



Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas,
Agrárias e da Saúde

ISSN: 1415-6938

editora@uniderp.br

Universidade Anhanguera
Brasil

Mesquita Gomes, Rosilene de; Brandt Nunes, Cristina
AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA CONSULTA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA
Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, vol. 10, núm. 1, abril, 2006, pp. 223-237
Universidade Anhanguera
Campo Grande, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26012756020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA CONSULTA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA¹

Rosilene de Mesquita Gomes²

Cristina Brandt Nunes³

¹ Trabalho extraído da monografia de graduação intitulada: *Consulta de enfermagem pediátrica: um momento para a avaliação do desenvolvimento infantil, apresentada à Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP), em 2005;*

² Formanda do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal;

³ Mestre em Enfermagem Pediátrica. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/Curso de Graduação em Enfermagem da UNIDERP. Doutoranda em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Orientadora do estudo.

RESUMO

O estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que tem como objetivo discutir a relevância da avaliação do desenvolvimento infantil durante a consulta de enfermagem à criança. Aborda a atenção à saúde da criança e à família, os aspectos históricos da consulta de enfermagem no Brasil, a consulta de enfermagem pediátrica, as principais características do desenvolvimento infantil e a enfermeira e o desenvolvimento infantil. Constatou-se que o momento da consulta de enfermagem favorece a atenção à saúde da criança de forma integral, com possibilidades de abordar o seu crescimento físico e biopsicossocial e espiritual em seu contexto familiar. Essa prática contempla os princípios da integralidade, equidade e universalidade das ações de saúde, favorecendo a qualidade da assistência que é de direito da criança e sua família.

Palavras-chave: Consulta de enfermagem. Enfermagem pediátrica. Desenvolvimento infantil. Saúde da criança. Cuidado da criança.

1 INTRODUÇÃO

A consulta de enfermagem é uma das atividades que deve ser desenvolvida pelo profissional enfermeiro tanto na rede de atenção primária e secundária como na atenção terciária. Analisando a evolução histórica da saúde no Brasil, percebe-se o quão é relevante o papel participativo do enfermeiro enquanto educador e membro da equipe multidisciplinar, que atua na prevenção de doenças e promoção à saúde.

O interesse em desenvolver o estudo partiu da experiência das autoras durante a aula prática da disciplina Enfermagem na Saúde da Criança no Centro Regional de Saúde Dr. Germano Barros de Souza - Universitário, onde se percebeu a importância do papel do enfermeiro durante a consulta, uma vez que atuava em contato direto com a família, facilitando a confiança entre profissional/cliente, permitindo assim a resolutividade nas situações de saúde-doença da criança. A consulta de enfermagem nesse local é realizada por enfermeiras, docentes e alunos dos cursos de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP).

O Centro Regional de Saúde Universitário tornou-se um local de referência para a prática da consulta de enfermagem pediátrica, uma vez que há a possibilidade de os acadêmicos praticarem essa atividade, além de ser um local para vários projetos de pesquisa na área.

Durante esse período, observou-se que as crianças assistidas durante a consulta já tinham sido afetadas por alguma doença prevalente na infância,

tal como diarreia, dermatites e infecções respiratórias, ou eram crianças saudáveis, que se dirigiam ao Centro Regional de Saúde para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Percebeu-se que as crianças ao apresentarem alguma patologia tiveram seus problemas resolvidos, sejam pela própria enfermeira, ou por encaminhamento dos casos que necessitavam de avaliação de outros profissionais como médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais e fisioterapeutas. Em ambas as situações, as crianças foram reavaliadas em consultas de retorno, observando-se melhora significativa do estado de saúde em comparação com a consulta anterior.

Em consequência disso, observou-se, no decorrer das atividades práticas da disciplina Saúde da Criança, que as mães se sentiam confiantes em relação ao enfermeiro e faziam a adesão ao tratamento e às orientações fornecidas. Entende-se, então, que o trabalho desse profissional é valorizado e de significância enquanto educador, promotor da saúde e membro da equipe multidisciplinar.

Nas últimas décadas, o perfil da morbimortalidade infantil vem se alterando, por causa dos progressos na área de atenção à saúde e de saneamento básico. Os aspectos de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil colaboram com a diminuição dessa mortalidade, pois proporcionam detecção precoce de problemas, acompanhamento e intervenção imediata das intercorrências (LEÃO et al., 1998).

Em relação à consulta de enfermagem, a sua metodologia oportuniza ao enfermeiro conhecer melhor o cliente, conseqüentemente, buscar com outros profissionais da equipe multidisciplinar maior resolutividade para os problemas identificados, assegurando

continuidade na assistência pelo sistema de registro orientado para problemas e agendamento periódico das consultas (VANZIN; NERY, 1996).

Segundo Silva, Bretas e Ribeiro (1996), esse tipo de atividade assume importância significativa no atendimento à criança e sua família. Por meio dela, são identificados problemas de saúde-doença e são prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuem para promoção, proteção, recuperação ou reabilitação da criança, refletindo assim na melhora da qualidade de vida do cliente.

A avaliação do desenvolvimento infantil é uma das atividades essenciais na atenção à saúde da criança, devendo estar associada à avaliação do crescimento, a fim de complementar o atendimento de acordo com as necessidades que a criança possui.

