NATÁLIA CRISTINA CARDONA

Importância atribuída aos conteúdos abordados da 'Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança' na consulta de puericultura, por familiares de crianças menores de um ano, na Zona Leste de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre.

**SÃO PAULO
2012**

NATÁLIA CRISTINA CARDONA

Importância atribuída aos conteúdos abordados da 'Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança' na consulta de puericultura, por familiares de crianças menores de um ano, na Zona Leste de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre.

Área de concentração:
Cuidado em Saúde

Orientadora:
Professora Doutora Maria de Lá Ó Ramallo Veríssimo

SÃO PAULO
2012

Nome: Natália Cristina Cardona

Título: Importância atribuída aos conteúdos abordados da 'Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança' na consulta de puericultura, por familiares de crianças menores de 1 ano, na Zona Leste de São Paulo

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de Mestre
em Enfermagem

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Carlos Alberto Cardona e Roseli Aparecida Pardini Cardona, exemplos de dignidade, respeito e trabalho. Por todo amor, apoio e carinho em todos os momentos de minha vida, por acreditarem em mim e dizerem o quanto sou capaz mesmo quando tudo parecia estar perdido.

Muito obrigada, amo vocês!

À minha irmã, que sempre compartilhou comigo todos os momentos, mostrando que eu alcançaria a vitória, agradeço cada gesto e carinho, tenho certeza de que torce e vibra comigo a cada passo.

Ao meu esposo Márcio por estar comigo sempre de forma incondicional.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por confiarem em mim e serem os maiores incentivadores dessa jornada. Por compartilharem comigo essa conquista, apoiando-me nos momentos mais difíceis, me estendendo a mão e caminhando junto comigo.

À minha irmã Vanessa, por me apoiar durante essa trajetória desde o início, pelas palavras de incentivo e pela enorme torcida.

Ao meu esposo Márcio, por toda compreensão, paciência e respeito e por, em horas difíceis, segurar a minha mão e dizer que iria em frente comigo.

À minha orientadora, professora doutora Maria de Lá Ó Ramallo Veríssimo, por sempre ter acreditado em mim, pelo respeito, carinho e atenção. Sempre disposta a ajudar muito mais do que sua função de orientadora. Sempre acolhedora, com um abraço caloroso e palavras de conforto. E por conduzir esse trabalho de forma ilustre e com muita competência. Obrigada por tudo!

Ao Danilo, pela atenção, carinho e presteza de sempre. Obrigada!

Às minhas colegas mestrandas e doutoranda Carol, Dani e Soraia, o carinho e o incentivo de vocês fizeram a diferença nessa trajetória.

Ao Lucas que, em um dos meus momentos mais difíceis, com os olhos vermelhos me estendeu as suas duas mãos tão carinhosamente.

A toda equipe de Enfermagem, aos agentes de saúde da família, e colaboradores da Unidade Básica de Saúde, sem eles esse trabalho não seria possível.

Às professoras doutoras Elisabeth e Débora, pela atenção, confiança e contribuições dadas no Exame de Qualificação.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo por ter me acolhido nesse trabalho, a seu corpo docente e a todos os colaboradores.

Agradeço a todos aqueles que estiveram comigo nessa jornada, incentivando, ouvindo, dando força e coragem para continuar.

E à Deus, pois sem ele nada disso seria possível.

Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós...

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.

(Antoine de Saint-Exupéry)

Cardona NC. Importância atribuída aos conteúdos abordados da 'Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança' na consulta de puericultura, por familiares de crianças menores de 1 ano, na Zona Leste de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Objetivos: caracterizar a ocorrência dos cuidados familiares a crianças menores de 1 ano, segundo a *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança* e identificar a importância atribuída pelos familiares de crianças menores de 1 ano à inserção dos conteúdos da ficha nas consultas de puericultura. **Método:** estudo quantitativo, descritivo e exploratório, realizado em uma UBS na Zona Leste da cidade de São Paulo. Participaram do estudo 96 familiares de crianças menores de 1 ano pertencentes à amostra sorteada. Dados coletados por entrevistas, com instrumento baseado na *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*. Parte dos familiares respondeu a perguntas abertas adicionais, justificando suas respostas. Realizou-se análise descritiva dos dados mediante frequências absolutas e relativas. As respostas às perguntas abertas foram submetidas à análise temática de conteúdo, obtendo-se categorias empíricas. **Resultados:** como responsável, observou-se predominância de mães, a maioria era casada, tinha entre 20 e 29 anos e não exercia atividade remunerada, 86,5% tinham menos de 8 anos de estudo. A maioria tinha apenas um filho e uma gestação. Todas tinham realizado acompanhamento pré-natal, 96,9% das crianças ficavam no domicílio. A maioria das moradias era de alvenaria, o chefe da família é o pai para 67,7% dos entrevistados. A escolaridade do chefe apresenta-se mais elevada do que a das mães e todos os chefes exerciam atividade remunerada. Quase a totalidade dos familiares afirmou que a chegada da criança foi bem aceita pela família, e a maioria considerou importante incluir essa questão na consulta de saúde da criança. A maioria das crianças recebia o alimento recomendado. Quanto aos aspectos afetivos, 90% das

respostas foram positivas em relação às questões do instrumento, sendo este o considerado mais importante na consulta de puericultura para 90,6% dos respondentes, 94,8% consideraram importante a realização cuidados de higiene diária, acima de 90% afirmaram que também consideram importante a inclusão desse tema na consulta, e quase todas reconhecem como importante para a criança ter um bom acompanhamento de saúde. A maioria das famílias consegue reconhecer quando a criança precisa de algum tratamento, leva a criança ao serviço de saúde e garante o tratamento proposto; a cobertura vacinal é de 99%; 86 responsáveis consideram importante o profissional realizar perguntas referentes ao tema saúde. Todos afirmam que aproveitam os momentos de cuidados para brincar, conversar com o bebê. Como justificativa, 21,4% relatam que criança que brinca cresce saudável. Mais de 90% conseguem manter o bebê fora de perigo. Todas as famílias conseguem proporcionar momentos agradáveis para a criança, oferecendo carinho, afeto, atividades estimulantes. Proporcionam rotina organizada e mantêm a criança em uma rede social segura. Sentem dificuldades em dar limites às crianças. Quase a totalidade das justificativas apontam para o entendimento pelo profissional como elemento norteador da conduta para o bom cuidado da criança. **Conclusão:** a maioria dos familiares realiza o cuidado, mesmo que alguns deles não sejam compreendidos como fundamentais para o desenvolvimento infantil. A maioria não tem o conhecimento dos benefícios causados pelo cuidado. Percebem a importância de serem realizados os cuidados propostos pela ficha de acompanhamento.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica. Desenvolvimento infantil. Criança. Promoção da saúde.

