs-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
HRC	Hospital Regional da Ceilândia
IMC	Índice de massa corporal
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
RN	Recém-nascido
Sisvan	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	Matriz SWOT (<i>strengths, weaknesses, oportunities, threats</i> - fortalezas, fragilidades, oportunidades, ameaças)
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO	12
II	OBJETIVOS	17
	2.1. Objetivo Geral	17
	2.2. Objetivos Específicos	17
III	METODOLOGIA	18
	3.1. Delineamento metodológico	18
	3.2. Local do Estudo	18
	3.3. Participantes do Estudo	19
	3.4. Coleta das informações	20
	3.5. Análise das informações	21
	3.6. Considerações Éticas da Pesquisa	21
IV	RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
	4.1 Categoria 1: “É a partir desse momento que começa”	22
	4.2 Categoria 2: “Eu gosto das consultas da enfermeira”	28
	4.3 Categoria 3: “O enfermeiro toma mais cuidado em orientar”	34
	4.4 Categoria 4: “Às vezes eu acho bom, às vezes eu acho ruim”	36
V	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
VI	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICE A: Termo de consentimento livre e esclarecido para os enfermeiros	48
	APÊNDICE B: Termo de consentimento livre e esclarecido para as mães	50
	APÊNDICE C: Instrumento de coleta de dados para os enfermeiros	52
	APÊNDICE D: Instrumento de coleta de dados para as mães	53
	ANEXO A: CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	54

I INTRODUÇÃO

A assistência à saúde de crianças e adolescentes é assegurada, no Brasil, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) na forma da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Este estatuto considera criança a pessoa com até doze anos incompletos e afirma em seu artigo sétimo 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”. Ainda no artigo 11º assegura “atendimento integral à saúde da criança por intermédio do Sistema Único de Saúde garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” e torna obrigatória a vacinação de crianças nos casos recomendados (BRASIL, 2010).

No sentido de propiciar esse direito às crianças, promover sua qualidade de vida e reduzir a taxa de mortalidade infantil, que sempre foi alta no país, o Ministério da Saúde, desde 1980, adota grande número de programas de saúde e políticas públicas visando mudar essa realidade a partir da ampliação de acesso aos serviços de saúde, integralização e melhoria da assistência (BRASIL, 2012; BRASIL, 2008).

Atualmente a taxa de mortalidade infantil, que compreende a morte de crianças menores de um ano, se apresenta muito mais baixa que nas décadas passadas (de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010), contudo as mortes no período neonatal (de 0 a 27 dias de vida) ainda são elevadas (cerca de 68,6%) refletindo que as ações de atenção à saúde da criança ainda merecem ser melhoradas, a fim de erradicar essas mortes, consideradas evitáveis pelos serviços de saúde (BRASIL 2005; BRASIL, 2012).

A assistência à saúde da criança, segundo o Ministério da Saúde, deve ser organizada em linhas de cuidado, como forma de articulação entre os níveis de atenção garantindo assim uma assistência integral. As linhas de cuidado, propostas na Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil, envolvem ações de saúde da mulher; atenção humanizada e qualificada à gestante e recém-nascido; triagem neonatal; incentivo ao aleitamento materno; qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; orientações sobre alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; combate à desnutrição e anemias carenciais; imunização; atenção às doenças prevalentes na infância com foco na estratégia Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância -AIDPI; atenção à saúde bucal; atenção à saúde mental e prevenção de acidentes, maus-tratos e violência (BRASIL, 2005; BRASIL, 2008).

Na atenção primária à saúde, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) busca promover o aleitamento materno, fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de forma sistemática, dar atenção especial às imunizações e ao controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008). O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (CD), que faz parte das ações da puericultura, é o ponto chave do cuidado à criança por oferecer oportunidade de identificação precoce de problemas de saúde, estabelecimento de condutas curativas aos problemas identificados, promoção à saúde e prevenção de agravos por meio da contínua educação em saúde para os pais (GAUTERIO, IRLA e CEZAR-VAZ 2012; BRASIL, 2002).

Mais recentemente a Rede Cegonha foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde visando “assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis”. Em seu componente de saúde da criança o objetivo é reduzir a mortalidade infantil com ênfase no componente neonatal, garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade, além de acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento e busca ativa de crianças vulneráveis (BRASIL, 2011).

É importante ressaltar que o Brasil é um dos poucos países que tem estruturada uma política nacional voltada para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e que a implementação das estratégias de Programa de Agentes Comunitários (PACS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) foram cruciais para a ampliação do acesso aos serviços de saúde com impacto direto na saúde infantil (BRASIL, 2008).

Assim o Ministério da Saúde recomenda um calendário mínimo de consultas para o acompanhamento de CD sendo realizadas sete consultas no primeiro ano de vida (uma na primeira semana de vida, preferencialmente, ou até 15 dias de vida, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), duas consultas no segundo ano (no 18º e no 24º mês) e a partir de então consultas anuais até os seis anos. Essas são as consultas mínimas, devendo as crianças que necessitam de maior atenção, serem avaliadas com mais frequência. Além das necessidades individuais o número de consultas deve considerar o contexto familiar e vulnerabilidades da criança (BRASIL, 2012).

A primeira consulta do CD, que deve ocorrer na primeira semana de vida, é muito importante na formação de vínculo entre a família e o serviço de saúde. Esse primeiro contato

foi sistematizado pela Primeira Semana de Saúde Integral, visando prestar assistência ao recém-nato e à puérpera. Assim, fazem parte dessa ação a avaliação de saúde do bebê e da mãe, incentivo e orientações sobre o aleitamento materno exclusivo, aplicação das primeiras vacinas, realização da triagem neonatal, apoio e orientações sobre as dificuldades apresentadas, agendamento de consulta de revisão do parto e planejamento familiar para a mãe e as consultas subsequentes do CD para o bebê. Vale ressaltar que deve ser feita a busca ativa das mães e bebês que não compareceram ao serviço de saúde no tempo adequado para a primeira consulta e que esta pode ser programada pela equipe de saúde da maneira mais estratégica para garantir que seja realizada e com qualidade (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012).

As consultas do CD incluem anamnese, aferição dos dados antropométricos, rastreamento de alguns problemas específicos (displasia evolutiva de quadril e criptorquidia), observação do desenvolvimento neuropsicomotor, exame físico, aconselhamento para o cuidado da criança e exames complementares caso seja necessário (BRASIL, 2012). Segundo protocolo utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, as consultas podem ser realizadas por pediatras e enfermeiros de forma intercalada, sendo a primeira consulta preferencialmente realizada pelo pediatra. Essa é uma forma de incrementar a oferta de atendimento (SMSA, 2013). No Distrito Federal essa prática também ocorre nas unidades básicas de saúde.

O Ministério da Saúde insere o enfermeiro como importante ator no processo de acompanhamento do CD fazendo da atuação da equipe de enfermagem na atenção à saúde da criança, uma ferramenta relevante, devendo estar inserida na rotina de atendimento das unidades de saúde (CARNEIRO, 2010, FALBO et al, 2012).

Na consulta de enfermagem à criança presta-se assistência sistematizada de maneira global e individualizada, com o objetivo de identificar problemas de saúde, executar e avaliar cuidados de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esta é uma prática assistencial regulamentada e de obrigatória execução em todos os níveis de assistência à saúde (CAMPOS et al, 2011).

Todas as avaliações realizadas durante as consultas do CD devem ser anotadas adequadamente na Caderneta da Criança, que é uma ferramenta educativa favorecedora da comunicação entre profissionais e pais pela fácil compreensão da linguagem. Contudo é necessário que se explique aos pais como pesquisar as informações contidas nela. A caderneta é o documento que guarda importantes dados sobre a saúde da criança que podem ser utilizadas por vários profissionais e serviços. Além disso, o emprego desse instrumento

quando feito da forma preconizada constitui relevante indicador de qualidade dos serviços de atenção à saúde da criança (VIEIRA et al, 2005; BRASIL, 2012).

Crescimento e desenvolvimento são processos biológicos globais que ocorrem de forma dinâmica e contínua nas crianças e apresentam abordagens de avaliação sistemática diferentes com metodologias específicas. O crescimento é caracterizado pelo aumento do tamanho corporal e é considerado um ótimo indicador de saúde, por ter estreita relação de dependência a fatores genéticos e a fatores ambientais como alimentação, higiene e ocorrência de doenças que influenciam esse processo acelerando-o ou restringindo-o. Já o desenvolvimento infantil pode ser definido e entendido de diversas formas, mas no âmbito da saúde é considerado um processo de transformação complexo, contínuo, dinâmico e progressivo que engloba aspectos psíquicos, sociais, do crescimento, maturação e aprendizagem (BRASIL, 2002).

Para avaliação do crescimento infantil são utilizadas as medidas antropométricas de peso, estatura e índice de massa corporal (IMC) registradas em curvas e gráficos preconizados pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde. Na caderneta da criança são utilizados os gráficos de perímetro cefálico, peso para a idade, comprimento/estatura para a idade, e IMC para a idade (BRASIL, 2012).

Integra o acompanhamento do crescimento infantil, a vigilância alimentar e nutricional que prevê o monitoramento contínuo do estado nutricional e do consumo alimentar das crianças, por meio do o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan). Essas duas vertentes de acompanhamento do crescimento visam evitar que desvios ocorridos na infância possam prejudicar a saúde atual da criança e sua qualidade de vida futuramente (BRASIL, 2012).

O acompanhamento do crescimento permite a identificação precoce de risco de morbi/mortalidade para a maior parte dos problemas infantis, principalmente por meio da sinalização precoce da subnutrição e da obesidade. E deve ser realizado em cada oportunidade de visita da criança aos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

A avaliação do desenvolvimento infantil é feita pela observação de aquisição dos marcos do desenvolvimento infantil. Esses marcos constituem a base da maioria dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento e oferecem um recurso sistematizado de observação do progresso da criança bem como indicação de atraso no desenvolvimento (BRASIL, 2002).

