

Vivências de enfermeiros na consulta de puericultura: percepção sobre os sinais de risco/atraso para o desenvolvimento infantil

Nurses' experiences in childcare consultation: perception of the risk/delay for child development

Experiencias de enfermeras en consulta de puericultura: percepción de los signos de riesgo/retraso para el desarrollo infantil

Nathália Ingrid Moraes dos Santos¹, Mariana Ferreira de Souza², Joana Maria Pereira Neta³, Waldemar Brandão Neto⁴, Ana Virginia Rodrigues Verissimo⁵, Estela Maria Leite Meirelles Monteiro⁶

Resumo:

Introdução: A infância é um período da vida de grande transformação física, psíquica e social e como forma de prevenir enfermidades e promover o desenvolvimento saudável das crianças, as políticas de saúde vigentes no Brasil, estabelecem um acompanhamento longitudinal e com foco na atenção integral através da puericultura.

Objetivo: Compreender a percepção e a prática do enfermeiro sobre a identificação dos sinais de risco/atraso do desenvolvimento em crianças acompanhadas durante a consulta de enfermagem em puericultura.

¹ Enfermeira. Egressa da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco. Recife-PE, Brasil. ORCID: 0000-0001-8558-9317. E-mail: nathaliamorais12@gmail.com

² Enfermeira. Especialista em Saúde da Criança pelo IMIP. Egressa da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco. Recife-PE, Brasil ORCID: 0000-0001-7282-0807. E-mail: marianafeiradesouza@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Hebiatria pela FOP/UPE. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE). Recife-PE, Brasil. ORCID: 0000-0001-7545-2966.

E-mail: joana.neta@upe.br

⁴ Enfermeiro. Doutor em Saúde da Criança e do Adolescentes pela Universidade Federal de Pernambuco. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE). Recife-PE, Brasil. ORCID: 0000-0003-4786-9961.

E-mail: waldemar.neto@upe.br

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UPE/UEPB. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE). Recife-PE, Brasil. ORCID: 0000-0002-4278-5315.

E-mail: virginia.verissimo@upe.br

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco. Recife-PE, Brasil. ORCID: 000-0002-5736-0133.

E-mail: estela.monteiro@ufpe.br

Métodos: Estudo qualitativo, realizado com 12 enfermeiros que trabalham nas unidades de saúde da família de um distrito sanitário da cidade do Recife, entre janeiro e março de 2017. Para a coleta de dados foi empregada entrevista individual semiestruturada com o uso da gravação, sendo os mesmos submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática.

Resultados: A maioria das enfermeiras conhecia e utilizava a ficha de acompanhamento do desenvolvimento infantil proposta pelo Ministério da Saúde (MS) e inserida na caderneta da criança durante a consulta de puericultura, entretanto, a linguagem utilizada para definir os sinais de risco e atraso não é precisa. Porém, quando identificam alguma alteração no Crescimento e Desenvolvimento (CD) recorrem a equipe multiprofissional para acompanhamento dos casos.

Considerações finais: O estudo permitiu perceber e discutir a importância da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, destacando a enfermeira como agente essencial desse processo. Ficou demonstrado na prática das enfermeiras o conhecimento dos protocolos para o acompanhamento do CD, porém destacou-se que a falta de cumprimento e registro dos parâmetros/indicadores de avaliação orientados pelo MS foi um fato dificultador para uma assistência integral, sem deixar de enxergar a família como aliada no cuidado à criança.

Palavras-chave:

Desenvolvimento Infantil, Crescimento e Desenvolvimento, Cuidado da Criança, Saúde da Criança, Enfermagem Pediátrica, Brasil.

Abstract:

Introduction: Childhood is a period of life of great physical, psychological and social transformation and as a way to prevent diseases and promote the healthy development of children, the health policies in force in Brazil, establish a longitudinal monitoring and focusing on comprehensive care through childcare.

Objective: Understand the nurse's perception and practice on the identification of signs of risk / delay in development in children monitored during the nursing consultation in childcare.

Methods: Qualitative study, conducted with 12 nurses who work in family health units in a health district in the city of Recife, between January and March 2017. For data collection, a semi-structured individual interview was used with the use of the recording, the same being analyzed by the thematic content analysis.

Results: Most nurses knew and used the child development monitoring form proposed by the Ministry of Health (MH) and inserted in the child's handbook during the pediatric consultation, however, the language used to define the signs of risk and delay is not accurate. Yet, when they identify any change in Growth and Development (GD), they use the multidisciplinary team to monitor the cases.