Cardona NC. Importace attributed to the content covered in a *Formulary of attendance for the child health promotion* in consultation with childcare by parents of children under 1 year of UBS East Zone of São Paulo [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

Objectives: to characterize the occurrence of the family care for children under one year, according to the *Formulary of attendance for the child health promotion* ('Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança') and identify the importance attached by parents of children younger than one year to the inclusion of the contents of the form in consultations of childcare. **Method:** quantitative, descriptive and exploratory study, held in a UBS situated in the East Zone of São Paulo city. The study included 96 families with children under one year. The informations were collected through interviews with an instrument based on the *Formulary of attendance for the child health promotion*. Part of the families answered additional open questions, justifying their answers. We conducted a descriptive analysis of the informations by absolute and relative frequencies. The answers to the open questions were submitted to thematic analysis of the content, obtaining empirical categories. **Results:** as responsables, there is some predominance of mothers, most of them were married, and had between 20 and 29 years old, and were not wage earners, 86.5% had studied less than eight years. Most had only one son and a single pregnancy. All participants had undergone prenatal care. 96.9% of the children lived in a house. Most of the houses were built by masonry, the head of the family is the father to 67.7% of respondents. The schooling of the head of the family tends to be higher than the mothers and all heads of family were employed. Almost all of the relatives said that the arrival of the child was well accepted by the family, and most considered important to include this matter on the children consultations. Most of the children received the recommended food. About the affective aspects, 90% have positive answers to questions from the instrument, which

is considered important for 90.6% of respondents. 94.8% realized daily hygiene care and more than 90% said they considered important to include this topic in the consultation, and almost all recognize as important for children to have good health monitoring. Most families can recognize when a child needs some treatment, take the child to the health service and ensures the proposed treatment. Vaccination is assured for 99%, 86 of the responsables considered important that the professional this kind of information conducting questions. All participants say that make the most of the opportunity enjoy of care to play and talk to the baby. As justification, 21.4% reported that child who plays, grows healthy. More than 90% can keep the baby out of danger. All families can provide a nice time for children, offering love, affection and stimulating activities. They affirm to provide an organized routine, and keep the child in a safe social network. Some of them have difficulty on setting limits to the children. Almost all of the justifications understand that the knowledge of the professional makes difference for a good child care. **Conclusion:** the majority of the families accomplishes the care, even if some of them are not understood as fundamental to the child development. Most have no knowledge of the benefits of taking care. They realize the importance of the care proposed on the formulary of this study.

Keywords: Pediatric Nursing. Child development. Child. Health promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa das regiões da cidade de São Paulo com destaque para o Distrito de Saúde de São Miguel Paulista – Zona Leste. PSF: Dr. Thércio Ventura, Vila Jacuí.....	33
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos familiares segundo características sociais e demográficas. São Paulo, 2011	409
Tabela 2 - Distribuição das mães segundo características reprodutivas. São Paulo, 2011	410
Tabela 3 – Distribuição das mães segundo características do pré-natal da criança do estudo, São Paulo, 2011	Erro! Indicador não definido. 1
Tabela 4 - Distribuição das crianças segundo características do chefe da família. São Paulo, 2011	432
Tabela 5 - Distribuição dos familiares segundo respostas e atribuição de importância às questões gerais da <i>Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança</i> . São Paulo, 2011	443
Tabela 6 - Distribuição das justificativas dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão das perguntas sobre a história da criança na consulta de saúde. São Paulo, 2011	454
Tabela 7 - Distribuição dos familiares segundo respostas e atribuição de importância aos tópicos da <i>Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança</i> , relativos à alimentação. São Paulo, 2010.	465
Tabela 8 - Distribuição das justificativas dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre a Alimentação. São Paulo, 2010.....	476
Tabela 9 - Distribuição dos familiares segundo respostas e atribuição de importância aos tópicos da <i>Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança</i> , relativos à higiene. São Paulo, 2010.....	487
Tabela 10 - Distribuição das justificativas dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre a Higiene. São Paulo, 2010.....	487
Tabela 11 - Distribuição dos familiares segundo atribuição de importância aos tópicos da <i>Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança</i> , relativos à saúde. São Paulo, 2010	498
Tabela 12 - Distribuição das dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre a Saúde. São Paulo, 2011	48

Tabela 13 - Distribuição dos familiares segundo respostas e atribuição de importância aos tópicos da ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança, relativos à brincadeira. São Paulo, 201049

Tabela 14 - Distribuição dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre a Brincadeira. São Paulo, 2010**Erro! Indicador**

Tabela 15 - Distribuição dos familiares segundo respostas e atribuição de importância aos tópicos da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*, relativos à prevenção de acidentes. São Paulo, 2010.....521

Tabela 16 - Distribuição dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre Prevenção de Acidentes. São Paulo, 2011.....532

Tabela 17 - Distribuição dos familiares segundo respostas e atribuição de importância aos tópicos da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*, relativos aos cuidados de amor e segurança. São Paulo, 2010543

Tabela 18 - Distribuição das justificativas dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre Amor e Segurança. São Paulo, 2010554

Tabela 19 - Distribuição de respostas sobre a chegada da criança na família segundo escolaridade do familiar. São Paulo, 2011576

Tabela 20 - Distribuição de respostas sobre alimentação segundo escolaridade dos familiares. São Paulo, 2010587

Tabela 21 - Distribuição de respostas sobre higiene segundo escolaridade dos familiares. São Paulo, 201058

Tabela 22 - Distribuição de respostas sobre saúde segundo escolaridade de familiares, São Paulo, 201059

Tabela 23 - Distribuição de respostas sobre brincadeiras segundo escolaridade do familiar. São Paulo, 2010.....610

Tabela 24 - Distribuição de respostas sobre prevenção de acidentes segundo escolaridade do familiar. São Paulo, 2010621

Tabela 25 - Distribuição de respostas sobre amor e segurança segundo escolaridade do familiar. São Paulo, 2010.....643

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Assistência de Saúde da Família
PAISC	Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO E ESCOLHA DO TEMA DO ESTUDO	Erro! Indicador não definido
2. INTRODUÇÃO.....	19
2.1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL	19
2.2 PROJETO NOSSAS CRIANÇAS: JANELAS DE OPORTUNIDADES..	26
3 OBJETIVOS	31
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	31
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	32
4.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	35
4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO	35
4.5 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	37
4.6 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	37
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	39
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	40
5.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	40
5.2 ANÁLISE ESTRATIFICADA PELA ESCOLARIDADE DO FAMILIAR...	56
5.2.1 Alimentação	58
5.2.2 Higiene	59
5.2.3 Saúde.....	60
5.2.4 Brincadeira.....	61
5.2.5 Prevenção de acidentes.....	62
5.2.6 Amor e segurança	63
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
	APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	81
	ANEXO 1 - A FICHA DE ACOMPANHAMENTO DOS CUIDADOS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA	86
	ANEXO 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo	91
	ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92

1. APRESENTAÇÃO E ESCOLHA DO TEMA DO ESTUDO

No ano de 2007, iniciei minha vida profissional em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de um hospital particular na grande São Paulo, na época, eu ainda aluna de um curso de especialização em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Durante a minha vivência profissional e as aulas no curso de especialização, percebia que o foco de ambos era totalmente curativo, hospitalocêntrico.

A preocupação do momento era resolver o problema, tirar a criança da UTI, sem se importar com o que havia acontecido antes e o que aconteceria depois. Muitas vezes, o tempo de internação na unidade era extenso e, mesmo depois da gravidade ter diminuído, o foco continuava o mesmo. Não se observava a criança integralmente. Isso me incomodava muito, pois sempre conversava com meus colegas sobre o que nós, enquanto enfermeiros, poderíamos fazer para melhorar a vida daquelas crianças, mesmo dentro de um setor tenso e muitas vezes assustador.

Como a prática profissional e o curso de especialização não foram suficientes para me ajudar com essa inquietação, comecei a participar do grupo de pesquisa *Cuidado à Saúde Infantil* da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), visando a buscar novos caminhos para minha vida profissional.