A estimulação da criança é espontânea no ambiente social na qual ela se encontra, seja no contato direto com os pais, irmãos, familiares ou escola. A partir disso, a consulta se insere como uma forma de estabelecer um contato também com a família, participando do processo evolutivo da criança, acompanhando e criando bases para a construção da estrutura emocional, física e principalmente social, para o exercício pleno dos direitos da cidadania (LEÃO et al., 1998).

O momento da consulta de enfermagem propicia uma relação de confiança entre profissional/família, conseqüentemente, o enfermeiro se insere no ciclo de vida do cliente, realizando deste modo, a troca de informações, orientação e explicação das necessidades encontradas.

A consulta de enfermagem tem como princípio básico contribuir com a melhoria do sistema de saúde, a qualidade da assistência prestada, além de elevar a satisfação e o resgate do valor profissional.

Por conseguinte, a avaliação do desenvolvimento infantil é de suma importância para o crescimento saudável da criança em conjunto com sua família. Como essa atividade é de responsabilidade do enfermeiro durante a consulta de enfermagem, esta pesquisa discute e esclarece os aspectos que norteiam essa prática.

O presente estudo visa a discutir a relevância da avaliação do desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem pediátrica.

2 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de um levantamento da literatura sobre consulta de enfermagem pediátrica, marcos e avaliação do desenvolvimento infantil, em livros de biblioteca particular e da UNIDERP, em publicações periódicas, tais como: Acta Paulista de Enfermagem, Caderno UNIABC de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Enfoque, Revista de Enfermagem da UERJ e Nursing, publicados durante o período de 1975 a 2004. Foi utilizado o banco de dados online LILACS, no período de janeiro a fevereiro de 2005. Nesse momento, foram utilizadas as palavras-chave: consulta de enfermagem e criança, obtendo 28 referências. Destas, seis foram artigos de revistas e três teses de interesse ao propósito do trabalho. Na busca das palavras-chave desenvolvimento infantil e enfermagem, obtiveram-se 74 referências. Deste material foram analisados três artigos e três teses.

Primeiro, realizou-se uma leitura exploratória a fim de verificar em que medida a obra consultada interessava à pesquisa, o que possibilitou rever os objetivos da pesquisa e identificar os materiais que contribuiriam para a solução do problema proposto. A leitura analítica permitiu

ordenar e sumariar as informações contidas nas fontes, com leitura integral da obra, identificação das idéias-chave, hierarquização e sistematização das idéias. Segundo, realiza-se a leitura interpretativa, com o objetivo de, por ser mais complexa, relacionar o que o autor afirmava com o problema para o qual se propunha uma solução.

As idéias centrais de cada autor, foram organizadas em forma de fichamento, utilizando fichas bibliográficas (para anotar as referências bibliográficas) e de apontamentos (para o registro de idéias e hipóteses), para possibilitar a redação do corpo do trabalho e o desenvolvimento da pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

3 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA

Nas últimas décadas, várias ações estão sendo implementadas em favor da saúde da criança. Tais ações são preconizadas pelo Ministério da Saúde em conjunto com os estados e municípios e contam com o apoio de outros setores governamentais e não-governamentais. O objetivo é aumentar o acesso, melhorar a qualidade e humanizar a assistência prestada às crianças brasileiras e as suas famílias.

Entre elas estão o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o Programa Nacional de Imunização (PNI), o Programa de Saúde do Adolescente, o Projeto de Redução da Mortalidade na Infância, o Programa de Combate às Carências Nutricionais, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o

Programa de Saúde da Família (PSF) e a proposta de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) (NUNES, 2000).

Em 1984, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Previdência e Assistência Social, propôs a criação do PAISC, que envolvia cinco ações básicas: acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento, estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, assistência e controle das infecções respiratórias agudas e controle das doenças diarreicas (PRADO; ESCOBAR; FUJIMORI, 2002).

O conjunto dessas ações visa a assegurar a integralidade da assistência prestada, a fim de contemplar a saúde da criança nas várias fases do seu crescimento e desenvolvimento. Em consequência, tem-se um novo enfoque da atenção à saúde da criança, que agora trabalha mais de forma preventiva, diminuindo os índices morbimortalidade infantil.

No final da década de 1990, uma nova política voltada à saúde da criança começa a ser implantada, a fim de complementar os objetivos propostos para o PAISC. Assim, com o objetivo de mobilizar novos enfoques e ferramentas para a construção de um sistema eficiente de atenção primária à saúde infantil, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância e Juventude (UNICEF) elaboraram a estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Essa estratégia tem como principais objetivos a diminuição da gravidade e da mortalidade por doenças prevalentes nas crianças com menos de cinco anos, especialmente as mortes relacionadas com as infecções respiratórias agudas (IRA),

diarréias e desnutrição; a melhoria da qualidade da atenção prestada à criança nos serviços de saúde; a introdução de aspectos da promoção e prevenção na rotina de atenção à saúde da criança e a expansão da atenção integral comunitária (PRADO; ESCOBAR; FUJIMORI, 2002).

De acordo com essas autoras, a AIDPI é efetivada de modo a abranger a criança em seu contexto familiar, a fim de garantir envolvimento e grau de resolatividade para problemas de maior gravidade. Para tanto, é necessária a parceria com outros programas, que trabalhem com o objetivo de estabelecer a saúde da família e da comunidade, tais como PACS e PSF, que são outras estratégias do Ministério da Saúde que visam à melhoria da situação de saúde no Brasil.

