

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS – UNIS/MG

ENFERMAGEM

GLEICIELE ARIMATÉA MOREIRA

N. CLASS. MG18.92

CUTTER M838 p

ANO/EDIÇÃO 2012

PROGRAMA DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL:

conhecimento das mães sobre a evolução de seus filhos.

Varginha
2012

FEPESMIG

GLEICIELE ARIMATÉA MOREIRA

**PROGRAMA DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL:
conhecimento das mães sobre a evolução de seus filhos.**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Profª. Ma. Patricia Alves Pereira Carneiro.

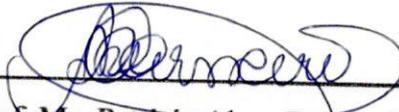
**Varginha
2012**

GLEICIELE ARIMATÉA MOREIRA

**PROGRAMA DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL:
conhecimento das mães sobre a evolução de seus filhos.**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem pela Banca Examinadora composta pelos membros: Prof.^a Ma. Patricia Alves Pereira Carneiro, Prof.^a Esp. Samantha Patrício Scotini Rodrigues e Prof.^a Ma. Luana Borges Guedes.

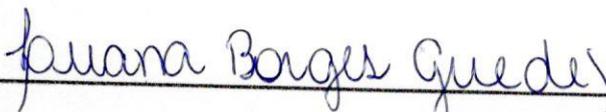
Aprovado em 28/11/2012



Prof. Ma. Patricia Alves Pereira Carneiro
Presidente da Banca



Prof.^a Esp. Samantha Patrício Scotini Rodrigues
Membro da Banca



Prof.^a Ma. Luana Borges Guedes
Membro da Banca

OBS.:

Dedico este trabalho a Deus, ser superior que
rege toda a minha vida...

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por Ele ser tão maravilhoso comigo, a minha família e aos amigos, por terem me apoiado e me ajudado o tempo todo, aos professores pela confiança e incentivo e ao meu grande amor, por tudo que significa para mim e por todo o amor que me dá todos os dias...

Um agradecimento especial a minha mãe Vilma, que mesmo passando por um momento difícil nunca deixou de me apoiar, compreender e me dar forças para continuar.

A professora Patricia por toda a paciência, colaboração, apoio, capacidade e eficiência!

A minha melhor amiga Andressa Monalisa, pela ajuda durante todo o curso, por ficar ouvindo a minha apresentação durante horas, com toda a paciência do mundo, me ajudando a aperfeiçoá-la. Pelos momentos engraçados que surgiam quando o desespero batia e pela força e coragem que me transmitia.

“Eu não posso ensinar nada a ninguém, eu só
posso fazê-lo pensar.”

Sócrates

RESUMO

Esta monografia abordou o conhecimento das mães sobre a evolução dos seus filhos dentro do Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil do Ministério da Saúde que visa à promoção da saúde e a identificação de agravos, situações de risco, atuando de forma precoce. Este presente estudo justificou-se pela necessidade de que a sociedade apresenta de ter conhecimento em relação a esse atendimento realizado pelo enfermeiro, e possa contribuir de forma efetiva para a prevenção de agravos através da educação em saúde e humanização do atendimento. Objetivou identificar o conhecimento materno sobre o programa e suas diretrizes básicas, orientações realizadas pelo enfermeiro e a cultura envolvida no cuidado, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa nas unidades básicas de saúde de Três Pontas. Participaram nove mães de crianças menores de 5 anos que se enquadraram nos critérios de inclusão, os dados foram coletados por meio de entrevistas. A maioria das mães conhece o programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil e seus alicerces básicos, que devido ao seu contexto histórico está presente desde 1986. Os resultados dessa monografia demonstraram que em relação às orientações realizadas pelo enfermeiro, houve duas vertentes, uma minoria declarou não ser orientada, já às mães que são orientadas afirmaram compreender claramente a linguagem utilizada. A maioria das mães conhece e utiliza algum tratamento alternativo, evidenciando a importância da interação do conhecimento das mães e dos profissionais de saúde devendo estes estar bem informados. Espera-se que este estudo ajude os enfermeiros a se reavaliarem, atualizarem e melhorarem o seu atendimento do Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil, contribuindo de forma efetiva para a prevenção de agravos através da educação em saúde e humanização do atendimento.

Palavras-chave: Crescimento e desenvolvimento. Enfermagem pediátrica. Puericultura.

ABSTRACT

This monograph discussed the mothers' knowledge about the evolution of your children within the Growth Program and Child Development of the Health Ministry aimed at health promotion and identification of injuries, risk situations, acting early. This present study was justified by the need that society has to have knowledge in relation to that care given by nurses and can contribute effectively to the prevention of injuries through health education and humane assistance. Aimed to identify the mother's knowledge about the program and its basic guidelines, instructions given by nurses involved in the care and culture, we developed a qualitative research in basic health units of Três Pontas. Participated in nine mothers of children under 5 years who fulfilled the inclusion criteria, data were collected through interviews. Most mothers know the program of Child Growth and Development and its basic foundations, which due to its historical context is present since 1986. The results of this thesis showed that in relation to the guidelines made by the nurse, was twofold, a minority declared not be targeted because they are targeted to mothers stated clearly understand the language used. Most mothers know and use some alternative treatment, highlighting the importance of the interaction of knowledge of mothers and health professionals and they should be well informed. It is hoped that this study will help nurses to re-evaluate, update and improve their attendance Program Growth and Child Development, contributing effectively to the prevention of injuries through health education and humane assistance.

Keywords: *Growth and development. Pediatric Nursing. Childcare.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 O CRESCIMENTO E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	10
2.1 Padrões de Crescimento e Desenvolvimento Infantil	10
2.2 Etapas do desenvolvimento infantil	11
2.3 Fatores influenciam o crescimento e o desenvolvimento.....	12
3 CONSULTA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA	14
3.1 Anamnese.....	14
3.2 Medidas de Crescimento	15
3.3 Medidas Fisiológicas.....	15
3.4 Avaliação Geral.....	16
3.5 Reflexos do Recém Nascido.....	18
4 METODOLOGIA.....	20
4.1 Cenário do estudo	20
4.2 Participantes, amostra, critérios de inclusão, critérios de exclusão.....	20
4.3 Coleta de Dados.....	21
4.4 Análise e interpretação dos dados	21
4.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	31
APÊNDICE A – Identificação de Sujeitos.....	33
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevistas.....	34
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	35
ANEXO A – Parecer do CEP	37
ANEXO B – Termo de Consentimento – Instituição.....	38

1 INTRODUÇÃO

O acompanhamento e desenvolvimento infantil que constitui um dos programas do Ministério da Saúde que visa à promoção da saúde e a identificação de agravos, situações de risco, buscando atuar de forma precoce. Desde 1984 têm recebido investimentos e se tornou um pilar essencial na assistência infantil no âmbito biopsicossocial. A capacitação dos profissionais de saúde agregada a orientação das mães que procuram a unidade básica garantem o vínculo e a eficácia comprovada. Baseando-se nessas informações essa pesquisa tem como tema Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil: conhecimento das mães sobre a evolução de seus filhos e objetivou analisar a orientação no momento da consulta de Enfermagem têm se mostrado presente e efetiva. Se as mães conhecem o programa em si e suas diretrizes básicas, se comparecem a consulta e se utilizam de mitos e crenças no cuidado com seus filhos (BRASIL, 2002).