Durante as reuniões e discussões, fui apresentada ao projeto *Nossas crianças: janelas de oportunidades*. Fiquei “encantada” com a apresentação, dinâmica, estrutura e foco do projeto. O objetivo principal do projeto *Nossas Crianças* é “auxiliar no desenvolvimento integral, de qualidade das crianças, mediante a qualificação das competências familiares, por intermédio das Unidades de Saúde da Família e as Equipes de Saúde da Família como sujeitos multiplicadores”.

Dentre os instrumentos utilizados no projeto, a *Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção de saúde da criança* tem

como objetivo sistematizar o acompanhamento da situação de cuidados às crianças, durante o período gestacional e primeiros anos de vida. Foi formulada para ser utilizada pela equipe multiprofissional: médicos, enfermeiros e demais membros da equipe de saúde da família. Nessa ficha, o profissional realiza os registros dos achados nas consultas e as orientações e condutas oferecidas à família. Esse instrumento serve como base norteadora para os profissionais, com pontos chave dos cuidados a serem investigados, trabalhados, orientados e acompanhados.

O estudo dessa ficha mostra-se de extrema importância no cenário da atenção à saúde da criança, pois favorece uma troca com pais e familiares em relação a aspectos do dia a dia que muitas vezes não são estimulados e que, quando não realizados, levam a um déficit no desenvolvimento integral da criança. Por outro lado, quando bem estimulados, o contrário é notório, aumenta as chances de favorecimento do desenvolvimento integral da criança, justamente por permitir reflexão abrangente sobre cuidados rotineiros com os temas: alimentação; saúde; higiene; prevenção de acidentes; brincadeira; amor, e segurança.

Por acreditar que os conteúdos da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção de saúde da criança* são importantes e fundamentais para promover o desenvolvimento infantil de maneira adequada, nesta investigação busquei conhecer se os cuidados propostos para a atenção à criança na ficha do Janelas são realizados pelas mães/responsáveis pelas crianças e se as mães/responsáveis consideram necessário que o profissional de saúde aborde tais cuidados nas consultas de puericultura.

2. INTRODUÇÃO

2.1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL

A criança, em seu primeiro ano de vida – o bebê – devido a sua vulnerabilidade é classificada como grupo de alto risco, tornando-se prioritária nas ações de saúde. Neste período, cada mês e cada fase de desenvolvimento acarretam implicações para a sua assistência. Nesse contexto, cuidar de uma criança significa colocar-se num campo de alta complexidade, devido à vasta rede conceitual que a representa, onde inumeráveis entrecruzamentos levam-nos a considerar não apenas a sua sobrevivência, mas, principalmente, o seu desenvolvimento, o seu bem-estar e sua qualidade de vida e a ressignificar o cuidado a ela oferecido (Vasconcelos et al., 2009).

Para garantir a sobrevivência e promover o desenvolvimento das espécies, é fundamental que algumas necessidades sejam atendidas. Para o ser humano, em especial, a fase da infância engloba alguns fatores que precisam ser superados em cada etapa do desenvolvimento, devendo-se considerar as particularidades individuais e as condições de vida dessa criança (Fujimori, Ohara, 2009).

A vigilância do desenvolvimento é um eixo integrador da atenção à saúde da criança, que engloba atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à percepção de desvios nesse processo (Veleda, 2006). A identificação prematura de crianças com atrasos e déficits permite a intervenção e a reabilitação precoce de possíveis alterações no desenvolvimento (Madaschi, Paula, 2011).

O desenvolvimento infantil é um processo que se inicia na vida intrauterina, envolvendo aspectos relacionados ao crescimento físico, à maturação neurológica e às aquisições de habilidades, às esferas motoras, cognitivas, afetiva e social da criança (Madaschi, Paula, 2011).

A primeira infância, os principais vínculos, bem como os principais cuidados e estímulos são necessários e fundamentais para o crescimento e

desenvolvimento infantil e esses cuidados são fornecidos pelas famílias. (ANDRADE, AS 2005)

Os primeiros anos de vida são ao mesmo tempo o período mais crítico e o mais vulnerável no desenvolvimento de qualquer criança. É nesse período que os ingredientes para o crescimento intelectual, emocional e moral são definidos. Não que isso não possa acontecer nas fases seguintes ao desenvolvimento, mas as chances para o sucesso diminuem a cada ano (Brazelton, Greenspan, 2002).

Já se sabe que as experiências iniciais adequadas são vitais para o crescimento e desenvolvimento da criança. E que toda criança têm direito a uma série de cuidados que são considerados mínimos, e como esses cuidados realizados com qualidade contribuem de forma significativa para o desenvolvimento infantil (Brazelton, Greenspan, 2002).

Brazelton (2002) mostra em suas pesquisas que ambientes sem afeto, atenção, cuidado, interação social e intelectual adequados geram déficits físicos, intelectuais e sociais graves.

A interação da criança com o adulto e com outras crianças faz parte dos principais elementos para uma adequada estimulação no espaço familiar e social, esses processos e mecanismos sociais constituem e contribuem para que a criança desenvolva sua percepção, dirija o controle do seu comportamento permite que ela crie habilidades, adquira conhecimento, estabelece relação e constrói seu ambiente físico e social (Bronfenbrenner et, al 1996).

As etapas da infância são caracterizadas por mudanças físicas, emocionais, sociais, espirituais e cognitivas. Em cada período da infância, a criança manifesta diferentes formas de agir. E por esse motivo é essencial que todos os profissionais que lidam com crianças tenham esse conhecimento (Ribeiro, et al 2009).

O desenvolvimento é o processo de aquisição de novas funções que levam a modificações qualitativas nas atividades do indivíduo. Esse processo tem dois determinantes: o biológico, que ocorre através de uma

sequência de maturação celular orgânica, psíquica, própria da espécie humana; e o ambiental, que ocorre por meio das experiências vividas pela criança, pelos cuidados que ela recebe e pelas oportunidades de aproveitar o exercício de suas capacidades (Ribeiro, et al 2009).

Estudos mostram que a associação entre a estimulação ambiental e cognição concluem que mães orientadas a estimularem seus bebês, por uma variedade de experiências perceptivas com pessoas, objetos, símbolos contribuem para um desenvolvimento cognitivo tendo consequências positivas em longo prazo. (ROMEY CT, SL. Prevention of intelectual).

O desenvolvimento infantil ocorre de forma sequencial e em estágios de maneira única para cada criança. São influenciados por fatores externos, a família, a cultura, as crenças, valores, políticas. O processo do desenvolvimento infantil também é influenciado pelo modo de perceber, interpretar, organizar e responder a estímulos (Ribeiro, et al 2009).

A definição de “criança” pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) compreende a faixa etária de zero a 12 anos incompletos (Brasil, 1990).

Para esse estudo ficou estabelecido à participação de crianças menores de um ano devido às grandes transformações, necessidades e evoluções que transcorre com a criança nessa fase.

Os primeiros cuidados são decisivos e duradouros no processo de desenvolvimento infantil. As formas de cuidados interferem diretamente na formação e manutenção das ligações neurais (Shore, 2000). Sabemos que as primeiras experiências são biologicamente associadas ao desenvolvimento do cérebro e de outros órgãos do sistema. Essas experiências causam impactos a longo prazo na saúde física, mental cognitivas (Working Paper No. 2, 2004). O cérebro precisa ser estimulado para criar ou estabilizar suas estruturas (Shore, 2000). As experiências positivas estabelecem uma base para o desenvolvimento saudável, porém, as experiências negativas caracterizam o enfraquecimento desse processo (Working Paper No. 2, 2004). O desenvolvimento saudável das crianças propicia uma base sólida para a cidadania, para a comunidade e favorece o desenvolvimento econômico (Working Paper No. 2, 2004).