Conclusions: The study made it possible to perceive and discuss the importance of assessing neuropsychomotor development, highlighting the nurse as an essential agent of this process. It was demonstrated in the nurses' practice the knowledge of the protocols for the monitoring of the GD,

however it was highlighted that the lack of compliance and registration of the parameters/evaluation indicators oriented by the MH was a hindering factor for comprehensive care, without fail to realize the family as an ally in child care.

Keywords:

Child Development, Growth and Development, Childcare, Child health, Pediatric Nursing, Brazil.

Resumen:

Introducción: La infancia es un período de vida de gran transformación física, psicológica y social y, como una forma de prevenir enfermedades y promover el desarrollo saludable de los niños, las políticas de salud vigentes en Brasil establecen un monitoreo longitudinal y se centran en la atención integral a través de la puericultura.

Objetivo: Comprender la percepción y práctica de la enfermera sobre la identificación de signos de riesgo / retraso en el desarrollo en niños monitoreados durante la consulta de enfermería en la puericultura.

Métodos: Estudio cualitativo, realizado con 12 enfermeras que trabajan en unidades de salud familiar en un distrito de salud de la ciudad de Recife, entre enero y marzo de 2017. Para la recopilación de datos, se utilizó una entrevista individual semiestructurada con el uso de la grabación, siendo el mismo sometidos al análisis del contenido en la modalidad temática. analizado por el método de interpretación de los sentidos.

Resultados: La mayoría de las enfermeras conocían y usaban el formulario de monitoreo del desarrollo infantil propuesto por el Ministerio de Salud (MS) e insertado en el manual del niño durante la consulta pediátrica, sin embargo, el lenguaje utilizado para definir los signos de riesgo y retraso no es exacto. Sin embargo, cuando identifican cualquier cambio en el Crecimiento y Desarrollo (CD), utilizan el equipo multidisciplinario para monitorear los casos.

Consideraciones finales: El estudio permitió percibir y discutir la importancia de evaluar el desarrollo neuropsicomotor, destacando a la enfermera como un agente esencial de este proceso. Se demostró en la práctica de las enfermeras el conocimiento de los protocolos para el monitoreo de la CD, sin embargo, se destacó que la falta de cumplimiento y registro de los parámetros / indicadores de evaluación orientados por el MS era un factor que obstaculizaba la atención integral, sin no se dan cuenta de la familia como aliada en el cuidado infantil.

Palabras clave:

Desarrollo Infantil, Crecimiento y Desarrollo, Cuidado del Niño, Salud del Niño, Enfermería Pediátrica, Brasil.

Introdução

O desenvolvimento infantil (DI) é um processo complexo, ativo resultante da interação entre a herança genética, aspectos biológicos e influências do meio em que a criança vive. É caracterizado pela aquisição de habilidades em vários domínios (motor, cognitivo, psicossocial e linguístico) para a realização das atividades cotidianas e execução do seu papel social. ⁽¹⁾

Cada criança vive esta experiência de forma única, por isso os profissionais de saúde devem estar atentos aos fatores de risco e proteção que circundam este processo. Dentre os fatores de risco ao DI pode-se destacar os eventos pré, peri e pós natais, como o baixo peso ao nascer, a prematuridade, as morbidades na gravidez, complicações no parto e malformações congênitas (entre outros agravos de saúde biológicos e genéticos), nível socioeconômico e escolaridade dos pais/cuidadores, e vínculos familiares (ambientais). ⁽²⁾

É na primeira infância, faixa etária entre zero e seis anos, que essas transformações são mais intensas, especialmente no desenvolvimento físico, psíquico e social, e resultam em grande vulnerabilidade aos agravos à saúde e em necessidade de monitoramento regular por profissionais de saúde. No Brasil, este acompanhamento ocorre de forma longitudinal e com foco na atenção integral, priorizando os dois primeiros anos de vida ^(2,3), na Atenção Primária em Saúde (APS). É através da consulta de puericultura, identificada como uma ação oportuna de cuidado individualizado, em que a(o) enfermeira(o) se destaca ao realizar a avaliação da criança, a identificação de vulnerabilidades, a promoção do crescimento e desenvolvimento, a escuta ativa sobre impressões que os pais/cuidadores/

família têm sobre a mesma, além de identificar e, quando possível, intervir nas fragilidades à saúde que a envolvem. ^(3,4,5)

No Brasil, a atenção ao Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) ganhou evidência devido ao significativo aumento de casos de recém-nascidos com alterações decorrentes da Síndrome Congênita do Vírus Zika, o que exigiu a elaboração de um plano nacional de enfrentamento, instituindo diretrizes para a atuação multiprofissional na estimulação precoce das crianças que apresentam prejuízos no DNPM. ⁽⁶⁾

O protagonismo da(o) enfermeira(o) na puericultura e, conseqüentemente, nas ações de vigilância do DI saudável está ancorado na sua capacidade em promover o cuidado integral de crianças e famílias, com base na educação em saúde das mães e cuidadores, buscando reduzir as desigualdades e vulnerabilidades que possam provocar conseqüências danosas. ⁽⁷⁾ Isto inclui competências para identificar o atraso no DI, definido como a demora em alcançar dois ou mais domínios do desenvolvimento ou a diferença de dois desvios-padrão para a idade em um ou mais domínios em teste-norma referenciados ⁽⁸⁾, sendo ainda conceituado como uma condição na qual a criança não está se desenvolvendo e/ou não alcança habilidades de acordo com a seqüência de estágios pré-determinados.