Em 1991, implantou-se o PACS no Nordeste. O objetivo inicial de sua criação foi o de diminuir os altos índices de morbimortalidade infantil daquela região, por meio do atendimento realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS). A partir de então foi expandido para as demais regiões do país. Esse programa é considerado como uma maneira de transição para o PSF. Assim, a partir de 1994, foram formadas as primeiras equipes do PSF, incorporando e dando retaguarda assistencial ao trabalho dos agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2001).

O PSF é a principal estratégia de organização da atenção básica. Uma equipe de saúde da família formada por, no mínimo, um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde é responsável pelo atendimento de uma determinada comunidade, englobando de 600 a 1.000 famílias (BRASIL, 2001).

Diante disso, as famílias são cadastradas e realizados o diagnóstico, a identificação

das áreas de risco e os principais problemas de saúde. Posteriormente, são elaboradas as ações coletivas e educativas, a fim de prestar assistência integral ao indivíduo.

Entendem-se que, cada vez mais, as ações na atenção à saúde da criança e da família se tornam abrangentes e complexas, com o intuito de entender a situação social daquela comunidade em suas necessidades e diante do vínculo estabelecido, organizar as intervenções de saúde e de áreas intersetoriais.

4 ASPECTOS HISTÓRICOS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO BRASIL

A história da enfermagem no Brasil é marcada por vários momentos e conquistas relevantes, que demonstram seu processo de evolução. Uma dessas conquistas foi a consolidação da consulta de enfermagem como atividade-fim do enfermeiro.

Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro aplica o processo de enfermagem, que lhe permite determinar não só os diagnósticos e intervenções de enfermagem, como também identificar intercorrências que exigem assistência de outros profissionais (GERK, 2000).

O processo de enfermagem é um método sistemático de prestação de cuidados humanizados, que consiste de cinco passos – investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação – durante os quais são dados passos deliberados para elevar a eficiência e atingir resultados benéficos em longo prazo (LEFEVRE, 2000).

Segundo a mesma autora, a aplicação do processo de enfermagem é uma atividade

humanizada, pois ao se planejarem os cuidados a serem prestados, são considerados as necessidades, os interesses e os desejos do cliente, seja como pessoa ou inserido em sua família ou comunidade.

A utilização do processo de enfermagem auxilia na relação interpessoal entre enfermeiro e cliente. A comunicação é essencial nessa relação, pois leva o indivíduo a reconhecer sua importância no autocuidado, tornando-se atuante na busca pela saúde (MOURA; VARGENS, 2002).

A enfermeira necessita incluir em seu ambiente de trabalho o processo de enfermagem e realizá-lo de maneira periódica, a fim de levar ao conhecimento da população sua competência e finalidade enquanto membro da equipe de saúde. Tal prática contribuirá para o reconhecimento da capacidade profissional, permitindo assim a conquista de um espaço cada vez mais visível na sociedade.

A consulta de enfermagem é a atenção prestada ao indivíduo, à família e à comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pelo enfermeiro com a finalidade de promover a saúde mediante o diagnóstico e tratamento precoce (VANZIN; NERY, 1996).

Segundo Santos (2000), a entrevista pós-clínica foi considerada a precursora da consulta de enfermagem, realizada na década de 1920 e destinada, primeiramente, ao grupo de mulheres portadoras de doenças sexualmente transmissíveis e, posteriormente, a pacientes com tuberculose e à clientela de gestantes e mães.

Em 1958, a Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) iniciou experimentalmente o atendimento pela enfermeira às gestantes sadias e, em 1966, incluiu a atividade como de rotina (CASTRO, 1975).

A denominação "consulta de enfermagem",

foi criada em 1968 e teve sua difusão no Brasil no mesmo ano. Em 1969, a Seção Técnica do SESP de Araraquara, SP, já realizava a consulta de enfermagem e, paralelamente, a experiência já era vivenciada na Universidade Federal da Bahia (ADAMI et al., 1989).

A consulta de enfermagem foi legalizada de acordo com a Lei nº 7498/86, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e regulamentada pelo Decreto nº 94406/87, que a define como atividade privativa da enfermeira (COFEN, 2002).

Apesar de estar respaldada na Lei do Exercício Profissional, ainda não é a realidade de muitas instituições de saúde. O obstáculo na implantação dessa atividade é a falta de conhecimento e adaptação por parte do profissional em reconhecer suas funções e o despreparo da equipe em entender essa atividade como prioritária do enfermeiro.

A consulta de enfermagem pretende contribuir para a aplicação dos princípios finalísticos da universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde preconizadas pela Reforma Sanitária em 1988, a fim de oferecer à população a qualidade da assistência que lhe é de direito (SILVA; BRETAS; RIBEIRO, 1996).

Diante disso, a consulta de enfermagem é uma prática importante e deve ser inserida nas rotinas dos serviços, pois trabalha com a prevenção de doenças e a promoção à saúde, contribuindo assim para a melhoria da assistência à saúde no Brasil.