Devemos incluir o ambiente de relacionamentos na qual a criança está inserida. A família e a comunidade fazem parte desse processo (Working Paper No. 2, 2004). Assim, o cuidado infantil deve ser com muita qualidade, atenção, amor, confiança, potencializando o vínculo entre criança e cuidador (Veríssimo, 2002).

Hoje, sabe-se que a interação afetiva é fundamental para garantir a sobrevivência e atender às necessidades e aos cuidados das crianças.

As necessidades essenciais são definidas como aquelas que fornecem as ferramentas necessárias para que a criança alcance seu potencial intelectual, social, emocional, e físico (Fujimori, Ohara, 2009). São relacionadas à sobrevivência humana e ao desenvolvimento completo e podem ser aplicadas a todas as crianças independente da etnia, classe social, condições físicas e mentais. E não importam as condições e locais onde a criança está sendo cuidada, pois se não aplicadas podem resultar em uma iatrogenia (VERÍSSIMO MDLOR, et al 2005).

Os cuidados diários são de extrema importância para o atendimento infantil e estão diretamente ligados às necessidades essenciais das crianças para o desenvolvimento (VERÍSSIMO MDLOR, et al 2005, BRAZELTRON TB, Greenspan SL).

Um dos referenciais utilizados para construção do Projeto Nossas Crianças Janelas de Oportunidades foi Brazenton e Greenspan e nesse trabalho trazemos a mesma referência para subsidiar fundamentar os dados.

1. Necessidades de relacionamentos sustentadores contínuos: para o desenvolvimento adequado do sistema nervoso central, as interações de amor, apego, fraternidade são essenciais. Fornecem subsídios para o desenvolvimento e aprendizagem. Um cuidador constante na vida da criança é fundamental para que ela possa criar e manter um vínculo de relacionamento contínuo e sustentável. A criança precisa sentir-se amada, querida, desejada, para assim estabelecer o desenvolvimento da segurança emocional.

2. Necessidades de proteção física, segurança e regras: para estabelecer o desenvolvimento pleno é necessário estabelecer a garantia de condições favoráveis à manutenção da integridade física e fisiológica. Para

manter a proteção física e a promoção da integridade corporal, a prevenção e o tratamento de agravos são essenciais. Medidas para proteger a criança contra exposição a substâncias tóxicas devem ser realizadas, pois, podem causar danos ao funcionamento do sistema nervoso central e resultar em um aumento de problemas de aprendizagem, emocionais e sociais.

3. Necessidades de experiências que respeitam as diferenças individuais: o entendimento de trabalhar as diferenças individuais é essencial, levando em consideração que cada criança é dotada de características únicas, portanto a padronização dos cuidados é inadequada. Para atingir o desenvolvimento total e de forma saudável, é necessário respeitar as diferenças, o caráter, as habilidades entre as crianças. Deve-se proporcionar ações voltadas ao desenvolvimento de acordo com a singularidade de cada uma.

4. Necessidades de experiências adequadas ao desenvolvimento: de acordo com o crescimento, as crianças alcançam diferentes estágios do desenvolvimento. Nesses estágios, elas vão adquirindo alicerces para inteligência, moralidade, criam competências e habilidades. Isso acontece de forma gradativa. É fundamental proporcionar novas interações de forma processual para que a criança acompanhe e evolua de forma individual.

5. Necessidades do estabelecimento de limites, organização e expectativas: para a criança se desenvolver, é necessário desenvolver habilidades para considerar e levar em consideração a singularidade do outro e saber identificar as suas necessidades.

6. Necessidades de comunidades estáveis, amparadoras e de continuidade cultural: o apoio familiar, a comunidade e a cultura estruturam o contexto para suprir as necessidades essenciais e apoiam o desenvolvimento infantil. Isso leva a criança a entender que faz parte de uma comunidade, que pertence a uma família.

As situações cotidianas propiciam uma vasta satisfação das necessidades essenciais. A hora do banho, por exemplo, assume proporções de acordo com as características de crescimento e desenvolvimento. São cuidados que geram oportunidades para a interação prazerosa entre o cuidador e a criança. Deve-se considerar as necessidades

do desenvolvimento e as diferenças entre as crianças a fim de favorecer interações sustentadoras, essas atitudes são ferramentas indispensáveis para que ela estabeleça uma relação adequada do cuidado saudável (Brazelton, Greenspan, 2002).

Nos países em desenvolvimento, os programas de assistência ao desenvolvimento infantil têm se apresentado de forma hospitalocêntrica, onde o foco é a cura da doença. E é sob essa mesma ótica que os programas de atenção à saúde da criança estão expostos.

Em 1978, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, um novo modelo de atenção foi proposto com a formulação da declaração Alma-Ata. A partir de então, iniciou a discussão sobre a inter-relação de doença, pobreza e desenvolvimento socioeconômico. Nesse momento, surge a atenção primária à saúde em nível mundial.

Mesmo tendo um importante papel de incorporar ações de prevenção e proteção à saúde, ainda não se tem conseguido mudar a realidade encontrada.

Em 1990, a Primeira Cúpula Mundial em Favor da Infância ocorreu em Nova Iorque, onde foi realizada uma revisão das metas da Declaração Alma-Ata e firmou-se, entre os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), o reconhecimento sobre as necessidades de se estabelecer prioridades para a redução da morbidade e mortalidade materno-infantil (TRAPE CA, et al).

A atenção básica, como instância de organização dos serviços e de assistência à saúde, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (TRAPE CA, et al 2009).

A atenção básica é norteada pelos princípios e conceitos que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), enxerga o sujeito de forma singular,

atendendo a suas complexidades, de forma integral, com base na sua inserção sociocultural.

O modelo econômico vigente na década de 1980 permitiu aprofundar a situação de desigualdades sociais, gerando reflexos consideráveis para o grupo saúde materno-infantil. No ano de 1984, o Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Previdência Social (MPS), lançaram o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC).

O objetivo do PAISC era reduzir a morbidade e a mortalidade na faixa etária de zero a 5 anos de idade, baseado em cinco ações básicas: aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; assistência e controle das infecções respiratórias agudas (IRA); assistência e controle das doenças diarreicas; controle das doenças preveníveis por imunização e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

As ações do PAISC contribuíram de forma precária para a integralidade da atenção devido às limitações encontradas, pois suas ações eram voltadas ao pronto atendimento, e à assistência fracionada.

Devido à identificação da fragilidade na atenção à saúde infantil, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançaram a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). No Brasil, a estratégia foi oficialmente iniciada em 1996.

Essa estratégia tem como finalidade reduzir a mortalidade infantil, reforçar o conceito da integralidade da atenção à saúde da criança e fortalecer a capacidade de planejamento e resolução dos problemas no nível primário de atenção, através de ferramentas mais apropriadas para lidar com os agravos prevalentes da infância (**TRAPE CA, et al 2009**).

A estratégia compreende os principais problemas de saúde que atingem crianças menores de 5 anos de idade, por meio do uso de tecnologias apropriadas, e visa a tratar afecções passíveis de prevenção ou tratamento (**TRAPE CA, et al**). Outras iniciativas foram criadas de acordo

com as mudanças ocorridas a partir da década de 1990. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) surgiu em 1990. Os hospitais e maternidades credenciados para essa estratégia organizam suas práticas de saúde a fim de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, a começar pela sensibilização de seus colaboradores. (TRAPE CA, et al 2009).