As informações colhidas nas consultas de puericultura deverão ser registradas no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança (CSC), sendo esta última o principal instrumento utilizado para registro e monitoramento do crescimento com os gráficos de desvio padrão para peso, estatura e índice de massa corpórea (IMC) para a idade e, conseqüentemente, do desenvolvi-

mento, com a escala de vigilância do DI. Nela também é possível armazenar toda a história de saúde infantil e intercorrências clínicas, controle das imunizações, suplementação de ferro e vitamina A, desde o nascimento, baseado nos preceitos da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC). Tornando-se um recurso de extrema importância para suporte materno e multiprofissional no processo de assistência à saúde criança.⁽⁹⁾

Diante disto, deve-se considerar a importância da vigilância em saúde através da consulta de enfermagem para promoção de um crescimento e potencialização do desenvolvimento da criança. Pesquisas apontam que o número de enfermeiros que avaliam o DNPM, durante a consulta de puericultura, é pequeno, considerando que, muitas dessas crianças que frequentam as unidades de saúde na APS encontram-se em risco de atraso no desenvolvimento.^(3,10) Portanto, considera-se prioridade investir na qualificação dos enfermeiros para atuarem na vigilância do desenvolvimento infantil, organizando as competências necessárias para uma assistência integral no cuidado infantil.⁽¹¹⁾

A partir desses apontamentos, torna-se oportuno compreender como os enfermeiros percebem a importância dessa avaliação nas consultas, quais estratégias utilizam e as dificuldades encontradas, visto que os enfermeiros assumem liderança em importantes programas com foco na promoção à saúde de crianças no contexto da APS. Para tanto, foi elaborada a pergunta condutora do estudo: qual a percepção das(os) enfermeiras(os) sobre os sinais de atraso para o desenvolvimento de crianças acompanhadas na puericultura? Assim, nosso objetivo foi compreender a percepção e a prática do enfermeiro sobre a identificação dos sinais de risco/atraso do

desenvolvimento em crianças acompanhadas durante a consulta de enfermagem em puericultura.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com 12 enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um Distrito Sanitário vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Recife-PE, campo de atividades práticas da Universidade de Pernambuco (UPE). Foram incluídos no estudo apenas os enfermeiros da ESF, com no mínimo um ano de atuação na ESF e excluídos os profissionais em licença (médica ou prêmio) e férias no período de coleta de dados ou com a unidade em reforma. A amostra foi definida com base nos critérios de saturação teórica que orienta a interrupção da coleta de dados quando houver repetição e/ou ausência de novas informações sobre o objeto de estudo.⁽¹²⁾

A coleta de dados ocorreu entre janeiro e março de 2017, por meio de entrevista individual semiestruturada, mediante a utilização de um roteiro dividido em duas partes, sendo a primeira contendo os dados sobre a caracterização dos participantes e, a segunda parte, com quatro questões norteadoras abertas relacionadas ao acompanhamento do DI na ESE, a saber: 1. Em sua experiência nas consultas de puericultura, conte-nos como você acompanha o DI e de que forma programa as consultas de retorno da criança? 2. Relate a forma de sistematização das consultas e se utiliza algum instrumento que a(o) auxilie na avaliação do DI? 3. Qual o seu entendimento sobre os fatores de riscos e sinais de atraso do DI/neuropsi-

Resultados

comotor? Existe algum protocolo que padronize estes riscos/sinais? 4. Quando você identifica alguma alteração de marco no desenvolvimento da criança, qual sua conduta?

As entrevistas foram gravadas em áudio, após autorização do participante, e tiveram duração aproximada de 20 minutos cada, com posterior transcrição dos depoimentos na íntegra. Para assegurar o sigilo, os enfermeiros foram identificados pelas letras ENF seguida de número arábico correspondente à ordem das entrevistas.

Para análise de dados, optou-se pela análise de conteúdo na modalidade temática de Bardin.⁽¹³⁾ Sendo a análise efetuada em três diferentes polos: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Propõem-se duas fases sucessivas ou imbricadas de análise, a decifração estrutural, centrada em cada entrevista e a transversalidade temática, direcionada ao conjunto das entrevistas, ou seja, nas repetições temáticas. Este processo possibilitou realçar as unidades temáticas, e, na sequência, analisá-las de acordo com os objetivos propostos.