Este presente estudo justificou-se pela necessidade de que a sociedade apresenta de ter conhecimento em relação a esse atendimento realizado pelo enfermeiro, e possa contribuir de forma efetiva para a prevenção de agravos através da educação em saúde e humanização do atendimento. O assunto é relevante devido à necessidade de conscientização dos acadêmicos de enfermagem da importância e necessidade de se realizar uma avaliação infantil completa, sendo esta uma fase propícia a agravos de patologias de forma mais ágil que em outras faixas etárias. Através dessa pesquisa os profissionais de saúde poderão se reavaliar, atualizar e melhorar a sua consulta de enfermagem pediátrica caso haja necessidade, facilitando à abordagem as mães, a orientação, a promoção da saúde e realizando uma aplicação consciente e direcionada do Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil do Ministério da Saúde.

Foi realizada uma pesquisa durante os meses de setembro e outubro, nas unidades básicas de saúde da cidade de Três Pontas, utilizando dois instrumentos de entrevista para a coleta de dados, sendo o primeiro deles um instrumento de identificação de sujeitos e o segundo uma entrevista individual qualitativa aplicada as mães de crianças menores de 5 anos que estavam na unidade básica no momento da coleta e que se enquadraram nos critérios de inclusão, os resultados foram divididos em categorias para melhor compreensão, análise e discussão.

2 O CRESCIMENTO E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O crescimento é um processo ativo e contínuo que se inicia na concepção até o fim da vida, as células ampliam no número e no tamanho através de mitoses sucessivas o que resulta em aumento de tamanho e peso. É visto como um dos melhores indicadores de saúde da criança, devido a sua estrita dependência de fatores ambientais e socioeconômicos imprescindíveis como alimentação, higiene, habitação, saneamento básico e acesso aos serviços de saúde (BRASIL 2002; WHALEY, WONG, 1997; SAPAROLLI, ADAMI, 2006).

Desenvolvimento é um conceito extenso que se refere a uma transformação a partir dos estágios mais inferiores para os mais avançados de complexidade. Inclui além do crescimento, a maturação, a diferenciação, a aprendizagem e os aspectos biopsicossociais (BRASIL, 2002; WHALEY, WONG, 1997).

O enfermeiro precisa conhecer os métodos e instrumentos para essa avaliação, observando a sequência de aquisição de habilidades e velocidade padrão, explicando as diferenças nos marcos de desenvolvimento, formas de relacionamento familiar e com as outras crianças (SAPAROLLI, ADAMI, 2006).

2.1 Padrões de Crescimento e Desenvolvimento Infantil

Existem tendências universais e básicas de crescimento e desenvolvimento, mas cada indivíduo atinge e os realiza de maneira única (WHALEY, WONG, 1997).

As medidas isoladas devem ser analisadas com precaução, pois não apresentam adequadamente a evolução infantil (MINAS GERAIS, 2005).

As tendências direcionais seguem em direções regulares, sendo a primeira delas a direção cefalocaudal ou da cabeça para os pés. Isso se deve a complexidade da extremidade cefálica enquanto que a extremidade inferior é pequena e simples podendo ser desenvolvida mais tarde. A segunda delas é a tendência de desenvolvimento proximal-distal ou de perto para longe, como exemplo os lactentes desenvolvem primeiro o controle do ombro, depois o controle das mãos e por último o controle dos dedos, esses padrões são bilaterais e simétricos, desenvolvendo-se em direções iguais e velocidades semelhantes. A diferenciação é a terceira tendência de crescimento e desenvolvimento, onde tarefas simples são substituídas por atividades complexas, específicas e delicadas (WHALEY, WONG, 1997).

O sistema nervoso central é muito suscetível durante a gestação, parto, e os primeiros 2 anos de vida, portanto qualquer evento nocivo que ocorra nesses períodos podem lesar o sistema nervoso central (BRASIL, 2002).

As tendências sequenciais são os estágios de desenvolvimento que normalmente toda criança atravessa como, por exemplo, a criança primeiramente rasteja antes de engatinhar, engatinha antes de ficar em pé, fica em pé antes de caminhar, esse padrão é previsível e definido (WHALEY, WONG, 1997).

O desenvolvimento psicológico acontece quando eventos ambientais, sociais e familiares apresentam influência máxima sobre a personalidade em construção, a qualidade das interações determina os efeitos sobre o organismo. Logo, cada família é composta de crianças únicas e individuais determinadas pela maneira que se relacionam com os familiares e pessoas próximas, orientando o desenvolvimento emocional de cada criança. (BRASIL, 2002; WHALEY, WONG, 1997).

2.2 Etapas do desenvolvimento infantil

O desenvolvimento decorre por etapas que são adequadas a fases da vida com suas próprias características e ritmos, sendo as seguintes: período pré-natal, período neonatal, primeira infância, segunda infância ou pré-escolar (BRASIL, 2002).

Um acompanhamento bem realizado não se baseia somente nos dados antropométricos, ele se baseia em todas as etapas da consulta de enfermagem pediátrica (CADETTE, OLIVEIRA, 2008).

O período pré-natal corresponde ao momento da concepção até o nascimento. Se caracteriza por uma rápida velocidade de crescimento e dependência total tornando este um momento crítico. A herança genética já foi transmitida determinando assim as futuras características da criança. Durante a gestação, a relação mãe e bebê, e a saúde materna influenciam no desenvolvimento e crescimento, isso ressalta a importância dos cuidados pré-natais (BRASIL, 2002; WHALEY, WONG, 1997).

O período neonatal corresponde de 0 a 28 dias de vida, depende sem dúvida de outro ser. Demonstra capacidades surpreendentes através de reflexos generalizados que posteriormente se tornam ações voluntárias, portanto a sua avaliação é essencial e estão correlacionadas com o seu grau de maturidade e de condições físicas (BRASIL, 2002).

A primeira infância decorre de 29 dias a 2 anos, nela ocorrem saltos de desenvolvimento motor, cognitivo e social, através do carinho mútuo passado por seus cuidadores (pai e mãe), estabelece uma confiança básica no mundo e os fundamentos para futuras relações. Progressivamente, os ritmos de sono, alimentação e excreção vão se fixando a partir da presença e ausência da mãe. No final adquire mobilidade e habilidades para explorar o meio em que vive (BRASIL, 2002; WHALEY, WONG, 1997).

A segunda infância ou o pré-escolar decorre do período de 2 a 6 anos. A criança atinge a locomoção ereta, aprimora a comunicação, faz descobertas, se desenvolve intensamente, explora o ambiente e brinca com jogos simbólicos. É fundamental para um desenvolvimento saudável o brincar, leva prazer às crianças, diminuem sua ansiedade, traz autoconfiança e descobre que é preciso aprender a respeitar os limites impostos pela sociedade, e as diferenças entre os indivíduos (BRASIL, 2002; LEMOS 2010, WHALEY, WONG, 1997).