Em 1998, foi implantado pelo Ministério da Saúde o método Mãe-Canguru, com a finalidade de promover o apego, incentivar a prática do aleitamento materno, reduzir o tempo de internação e diminuir os riscos de infecção hospitalar. (TRAPE CA, et al 2009).

Todos esses programas foram trazendo mudanças nas práticas de atenção à saúde infantil, mas ainda pouco contribuíram para aprimorar as ações de promoção do desenvolvimento de forma ampla, pois centraram-se em alguns aspectos do desenvolvimento e não se voltaram para o cuidado amplo da criança, como uma força para essa promoção. Faz-se então necessário coordenar ações que alcancem essa perspectiva.

Para a realização do desenvolvimento, devemos destacar a importância do uso de instrumentos e escalas confiáveis. No Brasil, a identificação das alterações do desenvolvimento é piorada pela falta de instrumentos padronizados e validados para realizar o acompanhamento do desenvolvimento infantil. Assim, na capital paulistana, em determinadas UBS de estratégia da saúde da família do projeto Qualis não existem instrumentos adequados para o registro dos principais marcos do desenvolvimento.

2.2 PROJETO NOSSAS CRIANÇAS: JANELAS DE OPORTUNIDADES

Em julho de 2001, a Coordenação do Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo firmou um convênio com o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e a Associação Comunitária Monte Azul, para o desenvolvimento de um projeto de cooperação técnica, visando à formulação de tecnologias adequadas para as equipes de saúde na atuação com famílias, na perspectiva de fortalecer aspectos da promoção da saúde infantil. Essa parceria levou à elaboração do projeto *Nossas crianças: Janelas de Oportunidades* (Chiesa et al., 2003).

O projeto teve como objetivo geral contribuir para o desenvolvimento integral e de qualidade das crianças do município de São Paulo, mediante a qualificação das competências familiares, tendo as unidades e Equipes de Saúde da Família (ESF) como sujeitos multiplicadores dessa abordagem (Chiesa et al., 2003). Para tanto, auxilia na promoção de ações relacionadas ao desenvolvimento infantil, incentivando a participação de todos aqueles que, de forma direta e indireta, participam do desenvolvimento infantil, inclusive, e principalmente, os familiares (Chiesa et al., 2003).

O Projeto consistiu na disseminação de conhecimentos e práticas para as equipes de saúde, mediante elaboração de material e formação dos profissionais, visando a promover e a auxiliar o desenvolvimento de habilidades pessoais e comunitárias para favorecer o bem-estar das crianças e de suas famílias (Chiesa et al., 2003).

O cuidado foi estabelecido como foco do projeto, tendo em vista que cuidar está relacionado a atitudes e comportamentos familiares para favorecer o crescimento das crianças e para que elas vivam, aproveitando o que há de melhor em suas vidas, sendo sempre estimuladas, acolhidas, amadas, protegidas e amparadas (Rodrigues, 1998).

Na perspectiva das equipes de saúde, o cuidado consiste em tecnologias leves, em que o conhecimento, as atitudes, o compromisso e responsabilidade do profissional devem estar em evidência para superação do modelo biomédico no cuidado de saúde (Rodrigues, 1998).

Os instrumentos do Projeto foram produzidos no ano de 2003, por profissionais da área de saúde: médicos, enfermeiras, psicólogos, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, além da colaboração da Pastoral da Criança.

Foram desenhados a partir de reflexões e debates oriundos de oficinas de trabalho com profissionais da rede de atenção primária de saúde. Os instrumentos lançados foram: a cartilha e o manual *Toda hora é hora de cuidar*, a *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança* (**ANEXO 1**), bem como um manual para orientação de sua utilização (SMS, 2002).

A cartilha foi elaborada para as famílias com gestantes e/ou crianças com até seis anos de idade, e aborda temas diversificados sobre o desenvolvimento infantil, em linguagem simples e com apoio de ilustrações. Seus conteúdos versam sobre alimentação, higiene, prevenção de acidentes, amor e segurança, brincadeira, direitos e participação (SMS, 2002).

O manual de apoio foi desenvolvido para auxiliar o trabalho das equipes de saúde. Contém material teórico, para o aprofundamento da compreensão sobre os temas, e prático, com orientações sobre estratégias para trabalhar com as famílias (SMS, 2002).

A ficha busca sistematizar o acompanhamento da situação de cuidados oferecidos às crianças mediante registro das avaliações e ações realizadas pela equipe de saúde no cuidado da criança, enfocando tópicos que orientam uma análise sistematizada em cada área abordada. Foi elaborada para ser utilizada pelos médicos e enfermeiros da equipe de saúde da família nos contatos com as crianças (Veríssimo, Chiesa, 2009).

Os objetivos específicos da Ficha são: possibilitar o acompanhamento e registro das observações e condutas da equipe de saúde em relação às oportunidades que a família oferece para as crianças (da gestação até os seis anos); orientar o profissional da saúde quanto a pontos-chave dos cuidados e obter parâmetros para continuidade do trabalho; servir como recurso para reflexão em grupo com os pais.

Esse acompanhamento permite reconhecer aspectos do cuidado que devem ser reforçados por serem favoráveis ao desenvolvimento infantil, e/ou a identificação de fatores vulneráveis, os quais necessitariam de um olhar mais aprofundado para promover melhores cuidados.

A ficha foi subdividida em três conjuntos de tópicos: 1) Períodos pré-natal, nascimento e pós-natal; 2) Cuidados à criança; 3) Registros das visitas dos agentes comunitários de saúde. O documento organiza-se como um roteiro de orientação para o diálogo do profissional com a família.

As questões da ficha podem ser trabalhadas numa forma de conversa, e não num questionário corrido, assim, o profissional aponta os cuidados que a mãe/ cuidador está tendo com a saúde do bebê.

À medida que o profissional faz as questões, ele anota na coluna correspondente à data de avaliação, S (sim), N (não) e NA (não se aplica). É desejável que sua aplicação seja realizada o mais precocemente possível, para que as intervenções que se fizerem necessárias possam ser realizadas.

Respostas “sim”, correspondem à realização do cuidado desejável, e, portanto, à presença de fatores de proteção. Já respostas “não” mostram ausência do cuidado e risco para o desenvolvimento infantil, indicando necessidade de intervenção com a mãe – cuidador, ou responsável – e a família.

O projeto piloto de implantação do *Janelas* deu-se, no período de agosto a outubro de 2003, com cursos de formação para profissionais da área da saúde. Foram selecionadas regiões do município de São Paulo, de acordo com os seguintes critérios: maior concentração de famílias com renda inferior a cinco salários mínimos; maior incidência de partos prematuros; maior número de partos em mulheres menores de 20 anos, e maior taxa de mortalidade infantil. As áreas selecionadas foram: M'Boi Mirim, Parelheiros, Cidade Ademar e Grajaú, na Região Sul; Brasilândia e Sé, na Região Centro-Norte; São Miguel Paulista, Itaquera e Cidade Tiradentes, na Região Leste.