O estudo respeitou a resolução 466/12 que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE conforme o parecer de nº 1.842.970 e registro CAAE 61580416000005192.

Caracterização dos participantes

No estudo, dos 12 profissionais, 11 eram enfermeiras e um enfermeiro, maior parte com idade de 40 anos ou mais, e tempo de formação com mais de 10 anos, conforme tabela 1. Observou-se que todos as(o) enfermeiras(o) possuíam mais de cinco anos de experiência na ESF e curso de especialização *lato sensu* nas áreas de saúde pública, saúde da família, saúde coletiva, porém quase nenhum dos participantes referiu ter cursado formação complementar na área de saúde da criança, apenas dois profissionais relataram ter participado de formação na estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

Com a análise dos dados emergiram três categorias temáticas, a saber: “O cumprimento dos eixos programáticos do Ministério da Saúde (MS) e desafios para o acompanhamento do desenvolvimento infantil”, “Percepção sobre os sinais de risco/atraso do desenvolvimento infantil” e “Articulação da Rede de Atenção e apoio familiar de crianças em situações de atraso”.

O cumprimento dos eixos programáticos do Ministério da Saúde (MS) e desafios para o acompanhamento do desenvolvimento infantil

Os enfermeiros reconhecem a importância da ficha de acompanhamento do desenvolvimento infantil proposta pelo MS, inserida na caderneta da criança, e as utilizam durante a consulta de puericultura. As falas dos profissionais também expressam a importância da apreensão precisa de dados no exame físico (alterações físicas e

Quadro 1: Caracterização das(os) enfermeiras(os) participantes por sexo e perfil de formação profissional. Recife, Pernambuco, Brasil, 2017.

<i>Distribuição</i>	<i>Característica</i>	<i>N</i>
<i>Sexo</i>	Feminino	11
	Masculino	1
<i>Faixa etária</i>	20 a 39 anos	4
	40 anos e mais	8
<i>Local de Formação</i>	Universidades Públicas	8
	Universidades Privada	4
<i>Tempo de formação</i>	Entre 10 e 19 anos	8
	Entre 21 e 29 anos	3
	Igual ou superior a 30 anos	1
<i>Formação Complementar*</i>	Mestrado (área materno infantil* e saúde pública)	2
	Especialização em Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Saúde da Família	9
	Especialização em outras áreas (urgência e emergência)	1
	Atualização (AIDPI)*	2
<i>Tempo de Experiência com a ESF</i>	Até 10 anos	1
	Entre 11 e 20 anos	11
<i>Tempo de atuação na UNIDADE ATUAL</i>	Menos de 1 ano	2
	De 1 a 5 anos	2
	De 6 a 10 anos	4
	De 11 a 15 anos	4
<i>Participaram da Pesquisa</i>		12

*Um profissional também tem especialização em Saúde da Família. |

comportamentais, dados antropométricos, entre outros), e de sua avaliação e interpretação junto as curvas de crescimento infantil e marcos para o DI preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e MS. Entretanto, os profissionais parecem ter dificuldade em distinguir quais são os indicadores relacionados ao crescimento e definir quais são os marcos do DI e seus respectivos domínios (motor, cognitivo, psicossocial e de linguagem), bem como seu registro na caderneta de saúde e prontuário da criança.

[...] eu avalio a criança, e de acordo com os marcos do desenvolvimento que se encontram no cartão da criança. Avalio marco por marco, de acordo com a idade. [...] (ENF 3)

[...] utilizo os testes dos reflexos, a antropometria, a avaliação do ganho ponderal e

[...] em relação à alimentação, sono, repouso, dormida e eliminações. (ENF 4)

[...] faz o exame físico, a anamnese e de acordo com o protocolo que a gente tem do Ministério da Saúde, [...] Os reflexos, atividade motora, cognitivo. [...] (ENF5)

No entanto, em suas falas, revelam divergências quanto à padronização da agenda de consultas preconizadas pelo MS e sobre a correta avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil pelo profissional de saúde.