5 CONSULTA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

A criança tem sua maneira de pensar, sentir e reagir, bem como necessita de condições favoráveis ao seu crescimento e desenvolvimento, sendo elas a convivência familiar e comunitária,

a nutrição, a saúde, a proteção, o respeito, a educação e o brincar. Portanto, a criança é um ser humano completo que possui corpo, mente, sentimento, espiritualidade, enfim, um valor próprio (VERÍSSIMO; SIGAUD, 1996).

Assim, o enfoque à saúde da criança deve contemplar tais características, além de inserir a família como participante do cuidado, dentro do seu contexto familiar.

A atenção à saúde da criança deve ser realizada dentro de um planejamento geral que atenda as suas necessidades e que abranja a população de uma maneira coletiva, segundo uma política nacional e regional, obedecendo a princípios básicos que norteiam as ações de saúde (LEÃO et al., 1998).

A consulta de enfermagem pediátrica resgata a importância do ato de cuidar e educar a criança e sua família por meio de uma assistência sistematizada de enfermagem, que visa à promoção, proteção e recuperação da saúde desses indivíduos (RIBEIRO; SILVA; SAPAROLLI, 2002).

Por meio da consulta, o enfermeiro estabelece vínculo com o cliente e família, facilitando a troca de informações e o processo de educação em saúde.

Conforme Nunes (2000), a consulta de enfermagem, além de ser percebida pela mãe como um atendimento atencioso e diferenciado, com possibilidades de aprendizado, é também um modo de promover o desenvolvimento das habilidades de seu filho, permitindo o crescimento pessoal da criança em seu contexto familiar.

A partir do conhecimento da história familiar, da situação socioeconômica e dos valores culturais do cliente, o enfermeiro é capaz de atuar na situação atual encontrada, estabelecendo

intervenções que envolvem o processo de saúde-doença. Dessa maneira, segundo Nunes e Barbosa (2000), na assistência à criança e sua família, o saber deve transcender o conhecimento técnico-científico, sendo de suma importância a competência humanística.

No município de Campo Grande, MS, o atendimento à criança voltado aos objetivos preconizados pelo PAISC foi implantado no Centro Regional de Saúde Universitário em 1990. Essa modalidade de atendimento foi ali iniciada por uma médica pediatra sanitarista. Nessa época, os alunos do curso de Medicina realizaram, nesse Centro de Saúde, uma parte do estágio supervisionado da disciplina Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (NUNES, 2000).

Segundo a mesma autora, percebendo a necessidade da inserção do profissional enfermeiro no cuidado à criança de forma sistematizada em Unidades Básicas de Saúde, um grupo de enfermeiras escolheu o referido Centro de Saúde para dar início à atividade. A prática da consulta de enfermagem como parte do PAISC iniciou-se em 1991, por meio de uma enfermeira docente do curso de graduação em Enfermagem da UFMS. No ano seguinte, para dar continuidade à assistência, inseriram-se mais duas enfermeiras, sendo uma assistencial e uma docente, e também iniciou-se a inserção de alunos da disciplina Assistência de Enfermagem à Saúde da Mulher e da Criança, do curso de graduação em Enfermagem. A partir de 1997, após a mudança curricular, essa prática fez parte das atividades da disciplina Estágio Supervisionado em Enfermagem Pediátrica.

Entre 1991 e 1993, a consulta de enfermagem à criança foi desenvolvida por uma enfermeira no Posto de Assistência Médica (PAM),

do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social de Mato Grosso do Sul (INAMPS-MS), atual Centro de Especialidades Médicas (CEM), da Secretaria Municipal de Saúde Pública. Neste período, foram atendidas 1.030 crianças (MOURA, 2005).

Desde 2003, por ser um Centro de Saúde escola onde a consulta de enfermagem pediátrica encontrava-se implantada, o local serve para atividades do curso de graduação em Enfermagem da UNIDERP, na disciplina Enfermagem na Saúde da Criança.

O desenvolvimento de ações com as crianças com necessidades especiais, dentre elas a consulta de enfermagem, teve seu início por meio de um projeto de extensão desenvolvido na Divisão Clínica de Pacientes Especiais no ano de 1997. Esse projeto foi coordenado por uma docente e contou com a participação dos alunos da 4ª série da graduação em Enfermagem da UFMS (NUNES; BARBOSA, 2000). Posteriormente, no ano de 2000, a atividade iniciou-se na Associação Pestalozzi de Campo Grande, que é uma instituição que visa ao tratamento e acompanhamento da criança e do adolescente com necessidade especial e promove sua adaptação na sociedade a fim de favorecer a qualidade de vida. Nesse local, as consultas eram realizadas pela enfermeira docente e pelos alunos da UFMS.

Em 2003, a consulta de enfermagem pediátrica na Associação Pestalozzi, também, fez parte das atividades curriculares dos acadêmicos da UNIDERP, como prática da disciplina Enfermagem na Atenção à Pessoa Portadora de Necessidades Especiais.

A atividade foi de grande relevância para a consolidação do conhecimento, pois, segundo BARBOSA, Chaud e Gomes (2004), o profissional de saúde deve procurar compreender a vivência do cotidiano com uma criança deficiente para

poder orientar e ajudar a família a coordenar suas atividades, visando ao bem-estar da criança e dos familiares, e evitando, desse modo, responsabilizar e culpabilizar a família.