2.3 Fatores que influenciam o crescimento e o desenvolvimento

O crescimento sofre influência de fatores genéticos, metabólicos, más formações congênitas que podem ser de origem genética, a alimentação, a higiene e os cuidados gerais recebidos (ALFREDO et al, 2008; BRASIL, 2002).

A genética possui a capacidade de transmitir características do pai e da mãe, mas o seu potencial de desenvolvimento é fortemente influenciado por variáveis ambientais, como o nível socioeconômico, a atenção, o afeto que a família oferece a ela (BICALHO et al, 2007 BRASIL, 2002).

A alimentação constitui um fator essencial ao crescimento e desenvolvimento, a dieta deve ser adequada em quantidade, qualidade, consistência e frequência adaptadas para cada faixa etária (BRASIL, 2002; 2011).

É necessário que as crianças sejam imunizadas seguindo o calendário de vacinação, e procurar a unidade de saúde em caso de qualquer outro processo infeccioso o mais precocemente possível, evitando assim o agravamento do mesmo. As mães devem seguir as orientações para a prevenção de acidentes e identificação de agravos, o enfermeiro pode realizar um diagnóstico de risco da comunidade e focar em trabalhos de prevenção. A água deve ser potável para a higiene da criança, do ambiente e dos alimentos, orientando sobre a conservação dos alimentos e seu manuseio. As crianças precisam de afeto e carinho para

estabelecer relações sociais confiáveis, para explorar o ambiente com segurança (BRASIL, 2002; CAMPOS et al, 2010).

3 CONSULTA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

A coleta de informações constitui a primeira parte da consulta de enfermagem pediátrica, e pode ser coletada diretamente do prontuário ou vinda de um informante (criança, pai, mãe ou outro), devendo ser ampla e adequada. (SAPAROLLI, ADAMI, 2006; WHALEY, WONG, 1997).

A segunda parte se constitui do exame físico, usualmente o exame físico segue a sequência cefalocaudal a fim de fornecer uma orientação geral e diminuir lacunas no exame. No exame físico das crianças, esta sequência é constantemente alterada para se adequar as necessidades da criança, porém o registro continua sendo cefalocaudal e sempre devendo abranger as etapas correspondentes à inspeção, palpação, percussão e ausculta, conforme a necessidade do órgão ou sistema a ser avaliado. (CADETTE, OLIVEIRA, 2008; WHALEY, WONG, 1997).

O ambiente deve ser calmo, limpo e arejado, o exame físico deve ser o mais agradável possível, os pais devem permanecer com elas durante todo o exame, deixando-as calmas e cooperativas (WHALEY, WONG, 1997).

3.1 Anamnese

O motivo pelo qual a criança procurou atendimento é a queixa principal, é descrição do problema atual e deve ser abordada com perguntas objetivas para focalizar os sintomas principais. A doença atual deve ser entendida desde o seu início, progressão e momento atual (WHALEY, WONG, 1997).

Em toda consulta do programa, a mãe é entrevistada quando à alimentação da criança, vacinação, desenvolvimento, agravos no período e queixas (CASARIN et al, 2008).

Na primeira consulta coletar informações acerca da história pregressa da criança, como histórico gestacional, histórico alimentar detalhado, avaliar as imunizações e o índice de apgar presentes no cartão da criança, alergias, medicamento em uso, hábitos, doenças ou lesões e atualizar os dados quando necessário. Avaliar a possível existência de doenças hereditárias através do histórico médico-familiar (WHALEY, WONG, 1997).

3.2 Medidas de Crescimento

A medida do crescimento físico em crianças é um elemento indispensável na avaliação de seu estado de saúde. Os dados devem ser registrados no Cartão da Criança. Os parâmetros de crescimento incluem peso, altura (comprimento), perímetro braquial e perímetro cefálico (BRASIL, 2002; WHALEY, WONG, 1997).

Para o peso, a balança deve ter precisão de 10g para lactentes e de 100g para crianças maiores. A balança deve ser ajustada, calibrada, conforme a necessidade, a sala deve ter temperatura agradável e as crianças até 36 meses devem ser pesadas despidas. As pesagens devem ser periódicas conforme o calendário de consultas recomendado pelo Ministério da Saúde que preconiza sete consultas no primeiro ano, duas consultas no segundo ano e após isso uma consulta anual (ALFREDO et al, 2008; BRASIL 2002; WHALEY, WONG, 1997).

O termo comprimento atribui medições feitas com crianças em decúbito dorsal e altura é medida quando as crianças estão de pé. Deve ser utilizado para identificação precoce de deficiências no crescimento, associando ainda com a história progressiva de infecções e desnutrição aguda, em casos mais graves a criança deve ser encaminhada para especialistas para avaliação de doenças de origem metabólica ou genética (BRASIL, 2002; WHALEY, WONG, 1997).

O perímetro cefálico deve ser medido em crianças menores de 36 meses ou sempre que o tamanho da cabeça seja discutível. É uma variável pertinente para se avaliar o crescimento cerebral e não demonstra alterações no estado nutricional (BRASIL, 2002; 2011; MINAS GERAIS, 2005; WHALEY, WONG, 1997).

O perímetro braquial apresenta alterações lentas entre os seis meses e cinco anos de idade, sendo pouco utilizado para o acompanhamento do crescimento infantil (BRASIL, 2002).

3.3 Medidas Fisiológicas

Incluem temperatura, pulso, respiração e pressão arterial, são primordiais para avaliar o estado físico das funções vitais (WHALEY, WONG, 1997).

A temperatura pode ser medida por via oral, retal, axilar, cutânea ou pela membrana timpânica. A temperatura normal registra em torno de 37,0°C, sinais como rubor cutâneo, aumento das frequências respiratória e cardíaca, mal estar, indicam aumento da temperatura. Em caso de infecções e processos febris, observa-se que para cada grau de temperatura acima de 38° C, supõe-se um aumento de 20% nas necessidades calóricas e proteicas da criança, além de causar perda de apetite. (BRASIL, 2002; WHALEY, WONG, 1997).

Em crianças maiores de 2 anos podem ser satisfatórios os pulsos radial, femoral, porém em crianças pequenas e lactentes o pulso apical é mais confiável. Conte durante um minuto, se possível com a criança adormecida (MINAS GERAIS, 2005; WHALEY, WONG, 1997).

A frequência respiratória deve ser contada durante um minuto observando os movimentos abdominais, já que a respiração de lactentes são essencialmente diafragmáticas. Sinais de alerta a partir de frequências respiratórias maiores que 60 respirações por minuto (BRASIL, 2011; MINAS GERAIS, 2005; WHALEY, WONG, 1997).

A pressão arterial deve ser medida anualmente em crianças acima de três anos de idade, com sintomas de hipertensão arterial ou em crianças de terapia intensiva. Um fator necessário é a escolha de um manguito de tamanho adequado, dois terços do comprimento do braço e ter tamanho para envolver toda a circunferência do mesmo (ALFREDO et al, 2008; BRASIL, 2011; MINAS GERAIS, 2005; WHALEY, WONG, 1997).