[...] quando a criança nasce eu faço a visita domiciliar. [...] A partir disso, até o 5º mês, eu faço a consulta mensal, depois eu faço um intervalo de dois meses e então eu atendo de 3 em 3 meses. (ENF 1)

Até 3 meses a gente bota uma consulta por mês e depois, de dois em dois meses, até os 24 meses. (ENF 2)

De 0 a 1 ano todo mês, de 1 a 2 anos de dois em dois meses, eu faço diferente do que é preconizado pelo ministério. (ENF 6)

Percepção sobre os sinais de risco/atraso do desenvolvimento infantil

No discurso das enfermeiras foi evidenciado a utilização dos recursos disponíveis na caderнета da criança para o acompanhamento do desenvolvimento infantil, entretanto, a linguagem utilizada para definir os sinais de risco e atraso não é precisa. Os profissionais descrevem de forma diferente quais seriam os parâmetros adotados para presunção de risco ao desenvolvimento que, muitas vezes, não respeitam as diretrizes do MS e a definição exata do diagnóstico do risco/alerta ou atraso do desenvolvimento infantil.

[...] eu uso a carteira do desenvolvimento, para mim é mais fácil seguir, por exemplo: se você tem uma criança de 10 meses que não senta sozinha é uma coisa que me chama atenção. Tenho sempre essa preocupação de perguntar a mãe: e aí, ele(a) passa o objeto de uma mão para outra? Observa? Já reconhece quando você chama o nome dela? Essas coisas as mães percebem muito e você também faz. [...] Na hora que você está examinando você também está interagindo com a criança, vendo como é que ela reage aos estímulos que você está dando. (ENF 1)

[...] tem o fator socioeconômico, escolaridade materna, a desnutrição, algum atraso referente a algum reflexo, o desenvolvimento em si, o não ganho de peso, atraso cognitivo, não andar, não falar, dependendo da idade, claro. (ENF 5)

É quando as medidas [...] tem um atraso ou estacionam de acordo com o tamanho que deveriam estar, ou então, a ausência do desenvolvimento da criança de acordo com o mês, o atraso no desenvolvimento dela, a ausência dos reflexos, tem vários sinais que a gente pode identificar [...]. (ENF 11)

A dificuldade das enfermeiras em determinar de maneira organizada e que facilite a tomada de decisão os sinais de risco e atraso para o desenvolvimento infantil ficam mais evidentes nas falas abaixo, quando os profissionais demonstram dificuldade em descrever o protocolo utilizado para classificação da criança quanto ao desenvolvimento. Além disso, as enfermeiras 3 e 4 demonstram insegurança quanto ao uso dos instrumentos e protocolos indicados pelo MS

para realizar a avaliação do desenvolvimento das crianças acompanhadas na atenção primária em saúde.

O protocolo que a gente checa é exatamente o cartão da criança. (ENF 1)

Não vou dizer protocolo, existe o cartão da criança que tem os marcos que a gente segue, que é uma coisa que realmente a gente tem uma noção mais não decora. [...] (ENF 3)

[...] eu não tenho nenhum protocolo que me norteie sobre isso. Até crianças menores de um ano a gente tem a carteira, o caderninho da criança [...] não é como antigamente. Agora é uma caderneta, e naquela caderneta fala sobre alguns reflexos, então é por ali que eu me guio. [...] (ENF 4)

Articulação da Rede de Atenção e apoio familiar de crianças em situações de atraso

Nas situações em que os enfermeiros identificaram alguma alteração no marco do desenvolvimento da criança houve o compartilhamento dos casos com os demais profissionais da unidade. Essa interação buscou definir a necessidade de encaminhar as crianças para um serviço especializado, bem como de avaliação e intervenção multiprofissional.

[...] o pessoal do NASF, a gente se senta para discutir, a gente encaminha, meu primeiro seguimento é encaminhar para o pediatra [...] de acordo com o exame que ela fizer e as orientações que ela der a gente segue. (ENF 1)

[...] contato com a própria médica da unidade [...] mas normalmente junto com ela a gente faz o contato com o especialista [...] pediatra. (ENF 5)

Converso com a médica daqui é como se fosse um estudo de caso [...] Muitas vezes eu levo para ela dar uma olhadinha ou as vezes quando ela não está e eu tenho que decidir rápido eu encaminho para um pediatra, mais geralmente a gente discute o caso, a equipe e a gente toma uma conduta. (ENF 6)

[...] Encaminho para o pediatra e ele dá o encaminhamento para o especialista se for necessário. (ENF 9)

Além do suporte profissional, a família foi identificada como principal protagonista no processo de identificação de riscos e possíveis atrasos ao marco. A figura da mãe que surge como principal agente do cuidar no cenário cotidiano da criança. Entre os enfermeiros foi unânime a citação de orientações realizadas para a promoção à saúde da família e rede de apoio (cuidadores), uma vez que o meio no qual a criança está inserida é determinante para o CD saudável.