Diante disso, acredita-se que a prática da consulta de enfermagem em Campo Grande está se consolidando, e cada vez mais institucionalizada, com o propósito de qualificar a assistência às crianças e às famílias atendidas nos locais em que está implantada.

6 PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é uma das ações básicas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para atenção à saúde da criança.

A abordagem inicial do desenvolvimento e das técnicas de estimulação, como atenção primária, é de responsabilidade do membro da equipe de saúde que atende a criança (LEÃO et al., 1998).

De acordo com Marcondes et al. (2003), desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas, sendo essas sucessivas e dependentes umas das outras.

O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico que se inicia a partir da concepção, caracterizado pela rapidez de sua evolução nos primeiros anos de vida.

As etapas de desenvolvimento são as mesmas para as crianças de todos os povos do planeta, apesar de as diferenças do meio geográfico, das condições de vida, de valores culturais e das estruturas sociais serem determinantes na avaliação de cada criança

(SCHMITZ, 2000).

De acordo com essas características, podem ser estabelecidos limites de normalidade, idades mínima e máxima em que cada marco do desenvolvimento pode ser observado.

Em relação ao desenvolvimento, existe sempre uma seqüência fixa de acontecimentos, além de seguir as seguintes direções: céfalo-caudal e próximo-distal. Desse modo, as crianças, adquirem primeiramente, um controle estrutural da cabeça antes de ter o controle do tronco e das extremidades, o controle do ombro precede o domínio das mãos, e estas antes dos dedos (LEÃO et al., 1998).

A harmonia e o equilíbrio de todos os componentes relacionados com o processo de maturação são tão importantes quanto à aquisição do crescimento físico.

As experiências afetivas nos primeiros anos de vida são determinantes para que se estabeleçam padrões de conduta e formas de lidar com as próprias emoções. Logo, a qualidade dos laços afetivos são importantes para o desenvolvimento físico e cognitivo da criança.

Em relação ao desenvolvimento, várias áreas são analisadas de acordo com as ações reflexas, voluntárias, espontâneas e aprendidas, do comportamento, sendo agrupadas em sete campos: motor grosso e fino, linguagem, cognitivo, pessoal, social e espiritual (BOWDEN; GREENBERG, 2003).

O desenvolvimento motor é a capacidade de realizar movimentos por determinação de sua própria vontade, e é dividido em duas áreas: motor grosso e motor fino. O motor grosso compreende a maturação da postura, o equilíbrio da cabeça, o sentar, o engatinhar, o ficar de pé e o andar. As habilidades do motor fino incluem o emprego das

mãos e dedos na preensão de objetos e execução de determinadas atividades, tais como: apanhar, alongar, empilhar, introduzir e retirar objetos.

O desenvolvimento cognitivo consiste em alterações ligadas à idade que ocorrem nas atividades mentais. As crianças nascem com os potenciais herdados para o crescimento intelectual, mas elas devem desenvolver esse potencial por meio da interação com o ambiente. Com o desenvolvimento cognitivo, as crianças adquirem a capacidade de raciocinar a forma abstrata, pensar de maneira lógica e organizar funções intelectuais (WHALEY; WONG, 1999).

O desenvolvimento pessoal, social abrange todos os comportamentos que constituem a adaptação social. Nele se incorporam as normas de convivência próprias da cultura em que a criança nasce. Ela desenvolve inicialmente sua capacidade de tornar-se independente nas atividades de vida diária (alimentar-se e despir-se), construindo essa independência na família e, posteriormente de forma social mais ampla (parentes, escola e sociedade). A exigência de um comportamento para o qual ainda não há a necessária maturidade pode comprometer a saúde mental presente e futura da criança. Da mesma maneira, comportamentos superprotetores que retardam o alcance da autonomia pessoal interferem no processo de auto-estima e de confiança básica.

O desenvolvimento da linguagem é uma aprendizagem em que intervém uma multiplicidade de variáveis. Não se trata de um simples trabalho de imitação. Por meio da palavra organiza-se o pensamento e estrutura-se a realidade. A linguagem é o produto de uma delicada e sutil atividade intelectual que necessita de estimulação social. Inclui toda a forma de comunicação visível

e audível, vocalizações, palavras e orações, bem como imitações e compreensão do que dizem as outras pessoas. A aquisição da palavra passiva (compreender) é anterior à linguagem ativa (falar) (WHALEY; WONG, 1999).

O desenvolvimento espiritual dá-se a partir das crenças espirituais, que estão intimamente ligadas à porção moral e ética de autoconceito da criança e, assim, deve, ser considerado como parte das necessidades básicas da criança. As crianças precisam ter significados, propósitos e esperanças em suas vidas. Do mesmo modo, a necessidade de confissão e de perdão está presente mesmo nas crianças muito jovens. Estendendo-se além da religião (um grupo de crenças e de práticas), a espiritualidade afeta a pessoa como um todo, ou seja: mente, corpo e espírito (WHALEY; WONG, 1999).

Os marcos do desenvolvimento infantil são respostas esperadas a certas estimulações realizadas com a criança de acordo com a faixa etária, a fim de analisar se as aptidões adquiridas são próprias da idade.

Atualmente, sabe-se que o feto possui sua própria dinâmica de maturação, durante a vida intra-uterina, diferindo muitas vezes dos hábitos maternos, na medida em que seu funcionamento sensorial não está em total conexão com a vida sensorial da mãe (BRASIL, 2002).