No caderno de Atenção Básica nº11 sobre a Saúde da Criança, o Ministério da Saúde, sugere que não seja utilizado o nome avaliação para o desenvolvimento infantil, já que este termo propõe a utilização de escalas ou testes quantitativos que ocorrem, de maneira geral, em serviços de referência e especializados. Na atenção primária o objetivo do acompanhamento do desenvolvimento não é diagnosticar problemas neuropsicomotores, mas sim observar e identificar crianças com estes prováveis problemas e a partir daí fazer os encaminhamentos necessários a fim de proporcionar intervenção precoce e minimizar as consequências na vida futura (BRASIL, 2002).

Para o desenvolvimento efetivo de todas as ações do acompanhamento de CD é necessária a atuação de uma equipe multiprofissional, envolvendo médicos, enfermeiros e nutricionistas no mínimo. Os profissionais envolvidos devem estar preparados tecnicamente para fazer o acompanhamento e atualizados nas condutas preconizadas a cerca do cuidado infantil visando prestar assistência qualificada nos serviços de saúde, pois o treinamento e a formação dos profissionais são fundamentais para que estes atuem dentro da lógica de atendimento holístico, com comprometimento social e interação das necessidades infantis com a realidade local (CARVALHO et al, 2008).

Destaca-se, assim o enfermeiro, que tem papel fundamental na atenção primária à saúde e no desenvolvimento das ações do CD principalmente no que se refere às ações educativas voltadas para propiciar o autocuidado da criança e mãe/família (CARNEIRO, 2010).

Com relação aos resultados das ações do CD para a melhoria do cuidado infantil e redução da mortalidade infantil, os serviços de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento praticados em cada localidade do país refletem em alguma medida a assistência prestada às crianças e permite inferir sua situação de saúde. Então, conhecer e analisar os serviços de saúde oferecidos permite identificar os pontos fortes e fracos na assistência e na facilidade de acesso dos mesmos, fornecer feedback aos profissionais sobre o resultado das intervenções realizadas e traçar estratégias de melhorias, caso sejam necessárias, para um cuidado integral da saúde da criança (CARVALHO et al, 2008).

Diante do exposto, este estudo busca descrever a Assistência de Enfermagem realizada às crianças, com ênfase nas consultas de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD), em unidades básicas de saúde da Ceilândia.

II OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Descrever a Assistência de Enfermagem realizada às crianças, com ênfase nas consultas de enfermagem do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD), em unidades básicas de saúde da Ceilândia.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as ações realizadas no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento praticadas nas unidades Básicas de Saúde da Ceilândia.
- Comparar as ações executadas com as preconizadas pelo Ministério da Saúde
- Identificar aspectos positivos e fragilidades do acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento na percepção dos profissionais e das mães-usuárias das Unidades Básicas, no programa de CD.

III METODOLOGIA

3.1 Delineamento metodológico

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Esse tipo de estudo tem o objetivo de informar sobre as características de um determinado fenômeno, descrevendo-o detalhadamente e analisar sua relação com os demais fenômenos associados. Nas investigações sobre os serviços de saúde o objetivo é descrever aspectos da estrutura, processo ou resultado do trabalho desenvolvido, estabelecendo nexos causais entre eles, dessa forma os dados obtidos podem subsidiar o planejamento e organização dos serviços, bem como promover reflexões e debates sobre as questões levantadas, favorecendo também a busca de possíveis soluções (PEREIRA, 1995).

3.2 Local do Estudo

O presente estudo foi realizado em 7 unidades básicas de saúde da Ceilândia, Distrito Federal. A Ceilândia é a Região Administrativa mais populosa, com maior número de crianças e uma das mais antigas do Distrito Federal com população estimada em cerca de 398.374 habitantes. Destes, 24,5% tem até 14 anos de idade e 64,3% concentram-se no grupo de 15 e 59 anos, responsável pela força de trabalho. A migração de outras regiões do país para Ceilândia é fator importante visto que 32,0% dos habitantes vieram do Nordeste (CODEPLAN, 2011).

Em relação à escolaridade, apenas 3,0% se declararam analfabetas sendo que a maior parte da população (36,4%) concentra-se na categoria dos que têm somente o primeiro grau incompleto. Os que concluíram o curso superior incluindo mestrado e doutorado somam 4,5% (CODEPLAN, 2011).

A renda domiciliar média da população de Ceilândia corresponde a 4,7 salários mínimos, mas é expressivo o percentual de domicílios de baixa renda. É importante ressaltar que 80,9% dos moradores desta cidade não utilizam planos de saúde sendo, desta forma, dependentes dos serviços de saúde prestados pela rede pública (CODEPLAN, 2011).

Segundo dados do CNES (2013) a rede de saúde da Ceilândia é composta por 332 estabelecimentos de saúde dentre públicos e privados, sendo a rede pública composta pelo Hospital Regional da Ceilândia (HRC); 12 unidades básicas de saúde; 2 postos de saúde rurais; um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPs-AD); Núcleo de Inspeção

de Saúde; uma Hemoclínica; além de contar com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e equipe de Atenção Domiciliar.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram 23 sujeitos, 7 enfermeiros e 16 mães. Dos 12 centros de saúde da regional Ceilândia, um não oferece atendimento de acompanhamento de CD, pois atualmente funcionada como ambulatório do HRC. Dos outros 11 Centros, 4 foram excluídos desta pesquisa pelos seguintes motivos: ausência de enfermeiro no setor pediátrico; enfermeiro de férias; não quis participar da pesquisa e por conflito de interesse, totalizando, assim, 7 unidades básicas estudadas.

Para a participação das mães, foi estipulado cinco participantes de cada centro de saúde, devido ao curto tempo para a realização do trabalho. Contudo durante a coleta de informações, após 16 entrevistas percebeu-se a saturação do conteúdo das falas e com isso a contemplação dos objetivos propostos. Ressalta-se que pelo menos uma mãe em cada unidade básica participou da pesquisa.

Foram adotados como critério de inclusão para os enfermeiros ser profissional do quadro da unidade básica de saúde que atenda na Sala da Criança e aceitar participar desta pesquisa e para as mães, terem realizado consultas de CD até o 6º mês de seu filho e aceitar participar da pesquisa no dia da coleta de dados.

Os critérios de exclusão para os enfermeiros foram: ser enfermeiro que nunca trabalhou na pediatria e ser recém-contratado e/ou recém-formado e para as mães: não ter realizado nenhuma consulta de CD com profissional enfermeiro.

A seguir segue o fluxograma na coleta de informações.

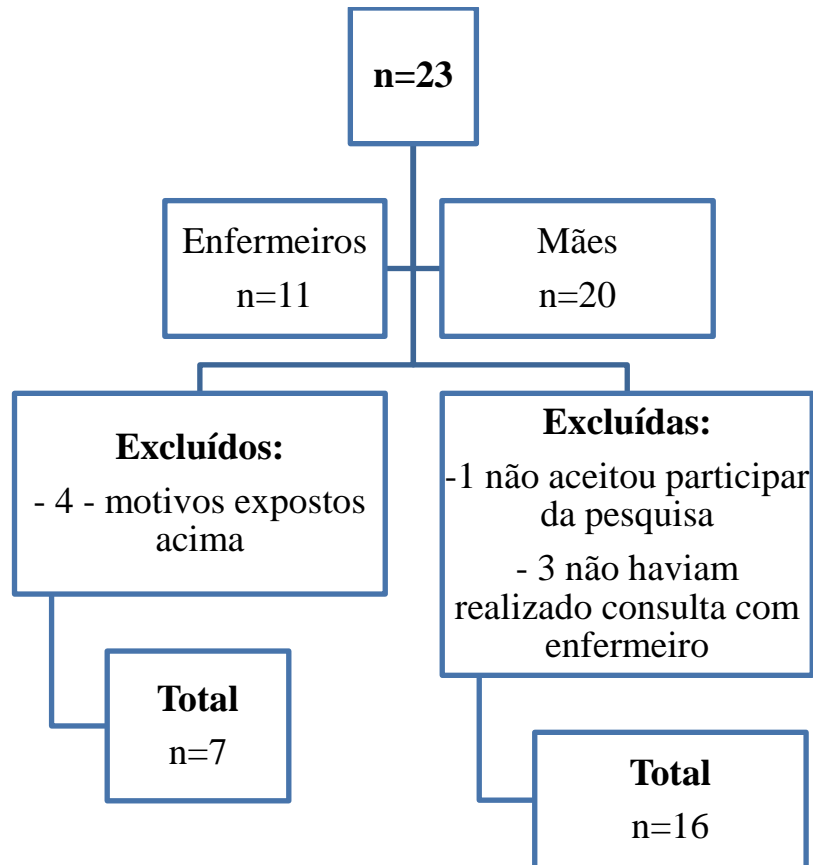


Figura 1: Fluxograma dos participantes da pesquisa, Ceilândia-DF, 2013.

3.4 Coleta das informações

A coleta de dados da pesquisa ocorreu através de entrevistas semi-estruturada com os enfermeiros (APÊNDECE C) e mães usuárias do serviço de acompanhamento de CD (APÊNDECE D). Os encontros foram realizados nas unidades básicas durante os meses de setembro e outubro de 2013.

O instrumento de coleta de dados dos enfermeiros foi composto por 18 perguntas, sendo 10 perguntas fechadas referentes à caracterização do perfil dos mesmos e 8 perguntas abertas referentes ao serviço de acompanhamento de CD desenvolvida em cada unidade de saúde. Com as mães, o instrumento de coleta de dados foi composto por 12 perguntas, sendo 7 perguntas fechadas relacionadas ao perfil e 5 questões abertas sobre o CD.

As entrevistas foram gravadas para melhor compreensão das falas para posterior análise. Inicialmente foi realizada uma visita na unidade de saúde para o agendamento do enfermeiro de acordo com a disponibilidade de horário de cada um. Com as mães, o

recrutamento foi realizado através de uma abordagem pessoal nos centros de saúde enquanto aguardavam atendimento na pediatria.