[...] você começa a também pedir ajuda da família para que façam o estímulo, não adianta a criança vim para cá e você estimular e a família não fazer este estímulo, [...] então a gente sempre estimula, conta com a participação deles, porque se só for você, você não consegue, porque ela passa aqui o que, 30 minutos, 40 minutos, 1 hora com a gente; no caso a mãe tem que estimular. (ENF 1)

[...] a gente tenta estimular a criança, ensinar a mãe como trabalhar com a criança para ver se aquele marco a gente ainda consegue alcançar, por que, às vezes, é um marco que ela ainda não trabalhou em casa, por questão de falta de conhecimento, eu faço esse tipo de orientação e se for

um marco de desenvolvimento que é um atraso muito acentuado a gente já orienta ela [...] (ENF 3)

É o mínimo que a gente faz é orientar já que ele é quem cuida. (ENF 11)

Discussão

A APS, por meio da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), tem contribuído para reduzir a mortalidade em criança com menos de cinco anos por causas preveníveis, como deficiências nutricionais e anemia, nas populações negra e parda.⁽¹⁴⁾ É neste cenário que a prática das enfermeiras se direciona ao seguimento de crianças por meio da consulta de puericultura, cumprindo as metas para o desenvolvimento infantil saudável e contribuindo para reduzir vulnerabilidades. Por realizarem ações com as famílias, favorecem a capacidade de respostas de saúde com compartilhamento de saberes, permitem incremento nos indicadores de saúde infantil e estreitam relações entre saúde e direitos da criança.⁽⁵⁾

Neste estudo, nenhum dos profissionais havia especialização ou alguma formação específica na área de saúde criança, o que contribui para fragilidades na avaliação dos riscos à saúde das crianças, bem como as condutas estabelecidas pelos profissionais, pois para a prática da puericultura é necessário o conhecimento baseado em evidências científicas.⁽¹¹⁾ Isto contribuirá para que o enfermeiro tenha segurança na avaliação do desenvolvimento e suspeita de risco/atraso dos marcos da infância.

Na fala dos enfermeiros foi demonstrado que o acompanhamento do CD infantil se constitui como o eixo norteador da atenção à saúde da criança sob os aspectos biológico, afetivo, psí-

quico e social, a ser executado pela equipe na rede básica de saúde. Porém, a sistematização do calendário de consultas, respeitando o agendamento de acordo com o que preconiza o MS, enfatizando os dois primeiros anos de vida nem sempre é respeitado. A quebra da rotina estabelecida pelo MS é perigosa, porque nesta fase da vida os indivíduos estão com o sistema nervoso em intenso desenvolvimento e mais suscetíveis às doenças ou a agravos à saúde.⁽¹⁵⁾

Para uma melhor sistematização da assistência à saúde infantil é preciso que seja pactuado com os pais o calendário de consultas, considerando o contexto familiar, as necessidades individuais, as vulnerabilidades sociais da criança. O MS recomenda sete consultas no primeiro ano de vida, distribuídas de forma que a cada consulta possam ser avaliados marcos de desenvolvimento para aquela idade, como os reflexos primitivos, posicionamento da cabeça quando de braços, interação social dentre outros como orienta o Caderno de Atenção Básica, instrumento norteador do acompanhamento do CD infantil.⁽¹⁾

A utilização das curvas contidas na CSC foi reconhecida pelas enfermeiras deste estudo, que ressaltaram ser uma ferramenta para avaliação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. No entanto, assim como em outros estudos^(10,16), as enfermeiras revelaram mais facilidades na avaliação do crescimento, mediante levantamento das medidas de peso, estatura e perímetro cefálico e, conferiram menos atenção aos aspectos do desenvolvimento, sendo avaliados parcialmente na maioria das consultas. Por se tratar de uma avaliação subjetiva quanto à conquista dos marcos do desenvolvimento, os profissionais demonstraram despreparo e insegurança, assim como divergiram sobre a forma

de registrar os sinais de atraso. Outras pesquisas mostraram que a ausência ou incompletude de dados sobre o CD tem sido comum, o que gera limitações na identificação das circunstâncias de risco e a implementação da assistência à saúde da criança e seu seguimento. ^(17,18)

A avaliação do desenvolvimento infantil exige do profissional determinadas habilidades a fim de identificar os aspectos sutis deste indicador. Em uma pesquisa realizada em uma cidade do Rio Grande do Sul, foi constatado que 30% das crianças estudadas que apresentaram um neurodesenvolvimento considerado suspeito tiveram a linguagem e o motor grosso como os domínios mais afetados. ⁽¹⁹⁾ O fato é que, este percentual pode ser ainda maior, tendo em vista as subnotificações decorrentes do negligenciamento na avaliação do DNPM e da falta de registro dos profissionais que atendem as crianças na Atenção Básica.