3.4 Avaliação Geral

O aspecto geral da criança compreende todas as observações feitas durante a anamnese e o exame físico, sua relação com familiares, personalidade, sua forma de agir, seu desenvolvimento e estado nutricional (WHALEY, WONG, 1997).

Observe a expressão facial, ela pode indicar desconforto, medo ou que a criança está sentindo dor ou sinais de dor a manipulação (MINAS GERAIS, 2005; WHALEY, WONG, 1997).

Repare os tipos de movimento corporal e a postura, pode-se identificar crianças com problemas de audição, visão, autoestima e dor aguda, de acordo que ela se inclina ou encontra uma posição confortável (CAMPERO, 2010; WHALEY, WONG, 1997).

Observando a higiene da criança e lesões pelo corpo, é provável detectar casos de negligência, baixo nível socioeconômico ou falta de conhecimento sobre as necessidades infantis, sendo um momento propício para as orientações. A higiene oral deve ser iniciada precocemente, a partir da erupção do primeiro dente. (BRASIL, 2002, 2011; MINAS GERAIS, 2005; WHALEY, WONG, 1997).

Avaliar o estado nutricional, utilizando o peso e a altura, mas também o histórico alimentar da criança, verificando a qualidade, quantidade e horários adequados, confrontar essas informações com o histórico alimentar dos pais e caso apresente discrepância realizar orientações nutricionais (WHALEY, WONG, 1997).

O comportamento e a personalidade serão avaliados através do nível de atividade, estresse, interações com as pessoas a sua volta, resposta a estímulos, tudo sendo registrado no prontuário. O desenvolvimento geral da criança é identificado através da fala, habilidades motoras, grau de coordenação e área recente de conquista (SENA, 2007; WHALEY, WONG, 1997).

O exame da pele envolve essencialmente a inspeção e a palpação devendo ser observados o turgor cutâneo, a umidade, a coloração, a textura, temperatura, lesões de pele e a cicatriz da BCG. Inspeccionar o cabelo quanto à higiene, cor, textura, distribuição, atenção para os fatores genéticos que afetam a aparência e as características do cabelo (MINAS GERAIS, 2005; WHALEY, WONG, 1997).

Os gânglios linfáticos devem ser palpados na região da cabeça e pescoço, axilas e região inguinal, ver tamanho, consistência, coalescência, limite, mobilidade, temperatura, indolor ou não. Atente-se para o controle da cabeça em lactentes e a postura da cabeça em crianças maiores. Palpe o crânio para avaliar as fontanelas, fraturas ou tumefações (BRASIL, 2011; WHALEY, WONG, 1997).

Avaliar a higiene da orelha da criança, medir o ângulo do pavilhão, fazendo uma linha imaginária que vai do olho em direção ao pavilhão auricular, o pavilhão deve encontrar ou cruzar essa linha, alterações na implantação do pavilhão indicam anomalias renais ou genéticas, atentar-se para problemas de audição, secreções e infecções. (ALFREDO et al, 2008; BRASIL, 2011; WHALEY, WONG, 1997).

O exame da boca e da orofaringe incomoda e por isso deve ser deixado para o final ou momentos de choro, avaliar a língua, bochechas, lábios, gengiva, amígdalas e palatos identificando alterações, como úlceras, sangramento ou placas brancas (MINAS GERAIS, 2005; WHALEY, WONG, 1997).

Inspecione o tórax quanto a tamanho, formato, simetria, presença de massas, movimentos respiratórios, na ausculta a ausência ou diminuição dos ruídos respiratórios devem ser investigado com cautela, avaliar se existe tosse, dispneia, secreção. Os sons cardíacos devem ser ouvidos avaliando-se a qualidade, intensidade, frequência e ritmo, qualquer som anormal como sopros ou bulhas adicionais, indica a avaliação cardíaca adicional (BRASIL, 2011; WHALEY, WONG, 1997).

O abdome deverá ser examinado utilizando-se inspeção, ausculta e por último a palpação para evitar a alteração dos ruídos hidroaéreos. Avaliar o contorno, o aspecto e se apresenta secreção na cicatriz umbilical, a existência de hérnias umbilicais ou inguinais, na ausculta ouve-se o peristaltismo ou ruídos hidroaéreos e pesquisa a existência da fístula artério-venosa, sua frequência por minuto deve ser anotada assim como a ausência do mesmo. Durante a palpação superficial perceba o tônus muscular e lesões superficiais, na palpação profunda, palpe órgãos, grandes vasos, relate dor a palpação ou qualquer massa discutível (BRASIL, 2011; MINAS GERAIS, 2005; WHALEY, WONG, 1997).

No exame da genitália masculina, observe a aparência da glândula, do corpo do pênis, do meato uretral, do prepúcio e do escroto palpe para identificar a existência de hérnias inguinais e a existência de dois testículos na bolsa escrotal. Inspecione a genitália feminina quanto ao tamanho e as estruturas presente na vulva como clitóris, meato uretral, grandes e pequenos lábios, localizar no períneo e ânus a presença de fissuras e fístulas. (ALFREDO et al, 2008; BRASIL, 2011; WHALEY, WONG, 1997).

3.5 Reflexos do Recém Nascido

A avaliação dos reflexos é uma parte essencial do exame neurológico, inclusive para o diagnóstico da idade gestacional e os cuidados que serão necessários. A persistência de reflexos primitivos que deveriam ter desaparecido indica patologia ou lesão cerebral grave (BRASIL, 2002; WHALEY, WONG, 1997).

O reflexo de sucção e busca são muito importantes para a amamentação, podem ser visto quando o recém-nascido vira a cabeça para o lado da estimulação perioral e inicia fortes movimentos de sucção, desaparecem por volta dos oito meses (BRASIL, 2002; OLHWEILER et al 2005; WHALEY, WONG, 1997).

Tocar as regiões palmares ou plantares dos pés provoca o reflexo de preensão palmar e plantar, o neonato irá flexionar os dedos e segurar firmemente, o palmar costuma desaparecer por volta do terceiro mês e o plantar diminui em torno dos oito meses, esses reflexos são importantes para o manuseio com a criança. (BRASIL, 2002; WHALEY, WONG, 1997).

O reflexo de Babinsk consiste em tocar firmemente a região plantar externa a partir do calcanhar, o polegar sofrerá dorsiflexão e os outros dedos farão o movimento de hiperextensão, desaparece após um ano de idade, sendo bilateral pode ser normal até 18 meses. (BRASIL, 2002; WHALEY, WONG, 1997).

O neonato quando se assusta, ou perde o equilíbrio, instintivamente realiza movimentos de abraço balançando para fora e para frente com os dedos polegar e indicador formando um "C", desaparece a partir do quarto mês de vida (OLHWEILER et al 2005; WHALEY, WONG, 1997).

O reflexo da marcha reflexa aparece quando a criança é colocada com os pés sobre uma superfície rígida, ele mexe os membros simulando uma deambulação, desaparece por volta dos quatro meses de vida (OLHWEILER et al 2005; WHALEY, WONG, 1997).

4 METODOLOGIA

Buscando atingir os objetivos propostos para este estudo e responder às questões elaboradas para a compreensão do mesmo, utilizou-se como abordagem o método qualitativo, hipotético-dedutivo do tipo descritivo.