Com base nos estudos de avaliação da implantação do Projeto, ocorridos nos anos de 2004 a 2006, pode-se dizer que, de maneira geral, as ações propostas pelo programa foram bem aceitas, tanto pelas equipes de saúde quanto pela população, e que a cartilha e o manual são importantes e adequados para a equipe de saúde na promoção do desenvolvimento infantil, pois são instrumentos que sistematizam as ações de promoção de desenvolvimento desde a gestação (Chiesa et al., 2009).

Contudo, as avaliações referentes à *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde infantil* foram restritas, não incluindo a população usuária dos serviços, apenas profissionais e estudantes de graduação em enfermagem. Assim, neste estudo propõe-se aplicar a ficha, para caracterizar os cuidados prestados à criança, e identificar a importância deles para as mães/cuidadores de crianças menores de um ano.

Assim, são perguntas deste estudo:

Os cuidados referentes às crianças menores de um ano propostos na *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança* são realizados pelos familiares?

Os familiares consideram importante que o profissional de saúde aborde os cuidados referentes à saúde da criança da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança* nas consultas de puericultura?

Entende-se que dar voz à população é importante, porque fornece subsídios para a interação e construção de parcerias entre os profissionais dos serviços de saúde e os usuários. Os resultados do presente estudo podem ainda contribuir para redefinir prioridades e ações para atendimento à saúde da criança na unidade de saúde.

3. OBJETIVOS

Verificar se os cuidados propostos na “Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança” são realizados.

Identificar a importância que mães/responsáveis atribuem aos conteúdos da “Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança”.

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo teve abordagem quantitativa, descritiva, exploratória, empírico com usuários de uma unidade básica de saúde.

A pesquisa descritiva tem como finalidade observar, descrever e documentar os aspectos de uma situação. Visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (Polit, 2004).

Caracterizam-se como estudos descritivos aqueles que procuram determinar *status*, opiniões ou projeções futuras nas respostas obtidas. A sua valorização está baseada na premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas através de descrição e análise de observações objetivas e diretas (Polit, 2004).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Foi realizado um levantamento das unidades de saúde da família nas quais o projeto Nossas crianças: Janelas de oportunidades foi implantado em 2003, na cidade de São Paulo, procurando-se as que ainda contavam com profissionais que estiveram envolvidos e capacitados nessa implantação.

A busca das unidades que já tinham participado da implantação do projeto levou à perspectiva de que as pesquisas deveriam proporcionar alguma contribuição para unidades de saúde e considerou o potencial da pesquisa como oportunidade de aproximação às unidades de saúde, tendo em vista a possibilidade de constituir uma retomada do interesse pelas ações do projeto.

Dentre as unidades contatadas, duas ainda contavam com profissionais que haviam participado do projeto, uma localizada na região Norte e outra na região Leste da cidade, porém só houve possibilidade de realizar o estudo nesta última.

A unidade básica de saúde Dr. Thércio Ventura pertence à coordenadoria de saúde e distrito administrativo de São Miguel Paulista.

Figura 1 - Mapa das regiões da cidade de São Paulo com destaque para o Distrito de Saúde de São Miguel Paulista – Zona Leste. PSF: Dr. Thércio Ventura, Vila Jacuí.

A região de São Miguel Paulista possui 24,64 quilômetros quadrados de área e três distritos de saúde: São Miguel Paulista; Jardim Helena, e Vila Jacuí. A Vila Jacuí, bairro onde a unidade Dr. Thércio Ventura fica localizada, conta com uma população de 142.372 habitantes (Prefeitura de São Paulo, 2012).

O primeiro contato com a UBS foi realizado por telefone com uma enfermeira que tinha participado da capacitação. Após apresentação de forma breve sobre o projeto *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades* e sobre o projeto de mestrado, foi autorizada uma visita técnica na unidade para conversar sobre a pesquisa.

No primeiro momento, a enfermeira comentou que o projeto Janelas de Oportunidades deixou “marcas” positivas e, mesmo não utilizando mais

suas ferramentas de forma sistemática, muitos conteúdos foram incorporados e ainda são utilizados por ela. Em seguida, conversamos sobre o projeto do mestrado, explanando a proposta de forma geral. A enfermeira então nos apresentou para a Gerente da UBS, para solicitarmos a permissão para a pesquisa. Reiteramos os aspectos éticos da estudo, já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, e entregamos para ela uma cópia da folha de aprovação. Após detalharmos os procedimentos e o apoio necessário, foi autorizada a pesquisa. Realizamos então uma visita para conhecer a unidade.

É uma unidade bem estruturada, de fácil acesso para a população por transporte público, pois fica localizada em uma travessa de uma avenida principal da região, tendo ponto de ônibus na própria rua e estação de metrô.

É composta por uma área administrativa, copa, banheiros para os funcionários, recepção com computadores para marcação de consultas e exames, uma sala de arquivo dos prontuários, uma área com cadeiras destinadas à espera, sala das agentes comunitárias de saúde, sala de reuniões – onde também foram realizados os grupos –, sala e antessala da odontologia, sala de medicações, sala de vacinas, sala de curativo, sala de inalação, sala de procedimentos, e sala para coleta de Papanicolau, expurgo, almoxarifado, farmácia, banheiros e bebedouros para os usuários, sala do NASF (Núcleo de Assistência de Saúde da Família) onde encontramos as seguintes áreas profissionais: assistente social; psicóloga; nutricionista; fonoaudióloga, e 16 consultórios, havendo um para o médico e outro para o enfermeiro de cada equipe da unidade. Cada um deles com uma cama, uma mesa, três cadeiras, uma balança adulto e uma balança infantil.

A unidade possui sete equipes de saúde, cada uma delas divididas em cinco micro-áreas, organizadas por números: 211; 212; 213; 214; 215; 216; 374. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de novembro de 2010, a população estimada era de 28.000 pessoas, sendo 23.837 cadastradas (85%): 6.465 famílias e 286 crianças menores de um ano.

4.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa cumpriu os preceitos éticos definidos pela regulação 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, sobre as diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa com seres humanos. Com o parecer nº 488/09 CEP: /SMS CAAE: 0240.0.162.000-09 (**ANEXO 2**).

A aprovação da Unidade de Saúde onde foi realizado o estudo deu-se após o encaminhamento do projeto de pesquisa junto com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para a gerente da unidade.

Na prévia das entrevistas com os participantes foram esclarecidos a eles os objetivos, a finalidade e a natureza do estudo, além do procedimento de coleta de dados, juntamente com a explicação dos cuidados que visam ao anonimato e sigilo de participação. Foi garantido o caráter voluntário da participação e que a recusa em participar do estudo, ou sua desistência, a qualquer momento, não acarretaria prejuízos ao seu atendimento na unidade de saúde. A entrevista iniciava-se após a concordância em participar do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (**ANEXO 3**).

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo compreendeu responsáveis familiares de crianças menores de um ano cadastradas na UBS.

Utilizando-se dos dados da unidade obtidos no SIAB, e com a ajuda das agentes comunitárias, das enfermeiras e da gerente, foi possível listar todas as famílias com crianças menores de um ano. Essas famílias foram numeradas em ordem crescente e procedeu-se ao sorteio da amostra.

Para calcular o tamanho da amostra necessário para a pesquisa quantitativa, utilizou-se a equação:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{m^2}$$

Arbitrando uma confiança de 95%, margem de erro (m) de 10% e um estimador para p de 50% (valor que maximiza o tamanho da amostra), o tamanho da amostra é:

$$n = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,10^2} \sim 96$$

com $q = 1 - p$.