Foi destacada na fala das(os) enfermeiras(os) o conhecimento dos marcos do desenvolvimento infantil, entretanto não conseguiam descrever de maneira sistematizada como o MS preconiza a definição de caso de risco/atraso para a idade. Estes, por sua vez, se baseiam em alterações fenotípicas, não alcance dos marcos para idade e desvio da curva de perímetro cefálico em dois desvios padrão para cima ou para baixo. Estas alterações, quando comparadas aos padrões de normalidade estabelecidos, trazem indícios de que algo está errado, mesmo quando os pais ou responsáveis ainda não perceberam o problema. Deve-se fazer uma avaliação global rigorosa e orientar os pais quanto ao estímulo do desenvolvimento através de mídias educativas voltadas para a melhoria da saúde das crianças, à importância da brincadeira com a criança e à importância da alimentação saudável. ^(1,3)

Um dos desafios que se coloca para os enfermeiros é o reforço da importância da Caderneta de Saúde da Criança para os cuidadores, vigilantes assíduos do desenvolvimento infantil, principalmente em áreas de famílias em vulnerabilidade social. Estudo realizado em Rondônia constatou que as dificuldades na prática de registros na Caderneta, estiveram associadas às crianças cujo cuidador responsável possuía baixa escolaridade e não era os pais ou avós, bem como mães que não tiveram apresentação desse documento durante seu pré-natal. Dessa forma, o olhar sensível no acolhimento das famílias é necessário na consulta de enfermagem, a fim de defender a caderneta enquanto documento que representa o direito da criança para uma vida saudável. ⁽²⁰⁾

A capilaridade da Atenção Básica é central na capacidade de promover o acolhimento, orientação, acompanhamento e continuidade do cuidado às crianças com atrasos no desenvolvimento e às suas famílias, promovendo a busca ativa e o estabelecimento de ações intersetoriais que atendem as diferentes necessidades de saúde e cuidado. ⁽⁶⁾

Embora não esteja claro qual o procedimento adotado pelas(os) enfermeiras(os) para a definição de casos suspeitos de risco/atraso no desenvolvimento infantil, existe a compreensão de que as condutas para correção destes desvios necessitam de uma intervenção multiprofissional e que insira a família. Neste sentido, é importante destacar que o município de Recife se utiliza da central de regulação a SISREG, para o encaminhamento ao serviço especializado, e a equipe de saúde da família conta com o núcleo de apoio à saúde da família (NASF) que estabelece o credenciamento de equipes multipro-

fissionais, permitindo ampliar a abrangência, a resolutividade o cuidado, a territorialização e a regionalização das ações em saúde.⁽²¹⁾

Esta interação com a rede de atenção à saúde e os demais profissionais é necessária, uma vez que o desenvolvimento, ao contrário do crescimento, é de difícil mensuração e envolve diversos aspectos biológicos ou ambientais denotando a importância do trabalho em equipe. Essa necessidade será ainda maior nos casos que envolvem aspectos biológicos, nos quais a equipe multidisciplinar deverá ser composta, além do enfermeiro, por pediatra, neurologista, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, essenciais na condução dos casos. Os fatores de risco ambientais reforçam a urgência em incluir a família na vigilância e recuperação da criança, especialmente no que tange as orientações à família sobre a importância da relação entre o desenvolvimento da criança e a qualidade do cuidado diário ofertado pelos cuidadores⁽²²⁾, uma vez que é no seio familiar que a criança passa a maior parte do seu tempo.⁽²³⁾

Consideramos que o cuidado da criança envolve diretamente a família, pois o vínculo é potencializador das relações estabelecidas com a criança no ambiente familiar e as ações desenvolvidas são vistas como estímulos para o crescimento e desenvolvimento infantil. No estudo, demonstra-se a importância do trabalho interdisciplinar dos profissionais na atenção primária onde a enfermagem deve assumir o papel de educadora em saúde, promover ações que empoderem as famílias, além de ampliar os momentos de trocas e realização de planos de cuidados que atendam suas singularidades. Além disso, a família deve ser vista como uma unidade de cuidado, pois é ela quem assume a responsabilidade pela saúde dos filhos.^(24,25)

O enfermeiro também deve ficar atento ao aparecimento do diagnóstico de “Tensão do papel de cuidador”, de modo a inserir o cuidador e a família em seu plano de cuidados de forma que ocorra a troca de experiências e a superação de dificuldades, compartilhando as responsabilidades.⁽²⁶⁾ A enfermagem detém o compromisso com a saúde da criança, sendo o principal agente responsável pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil através da consulta de puericultura, o que exige um maior conhecimento e aprofundamento que perpassam distintas áreas do saber. Para tanto é preciso um maior raciocínio clínico e incluir a especificidade de cada situação de cuidado.⁽⁵⁾