De acordo com Turato (2005), há um vasto interesse e um aumento nas realizações de pesquisas qualitativas no campo da saúde, emprega-se o pensamento trazido das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o acontecimento em si, mas compreender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas e suas experiências de vida.

Assim, neste momento, serão expostos os aspectos relacionados com o cenário do estudo, participantes, amostra, critério de inclusão, critérios de exclusão, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e aspectos éticos da pesquisa.

4.1 Cenário do estudo

Os cenários do estudo foram às unidades básicas de saúde do município de Três Pontas, excluindo-se os PSF's, ou seja, o Centro de Saúde Catumbi, Centro de Saúde Padre Vítor, Centro de Saúde Santa Edwiges, Centro de Saúde Vila Marilena e Policlínica. Essas unidades foram escolhidas por realizarem a consulta de enfermagem e o programa de crescimento e desenvolvimento infantil há bastante tempo.

4.2 Participantes, amostra, critérios de inclusão, critérios de exclusão

As participantes foram mães que se encontravam nas unidades básicas de saúde do município de Três Pontas, durante o período de 05 de setembro à 15 de outubro de 2012.

Por a amostra ser do tipo intencional, 9 mães foram submetidas à coleta de dados, pois estas se enquadraram no perfil do estudo, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão foram:

- Ser mãe de criança com idade igual ou inferior a 5 anos.
- Ter mais de 18 anos.

- Ser cadastrada na unidade básica e já ter acompanhado o seu filho a uma consulta de enfermagem pediátrica, com ênfase no Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil.
- Aceitar participar voluntariamente da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os critérios de exclusão foram:

- Ter menos de 18 anos.
- Ser mãe de criança com idade superior a 5 anos.
- Não ser cadastrada na unidade na qual foi abordada.
- Não ter acompanhado nenhuma consulta de enfermagem pediátrica.
- Não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.3 Coleta de Dados

A técnica de pesquisa de campo foi empregada através de dois instrumentos, que foram fornecidos individualmente.

O primeiro instrumento foi o de identificação dos sujeitos. Neste foi perguntado sobre os seus dados pessoais, tais como: idade, nacionalidade, escolaridade, estado civil e profissão (APÊNDICE A).

O segundo instrumento foi um roteiro de entrevista, que contém perguntas abertas sobre o tema: Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil: conhecimento das mães sobre a evolução de seus filhos (APÊNDICE B).

O decorrer da entrevista foi gravado, por meio de um gravador de áudio, conforme autorização prévia das pesquisadas e descartados após a sua transcrição.

4.4 Análise e interpretação dos dados

Para análise e interpretação dos dados optou-se por adotar a técnica de análise do conteúdo. E para buscar elementos que ajudam na compreensão do conhecimento mães a

cerca do Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil e a evolução de seus filhos, adotou-se os seguintes passos:

1º passo: leitura e releitura flutuante das entrevistas;

2º passo: mapeamento das respostas individuais com base nos temas relevantes no sentido de identificar dentro do discurso categorias de subsídios que permitissem atingir as metas deste estudo, definidos através da leitura flutuante e dos objetivos da pesquisa.

3º passo: análise da dinâmica das entrevistas e construção do discurso.

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

É importante declarar que a coleta de informações iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Sul de Minas, Varginha – MG, através do parecer consubstanciado nº 019 de 2012 (ANEXO A) do consentimento da coordenação e supervisão de enfermagem da Secretaria de Saúde de Três Pontas, através do termo de consentimento – instituição (ANEXO B), valendo ressaltar que o entrevistado, teve que confirmar sua autorização para participar da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), respeitando assim, a Resolução nº 196/96 de 10/10/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

O presente estudo não ofereceu nenhum risco à vida dos participantes respeitando seu anonimato, sua individualidade, opiniões e a recusa de resposta quando julgado oportuno.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos serão expostos em categorias para um melhor entendimento:

CATEGORIA I: O conhecimento sobre o Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil:

Ao questionar as mães se elas conhecem o Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil e o que sabem sobre ele, obtiveram-se as respostas:

“Sim conheço; quando a gente leva a criança, mede o tamanho da cabeça, altura [...] vê o peso.” (MÃE 1)

“Sim o conheço, levo a criança todo mês para ver se está desenvolvendo, eu gostei”. (MÃE 3)

“Sim, programa de acompanhamento e desenvolvimento da criança, com o objetivo de prevenir, diagnosticar eventuais problemas que possam vir a ocorrer durante os primeiros meses”. (MÃE 5)

Como se pode observar quase a totalidade das mães conhece o Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil e seus alicerces básicos que segundo Alfredo et al (2008), consiste do acompanhamento e avaliação do peso, comprimento ou altura, perímetros cefálico e braquial, fechamento de fontanelas e suturas cranianas, monitoramento pelo cartão de vacina através dos gráficos de peso e idade, controle das doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas.

Tais considerações podem ser devido ao contexto histórico do programa, uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde a partir de 1984 com a criação do “Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)”, embora tenha sido recomendado a sua criação desde a década de 70, na Conferência de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão, em 1978. O programa possui eficácia comprovada, visa assegurar a integralidade da assistência prestada pelo serviço de saúde com priorização de ações preventivas (BRASIL, 2002; CAMPERO et al, 2010).

Devido a sua eficácia comprovada, fácil manejo por parte dos enfermeiros e como se pode evidenciar a aprovação das mães que conhecem e gostam do programa, se mantém como um dos programas que substancialmente recebe investimentos, estando presente em qualquer unidade básica, onde as mães são orientadas e as crianças atendidas a partir dos 15 dias de vida do recém-nascido até os 5 anos de idade, garantindo a familiarização com o programa, passando a identificá-lo e conhecê-lo. O crescimento e desenvolvimento, para ser aplicado em sua totalidade, deve abordar e compreender todos os aspectos da vida da criança como o ambiente familiar e social, suas relações de interação com o contexto socioeconômico, histórico, cultural e político, detalhes fundamentais que só podem ser passados por alguém próximo como a mãe (BRASIL, 2002; BONILHA, RIVORÊDO, 2004; CAMPERO et al, 2010).