3.5 Análise das informações

Para a análise dos dados foi realizada a análise temática das entrevistas seguindo o referencial teórico de Minayo (2004), que tem por objetivo identificar os núcleos de sentido que fazem parte da comunicação observada, cuja presença ou frequência é significativa para a pesquisa e traz um feixe de relações que pode ser evidenciado por uma palavra, frase ou um resumo.

O fluxo de análise partiu de uma pré-análise, seguida da leitura flutuante das entrevistas em busca das ideias centrais nas falas. Nesse momento foi constituído o corpus, agrupando as entrevistas por suas características comuns, podendo ser o corpus de natureza convergente ou divergente de acordo com as ideias centrais das falas. Em seguida, o corpus foi submetido a um recorte de texto em unidades de registro, formadas por frase, palavra, trecho ou tema que permita comparação mais detalhada (MINAYO, 2004).

Por fim, as respostas foram comparadas com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde com relação à proposta para a assistência no Acompanhamento de CD e com a literatura atual, sendo os pontos de vista de mães e enfermeiros confrontados entre a realidade existente e a literatura consultada.

3.6 Considerações Éticas

Para o desenvolvimento da pesquisa foram consideradas as recomendações e os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (CEP-FS/UnB) sob o número de parecer 391.646 de 10/09//2013.

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e o procedimento de coleta de dados utilizando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B) e esclarecendo-os quanto ao sigilo e anonimato das informações obtidas, os riscos e benefícios do estudo.

Para assegurar o anonimato dos participantes as falas foram identificadas com a letra E para os enfermeiros e a letra M para as mães seguidas de um número de acordo com a sequência das entrevistas realizadas.

IV RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora não seja objetivo desta pesquisa apresentar o perfil dos participantes, tal caracterização permite uma melhor compreensão e reflexão sobre os resultados encontrados.

Assim, participaram desta pesquisa 7 enfermeiros sendo somente 1 do sexo masculino. Em relação à idade, 3 (43%) estavam na faixa etária de 31 a 40 anos, 1 (14%) entre 41 e 50 anos e 3 (43%) com mais de 50 anos, 6 (86%) enfermeiras são casadas. Todos com mais de 10 anos de formação e 4 (57%) possuem especialização concluída entre 5 e 10 anos. As especializações citadas foram: saúde da família, com 2 enfermeiros, saúde pública e saúde perinatal com 1 enfermeiros, 3 enfermeiros não relatam qualificação profissional.

Das 16 mães que integraram o estudo, 10 (63%) tem idade entre 20 e 30 anos, 8 (50%) são casadas e 8(50%) completaram o segundo grau. Quanto à renda familiar 13 (81%) se enquadravam entre 1 a 2 salários mínimos e com uma média de 2 filhos por parte de 9 (56%) mães pesquisadas.

Da análise temática das entrevistas emergiram quatro categorias intituladas: 1) “**É a partir desse momento que começa**”, 2) “**Eu gosto das consultas com a enfermeira**”, 3) “**O enfermeiro toma mais cuidado em orientar...**” e 4) “**Às vezes eu acho bom, às vezes eu acho ruim**” que contribuíram para alcançar os objetivos da presente pesquisa.

4.1 Categoria 1: “É a partir desse momento que começa”

A categoria “**É a partir desse momento que começa**” descreve as ações e estratégias adotadas no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento - CD na Ceilândia que emergiram das falas de enfermeiros e mães.

As ações de saúde realizadas às crianças na atenção primária são fundamentais para a prevenção e detecção precoce de alterações e realização de intervenções, diminuindo o risco de morbimortalidade na infância (REICHERT et al, 2012). Dessa forma o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (CD) infantil deve ser iniciado preferencialmente na primeira semana de vida do recém-nascido, pois este é o momento oportuno para oferecer orientação à família e para a realização da triagem neonatal (Teste do Pezinho) que é de suma importância para o rastreamento de doenças congênitas e metabólicas (BRASIL, 2012).

Na Região Administrativa da Ceilândia as crianças geralmente nascem no Hospital Regional da Ceilândia, o HRC, e chegam às unidades básicas de saúde (UBS) para fazer o acompanhamento de CD por encaminhamento da maternidade do referido hospital.

As mães são orientadas a procurarem o serviço de saúde próximos ao seu endereço residencial, de preferência nos primeiros 7 dias de vida do bebê para fazer a primeira consulta do CD e dar seguimento ao calendário de vacinação e consultas. Em alguns casos o primeiro atendimento na UBS já é marcado pela maternidade ou pela própria unidade de saúde através do contato telefônico com as mães.

Esta estratégia de comunicação é possível, nesta regional, porque a maternidade do HRC envia uma lista diária com nomes e dados –telefone e endereço- dos recém-nascidos para cada UBS e estas são responsáveis por captar e entrar em contato com as mães de sua área de abrangência para dar início ao acompanhamento de CD. Tal estratégia é reconhecida e relatada pelas mães e enfermeiras das unidades:

“A própria maternidade já manda pra gente a lista dos recém-nascidos. Ai através dessa lista a gente pega os bebês que são da nossa área e faz contato por telefone pra que a mãe venha ao centro de saúde fazer a primeira vacina e abrir o prontuário. É a partir desse momento que começa” (E1).

“Quando vem da maternidade tem duas vagas por agenda em cada pediatra e na minha agenda também, então ela já manda a criança de lá, quando a criança sai de alta, já com a consulta marcada pra cá...” (E5).

“A mãe chega na unidade através da informação que ela tem no hospital. Quando ela sai do hospital regional ela vem com um formuláriozinho explicando pra ela procurar o mais cedo possível a unidade de saúde pra marcar a consulta do bebê, fazer o acompanhamento do bebê e nesse acompanhamento estão incluídas as consultas do CD, as vacinas, qualquer atendimento que a mãe precise pro bebê ela tem que procurar a unidade mais próxima da casa dela (E7).

“Então, no caso do bebê ele desde que sai da maternidade já vem com a consulta marcada, ai desse agendamento você fica vindo nas outras consultas que são de praxe” (M7).

“Você mesmo vem naquela salinha ali e marca. No hospital mesmo falou que na primeira semana do nenê tinha que vim consultar com o pediatra” (M13).

Percebe-se pelas falas que a informação passada na maternidade é de grande importância para que mães e bebês iniciem o acompanhamento de CD no tempo recomendado pelo Ministério da Saúde. Contudo um enfermeiro relata que muitas mães ainda não conseguem chegar até os 7 primeiros dias de vida do bebê na UBS, por diversos motivos:

“Poucas crianças estão conseguindo chegar de 0 a 7 dias. São vários os fatores: tem a questão dos partos cesarianos em que a mãe precisa de uma

recuperação maior e de 0 a 7 dias da idade do bebe muitas vezes elas não estão em condições de vim marcar a consulta e depois consultar, ou são mães de primeira vez, que mesmo tendo o parto normal, por serem mães de primeira vez elas vão pra casa da mãe dela, da sogra, do hospital elas vão pra um outro endereço de um parente que tenha mais experiência para ajudá-las. Isso também dificulta a fazer que o bebê chegue no sétimo dia” (E2).

Frente a esta questão um estudo descritivo realizado em três maternidades de Ribeirão Preto- SP (FURTADO et al, 2010) apresenta como uma das ações para o seguimento da atenção ao recém-nascido (RN) o agendamento da consulta de puericultura na unidade de referência dentro da rede de atenção básica. Ou seja, todos os recém-nascidos já saem da maternidade com sua primeira consulta de acompanhamento de CD marcada.

Esta estratégia não é empregada de maneira sistemática na Ceilândia, visto que nem todos os RNs tem sua primeira consulta de CD marcada antes de sua saída da maternidade, mas este agendamento foi citado por algumas mães e enfermeiros. A consolidação do agendamento da primeira consulta de CD ainda na maternidade pode contribuir para o seguimento da atenção ao recém-nascido facilitando o acesso à primeira consulta e possivelmente diminuindo o número de crianças que não iniciam do acompanhamento de CD no tempo correto.

É importante ressaltar que a interligação entre os níveis de atenção hospitalar e atenção básica contempla o principio da integralidade do SUS que pode ser entendido como o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990), ou seja, é garantido o acesso à assistência em todos os níveis de atenção para um cuidado contínuo, seja este cuidado com ações preventivas, curativas ou de reabilitação.

Mas a integralidade dentro da lógica do SUS vai além, envolvendo ações de promoção à saúde, assistência voltada para os indivíduos e coletividades considerando seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais e ainda a ação integrada dos demais setores da sociedade para a resolução dos problemas de saúde. Em relação a este último aspecto Souza, Erdmann e Mochel (2010) em trabalho sobre integralidade no cuidado de crianças na atenção básica observa que os profissionais reconhecem a relevância das ações intersetoriais entre organizações da sociedade civil e o Estado para a resolução dos problemas de saúde da criança.

Ao encontro deste principio vai a busca ativa das mães caso elas não compareçam nas unidades básicas no tempo estimado. Busca ativa em seu sentido estrito é ir à procura de

indivíduos para identificação de situações específicas (LEMKE e SILVA, 2010), sendo uma estratégia recomendada pelo Ministério da Saúde e acordada na Agenda de Compromissos de Atenção à Saúde da Criança (BRASIL, 2005; BRASIL, 2012).

Uma das mães relatou ainda que:

“aqui nesse posto é bom porque eles vão em casa. Eles vão em casa, eles olham o umbiguinho do nenê, pelo menos foram na minha né. Ai eles olham, perguntam se a mãe tá bem pra marcar a primeira consulta, ai a gente vem até a unidade ai faz todo o procedimento certinho, mas eles vão em casa” (M14).