O recém-nascido desenvolve-se pelo funcionamento do organismo, possuindo características próprias diante de determinados estímulos, pois o sistema nervoso é imaturo e a sobrevivência é garantida por meio dos reflexos existentes, porém as condições de vida e a estrutura social em que está inserido são fatores determinantes do seu processo de desenvolvimento.

O neonato assume postura generalizada de flexão, abre e fecha os braços em resposta

à estimulação (reflexo de Moro), olha para a pessoa que o observa e demonstra prazer e desconforto. Se colocado em decúbito dorsal, mantém pernas e braços fletidos e a cabeça lateralizada (BRASIL, 2002).

Durante o segundo mês, a criança adquire o controle dos músculos oculares, fixa e acompanha objetos em seu campo visual, sorri espontaneamente e começa a diferenciar o dia da noite. O controle neuromotor se faz da cabeça para os pés e do tronco para os dedos. Com isso, a capacidade de sustentação do tronco torna-se maior, e quando colocada em decúbito ventral levanta a cabeça momentaneamente (FIGUEIREDO, 2003).

No terceiro e quarto mês, o lactente apresenta postura simétrica, sustenta a cabeça e ombros quando em decúbito ventral e segura objetos oferecidos. O desenvolvimento da linguagem torna-se perceptível, pois, no decurso das experiências cotidianas, a criança descobre o prazer de comunicar com outra pessoa e é capaz de emitir sons, balbuciar (SCHMITZ, 2000).

Aos cinco e seis meses, o bebê permanece sentado com apoio, executa movimentos que lhe permitem rolar do decúbito ventral para o dorsal e eleva todo o tórax apoiado nas mãos, quando em posição prona. Nessa etapa, reconhece quando alguém se dirige a ele e vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro (BRASIL, 2002).

Do sétimo ao nono mês, a criança é capaz de sentar-se sem apoio, segurar e transferir objetos de uma mão para outra e usar o movimento de pinça. Passa a reconhecer os familiares e responde diferentemente a pessoas estranhas (KAWAMOTO, 2001).

No trimestre seguinte, ela consegue se deslocar, arrasta-se ou engatinha e mantém-se em pé sem apoio momentaneamente. Realiza atividades que exigem maior refinamento das

habilidades manuais, tais como a exploração detalhada dos objetos com a mão e a cabeça. Na área da linguagem, é empregada pelo menos uma palavra com sentido (VERÍSSIMO; SIGAUD, 1996).

No intervalo dos treze aos dezoito meses, as principais características do desenvolvimento são a capacidade de andar sem apoio e retirar sozinho peças do vestuário. O aparecimento da linguagem, provoca modificações nos aspectos intelectual, afetivo e social da criança. Nesse momento há a verbalização de seus desejos por meio de gestos ou pela combinação de pelo menos duas ou três palavras (KAWAMOTO, 2001).

O período até os dois anos é marcado pelo aprimoramento da locomoção, por meio da coordenação motora e do equilíbrio que estão estabelecidos, permitindo correr, pular e subir e descer degraus baixos. Com o aperfeiçoamento da destreza manual, participa das refeições, levando os alimentos à boca com sua própria mão. No aspecto social, aceita a companhia de outras crianças para brincar, mas ainda brinca isoladamente. Desenvolve a noção de tempo, compreendendo suas experiências, mas somente a partir do seu ponto de vista, identifica objetos como sendo seu e diz seu próprio nome (BOWDEN; GREENBERG, 2003).

A faixa etária do segundo ao terceiro ano é caracterizada pelo estabelecimento do controle esfinteriano. O brinquedo sob a forma de movimentos de todo o corpo levará a criança a coordenações motoras mais amplas e completará a maturidade nervosa. É possível vestir-se com auxílio e usar frases para comunicação (SCHMITZ, 2000).

A aquisição progressiva da independência, verificada durante a fase dos três aos seis anos, permite à criança vestir-se e despir-se sem auxílio, sendo capaz de expressar preferências e idéias próprias. Alterna momentos cooperativos

e agressivos. Por volta dos três a quatro anos a criança utiliza com outras os mesmos objetos, mas ainda sem partilhá-los. O Sistema Nervoso Central e os órgãos dos sentidos adquirem um desenvolvimento suficiente para a coordenação completa dos movimentos (KAWAMOTO, 2001).

Cada criança possui um ritmo e uma velocidade de desenvolvimento, mas os marcos devem ser observados de acordo com a faixa etária. Se há falha em alcançar algum marco do desenvolvimento, para a idade, a investigação da situação ambiental, da relação com a mãe e demais familiares, e a oferta de estímulos são necessários para a reversão do problema. Porém, se há persistência do atraso por mais de duas consultas consecutivas, há necessidade de encaminhar a criança para referência ou serviço de maior complexidade (BRASIL, 2002).

A verificação de alterações no desenvolvimento possibilita ações rápidas e dirigidas que, quando implementadas, proporcionam melhor qualidade de vida para a criança e sua família.

A detecção precoce de atrasos no desenvolvimento resulta em recuperação de 80% a 90% dos casos, de intervenções imediatas e simples, como orientação à família e estimulação simples e adequada ao problema (LEÃO et al., 1998).