CATEGORIA II: A orientação do enfermeiro durante a realização do crescimento e desenvolvimento:

Quando indagado as mães se o enfermeiro a orientava durante a consulta de crescimento e desenvolvimento, e explicava o que era feito, caso a resposta fosse afirmativa, perguntava-se de que forma ele fazia isso, obteve-se as seguintes respostas:

“Ele não explica o que ele está fazendo. Orienta quanto à alimentação, frutas e verduras e passa pomada Hipoglós se precisar”. (MÃE 1)

“Não realiza nenhuma orientação”. (MÃE 6)

“Sim, nossa para mim foi muito bom, aprendi a amamentar, a dar papinha, banho, como ajudar a criança a andar, aprendi tudo pois era mãe de primeira viagem”. (MÃE 4)

“Sim, orientando sobre os cuidados, higiene, amamentação e também através de gráficos, reflexos do bebê, estímulos.”. (MÃE 5)

Durante a análise das respostas, notam-se respostas contraditórias, apresentando duas vertentes. Das nove mães pesquisadas, três disseram que o enfermeiro não orienta adequadamente ou não explica o que está sendo feito durante o exame físico. Já as seis mães restantes mencionaram que aprenderam muito com as orientações do enfermeiro e ele soube identificar agravos precoces e encaminhar ao pediatra para as devidas providências. Mesmo a minoria relatando que não recebeu orientações adequadamente, isto é um fator preocupante,

pois antes de tudo um enfermeiro na atenção básica, é um educador e todos os pilares do Programa de Crescimento e Desenvolvimento infantil sustentam-se na promoção e proteção da saúde, é papel do enfermeiro incentivar a mãe a fazer perguntas e ensiná-la a acompanhar e estimular o desenvolvimento do filho. (BRASIL, 2002)

Ainda é válido destacar que as ações inseridas no Programa de Crescimento e Desenvolvimento incluem a orientação das mães a respeito dos cuidados para com seus filhos, identificação de situações de risco e atuação precoce, isso reflete no seu meio social, a começar pela família e sem o envolvimento desta, não será alcançado o sucesso esperado (CAMPERO et al, 2010; LIMA et al, 2002).

CATEGORIA III: O entendimento das orientações feitas pelos enfermeiros:

Foi perguntando às mães se quando elas são orientadas pelos enfermeiros, se elas entendem as orientações com clareza, seguem as opiniões:

“Ela fala de um jeito que a gente entende, explica muito bem”. (MÃE 2)

“Sim, eu sou muito curiosa [...] não gosto de levar dúvida mesmo que seja uma coisa simples”. (MÃE 4)

“Sim, porque são feitas com clareza e dedicação”. (MÃE 5)

Todas as mães que disseram receber orientações dos enfermeiros, afirmaram entender com clareza as orientações realizadas. Todo tipo de educação é baseada na comunicação, mas deve-se ter o cuidado com a forma de expressar, principalmente quando se trata de educação em saúde. Espera-se que o enfermeiro atue como “professor” para os outros membros da equipe, assim como para os pacientes, é uma questão histórica e cultural. Educar exige habilidade, pois nem sempre toda orientação traduz-se em aprendizado. O cuidado de enfermagem é encaminhado à promoção e prevenção, manutenção e restauração da saúde, todas essas atividades compõem o perfil de orientação em saúde do enfermeiro, que tem a finalidade de conduzir o cliente ao autocuidado. O processo de orientação é individual, pois modifica a pessoa, fazendo-a assimilar experiências com o objetivo de melhorar a qualidade de vida. Educação em saúde é uma linha direta para resultados bem sucedidos, cabendo ao enfermeiro assumir seu papel como educador (AGUIAR, 2004; SENA, SILVA, 2007).

CATEGORIA IV: Comparecimento às consultas agendadas:

As mães foram questionadas se comparecem a todas as consultadas agendadas e caso a resposta fosse negativa, qual seria a justificativa para o não comparecimento. As respostas mencionadas foram:

“Sim, todo mês eu faço puericultura [...] é muito bom para saber se a criança está no peso certo”. (MÃE 1)

“Sim, a cada consulta são transmitidas novas orientações e também podemos observar o quanto aprendemos através do desenvolvimento da criança”. (MÃE 5)

“Não, falta de tempo”. (MÃE 9)

“Sim, mas não compareço quando estou trabalhando”. (MÃE 7)

Diante dessas respostas, podemos observar que sete das nove mães afirmaram que comparecem a todas as consultas agendadas do Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Das duas mães que disseram não comparecer a todas as consultas, a MÃE 9 afirmou que o motivo seria falta de tempo, já a MÃE 7 apresentou uma contradição, em um primeiro momento afirma que comparece mas logo em seguida justifica dizendo que apenas quando não está trabalhando, indicando uma ausência ou que outra pessoa traria a criança para o atendimento.

O Ministério da Saúde preconiza o calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança, sendo que no primeiro ano de vida são sete consultas, duas no segundo ano e apenas uma nos anos seguintes. O número de consultas além de ser um indicador da qualidade assistencial prestada, também foi criado pensando nas necessidades infantis, maternas e familiares. No primeiro ano de vida é necessário um número maior de consultas, devido ao risco de agravos serem consideravelmente maiores, necessitando de um controle e uma atenção mais rígida. A importância de comparecer em todas as consultas, está relacionado aos períodos de desenvolvimento que a criança atravessa, logo deverá ser acompanhada sistematicamente e correlacionar a sua evolução com os padrões esperados de cada faixa-etária (BRASIL, 2002; BICALHO et al, 2007; CAMPERO et al, 2010)

CATEGORIA V: Mitos e crenças

Foi perguntado as mães se elas acreditam em alguma crença ou mito quando o assunto é o cuidado com os filhos, eis as respostas.

“Já fiz simpatia para o umbigo [...]” (MÃE 1)

“Acredito que no sétimo dia não pode ver a criança”. (MÃE 6)

“Não deixo ver meus filhos no sétimo dia, dou bastante chá, chá de picão”. (MÃE 9)

“Quando eu levei a criança para realizar o teste do pezinho, a enfermeira disse que ele estava “amarelinho” e era para colocar ele no sol” (MÃE 3).

“Não [...] acredito só em Deus.” (MÃE 2)

“Não”. (MÃE 7)

“Não acredito em nada disso”. (MÃE 8)

Nesta questão as respostas ficaram divididas entre o sim e o não. Mitos e crenças são relativos e influenciados pela cultura, que se constitui o cotidiano, significando simbolismo. Podem ser adquiridos através da criação ou indicação de uma pessoa próxima ou da família em quem a mãe confia. Do mesmo modo, as mães que não acreditam em mitos, crenças e simpatias são influenciadas dessa maneira, mas por relatos negativos de pessoas próximas ou experiências ruins anteriormente (BUDÔ, 2005).

A MÃE 1 relata que já fez simpatia para o umbigo, isso não é necessário pois o cuidado com a cicatriz umbilical são os seguintes: manter o coto umbilical limpo e seco e após o banho higienizá-lo com cotonete e álcool. Contraindica o uso de moedas, faixas, fumos e qualquer outra substância ou simpatia para “curar” o umbigo, pois além de ser desnecessário pode trazer infecções e tétano. O coto umbilical cai por si só entre o 5º e o 12º dia, uma demora maior na queda também não é motivo de preocupação (BOEHS, 2007; MINAS GERAIS, 2005)

A MÃE 6 e 9 afirmam que no sétimo dia não pode ver a criança, elas se referem ao que hoje sabe-se ser responsabilidade do tétano neonatal, historicamente a morte da criança no sétimo dia era associada a inveja e mau olhado, por isso não se deixa ver a criança. Comumente chamado de “mal de sete dias”, devido ao seu período de incubação que varia de 2 a 28 dias, mas o mais comum é aproximadamente 7 dias. É causado por uma bactéria chamada *Clostridium tetani*, que produz várias toxinas que atacam o sistema nervoso e não é

contagiosa. Sua prevenção é feita com a vacinação das gestantes e cuidado durante a manipulação do coto umbilical. A MÃE 9 ainda relata dar bastante chá para a criança, inclusive chá de picão, um conhecido tratamento caseiro para icterícia. O picão é uma planta que possui flores amarelas e pode chegar até 60 centímetros de altura. É usado de duas maneiras: no uso interno quando o chá é ingerido e no uso externo, em que o chá é usado para o banho. Até o momento não foi encontrada ação tóxica pela planta, porém, como qualquer planta, ela não deve ser consumida em excesso e deve ser adequadamente lavada e adquirida de um local confiável (MURAHOVSKI, 2008; BERETTA et al, 2010; BRASILEIRO et al, 2008).