É durante a visita domiciliar que as ações de educação em saúde se tornam mais humanizadas e direcionadas às necessidades reais de cada família, nesse sentido, destaca-se que a visita domiciliar é preconizada pelo Ministério da Saúde como uma das primeiras ações de cuidado com o recém-nascido que deve ser feita a todas as famílias de gestantes e crianças na primeira semana pós-parto (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011). Vieira et al (2012) em pesquisa com enfermeiros de unidades básicas de saúde do Paraná, expõe que a captação dos RNs para a primeira consulta de acompanhamento de CD é ação dos agentes comunitários de saúde (ACS), realizada por meio de visita domiciliar sistematizada.

Pelo discurso das mães e enfermeiros verifica-se que esta não é uma prática frequente nas UBS mesmo porque na regional da Ceilândia são poucas as unidades com PACS. Contudo, o Ministério da Saúde ressalta que, a visita domiciliar pode ser conduzida pelo profissional médico ou enfermeiro da unidade, por ser uma prática de toda a equipe de saúde e não apenas dos agentes comunitários (BRASIL, 2012).

Outro ponto ressaltado nas falas dos participantes é que, mesmo aquelas mães que chegam à unidade apenas para vacinar seus filhos ou realizar o teste do pezinho, são encaminhadas para a Sala da Criança, onde acontece a marcação das consultas e a inscrição no programa de CD como apresentado nas falas:

“...o cuidado maior da mãe acaba sendo a vacina, então quando a mãe vem atrás da BCG as meninas da vacina já tem esse cuidado, elas já encaminham a mãe pra marcar a consulta e as meninas fazem isso mesmo, que é muito jóia” (E3).

“Não morava na Ceilândia e assim que ele nasceu me mudei pra perto do posto e minha cunhada disse que lá havia acompanhamento para as crianças e eu vim fazer a vacina dele, tanto que a primeira consulta foi com 18 dias de nascido” (M8).

A imunização é comprovadamente relevante para a prevenção de doenças e promoção da saúde na infância, mas não deve ser a única ação de saúde dispensada às crianças, visto que tem igual importância da vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL,

2012). Assim, pelas falas apresentadas é possível inferir que há uma integração positiva entre os serviços oferecidos na unidade de saúde favorecendo um cuidado integral da criança.

Rotineiramente, as consultas de CD são realizadas conforme calendário nacional e intercaladas entre pediatra e enfermeiro conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e, em algumas unidades, são ainda realizadas consultas em períodos diferentes sendo citadas consultas com 15 dias, 3 meses, 5 meses e 15 meses como demonstrado nas falas das enfermeiras:

“O CD na unidade a gente segue o calendário do Ministério da Saúde. Que quando o bebê chega na unidade ele tem a consulta com 7 dias depois ele tem com 15 dias, depois ele tem com 30 dias, depois ele tem com 2 meses, com 4, com 6, com 9, com 15 meses, com 18 meses e com 2 anos. Hoje a gente tá seguindo esse calendário até 2 anos isso na sala da criança que ele já sai com a consulta marcada, mas a gente orienta pra ela que ela tem que fazer essa continuidade que fica anual” (E7).

“O CD até 6 meses tem consulta mensal, depois aos 9 meses, 1 ano, 1 ano e 3 meses, 1 ano e 6, 1 ano e 8 meses e 2 anos. Então essas aí são as consultas” (E3).

O Ministério da Saúde e a própria dinâmica de funcionamento do serviço de atenção básica dá autonomia à equipe de saúde em pactuar com os pais o calendário de consultas de CD mais adequado para cada criança levando-se em consideração o contexto familiar, necessidades individuais e as vulnerabilidades (BRASIL, 2012). Isto reflete a preocupação e o compromisso do enfermeiro com o efetivo cuidado da criança frente às suas necessidades de saúde.

Observou-se nas UBS estudadas que a dinâmica de agendamento das consultas de CD é bem diversificada uma vez que, em algumas unidades o agendamento da próxima consulta é feito durante a realização de cada atendimento e outras mães marcam as consultas na Sala da Criança ou no guichê de marcação da unidade.

Na literatura consultada não foram encontradas orientações sobre a operacionalização do agendamento das consultas de seguimento do CD, mas percebe-se que neste ato estão envolvidos dois pressupostos diferentes: por um lado há a co-responsabilização e participação dos pais no cuidado à saúde das crianças por meio do compromisso em marcar a consulta nas datas corretas e por outro o cuidado do serviço de saúde em facilitar o retorno às consultas e minimizar as possíveis faltas.

Além das consultas médicas e de enfermagem, o acompanhamento de CD nas UBS da Ceilândia oferece serviços de odontologia e nutrição para as crianças juntamente com ações

de educação em saúde destas especialidades por meio de palestras educativas com os pais. Estes aspectos estão presentes nas falas:

“Todas as nossas crianças elas tem o atendimento tanto com a nutricionista como com a odontologia” (E3)

“É, eu faço uma primeira palestra no início, uma introdução... Agora é lógico tem a reunião de outros profissionais. Em torno de uns 5 meses tem a da nutricionista e também com a odonto” (E5).

“Tem a primeira palestra de cuidados, depois tem a palestra do dentista e também teve com a nutricionista” (M11)

“Foram duas palestras uma de alimentação, de o que tem que dá pro bebê depois dos seis meses e a primeira é de cuidado com o bebê, com o umbiguinho dele, essas coisas” (M12).

Este conjunto de ações se justifica uma vez que o cuidado à criança exige os saberes de uma equipe multidisciplinar em que haja participação cooperativa e articulada entre diferentes profissionais de distintas áreas do conhecimento a fim de prestar assistência integral de qualidade e alcançar os objetivos da vigilância da saúde infantil (SOUZA, ERDMANN e MOCHEL, 2010).

Nesse sentido estudos apontam que médicos e enfermeiros são os primeiros profissionais a orientar e estimular a mãe nos cuidados de saúde bucal de seus filhos, já que são os primeiros profissionais a ter contato com a criança nos serviços de saúde (DINIZ et al, 2011; ROBLES, GROSSEMAN e BOSCO, 2010). Além de serem responsáveis pelas primeiras orientações, os profissionais da equipe de saúde devem encaminhar as crianças para as consultas odontológicas e nutricionais (BRASIL, 2012).

A orientação dos enfermeiros é igualmente relevante para a educação nutricional das crianças voltada, principalmente, para a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida do lactente, favorecendo um melhor desenvolvimento da criança e incentivo à promoção do apego entre mãe e filho (SILVA et al, 2013).

Compreende-se que, nas unidades básicas estudadas, a atuação do nutricionista é voltada para a transição alimentar do aleitamento materno para a alimentação sólida que ocorre geralmente por volta dos 6 meses de idade, sendo realizada palestra educativa e agendamento de consultas individuais conforme a necessidade das crianças.

Um estudo em São Paulo observou que a inserção do nutricionista na equipe de atenção básica é crescente, mas ainda insuficiente para atender as demandas principalmente de crianças na faixa etária de 0 a 2 anos (CERVATO-MANCUSO et al, 2012), o que justifica

o atendimento individual das crianças mais vulneráveis e as orientações gerais, para as demais, por meio de ações coletivas, no caso palestras como ocorre na Ceilândia. Este fato corrobora para a necessidade da assistência à saúde da criança ser prestada por equipe multidisciplinar.

A educação em saúde, presente nas palestras oferecidas nas unidades básicas, se revela nas relações de construção de conhecimento acerca dos processos de saúde e doença dos indivíduos e coletividades, por meio do diálogo entre o saber científico apresentado pelos profissionais de saúde e o saber popular (GAZZINELLI et al, 2013).

Contudo, é necessário que os momentos das palestras não sejam apenas voltados para a transmissão de conhecimento, mas sim espaços de real construção de saberes que modifiquem positivamente a vida dos indivíduos e que leve em consideração seu contexto social, econômico e familiar, favorecendo a promoção à saúde.

Em síntese, esta categoria apresenta a operacionalização do agendamento da primeira consulta de CD na unidade básica como um fator importante para a continuidade da assistência à criança nos primeiros dias de vida e a visita domiciliar como um importante momento de orientação à família para o cuidado com o recém-nascido, destaca o calendário de consultas seguido pelas UBS e que, além de atendimento médico e de enfermagem, as crianças recebem atenção odontológica e nutricional, além de apontar para as palestras como uma ferramenta para a educação em saúde empregado por diversos profissionais no acompanhamento de CD.

4.2 Categoria 2: “Eu gosto das consultas com a enfermeira”

Nesta categoria **“Eu gosto das consultas com a enfermeira”** é apresentada a assistência de enfermagem no CD por meio das consultas e como ocorre o relacionamento interpessoal entre mãe e enfermeira.

As consultas de enfermagem são atividades privativas do enfermeiro regulamentadas pela Lei nº 7.498/86 (COFEN, 1986) e são realizadas por meio de anamnese e exame físico das crianças, incluindo orientações, preenchimento da caderneta da criança e realização dos encaminhamentos pertinentes (BRASIL, 2012). Para Loureiro et al (2012) é durante as consultas de enfermagem que as intervenções do enfermeiro têm maior destaque na atenção

primária. Esta informação apoia o presente estudo uma vez que os enfermeiros reconhecem a consulta de enfermagem como uma importante ferramenta de trabalho.

Os aspectos referentes à assistência de enfermagem nas consultas de CD na Ceilândia estão apresentados nas falas a seguir:

“A anamnese, o levantamento das informações, eu faço da seguinte forma eu divido em tópicos. Socioeconômico é um assunto que eu falo, faço perguntas a respeito, o próximo tópico alimentação, o próximo eliminações, o próximo imunização, crescimento, desenvolvimento, exame físico...seriam esses os tópicos. As vezes tem uma queixa. A queixa seria outro tópico. Ai a gente faz o diagnóstico, ai tem a conduta, diante da hipótese diagnóstica eu tenho que ter a conduta...” (E2).

“Olha eu acho que, é uma coisa pessoal até, mas eu sou muito voltada principalmente pra questão da manutenção do aleitamento materno, então essa é a minha grande meta mesmo como enfermeira, então é um cuidado maior que eu tenho, é lógico que tem toda a questão dos cuidados de higiene, eu vou fazer um exame físico sempre...” (E3).