Considerações finais

O estudo permitiu perceber e discutir a importância da avaliação do DNPM, trazendo a(o) enfermeira(o) como um agente essencial neste processo. Destacou-se que a falta de cumprimento dos parâmetros orientados pelo MS foi um fator dificultador para uma assistência integral. Este cenário pode ter relação com algumas fragilidades observadas em relação a percepção dos sinais de risco/atraso para o DI pelas(os) enfermeiras(as) e que limitam a identificação destes em sua totalidade e complexidade. Por outro lado, mesmo com dificuldade, as(o) enfermeiras(o) da amostra demonstraram uso frequente de um dos instrumentos do MS, a Caderneta de Saúde da Criança, o que, de certo modo, as qualifica para a consulta de puericultura com foco nas especificidades do CD.

Apesar de todos as(o) enfermeiras(o) mencionarem que utilizam a CSC nas consultas, foi identificado mais inseguranças na avaliação do desenvolvimento, resultando em registros insatisfatórios dos sinais de atraso/risco encontrados, inclusive com a utilização de terminologias inadequadas, o que gera descontinuidades no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral na primeira infância. A insegurança dos profissionais em relação à avaliação do desenvolvimento, pode ser justificada por lacunas na educação permanente desses profissionais. Sendo, portanto, necessário o investimento em formações que possam aumentar a competência clínica dos enfermeiros para atuar na vigilância do desenvolvimento infantil.

Por fim, a família e o suporte multidisciplinar foram constatados como peças determinantes para a estratégia da Atenção Básica, visando à aplicabilidade da prevenção de agravos e promoção de saúde, especialmente quando se trata do desenvolvimento infantil, fase de transformação e vulnerabilidade. Sendo também grande suporte para atuação dos enfermeiros, com um olhar integral aos diversos fatores que influenciam direta ou indiretamente no risco/atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Sem deixar de mencionar a importância de fortalecer o tra-

balho da gestão em aumentar a resolutividade das demandas apresentadas pelas crianças e pela família por meio do acionamento da Rede de Atenção à Saúde que detém capilaridade para uma atuação multiprofissional.

Por fim, destaca-se que saúde é direito de todos e dever do Estado, e que os enfermeiros da atenção básica têm o dever de garantir o acesso da criança a uma saúde integral, com garantia de um acompanhamento do seu CD de forma contínua, saudável e segura.

A pesquisa aponta algumas limitações, a saber: os achados aqui encontrados devem ser generalizados com cautela, uma vez que a análise das práticas profissionais está relacionada ao contexto de inserção social da profissão, as particularidades na organização dos sistemas de saúde e aos modelos distintos de formação para o cuidar em enfermagem. No entanto, os estudos compreensivos buscam dar voz às experiências das pessoas e conjugá-las com suas atitudes no mundo real com a possibilidade transformar o contexto profissional que envolvem a complexidade do cuidar.

Referências

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. [Internet]. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf [consulta: 15 mar 2018].
- 2- Felice TMN, Santos JLF, Pfeifer LI. Estudo retrospectivo de fatores de risco materno, pré e perinatal para paralisia cerebral na rede pública de saúde. *Medicina [Internet]* 2019; 52(3):179-91. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/152334/157427> [consulta: 10 jan 2020].
- 3- Reichert APS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]* 2015; 23(5):954-62. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0272.2636> [consulta: 26 mai 2019].
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.130 de 5 de agosto de 2015. [Internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html [consulta: 26 mai 2019].
- 5- Yakuwa MS, Andrade RD, Wernet M, Fonseca LMM, Furtado MCC, Mello DF. Saberes dos enfermeiros na atenção primária à saúde da criança. *Texto contexto - enferm [Internet]* 2016; 25(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002670015> [consulta: 22 mai 2019].
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. [Internet]. 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf [consulta: 09 mar 2018].
- 7- Silva EBS, Monteiro FPM, Santos SS, Joventino ES, Rouberte ESC. Mapping of nursing activities related to diagnosis: delayed growth and development. *Rev Rene [Internet]* 2017; 18(2):234-41. Available in: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200013> [consulta: 09 mar 2018].
- 8- Dornelas LF, Duarte NMC, Magalhães LC. Neuropsychomotor developmental delay: conceptual map, term definitions, uses and limitations. *Rev paul pediatr [Internet]* 2015; 33(1):88-103. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpped.2014.04.009> [consulta: 10 mar 2018].
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança. [Internet]. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf> [consulta: 10 mar 2018].
- 10- Vieira DS, Santos NCCB, Nascimento JA, Collet N, Toso BRGO, Reichert APS. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. *Texto contexto - enferm [Internet]* 2018; 27(4). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pi

Recibido: 06/06/20
Aceptado: 04/11/20