A MÃE 3 alega que foi orientada pela enfermeira a colocar a criança no sol pois esta encontrava-se “amarelinha”. O banho de sol é importante para o recém nascido, pois além de ajudar no desenvolvimento ósseo, ajuda na diminuição da icterícia. Pode ser feito com a criança vestindo o mínimo de roupas possíveis, durante cinco minutos, tempo que deve ser ampliado progressivamente até cerca de 15 minutos por dia, devendo ocorrer antes das 10 da manhã e após as 16 horas. Vale ressaltar que o banho pode auxiliar na redução da icterícia, mas não atua como tratamento, caso a mãe note que a coloração amarelada persista ou piore, deve levar o recém-nascido para avaliação (BERETTA et al, 2010; CAMPOS, CARDOSO, 2004;)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo envolveu uma revisão e descrição sobre o Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil do Ministério da Saúde. O objetivo geral do trabalho foi avaliar o conhecimento das mães frente ao programa, que foi possível através da pesquisa de campo utilizando um roteiro de entrevistas, voltado ao constituinte básico que seria a prevenção e promoção da saúde, capacidade resolutiva, identificação de situações de risco e agravos, atuando de forma precoce.

Percebe-se que o Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil é conhecido por quase a totalidade das mães entrevistadas, a explicação disso está no contexto histórico-cultural do programa, que está inserido na saúde e na sociedade desde 1984, tornando-se conhecido pelas mães em todos seus aspectos fundamentais.

Partindo-se desta pesquisa, observa-se que uma minoria de enfermeiros não está passando orientações adequadamente, o que não condiz com o perfil orientador da enfermagem. Historicamente espera-se que o enfermeiro conduza o cliente ao autocuidado através do processo de orientação e educação e se isso não ocorre fere a promoção e prevenção da saúde tão difundida pelo Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil, logo o programa não terá a mesma eficácia.

Ressalta-se que a linguagem utilizada pelos enfermeiros é adequada ao ambiente e à situação, garantindo assim que sejam naturalmente compreendidas pelas mães, estas assimilam essas orientações melhorando a qualidade de vida e o enfermeiro cumpre seu papel de educador.

Conclui-se que uma pequena parcela das mães afirma não comparecer ao retorno da consulta de crescimento e desenvolvimento, o calendário de consultas para a assistência à criança exige no mínimo sete consultas no primeiro ano, devido a criança ser susceptível a risco e agravos mais facilmente que em outras faixa etárias, explica-se a importância do comparecimento em todos os agendamentos.

Fica claro que a cultura popular está inserida na sociedade, pois a maioria das mães afirmou acreditar e utilizar desses tratamentos caseiros que ainda são muito difundidos. Cabe aos enfermeiros, estarem bem esclarecidos para orientar as mães nesse aspecto e que todas as questões sejam discutidas abertamente.

Finalmente espera-se que este estudo ajude os enfermeiros a se reavaliar, atualizar e melhorar se necessário o seu atendimento do Programa de Crescimento e Desenvolvimento

Infantil, contribuindo de forma efetiva para a prevenção de agravos através da educação em saúde e humanização do atendimento.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, B. G. C. O papel do enfermeiro educador: ação educativa do enfermeiro no pré e pós-operatório. **Resultados de Pesquisa: o cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1, p. 115-119, set. 2004.
- ALFREDO, E. R et al. **Assistência de Enfermagem em Pediatria**. 1.ed. Varginha. Alba, 2008.
- BERETTA, M. I. R et al. Conhecimento e uso de tratamentos alternativos para icterícia neonatal. **Cogitare Enfermagem**, São Carlos, ano 15, n. 3, p. 506-512, jul-set. 2010.
- BICALHO, G. G et al. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, ano 25, n. 4, p. 343-348, 25 set. 2007.
- BONILHA, L. R.; RIVORÊDO, C. R. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, ano 81, n.1, p. 7-13, 12 mai. 2004.
- BOEHS, A. E at el. A Interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Contexto Enfermagem**, Florianópolis, ano 16, n. 2, p. 307-314, abr-jun. 2007.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Saúde da Criança: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil**. Brasília, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os profissionais de saúde**. Brasília, 2011.
- BRASILEIRO, B. G et al. Plantas Mediciniais utilizadas pela população atendida no "Programa de Saúde da Família", Governador Valadares, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, Governador Valadares, ano 44, n. 4, p. 629-636, out-dez. 2008.
- BUDÔ, M. de L. D. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de enfermagem. **Contexto Enfermagem**, Porto Alegre, ano 14, n. 2, p. 177-85, abr-jun. 2005.
- CADETTE, M. M. M.; OLIVEIRA, V. C. O. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, ano 23, n. 3, p. 301-306, 04 dez. 2008.
- CAMPERO, P. K. N et al. Crescimento e desenvolvimento: cuidando e promovendo a saúde da criança. **Extensão e Sociedade**, Natal, ano 1, n.1, p. 1-13, 2010.
- CAMPOS, A. do C. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, ano 12, n. 4, p. 606-613, jul-ago. 2004.

CAMPOS, R. M et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, ano 46, n. 3, p. 566-574, 05 out. 2010.

CASARIN, D. P et al. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 21, n. 2, p. 482-489, mar-abr. 2005.

LEMOS, L. M. D. Vamos cuidar com brinquedos? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, ano 63, n. 6, p. 950-955, 07 nov. 2010.

LIMA, R. A. G et al. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, ano 10, n.5, p. 709-714, set-out. 2002.

MINAS GERAIS, Secretária de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde da Criança**. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2005.

MURAHOVSKI, J. Tétano dos recém-nascidos: revisitado. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, ano 26, n.4, p. 312-314, 2008.

OLHWEILER, L et al. Estudo dos reflexos primitivos em pacientes recém-nascidos pré-termo normais no primeiro ano de vida. **Arquivos Neuropsiquiátricos**, Porto Alegre, 2005, ano 63, n.2, p. 294-297, 03 dez. 2005.

SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, ano 20, n. 1, p. 55-61, 20 dez. 2006.

SENA, R. R.; SILVA, K. L. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, ano 42, n.1, p. 48-56, 27 ago. 2007.

TURATO, E. R.; Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, Campinas, ano 39, n. 3, p. 507-514, 05 abr. 2005.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L.; **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 1997.