“Na consulta de enfermagem no CD a criança passa por uma pré-consulta. Nessa pré-consulta é visto o peso da criança, o perímetro cefálico e é visto a estatura da criança. Depois que ela faz essa pré-consulta pelo técnico de enfermagem ele é encaminhado pra sala pro atendimento da enfermeira. Ai a consulta da enfermeira ela segue os passos de uma consulta de enfermagem.” (E7).

“Ah, ela olha bem a criança, melhor do que o médico. Porque ela examina bem mesmo, tudo. Eu gosto da consulta com a enfermeira.” (M10).

“Então, com o enfermeiro eu senti mais...parece que tem mais conteúdo, porque o medico é bem objetivo: “o que você tem”, “a doença é essa” e tal, e a receita. O enfermeiro orienta as questões de ordem de desenvolvimento dela no caso. Ele parou pra olhar se ela tá desenvolvendo de acordo com a idade, isso eu achei interessante. As consultas demoram mais mas são bem interessantes” (M7).

“Ela pergunta muito do dia-a-dia dele, isso é importante, ela conversa muito, ela não só olha pra ver se ele tá bem não, ela quer ver a rotina dele. Ela pergunta tudo dele, o que é que faz no dia-a-dia o que é que não faz, se ele é ativo se não é ativo. Ela tenta interagir com ele, brincar com ele pra ver né se ele fala alguma coisa, se sorri...” (M15).

Percebe-se que a consulta de enfermagem é voltada para oferecer orientações às mães em relação aos cuidados e desenvolvimento da criança bem como é valorizado o exame físico. O exame físico completo da criança deve ser realizado na primeira consulta de CD, sendo que não há evidências suficientes para justificar a repetição deste exame completo nas demais consultas (BRASIL, 2012).

No entanto, o exame físico é o instrumento que o enfermeiro dispõe para a avaliação periódica do estado de saúde da criança e o que respalda suas condutas, sendo desta forma indispensável durante o atendimento do CD, além de ser uma prática reconhecida e valorizada pelas mães, fato constatado nos relatos das mesmas.

Corroborando com este estudo os achados de Costa et al (2012) ao verificarem que as enfermeiras consideram importante ter o conhecimento do ambiente familiar e a rotina da criança a fim de captar informações sobre o seu modo de cuidado, condições de vida familiar bem como necessidades de intervenções de saúde.

Dentre os assuntos mencionados nas consultas de enfermagem destacam-se a amamentação, alimentação, imunizações, crescimento e desenvolvimento assim como o achado por Loureiro et al (2012), porém outros aspectos de grande relevância para a avaliação do estado de saúde das crianças não foram citados como aponta também o estudo de Vieira et al, (2012), sendo eles a prevenção de acidentes e violência domiciliar, icterícia neonatal, doenças prevalentes na infância dentre outros, que são temas preconizados pelo Ministério da Saúde.

Além disso, e endossando os achados de Costa et al (2012), poucos enfermeiros do presente estudo mencionaram a consulta de enfermagem como ferramenta de autonomia do exercício da profissão, bem como a elaboração de diagnósticos de enfermagem como prática da assistência à criança, apesar de reconhecer a importância da consulta na assistência à criança. A reflexão acerca desta informação é importante, uma vez que o reconhecimento da consulta e do processo de enfermagem contribui para o fortalecimento “do fazer” da categoria profissional e afirma sua importância dentro da equipe de saúde.

Os enfermeiros indicaram o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento utilizado nas consultas de CD. A caderneta é o documento preconizado pelo Ministério da Saúde para o registro de informações sobre o crescimento e desenvolvimento da criança e pode ser utilizado por todos os profissionais de saúde (BRASIL, 2012). Ademais, a ausência de registros adequados na caderneta dificulta a identificação de situações de risco e o planejamento de ações à criança (MOREIRA e GAÌVA, 2013).

Vasconcelos et al (2012) em pesquisa ação com 11 mães primíparas, verificou que a consulta de enfermagem tem resultado satisfatório no aprimoramento dos conhecimentos das mães, que, por estarem cuidando do primeiro filho apresentam muitas dúvidas e incertezas.

No mesmo sentido, uma experiência de acompanhamento coletivo de CD ressaltou que os momentos de atendimento individualizado são valorizados pelos pais (GURGEL et al,

2013), o que apoia o achado por Vieira et al (2012) e por este estudo ao afirmar que os enfermeiros também identificam a consulta de acompanhamento de CD como um momento importante para a avaliação individualizada da criança.

Sobre o relacionamento interpessoal que permeia a consulta de enfermagem os participantes da pesquisa declararam:

“Eu sempre converso com a mãe e a minha conversa é sempre voltada pro sentimento da mãe...eu procuro ter esse cuidado porque pra manutenção no aleitamento a mãe tem que tá muito bem. Ai eu pergunto sobre a questão do cansaço físico, como ela tá, se tem quem ajuda, dentro do possível do meu tempo né, a gente vai conversando” (E3).

“Tem delas que eu oriento e estou achando tão bonitinho, elas vem com uma série de perguntas anotadinhas pra me fazer da alimentação, da cólica, do padrão de sono, da queda de cabelo. Elas vem com tudo anotadinho e eu vou respondendo as perguntas delas” (E5).

“É o carinho... Ela tem um carinho. O médico é muito técnico, diz o que tem que fazer e pronto” (M6).

“Tem muita coisa que eu estando com a enfermeira eu lembro de perguntar, ou aquilo que eu não lembro ela me faz lembrar com as perguntas que ela me faz. E que com a médica eu saio da consulta “Ai meu Deus do céu, esqueci. Eu tinha que falar isso e não falei, eu tinha que perguntar disso, eu tinha que saber disso”, e passou despercebido. Porque o tempo dela não é muito grande, ela já não tem tanto tempo pra tá falando por causa da quantidade de crianças” (M16).

Embora a preocupação principal do acompanhamento de CD seja a criança, a avaliação do estado de saúde e o bem estar da mãe está relacionado com o estado de saúde da criança (BRASIL, 2012) e portanto deve ser investigado pelo enfermeiro nas consultas, tendo assim uma visão holística do “ser” atendido: criança-mãe-pai/família.

Percebe-se pelos discursos dos participantes que o relacionamento entre enfermeiro e mãe-família é facilitador da assistência à criança, favorecida pela valorização da escuta das queixas e dúvidas da mãe-família e pela orientação por parte dos enfermeiros.

O Relacionamento Interpessoal pode ser entendido como uma tecnologia leve produzida nas relações entre profissionais e usuários dos serviços que permite o acolhimento, a escuta sensível e possibilita o compartilhamento de saberes e vivências (MELLO et al, 2012).

Koerich (2006) citando Merhy coloca que as tecnologias presentes no cuidado em saúde podem ser classificadas como leves, leves-duras e duras. As tecnologias leves estão presentes nas relações entre os indivíduos como o vínculo e acolhimento; as leves-duras são os saberes estruturados utilizados no trabalho em saúde como a clínica médica, a psicanálise e

a epidemiologia, e por fim as tecnologias duras são os equipamentos tecnológicos, as normas, e estruturas organizacionais.

Franco (2012), em estudo sobre as necessidades de saúde de usuários de unidade básica de saúde, relata que os usuários identificam o vínculo com a equipe, o atendimento gentil e com maior disponibilidade de tempo como necessidades de saúde.

Outro estudo identificou que a consulta de enfermagem no acompanhamento de CD proporciona a criação de vínculo entre o trinômio mãe/família/criança e o enfermeiro com repercussões positivas para o acompanhamento das crianças e integração das mães no cuidado (COSTA et al, 2012), além de favorecer a continuidade do acompanhamento nas unidades de saúde (VIEIRA et al, 2012).

O Ministério da Saúde afirma que a construção da parceria deste trinômio facilita as relações e a divisão de tarefas e co-responsabilidades do cuidado com a criança (BRASIL, 2012).

O bom relacionamento interpessoal se dá por meio de uma comunicação efetiva que favoreça a promoção à saúde bem como garanta uma assistência adequada. Contudo, para que a comunicação ocorra de forma satisfatória é importante a utilização das formas de comunicação verbal e não verbal a fim de garantir que a mensagem seja transmitida e compreendida pelos usuários. Para isso, enfermeiros devem buscar alternativas de comunicação que facilitem este processo como a utilização de recursos visuais ou expressões artísticas (BRANDÃO et al, 2012).

Pelas falas das mães é possível perceber que o processo de trabalho dos pediatras não permite uma comunicação efetiva nem consulta satisfatória para as mães-família. Nesse sentido e apoiando o achado neste estudo, a comunicação dificultada pelo pouco tempo nas consultas estabelece um obstáculo para o cuidado efetivo à criança, por impedir que a mãe esclareça todas as suas dúvidas e realize questionamentos, o que implica em uma assistência impessoal e insatisfatória (SOUZA e ERDMANN, 2012).

A comparação entre a consulta médica e de enfermagem relatada pelas mães é esperada, uma vez que, ambas acontecem dentro do mesmo seguimento e têm focos bem diferenciados. Embora as duas consultas devam ser permeadas pelo princípio da integralidade e da visão holística da criança/mãe/família, o profissional médico tem seu foco de atenção voltado para as queixas e a resolução/tratamento, enquanto o profissional enfermeiro está focado na prevenção de agravos e identificação de situações de risco, dispensando para isso mais tempo com orientações e educação em saúde.

É importante ressaltar que, uma consulta não substitui a outra, uma vez que fazem parte de um calendário onde atua uma equipe multidisciplinar e que no acompanhamento de CD, médicos e enfermeiros trabalham com o mesmo objetivo de prestar assistência à saúde das crianças, buscando com isso diminuir as morbidades e mortalidade infantil (0-5 anos).

Quando perguntadas sobre o que não gostam na consulta com o enfermeiro as mães revelaram que:

“Dela não tenho nada que reclamar não. É ruim que ela não pode receitar né. Digamos que no dia da consulta que é com a enfermeira ela esteja com algum problema, como já aconteceu, ela não pode me receitar nada. Tive que marcar outra consulta com o médico, aí é ruim por isso” (M3).