Por conseguinte, os marcos do desenvolvimento infantil são importantes fontes de avaliação do desempenho da criança perante as adaptações, os aprendizados e a socialização. No entanto, na elaboração de algum diagnóstico devem ser observadas as oportunidades que a criança possui, respeitando, dessa forma, a seqüência ordenada do seu próprio desenvolvimento e considerando a velocidade com que as etapas são alcançadas.

A família exerce grande influência na qualidade do desenvolvimento infantil, uma vez que se torna uma aliada nas necessidades de estimulação da criança, suprimindo, assim, suas carências e promovendo o desenvolvimento saudável.

Desse modo, o enfermeiro é capacitado para atuar na atenção à saúde infantil, e deve exercer seu papel de educador, possibilitando ações que favoreçam o desenvolvimento infantil na família.

7 A ENFERMEIRA E A AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Durante a aplicação do processo de enfermagem, o enfermeiro tem a oportunidade de estabelecer vínculo com o cliente por meio da consulta de enfermagem. O enfermeiro realiza a consulta nas diversas situações de saúde-doença que a criança se apresenta, a fim de promover ações de saúde aos pais e familiares, dentre os quais o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança visa à promoção e a manutenção de sua saúde, bem como a intervenção sobre os fatores capazes de comprometê-la (VERÍSSIMO; SIGAUD, 1996).

Além do conhecimento sobre o processo de desenvolvimento infantil, vários instrumentos podem ser utilizados como recursos para essa avaliação, como modelos simplificados ou mais complexos, estes geralmente utilizados por profissionais especializados.

A escala de desenvolvimento de Denver é um instrumento que pode ser utilizado para a avaliação do desenvolvimento. Trata-se de um teste antigo e conhecido de triagem e é

considerado uma forma excelente de começar uma avaliação de saúde, uma vez que não requer procedimentos dolorosos ou desconhecidos, não é ameaçador e capta a atividade natural de brincar da criança (WHALEY; WONG, 1999).

Nesse teste são avaliados quatro setores do desenvolvimento: pessoal, social, motor fino-adaptativo, linguagem e motor grosseiro. O relato da mãe ou familiar pode ser considerado e é identificado pela letra R, mas preferencialmente deve haver a observação do examinador. Os números referentes aos percentis 25 e 90 significam as idades em que 25% a 90% das crianças já adquiriram a habilidade em teste. Se a idade de uma criança que executa um teste é anterior ao percentil 25, ela é precoce no desempenho, se está entre os percentis 25 e 90, ela é adequada, porém se a idade é superior ao percentil 90 e ela não executa o teste é considerado um atraso em um ou mais setores do desenvolvimento (LEÃO et al., 1998).

A aplicação do teste deve ser realizada durante a consulta de enfermagem, procurando proporcionar um ambiente agradável para o desempenho da criança. Entretanto, convém evitar realizá-lo em casos de doença, nos momentos em que a criança estiver amedrontada ou após procedimento doloroso. A interpretação deve ser realizada de forma cuidadosa e global, considerando eventuais dificuldades na realização de tarefas e falta de estímulos anteriores.

Os instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil foram elaborados há décadas, e devem ser utilizados como subsídio para a detecção de alterações nesse processo por serem resolutivos e de fácil aplicação. A enfermeira deve utilizar tais instrumentos, a fim de padronizar a observação sistemática dos comportamentos infantis.

O Ministério da Saúde adotou, desde 1984, a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento, a fim de servir como roteiro de observação e identificação de crianças com prováveis problemas de desenvolvimento. Essa ficha apresenta os marcos mais significativos do desenvolvimento até o sexto ano de vida da criança (BRASIL, 2002).

Em sua primeira versão, houve uma escolha por alguns marcos do desenvolvimento, nas áreas de condutas motora (ampla e fina), visual, auditiva e social, que devem ser avaliados e registrados durante a consulta. Essas áreas seguem o seguinte código: P - presente; A - ausente; NV - não verificada. Atualmente, a ficha foi revista e ampliada, e nessa versão, foi acrescentado um marco ou indicador psíquico. Assim, cada faixa passou a contemplar quatro indicadores: maturativo, psicomotor, social e psíquico. Tal ficha foi desenvolvida com base nas escalas em uso corrente, como Denver, Sheridan e Gesell.

A avaliação do desenvolvimento é uma maneira organizada de se observar o funcionamento da criança, com o objetivo de identificar precocemente desvios da normalidade e, assim, quando detectadas as alterações, propor medidas a fim de prevenir maiores complicações. Para detecção de desvios do desenvolvimento é necessário adequado conhecimento do desenvolvimento normal da criança.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo demonstra a importância da consulta de enfermagem, como prática privativa do enfermeiro, no contexto da atenção à saúde, bem como sua evolução histórica dentro da sociedade.

A consulta de enfermagem possibilita o enfermeiro prestar assistência de forma sistematizada, além de realizar intervenções que permeiam o processo de saúde-doença.

A consulta de enfermagem pediátrica promove a interação enfermeira-criança-família. Nesse processo, o sucesso do cuidado não depende apenas das informações transmitidas pelo profissional, mas também da participação da família, que percebe a relevância de seu papel enquanto promotora do desenvolvimento saudável da criança.