APÊNDICE A – Identificação de Sujeitos

Iniciais: _____

Nacionalidade: Brasileira Outra – Qual: _____Idade: entre 18 a 25 anos – entre 26 a 35 anos – entre 36 a 45 anos – acima de 50
anosEscolaridade: Analfabeta – Educação Infantil – Ensino Fundamental Incompleto –
 Ensino Fundamental Completo – Ensino Médio Incompleto – Ensino Médio
Completo – Ensino SuperiorEstado Civil: Solteira – Casada – Divorciada- Viúva

Profissão: _____

Número de Filhos: _____ Idade dos Filhos: _____

Unidade de Saúde que frequenta: _____

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevistas

- 1) Você conhece o Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil? Caso a resposta seja sim, nos diga um pouco sobre o programa e o que você sabe sobre ele.

- 2) O enfermeiro lhe orienta no momento da realização do CD, explica o que está sendo feito? De que forma?

- 3) Em relação as orientações feitas pelos enfermeiros, você as entende com clareza?

- 4) Você comparece a todas as consultas agendadas nas unidades básicas? Se não comparece, isso ocorre por qual motivo?

- 5) Você possui alguma crença ou mito, em relação ao cuidados com os filhos?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Aprovado pelo CEP/FEPEMIG sob Parecer nº 019/2012**

Título do Projeto: Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil: conhecimento das mães sobre a evolução de seus filhos.

Pesquisador Responsável: Patricia Alves Pereira Carneiro

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Centro Universitário do Sul de Minas - Unis/MG

Telefones para contato: (35) 98451376 – (35) 91874447

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos

R.G.: _____

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil: conhecimento das mães sobre a evolução de seus filhos, de responsabilidade do pesquisador Patricia Alves Pereira Carneiro.

Este documento tem por finalidade esclarecer, de forma clara e objetiva, sobre a pesquisa a ser realizada: finalidade, local, duração, procedimentos utilizados, possíveis riscos e desconfortos a sua pessoa, benefícios esperados e objetivos a serem alcançados com a mesma. Deixando claro que você pode desistir de participar a qualquer momento.

A presente pesquisa objetiva avaliar o conhecimento das mães frente ao Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil. A pesquisa será realizada nas Unidades Básicas de Saúde de Três Pontas, a coleta de dados terá a duração durante o mês de setembro e outubro de 2012.

A participação do pesquisado e todos os dados referentes à sua pessoa serão exclusivos para a pesquisa em questão e de inteira responsabilidade do pesquisador, que garante anonimato e total sigilo, o material gravado será descartado após a coleta de dados, assegurando a privacidade das informações a ele fornecidas.

A relevância deste estudo é focada na necessidade em que a sociedade apresenta de conhecer esse atendimento realizado pela enfermeira e a reavaliação dos profissionais em

relação a sua consulta de enfermagem pediátrica, uso adequado das diretrizes do Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil, garantindo assim orientações adequadas, prevenção, promoção da saúde e atuação efetiva do enfermeiro.

Se concordar em participar da pesquisa, você terá que responder a uma entrevista, que será gravada sobre seus conhecimentos sobre o Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil. É importante salientar que o presente estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário do Sul de Minas – Unis/MG.

Por se achar plenamente esclarecido e em perfeito acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicito a sua assinatura, juntamente com o pesquisador, em 2 (duas) vias de igual teor e forma.

Três Pontas, _____ de _____ de 2012.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do voluntário

ANEXO A – Parecer do CEP

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA DO SUL DE MINAS

Centro Universitário do Sul de Minas – UNIS/MG

Comitê de Ética em Pesquisa

Credenciado pelo Ministério da Saúde - Carta Circular 003/2012 CONEP/CNS/MS, de 20/01/2012.

PARECER 019/2012

O **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP**, da FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA DO SUL DE MINAS - FEPESMIG, Credenciado pelo Ministério da Saúde - Carta Circular 003/2012 CONEP/CNS/MS, de 20/01/2012, em reunião ocorrida no dia 20 de Agosto, analisou o projeto: **PROGRAMA DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: conhecimento das mães sobre a evolução dos seus filhos**, orientado pelo (a) Prof. (a) Patrícia Alves Pereira Carneiro, protocolado sob o nº018/2012, deliberou por enquadrá-lo na categoria de **APROVADO** com as seguintes sugestões:

- 1) Incluir no **Termo de Consentimento** que o material gravado será descartado após a coleta dos dados.
- 2) Atualizar o cronograma.

O relatório final deverá ser encaminhado ao CEP até o dia 15 de Dezembro de 2012, ou, entregue à banca avaliadora da pesquisa, sob a responsabilidade do orientador. Não estando concluída a pesquisa nessa data, deve ser encaminhada justificativa.

Varginha/MG, 21 de Agosto de 2012



Prof. Dr. Nelson Delú filho

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FEPESMIG



Varginha - MG - Av. Cel. José Alves, 256 - Vila Pinto - Tel.: 35 3219 5000

Três Pontas - MG - Praça D' Aparecida, 57 - Centro - Tel.: 35 3266 2020

Betim - MG - Rua José da Conceição, 189 - Angola - Tel.: 31 3544 0404

Cataguases - MG - Rua Romualdo de Menezes, 701 - Menezes - Tel.: 32 3421 3109

www.unis.edu.br

ANEXO B – Termo de Consentimento - Instituição



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Projeto de Pesquisa:			
Programa de Crescimento e Desenvolvimento Infantil: conhecimento das mães sobre a evolução de seus filhos.			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no abaixo) Ciências da Saúde		3. Código: 4	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 2 a 4) - N
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma) Enfermagem		6. Código(s): 4.04	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()
8. Unitermos: (3 opções) – Crescimento e desenvolvimento, puericultura, enfermagem			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos No Centro: 20 Total: 20	10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrão/Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica ()		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: Patrícia Alves Pereira Carneiro			
12. Identidade: MG-11144481	13. CPF: 036.775.346-40	19. Endereço: Rua Dona Tide, 35	
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Enfermeira	20. CEP: 37110-000	21. Cidade: Elói Mendes 22. U.F. MG
16. Maior Titulação: Mestre	17. Cargo: Professor	23. Fone: (35) 9901-4728	24. Fax
18. Instituição a que pertence: Centro Universitário do Sul de Minas / Unis-MG			25. E.mail: patriciacarneiro@unis.edu.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 13/09/2012			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: Unidades Básicas de Saúde de Três Pontas		29. Endereço (Rua, nº): Rua Professora Beralda Gomes, 14	
27. Unidade/Orgão: Secretaria Municipal de Saúde do Município de Três Pontas		30. CEP: 37190-000	31. Cidade: Três Pontas 32. U.F. MG
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)		33. Fone: (35) 3265 - 5257	34. Fax:
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: Nancy Aparecida Ribeiro Cargo: Secretária da Saúde Data: 13/09/2012			
		Assinatura NANCY A. RIBEIRO Secretária Municipal de Saúde Gestora do SUS Três Pontas - MG	
PATROCINADOR			
36. Nome:		39. Endereço	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP			
45. Data de Entrada:	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado () Data: / /	48. Não Aprovado () Data: / /
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(o) para:			
Encaminho a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: / /		53. Coordenador: Data: / /	Anexar o parecer consubstanciado
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP			
54. Nº Expediente	55. Data Recebimento:	57. Registro na CONEP:	
58. Observações:			