“Que ela não pode passar medicamento. Às vezes você precisa, a consulta é com ela não pode, não tem como te passar o medicamento” (M11).

“Não mudaria nada, mas se pudesse atender mais vezes seria melhor” (M9).

“Na consulta com a enfermeira? Eu acho que podia ser mais frequente” (M16).

A prescrição de medicamentos na enfermagem é assunto controverso e não há consenso entre médicos e enfermeiros (ANDRADE, 2011). A prescrição de enfermagem é legalizada pela lei nº 7.498/1986 em seu artigo 11 e regulamentada pelo decreto 94.406/1987 como atividade do enfermeiro na equipe de saúde em programas de saúde pública estipulado pelo Ministério da Saúde e em rotina aprovada pela instituição de saúde (COFEN, 1986). Andrade (2011) ressalta ainda que a prescrição deve ser subsidiada pela SAE e que ocorra na atenção básica e em especial na ESF.

A portaria nº 218, de 16 de outubro de 2012 autoriza o enfermeiro, no exercício das suas atribuições normativas, a solicitar exames de rotina e complementares e realizar prescrição de medicamentos, desde que enquadrados nos protocolos dos Programas de Saúde Pública e adotados pela Secretaria de Estado de Saúde do DF. A prescrição de medicamentos e a solicitação de exames complementares pelo enfermeiro deverão ser feitas em receituário/formulário padronizado da Secretaria de Estado da Saúde do DF, identificado com carimbo, número da inscrição do Conselho Regional de Enfermagem - COREN-DF, nome completo do profissional e respectiva assinatura (BRASÍLIA, 2012).

Dentre os programas que permitem a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro estão os protocolos de atenção à Saúde da criança, Saúde da mulher dentre outras (BRASÍLIA, 2012).

Entendemos que, mesmo sendo resguardado pela lei do exercício profissional e protocolos do Ministério da Saúde, o enfermeiro ainda não consegue exercer suas atribuições em sua plenitude na assistência à criança, o que pode ser devido a entraves e conflito de interesses com a categoria médica dentro dos serviços de saúde, a não utilização dos protocolos que permitam a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro e até mesmo pelo desconhecimento da legislação.

Andrade (2011) afirma também que, há certo descompromisso com a luta pela padronização dos protocolos do Ministério nas unidades de saúde e que o desconhecimento sobre o assunto vem desde a formação profissional. Neste sentido é importante que os currículos de graduação de enfermagem contemplem a atualização destes protocolos e que favoreça a discussão e reflexão crítica a cerca da prescrição de medicamentos na profissão.

A categoria 2 revela que o exame físico nas consultas de CD é valorizado pelas mães e que a impossibilidade de prescrição de medicamentos pelo enfermeiro é sua maior reclamação. Ademais o bom relacionamento entre enfermeiro e mãe/família influencia a qualidade do atendimento.

4.3 Categoria 3: -“O enfermeiro toma mais cuidado em orientar...”

Da categoria 2 emergiram as orientações como ponto importante do cuidado de enfermagem e nesse sentido a categoria **“O enfermeiro toma mais cuidado em orientar...”** aborda a educação em saúde presente nas ações de enfermagem. A educação em saúde é feita por meio das palestras do CD e das orientações dentro das consultas.

“A gente também conversa mais, os médicos, eles vão um pouco mais rápido e às vezes elas sentem dúvida e ai não tem a chance de perguntar. E pelo menos assim, eu me esforço pra que elas fiquem a vontade e perguntem. E tem que dedicar tempo mesmo. Elas perguntam, elas perguntam bastante” (E1).

“Porque a consulta do enfermeiro tem um formato, que modéstia parte é diferenciada, porque é uma consulta que tem que focar também a questão da educação em saúde, então você examina, você vê as condições clínicas do bebê, mas é também uma oportunidade de consultoria da mãe para com você, então é uma troca de informações, uma educação em saúde, uma consulta que requer tempo” (E2).

“O esclarecimento, a oportunidade de tirar dúvidas. Com o pediatra isso não é possível porque são muitas crianças para atender” (M8).

“Porque ela explica tudo, pontinho por pontinho, explica tudinho direitinho pra você não ter nenhuma dúvida” (M14).

O mesmo estudo de Vieira et al (2012) anteriormente citado, apoia o presente estudo ao revelar que os enfermeiros do programa de saúde da criança entendem que o acompanhamento de CD vai além da avaliação antropométrica tendo como ponto forte a orientação às mães sobre a saúde da criança.

Estudo comprovou a efetividade das ações de educação em saúde para mães no acompanhamento de CD por constatar *empoderamento* das informações passadas (VASCONCELOS et al, 2012) e que as consultas de enfermagem devem ocorrer favorecendo o diálogo. Gurgel et al (2013) também verificou o *empoderamento* das mães e família como fator resultante da educação em saúde e que a inclusão dos cuidadores nesse processo desperta-lhes o desejo de cuidar melhor de seus filhos.

No mesmo sentido desse *empoderamento*, Marcacine, Orati e Abrão (2012) aponta que as orientações em relação aos cuidados com a criança vêm ao encontro do cuidado integral, além de permitir um espaço de troca entre o conhecimento popular, advindo das usuárias gestantes e do conhecimento científico dos profissionais de saúde.

Sobre as palestras desenvolvidas pelo enfermeiro é importante ressaltar a seguinte fala:

“Quando eu cheguei aqui as crianças não estavam engatinhando no tempo certo, as crianças estavam indo pro chão com 1 ano, crianças comendo papinha, sopinha com 9 meses, 1 ano. As mães morrem de medo de da alimentação da casa com 6 meses, então hoje a minha luta é fazer a criança com 6 meses entrar na alimentação e comer adequadamente, comer no horário, essa coisa toda. E a mãe botar o filho no chão. Tem criança aqui que tem na cabeça um circulozinho de tao peladinho que é, não cria cabelo, porque fica só deitado por isso eu criei essa palestra de 3 meses sobre o desenvolvimento motor da criança que é pra com 4 meses elas já começar a colocar a criança de bruços, botar a criança no chão” (E5).

Este discurso representa o compromisso no cuidado às coletividades frente a uma necessidade de intervenção apresentada pela população sob o cuidado do enfermeiro na área de abrangência da UBS, demonstrando sua capacidade crítica, de intervenção e autonomia para o desenvolvimento de ações que vão além do atendimento individualizado às crianças.

Esta categoria apontou que o *empoderamento* que advém das ações de saúde dos enfermeiros é relevante para o sucesso das intervenções de saúde.

4.4 Categoria 4: “Às vezes eu acho bom, às vezes eu acho ruim”

A categoria “**Às vezes eu acho bom, às vezes eu acho ruim**” destaca os aspectos positivos e aspectos de melhoria do acompanhamento de CD de forma geral. Dentre os aspectos positivos identificados pelas mães ressalta-se a importância do acompanhamento infantil como apresentado nas falas:

“Eu acho que é um acompanhamento que é muito bom e muito importante, porque eu acho que é o período que tem todo o desenvolvimento da criança onde tem mudanças, tem a questão do sistema imunológico, defesa do organismo que muda muito nesse período, então é importante a gente tá acompanhando sim, porque tem muita coisa que a gente não sabe e que o médico nos esclarece né, você vem e tira muita dúvida... é extremamente importante” (M16).

“É ótimo, porque ele tem um acompanhamento, se tiver alguma coisa errada a gente já vai saber, porque todo mês tem o acompanhamentozinho” (M12).

“Eu penso nas pessoas de baixa renda mesmo, porque a gente que tem um pouco mais de conhecimento né, menos doente você fica, isso é questão de ordem lógica, mas pras meninas que não tem esse acesso a informação é muito importante esse acompanhamento” (M6).

“São consultas fáceis, boas, esclarecedoras. O acesso é tranquilo, mas depende da responsabilidade das mães de irem marcar, mas no geral as mães são bem atendidas” (M8).

As mães apontam como aspectos de melhoria o processo de marcação das consultas de seguimento do CD como revelado nas falas:

“A marcação é péssima, muito desorganizada. Já deveria sair com a consulta marcada. Algumas vezes marcam e outras não e as vezes esquecem de marcar ai depois que sai da consulta tem que ir lá marcar. Tem que chegar bem mais cedo para as consultas porque os médicos atrasam e as mães tem que cuidar dos cartões umas das outras porque não há controle na sala da criança” (M4).

“As vezes eu acho bom, as vezes eu acho ruim. Assim, pra eles até dois anos é mais fácil né, agora assim depois de dois anos já começa a ficar mais difícil marcar a consulta deles” (M16).

Embora não se tenha perguntado diretamente para os enfermeiros quais os pontos fortes e fracos do acompanhamento do CD que poderiam ser identificados, suas falas permitiram a identificação de alguns desses aspectos positivos, como apresentado nos seguintes trechos:

“A secretaria sempre prepara o profissional em relação ao atendimento da criança. Sempre eles chamam pra palestra, de aleitamento materno, vacinas...

Tudo que foi implantado de novo, que surge de diarreia, aleitamento materno e outras doenças relacionadas ao atendimento da criança. Isso tanto o técnico de enfermagem, quanto o enfermeiro quanto o pediatra” (E7).

“Nós temos todo o material disponível, nós temos consultórios, as vacinas, a medicação... Se eu quiser fazer uma reidratação oral na unidade pra essa criança eu tenho estrutura pra fazer, uma criança que chega uma crise convulsiva, uma crise de asma eu tenho essa estrutura pra oferecer pra essa criança. Eu tenho a nebulização, eu tenho a medicação pra esse atendimento pra essa criança. E eu tenho também essa estrutura relacionado ao atendimento, como por exemplo essa criança precisa sempre de um atendimento médico, eu tenho esse pediatra? Tenho. Essa criança precisa da troca de uma receita de um medicamento controlado, eu tenho como? Tenho” (E6).