O Ministério da Saúde elaborou uma ficha simplificada que permite o acompanhamento da criança até os seis anos de idade, de modo que qualquer alteração em algum marco do desenvolvimento pode ser percebida precocemente, evitando assim complicações que comprometam a saúde infantil.

O momento da consulta de enfermagem deve ser caracterizado pela atenção à criança de forma integral, abordando seu crescimento físico, desenvolvimento biopsicossocial e espiritual em seu contexto familiar. Essa prática possibilita a atenção à população infantil em suas necessidades e contempla os princípios da integralidade, equidade, e universalidade das ações de saúde, favorecendo a qualidade da assistência que é de direito da criança e sua família.

ABSTRACT

The study one is about a bibliographical research, carried through by means of revision of the literature that has as objective to argue the relevance of the evaluation of the infantile development during the consultation of nursing to the child. It approaches the attention to the health of the child and the family, the historical aspects of the consultation of nursing in Brazil, the consultation of pediatric nursing, the main characteristics of the infantile development and the nurse and the infantile development. One evidences, that the moment of the nursing consultation favors the attention to the health of the child of integral form, with possibilities to approach its growth, biopsicossocial development and spiritual in its familiar context physical. This practical contemplates the principles of the completeness, equity, and universality of the actions of health, favoring the quality of the assistance that is of right of the child and its family.

Keywords: Nursing consultation. Pediatric nursing. Infantile development. Child helth. Child care.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, N.P. et al. Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-13, mar 1989.
- BARBOSA, M.A.; CHAUD, M.N.; GOMES, M.M.F. A vivência da mãe com um filho deficiente na perspectiva fenomenológica. In: IVO, et al. *Dimensões do processo de cuidar em enfermagem*. Campo Grande: UFMS, 2004. p. 161-181.
- BOWDEN, V.R.; GREENBERG, C.S. Marcos do crescimento e do desenvolvimento. In: _____. *Procedimentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 5 a 14.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília: Departamento de Atenção Básica (Série A. Normas e manuais Técnicos – MS), 2002. 100 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto mais saúde*. Brasília. Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, 2001. 80 p.
- CASTRO, I.B. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 76-94, out/dez, 1975.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. *Documentos básicos*. Natal: COFEN, 2002.
- FIGUEIRAS, A.C.M. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19 (6), p. 1691-1699, nov/dez 2003.
- FIGUEIREDO, N.M.A. *Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar da criança*. São Paulo: Difusão Enfermagem, 2003. 396 p.
- GERK, M.A.S. *Saúde da Mulher: conjunto prioritário de diagnósticos de enfermagem em ginecologia*. 2000. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2000. 121 p.
- KAWAMOTO, E.E. *Crescimento e desenvolvimento*. In: _____. *O neonato, a criança e o adolescente*. São Paulo: EPU, 2001. p. 89-110.
- LEÃO, E., et al. *Pediatria Ambulatorial*. 2 ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 1998. 923 p.
- LEFEVRE, R.A. *Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 281 p.
- MARCONDES, E. et al. *Pediatria básica*. 9 ed. Tomo 1. São Paulo: Sarvier, 2003.
- MOURA, L.B.A. *Assistência integral à saúde da criança*. Currículo Lattes. Campo Grande, 2005. Disponível em: http://www.cnpq.br/plataformalattes/index_novo.htm. Acesso em: 07/06/05.
- MOURA, A.C.L.; VARGENS, O.M.C. A consulta de enfermagem na rede básica de saúde: um estudo sob a ótica das enfermeiras. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 85-89, mai/ago 2002.
- NUNES, C.B.; BARBOSA, M.A.M. Nossa história rumo à saúde da família. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 53, n. especial, p. 103-106, dez 2000.
- NUNES, C.B. *A compreensão das mães sobre a consulta de enfermagem a seus filhos*. 2000. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2000. 180 p.

PRADO, S.R.L.A.; ESCOBAR, E.M.A.; FUJIMORI, E. As diretrizes da assistência à saúde da criança - do PAISC ao AIDPI. In: CIANCIARULLO, et al. Saúde da família na comunidade. São Paulo: Robe Editorial, 2002. p. 198-214.

RIBEIRO, C.A.; SILVA, C.V.; SAPAROLLI, E.C.L. Consulta de enfermagem à criança num projeto de integração docente-assistencial: experiência de implantação. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v.15, n.2, p. 79-88, abr/jun 2002.

SANTOS, A.S. Consulta de enfermagem aspectos teóricos e práticos: um convite à reflexão. *Caderno UNIABC de Enfermagem*, São Paulo, v. 2, n. 15, p. 57-75, 2000.

SCHMITZ, E.M. A enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo: Atheneu, 2000. 477 p.

SILVA, C.V.; BRÊTAS, J.R.S.; RIBEIRO, C.A. Assistência à saúde da criança na comunidade: projeto de integração docente assistencial. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 71-79, jan/abr 1996.

VANZIN, A.S.; NERY, M.E.S. Consulta de enfermagem: uma necessidade social? Porto Alegre: RM & L Gráfica, 1996. 191 p.

VERÍSSIMO, M.D.L.O.R.; SIGAUD, C.H.S. O cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. São Paulo: EPU, 1996. 270 p.

WHALEY, L.F.; WONG, D.L. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118 p.