Em que:

n = número de indivíduos na amostra;

N = numero de indivíduos na população;

p = proporção populacional que pertence à categoria em estudo;

q = proporção populacional de indivíduos que não pertencem à categoria e que já interesse estudar;

$Z_{\alpha/2}$ = valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado.

M = refere-se ao erro/ precisão que desejo obter na estimativa.

Definiu-se a margem de erro de 10% porque, para uma margem de erro de 5%, seria necessária uma amostra de 384 sujeitos, inviável para a realização no período da pesquisa, além de ser maior do que a população de crianças menores de um ano matriculadas no serviço na época da coleta de dados, que era de 286.

Para a escolha da amostra, com a ajuda das agentes comunitárias de saúde (ACS) e da gerente da UBS, foi confeccionada uma listagem contendo os nomes de todas as crianças (n= 286). Em seguida, tais nomes foram substituídos por uma sequência crescente de números ordinais. A partir dessa sequência numérica, por meio de programa estatístico (Minitab®) foi então sorteada uma amostra de forma aleatória, de 96 crianças.

Para dar mais clareza e fundamentação às respostas obtidas nas entrevistas, foi realizado um inquérito ampliado de 15%. Das 96 famílias participantes, 15 atribuíram, justificaram e responderam a importância aos itens da ficha.

4.5 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão, foi considerado ser mãe, pai ou responsável pelos cuidados diários da criança e maior de 18 anos de idade, independente de ter feito ou não pré-natal na unidade.

Como critérios de exclusão, foi considerado mães, pais ou responsáveis diretos pela criança quando menores de 18 anos de idade, devido a aspectos éticos e de caracterização diferenciada dos adolescentes.

4.6 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

A ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança está subdividida em período pré-natal e pós-natal. Para o presente estudo, o foco foi o conteúdo do período pós-natal, tendo-se recortado os tópicos pertinentes somente aos cuidados dos menores de um ano.

Elaborou-se assim um formulário (**Apêndice 1**) com uma seção de caracterização onde constam dados de idade, escolaridade, inserção profissional, condições de moradia potencialmente associadas ao estudo, e outra seção composta por 38 itens derivados da ficha e que foram divididos em sete blocos temáticos: chegada da criança na família; alimentação; higiene; saúde; brincadeira; prevenção de acidentes; amor, e segurança.

Para a coleta de dados, aplicou-se o roteiro simulando uma consulta de saúde e, ao final de cada bloco de conteúdos, perguntou-se para o respondente se ele considerava importante a inserção das questões

formuladas na consulta de puericultura. Foi perguntado, ainda, se o respondente considerava necessário acrescentar alguma outra questão sobre o tema.

A coleta dos dados foi realizada na unidade de saúde ou na residência das famílias, de acordo com as possibilidades dos sujeitos e dos entrevistadores. Na unidade, foi utilizado um consultório reservado, sem contato com os demais usuários, e foi ofertado suco e lanche para as participantes, pois, em algumas situações, as pessoas já estavam há algum tempo esperando a consulta na unidade. Muitas vezes, as participantes também estavam acompanhadas por outras crianças, sobrinhos, vizinhos e, pela época do ano (meses de novembro, dezembro e janeiro), o calor era intenso.

As entrevistas foram realizadas por alunas de graduação e pós-graduação, treinadas e supervisionadas. Foram realizados pré-testes por todas as entrevistadoras, com mães de crianças que faziam parte do convívio diário das estudantes e com algumas famílias cadastradas na unidade e não foram sorteadas para o estudo. O pré-teste teve a finalidade de garantir objetividade, compreensão, clareza das perguntas e coerências das respostas. Cada entrevistador realizou três entrevistas de pré-teste, que permitiram sugestões pertinentes e apontaram a necessidade de algumas reformulações no instrumento. Para nortear e padronizar as entrevistas, foi elaborado um manual. A elaboração do manual e a realização dos pré-testes oportunizaram que a pesquisadora e as demais alunas que auxiliaram na coleta de dados melhorassem os seus desempenhos na abordagem das famílias e durante as entrevistas.

Todos os participantes responderam ao roteiro integralmente. Nas primeiras 15 entrevistas, foram solicitadas as justificativas das respostas sobre a importância de inserir os conteúdos nas consultas, e fez-se gravação na íntegra dessas explicações, para possibilitar a análise posterior. Nas demais, procedeu-se o registro manual, no preenchimento do roteiro. Houve perda de uma entrevista por problemas técnicos com o gravador.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise quantitativa dos dados foi constituída pelas etapas descritiva e estratificada pela escolaridade da mãe/cuidador. Na análise descritiva, calculou-se as frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas e médias e desvio-padrão para as variáveis quantitativas. **Foi realizada a análise das respostas estratificadas das seguintes variáveis: idade, número de filho, estado civil, atividade remunerada e a escolaridade** da mãe/cuidadores por meio do teste Qui-quadrado. O teste exato de Fisher foi utilizado quando os valores esperados nas células da tabela foram inferiores a cinco. O nível de significância dos testes estatísticos foi de 5%.

Com as respostas do inquérito ampliado de 15% foi realizado uma análise qualitativa dos dados. As questões foram transcritas na íntegra. Em seguida, foram submetidas à análise temática de conteúdo (Bardin, 2011), o que permitiu sistematizar as justificativas das participantes em categorias empíricas.

Para tanto, durante as leituras das transcrições das entrevistas, foram surgindo as primeiras impressões a respeito dos depoimentos. Nessa etapa, para melhor entendimento das respostas, algumas palavras complementares de ligação foram inseridas nas falas, separadas por parênteses, conferindo-se o sentido em relação à gravação. Dessa forma, pode-se manter os dados de forma sistematizada e organizada para realização dos recortes dos trechos principais para codificação da fase seguinte. A codificação dos dados foi realizada manualmente e a organização e reorganização da análise geraram as categorias.

O tratamento dos dados obtidos e a interpretação teve como apoio a literatura sobre o tema.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Participaram do estudo 96 responsáveis familiares de crianças menores de um ano pertencentes à amostra sorteada, cujas características demográficas estão descritas na **Tabela 1**. Observa-se predominância de mães, seguidas de avós, pais e outros parentes, em números bem menores. A maioria era casada, situava-se na faixa etária entre 20 a 29 anos e não exercia atividade remunerada; 86,5% tinha menos de 8 anos de estudo.

Tabela 1 - Distribuição dos familiares segundo características sociais e demográficas. São Paulo, 2010

Características	n	%
Cuidador/responsável		
Mãe	84	87,5
Pai	3	3,1
Avó	7	7,3
Outro parente	2	2,1
Total	96	100,0
Idade (anos)		
<20	10	10,4
20 – 30	49	51,0
30 - 40	29	30,2
≥40	8	8,4
Total	96	100,0
Média (desvio padrão)	28,3 (7,9)	
Escolaridade		
0 - 4	24	25,0
4 -8	59	61,5
8 -11	13	13,5
Total	96	100,0

Continua

Tabela 2 - Distribuição dos familiares segundo características sociais e demográficas. São Paulo, 2010

Tem atividade remunerada		
Não	59	61,5
Sim	37	38,5
Nível de prestação de serviços	32	86,5
Nível superior	4	10,8
Aposentado/pensionista	1	2,7
Total	96	100,0
Estado civil		
Casada	54	56,3
Solteira	39	40,6
Mora junto (outros)	3	3,1
Total	96	100,0
Etnia		
Branca	44	45,8
Preta	15	15,6
Parda	37	38,6
Total	96	100,0

Fonte: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Quanto às características reprodutivas das mães, a maioria tinha apenas o filho do estudo e uma única gestação (**Tabela 2**). Todas tinham realizado acompanhamento pré-natal, a maioria com mais de seis consultas, e um pequeno número tinha participado de grupo educativo no pré-natal ou sobre desenvolvimento infantil (**Tabela 3**).