Para contribuir na discussão desta categoria, foi empregada a Matriz SWOT (*strengths, weaknesses, oportunities, threats*- fortalezas, fraquezas, oportunidades, ameaças) para a identificar os pontos positivos e os pontos que necessitam de melhorias tomando por base as informações coletadas e analisadas na pesquisa.

A Matriz SWOT é um instrumento da gestão estratégica que busca traçar planos de ação tendo por base as características internas da organização e externas a ela (NETO, 2011),

O sistema de saúde, assim como as empresas, sofre influência constante das transformações da sociedade, dos cenários políticos e do avanço das práticas de saúde o que exige organização e planejamento para a prestação de uma assistência de qualidade (SOUZA et al, 2013).

Santana, Jesus e Assis (2011) ressalta que a utilização da matriz SWOT é incentivada pela Organização Pan-americana de Saúde para a análise de viabilidades pela identificação de facilidades e dificuldades das organizações, sendo um instrumento de gestão útil no âmbito do sistema de saúde.

Neste contexto o enfermeiro, que tem como função legal, além da assistência à saúde, as atividades gerenciais e administrativas nos serviços em que está inserido, pode lançar mão de recursos que o auxiliem na tomada de decisão, sendo necessário também o aperfeiçoamento constante de suas habilidades e conhecimento técnico na área da gerência (ROTHBARTH, WOLFF e PERES, 2009). Dentre estes recursos gerenciais que podem ser utilizados pelo enfermeiro para o planejamento de ações nos serviços e programas de saúde está a Matriz SWOT que permite a identificação de fortalezas e fragilidades do serviço que impactam na prestação de cuidado (SOUZA et al, 2013).

É importante ressaltar que o enfermeiro dentro da atenção primária tem mais autonomia de trabalho e por ser o profissional com formação que inclui o aspecto gerencial

pode e tem capacidade técnica de incentivar a equipe de saúde que atua na assistência à criança a pensar e repensar suas práticas por meio da aplicação de ferramentas simples como a Matriz SWOT que permite o diagnóstico da situação atual do serviço bem como o planejamento estratégico de intervenções que melhore ou resolva os problemas identificados.

Souza et al (2013) acrescenta que a Matriz SWOT pode ser empregada também como um “medidor de desenvolvimento” uma vez que as fortalezas, fraquezas, oportunidades e fragilidades podem mudar e que pode ser aplicada em distintos momentos temporais, além de refletir a evolução ou não do serviço.

Desta forma utilizando a matriz acima citada, destacamos os aspectos descritos em todas as categorias a fim de apresentar uma visão mais ampla das características do serviço como apresentado no quadro abaixo:

Quadro 1: Matriz SWOT para o presente estudo

Pontos Fortes	Pontos fracos
Consulta de CD com enfermeiro	Ausência de prescrição de medicamentos pelo enfermeiro
Realização de exame físico em todas as consultas de enfermagem	Processo de marcação de consultas que poderia facilitar o retorno dos atendimentos
Foco na educação em saúde para as mães	Alguns aspectos importantes são esquecidos nas consultas do enfermeiro
Relacionamento interpessoal positivo entre enfermeiro e mãe	Ausência de visita domiciliar para puérpera e recém-nascido por todas as UBS
Assistência da odontologia e nutrição	
Realização de palestras educativas	
Boa estrutura física das unidades de saúde	

Oportunidades	Ameaças
Estar inserido na Ceilândia uma área com grande número de crianças	Baixa renda das famílias
Identificação da importância do acompanhamento de CD pelas mães	Pouca instrução das mães/família
Presença de Universidade de Brasília na Ceilândia com parceria na Secretaria de Saúde que permite a inserção de alunos nas UBS	Mudança de liderança política

Fonte: Coleta dos dados da pesquisa, 2013.

Conforme tudo o que foi apresentado até o presente momento, identifica-se que o acompanhamento de CD na Ceilândia é desenvolvido de forma adequada uma vez que os pontos fortes podem ser ressaltados e os fracos amenizados pelas oportunidades identificadas.

Resumidamente esta categoria trouxe os aspectos positivos e negativos do serviço de CD nas unidades básicas da Ceilândia por meio da construção da Matriz SWOT tendo por base o discurso de mães e enfermeiros e a análise das ações deste serviço.

V CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a assistência de enfermagem prestada no serviço de acompanhamento de CD torna-se relevante à medida que o enfermeiro, por suas competências assistenciais e gerenciais, tem a capacidade de refletir sobre a realidade apresentada e buscar meios de transformá-la e adequá-la para a prestação de cuidado de melhor qualidade.

Desta forma identificou-se que na Ceilândia a visita domiciliar às gestantes e recém-nascidos precisa ser incorporada como prática de rotina, conforme recomenda o Ministério da Saúde, uma vez que é uma prática importante para a detecção precoce e orientação das famílias no ainda no período neonatal onde se concentram as maiores taxas de mortalidade infantil. Além disso, a equipe de saúde das UBS tem liberdade para se organizar da melhor forma mesmo que todas não contem com ACS.

Dentro das unidades básicas de saúde estudadas há uma integração positiva entre os serviços de vacinação, atendimento à criança, odontologia e nutrição que favorece um cuidado integral da criança pela presença de equipe multidisciplinar.

O calendário de vacinas é cumprido como recomendado pelo Ministério da Saúde, a caderneta de saúde da criança é utilizada e ainda foi relatada a realização de um maior número de consultas em algumas unidades.

A educação em saúde por meio de palestras que compõe o atendimento de CD é desenvolvida por profissionais de enfermagem, odontologia e nutrição. Contudo é necessário que as palestras não sejam apenas momentos de transmissão de conhecimento, mas sim espaços de real construção de saberes das mães/famílias, como já foi apresentado anteriormente.

Nas consultas de enfermagem o exame físico é o instrumento utilizado para a avaliação da criança que respalda as condutas do enfermeiro, sendo indispensável durante o atendimento do CD, além de ser uma prática reconhecida e muito valorizada pelas mães. Percebeu-se que o relacionamento interpessoal entre enfermeiro e mãe/familiar favorece a assistência à criança e foi apontada como um aspecto importante para a efetivação do *empoderamento* de informações e orientações que advém das ações de saúde dos enfermeiros.

A maior queixa das mães na consulta é o enfermeiro não poder prescrever. Verificou-se que esta é uma prática resguardada pelos protocolos do Ministério da Saúde e pela legislação da profissão, contudo há dificuldades para sua realização, assim é importante que a discussão a respeito do tema seja incentivada dentro da equipe de saúde e que os currículos de

graduação de enfermagem contemplem a atualização destes protocolos e que favoreça a discussão e reflexão crítica a cerca da prescrição de medicamentos na enfermagem.

Para a síntese dos pontos fortes de fracos do atendimento de CD foi montada a matriz SWOT com base nas falas dos participantes, o que permitiu inferir que o acompanhamento de CD na Ceilândia é desenvolvido de forma adequada.

Como estudante de graduação a realização deste trabalho contribuiu para a identificação de fatores importantes na assistência à criança como a valorização das práticas de educação em saúde por meio de escuta e comunicação efetiva bem como a importância da realização do exame físico em todas nas consultas de seguimento do CD.

VI REFERÊNCIAS

ANDRADE, Paula Stefânia. **Implicações legais da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro: limites e perspectivas**. 2011. 28f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)- Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campina Grande-PB, 2011.

BRANDÃO, Erlayne Camapum et al. Caracterização da comunicação no aconselhamento em amamentação. **Rev. Eletr. Enf.** 2012;14(2):355-65. Disponível em<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/12748/11632>> Acesso em 15/10/2013

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm> Acesso em: 12/10/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 11)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série A - Normas e Manuais Técnicos). Disponível em<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/05_0080_M.pdf> Acesso em 10 de fevereiro de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Políticas de saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde**. In: Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/saudebrasil2008_parte1_cap3.pdf> Acesso em 08/10/2013.

BRASIL. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. **Estatuto da criança e do adolescente**. – 7.ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. Disponível em<http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/785/estatuto_crianca_adolescente_7ed.pdf> Acesso em 08/10/2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em 12/10/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf> Acesso em 10 de fevereiro de 2013.

BRASÍLIA, SES-DF. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Portaria nº 218, de 16 de Outubro de 2012**. Diário Oficial da União ano XLIII nº 212. Disponível em<http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2012/10_Outubro/DODF%20N%C2%BA%20212%2018-10-2012/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20212.pdf> Acesso em 15/10/2013

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol, et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2011, vol.45, n.3, pp. 566-574. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2013.

CARNEIRO, Viviane Gongalves. **A puericultura realizada pelo enfermeiro: importância na estratégia saúde da família**. Corinto-MG, 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em<<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2607.pdf>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2013.

CARVALHO, Michelle Figueiredo et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.3, pp. 675-685. Disponível em<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n3/21.pdf>> Acesso em 10 de fevereiro de 2013

CERVATO-MANCUSO, Ana Maria et al. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciênc. saúde coletiva**. 2012, vol.17, n.12, pp. 3289-3300. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/14.pdf>> Acesso em 15/10/2013

CNES. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Consultas. Disponível em<http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp>Acesso em 27/10/2013

CODEPLAN. Pesquisa distrital por amostra de domicílios – Ceilândia – PDAD 2010/2011. Brasília (DF), 2011. Disponível em<<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDAD/2011/PDAD%20Ceil%C3%A2ndia-2010-2011.pdf>>Acesso em 27/10/2013

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em<http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html> Acesso em 15/10/2013

COSTA, Laís et al. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude.** 2012; 11(4):792-798

DINIZ, Michele Baffi et al. Alterações orais em crianças prematuras e de baixo peso ao nascer: a importância da relação entre pediatras e odontopediatras. **Rev. paul. pediatr.** 2011, vol.29, n.3, pp. 440-453. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n3/a22v29n3.pdf>>Acesso em 15/10/2013

FALBO, Bruna Cristine Peres et al. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. **Rev. bras. enferm.** 2012, vol.65, n.1, pp. 148-155

FRANCO, Fernanda Aparecida et al. A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. **Esc. Anna Nery.** 2012, vol.16, n.1, pp. 157-162. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a21.pdf>> Acesso em 15/10/2013

FURTADO, Maria Cândida de Carvalho et al. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** 2010;12(4):640-6. Disponível em<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a07.htm>Acesso em: 12/10/2013

GAUTERIO, Daiane Porto; IRALA, Denise de Azevedo; CEZAR-VAZ, Marta Regina. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores

de um ano. **Rev. bras. enferm.** 2012, vol.65, n.3, pp. 508-513. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a17.pdf>> Acesso em 10 de fevereiro de 2013.

GAZZINELLI, Maria Flávia Carvalho et al. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. **Trab. educ. saúde.** 2013, vol.11, n.3, pp. 553-571. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n3/v11n3a06.pdf>> Acesso em 15/10/2013

GURGEL, Polyanna Keitte Fernandes et al. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança: uma ação coletiva da enfermagem. **Rev enferm UFPE**, 2013, 7(2):625-31

KOERICH, Magda Santos et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas Perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 178-85.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia.** Rio de Janeiro, 2010; 10(1):281-295. Disponível em <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a18.pdf>> Acesso em 12/10/2013

LOUREIRO, Fernanda Manuela et al. Observação participada da consulta de enfermagem de saúde infantil. **Rev. esc. enferm. USP.** 2012, vol.46, n.6, pp. 1294-1299. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n6/02.pdf>> Acesso em 15/10/2013

MARCACINE, Karla Oliveira; ORATI, Priscila Lopes; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. Educação em saúde: repercussões no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido. **Rev Bras Enferm.** 2012; 65(1): 141-7.

MELLO, Débora Falleiros et al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Rev. bras. enferm.** 2012, vol.65, n.4, pp. 675-679. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a18v65n4.pdf> Acesso em 29/07/2013

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOREIRA, Mayrene Dias de Sousa ; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz . Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: análise dos registros das consultas de enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam.** 2013. 5(2):3757-66 Disponível em<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2150/pdf_773> Acesso em 29/07/2013

NETO, Eduardo Ribeiro. **Análise SWOT-Planejamento Estratégico para análise de implantação e formação de equipe de manutenção em uma empresa de seguimento industrial.** 2011. Trabalho de conclusão de curso (MBA- Gestão estratégica da manutenção, produção e negócios)- Faculdade Pitágoras, São João Del Rei, 2011. Disponível em<http://www.icap.com.br/biblioteca/172349010212_FORMATADA.pdf> Acesso em 15/10/2013

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva et al. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev Rene.** 2012; 13(1):114-26.

ROBLES, Ana Carolina Couto; GROSSEMAN, Suely; BOSCO, Vera Lúcia. Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. **Ciênc. saúde coletiva.** 2010, vol.15, suppl.2, pp. 3271-3281. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a33v15s2.pdf>> Acesso em 15/10/2013

ROTHBARTH, Solange; WOLFF, Lillian Daisy Gonçalves; PERES, Aida Maris. Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicada à enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** 2009; 18(2):321-9. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/16.pdf>> Acesso em 15/10/2013

SANTANA, Sisse Figueredo; JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. **Planejamento em saúde na secretaria do estado da Bahia (SESAB), Brasil: uma análise de swot.** 2011. Disponível em<http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion28/02-09_sesion28_1-pt.pdf> Acesso em 15/10/2013

SILVA, Evilene Pinto da et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto. **Rev. bras. enferm.** 2013, vol.66, n.2, pp. 190-195. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/06.pdf>> Acesso em 15/10/2013

SMSA. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Orientações sobre o acompanhamento do Crescimento e desenvolvimento infantil (puericultura)**. Belo Horizonte (MG): [2013?]. Disponível em<<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/puericultura.pdf>> Acesso em 10 de fevereiro de 2013

SOUSA, Francisca Georgina Macedo de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; MOCHEL, Elba Gomide. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010;31(4):701-7.

SOUSA, Francisca Georgina Macedo; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012 set-out; 65(5): 795-802.

SOUZA, Luís Paulo Souza et al. Matriz SWOT como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: estudo de caso em um hospital de ensino. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. 2013, Vol.04, Nº. 01, p.1911-1921 Disponível em<<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/415/pdf>> Acesso em 15/10/2013

VASCONCELOS, Viviane Mamede et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**.2012; 16 (2):326-331

VIEIRA, Graciete Oliveira et al. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. 2005, vol.5, n.2, pp. 177-184. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000200006> Acesso em 10 de fevereiro de 2013.

VIEIRA, Viviane Cazetta de Lima et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm**. 2012; 17(1):119-25

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE para os enfermeiros

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: *Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de crianças – como ocorre esse processo na Ceilândia?*

O objetivo desta pesquisa é descrever a assistência de enfermagem realizada às crianças, com ênfase nas consultas de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, em unidades básicas de saúde da Ceilândia, tanto do ponto de vista dos profissionais enfermeiros quanto das mães usuárias das unidades básicas.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação nesta pesquisa se dá por meio das respostas de uma entrevista sobre dados de caracterização dos enfermeiros da atenção básica e dados sobre os serviços de acompanhamento de CD, que o(a) senhor(a) deve responder na instituição em que trabalha na data combinada com um tempo estimado de 30(trinta) minutos para sua realização. Pedimos a permissão para gravar a entrevista para posterior conferência. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração e nem prejuízo de nenhuma. Considerando-se os objetivos e a metodologia utilizada, este estudo não terá em riscos para o(a) senhor(a), uma vez que não serão realizados procedimentos invasivos, as identidades serão preservadas e a participação não acarretará prejuízos ao serviço.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com a pesquisadora responsável: Professora Casandra Ponce de Leon que pode ser encontrada na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, no endereço QNN 14 Área

Especial, Ceilândia Sul CEP: 72220-140, pelo telefone 3107- 8418 ou no Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde pelo telefone (61) 3325-4955.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS).

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o senhor (a).

Nome:

Profª Ms. Casandra G. R. Martins Ponce de Leon

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE para as mães

A Senhora está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: *Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de crianças – como ocorre esse processo na Ceilândia?*

O objetivo desta pesquisa é descrever a assistência de enfermagem realizada às crianças, com ênfase nas consultas de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, em unidades básicas de saúde da Ceilândia, tanto do ponto de vista dos profissionais enfermeiros quanto das mães usuárias das unidades básicas.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação nesta pesquisa se dá por meio das respostas de uma entrevista sobre dados de caracterização das mães usuárias do serviço da pediatria das unidades básicas de saúde e dados sobre o acompanhamento de CD, com um tempo estimado de 30(trinta) minutos para sua realização. Pedimos a permissão para gravar a entrevista para posterior conferência.

Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração e nem prejuízo de nenhuma. Considerando-se os objetivos e a metodologia utilizada, este estudo não terá em riscos para o(a) senhor(a), uma vez que não serão realizados procedimentos invasivos, as identidades serão preservadas e a participação não acarretará prejuízos ao serviço.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com a pesquisadora responsável: Professora Casandra Ponce de Leon que pode ser encontrada na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, no endereço QNN 14 Área Especial, Ceilândia Sul CEP: 72220-140, pelo telefone 3107- 8418 ou no Comitê de Ética em pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde pelo telefone (61) 3325-4955.

Este projeto será aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS).

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o senhor (a).

Nome:

Profª Ms. Casandra G. R. Martins Ponce de Leon

Brasília, ___ de _____ de _____

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS para enfermeiros

I) Caracterização dos sujeitos:

- 1.Sexo: M() F()
- 2.Idade:
- 3.Tempo de formado:
- 4.Especialização: sim () não ()
- 5.Se sim: quanto tempo concluiu a especialização:
- 6.Qual a especialização
- 7.Enfermeiro da pediatria: ()sim ()não
- 8.Tempo de atuação na pediatria:
- 9.Estado civil:
- 10.Tem filhos: Sim () Não ()

II) Dados específicos do serviço de Acompanhamento de CD

- 1-Como acontece o CD na unidade?
- 2-Como acontece a consulta de enfermagem no CD?
- 3-São realizadas palestras educativas para os pais?
- 4-São utilizados que instrumentos de avaliação no CD?
- 5- Os profissionais que realizam o CD são preparados tecnicamente para fazer esse acompanhamento?
- 6- É oferecido mais algum tipo de acompanhamento às crianças nessa unidade?
- 7-A UBS tem estrutura compatível com a realização das atividades de CD?
- 8-Como são acompanhadas as crianças com alguma necessidade especial de saúde?

APÊNDICE D-INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS para mães

I) Caracterização dos sujeitos

1-Idade:

2-Estado civil:

3-Nível de escolaridade:

4-Renda familiar:

5-Tipo de habitação: () alvenaria () madeira

6-Saneamento básico: () esgoto () água encanada () asfalto () coleta de lixo () luz

7-Quantidade de filhos:

II) Dados específicos do serviço de Acompanhamento de CD

- 1- Como acontecem as consultas de CD nessa unidade?
- 2- Há palestras educativas? Você acha que elas são adequadas (boas) da forma como são dadas?
- 3- O que você **mais gosta** das consultas do seu filho com a Enfermeira?
- 4- O que você **não gosta** das consultas do seu filho com a Enfermeira, que deveria ser diferente, na sua opinião?
- 5- O que você acha das consultas de C.D. que seu filho tem que fazer (pois o Ministério da Saúde assim recomenda)? São consultas boas ou ruins de fazer?

ANEXO A: CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS - COMO OCORRE ESSE PROCESSO NA CEILÂNDIA?

Pesquisador: CASANDRA GENOVEVA ROSALES MARTINS PONCE DE LEON

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17835713.2.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia - FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 391.646

Data da Relatoria: 10/09/2013

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foi identificada pendência.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 11 de Setembro de 2013

Assinador por:
Natan Monsores de Sá
(Coordenador)