Tabela 2 - Distribuição das mães segundo características reprodutivas. São Paulo, 2010

Características	N = 84*	%
Número de filhos vivos		
1	49	58,3
2	27	32,2
≥3	8	9,5
Total	84	100,0

Continua

Tabela 2 - Distribuição das mães segundo características reprodutivas. São Paulo, 2010

Número de gestações		
1	46	54,8
2	25	29,8
≥3	13	15,4
Total	84	100,0
História de aborto		
Não	76	90,5
Sim	8	9,5
Total	84	100,0
Óbito de algum filho		
Não	83	98,8
Sim	1	1,2
Total	84	100,0

Fonte: UBS Dr. Thércio Ventura, São Paulo.

*Questões aplicadas somente quando a respondente era a mãe.

**Causa de óbito: 1 meningococcemia

Tabela 3 - Distribuição das mães segundo características do pré-natal da criança do estudo, São Paulo, 2010

Características do pré-natal*	N*	%
Fez Pré-natal		
Não	-	-
Sim	84	100,0
Total	84	100,0
Número de consultas realizadas		
< 6	6	7,1
≥ 6	78	92,9
Total	84	100,0
Participação no grupo de gestantes		
Não	53	63,1
Sim	31	36,9
Total	84	100,0
Participação em atividade educativa sobre DI		
Não	73	86,9
Sim	11	13,1
Total	84	100,0

Fonte: UBS Dr. Thércio Ventura, São Paulo.

*Questões aplicadas somente quando a respondente era a mãe.

Quanto ao local de permanência diária da criança, quase a totalidade (93, ou 96,9%) ficava no domicílio, sob cuidados familiares, e apenas três (3,1%) frequentavam creche.

As características da moradia eram, na maioria, em alvenaria (88, ou 91,7%), 37 (38,5%) com um dormitório, 51 (53,2%) com dois dormitórios e oito (8,3%) tinham três dormitórios; 94 (98%) possuíam abastecimento da rede de água e 93 (96,9%), coleta de esgoto, sendo que três despejavam seu esgoto em córrego. Também a maioria dos participantes (73, ou 76%) considerava as condições de moradia da criança boas ou ótimas, 16 (16,7%) regulares e sete (7,3%) ruins.

A **Tabela 4** mostra a caracterização do chefe da família da criança, evidenciando que, na maioria das vezes, o pai é considerado o chefe (65, ou 67,7%), seguido da avó (20, ou 20,8%). A escolaridade do chefe apresenta-se mais elevada do que a das mães das crianças, mas a maioria ainda se concentra entre quatro e oito anos de estudo, com uma grande parcela entre oito e 11 anos de estudo; todos os chefes foram referidos como tendo atividade remunerada, embora um estivesse desempregado.

Tabela 4 - Distribuição das crianças segundo características do chefe da família. São Paulo, 2010

Características	n	%
Chefe da família		
Mãe	7	7,3
Pai	65	67,7
Avó	20	20,8
Outros (não sabe)	1	1,0
Casal	3	3,2
Total	96	100,0
Escolaridade		
0 4	1	1,0
4 -8	49	51,0
8 -11	40	41,7
≥11	6	6,3
Total	96	100,0

Continua

Tabela 4 - Distribuição das crianças segundo características do chefe da família. São Paulo, 2010

Tem atividade remunerada		
Não	-	-
Sim	96	100,0
Total	96	100,0
Ocupação		
Nível de prestação de serviços	89	92,7
Nível superior	5	5,3
Aposentado/pensionista	1	1,0
Desempregado	1	1,0
Total	96	100,0

Fonte: UBS Dr. Thérso Ventura, São Paulo.

As tabelas a seguir apresentam as respostas dos familiares às questões oriundas da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*, bem como as categorias e justificativas acerca da importância de incluí-las, ou não, nas consultas de saúde infantil.

O primeiro tema abordado na entrevista refere-se à *História da criança na família* e questiona sobre a chegada e aceitação da criança na família e sobre o registro de nascimento, aspectos fundamentais da inserção da criança na família, da promoção do vínculo família-bebê, das adaptações do ambiente e das novas funções familiares. Esse tema trata também da percepção de alterações na saúde, ou no desenvolvimento, fundamentais na definição dos cuidados.

Tabela 5 – Distribuição dos familiares segundo respostas às questões gerais da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*. São Paulo, 2010

Questão	Sim		Não		Não sabe	
	n	%	N	%	N	%
Como foi a chegada da criança na vida da família?	94	(97,9%)	2*	2,1	-	-
A criança tem registro de nascimento?	95	99,0	1	1,0	-	-
A criança tem algum problema que precise de atenção especial?	17	17,7	79	82,3	-	-

Continua

Tabela 5 – Distribuição dos familiares segundo respostas às questões gerais da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*. São Paulo, 2010

Se SIM: Quem percebeu ou falou sobre esse problema da criança	Profissional: 9 (69,2) Família: 1(7,7) Problema conhecido: 2 (15,4)					
Houve algum acontecimento na vida da criança que mudou sua rotina?	19	19,8	77	80,2	-	-
A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre a história da criança nas consultas?	88	91,7	3	3,1	5	5,2

Fonte: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

*Relatado que a chegada da criança na família foi conturbada e difícil.

Tabela 6 - Distribuição das justificativas dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão das perguntas sobre a história da criança na consulta de saúde. São Paulo, 2011

Categorias e Justificativas	N (%)
Categoria – É importante perguntar para o profissional orientar sua conduta	
Para cuidar da criança e do seu desenvolvimento	10 (71,4)
Para esclarecer dúvidas.	1 (7,2)
Categoria – É importante perguntar, mas não sabe o porquê.	2 (14,2)
Categoria - Não é importante perguntar, porque não é assunto para a consulta.	1 (7,2)
Total	14 (100,0)

FONTE: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

Conforme apresentado na **Tabela 5**, quase a totalidade dos familiares disse que a chegada da criança foi bem aceita pela família, utilizando diversos adjetivos com conotação positiva, mesmo aquelas que eram uniparentais, ou que a mãe ou cuidador responsável tinha uma idade inferior a 20 anos. Somente em duas entrevistas a chegada da criança na família foi descrita como conturbada e difícil.

A maioria considerou importante incluir essa questão na consulta de saúde da criança. Em relação às justificativas para a inclusão desse tema na consulta, observa-se, na **Tabela 6**, que a maioria reconhece essa questão

como facilitadora e necessária para a criança ter um bom acompanhamento de saúde. Entendem que essas informações possibilitariam ao profissional nortear melhor sua conduta para o bom cuidado da criança. Dentre as que consideraram importante perguntar sobre isso na consulta, duas não souberam justificar. Houve, ainda, uma participante que considerou não ser importante, pois não seria um tema cabível na consulta.

Quanto ao tema da alimentação, os cuidados envolvidos incluem aspectos não só da qualidade e quantidade, como também os afetivos e sociais.

Tabela 7 - Distribuição dos familiares segundo respostas aos tópicos da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*, relativos à alimentação. São Paulo, 2010

Questão	Sim		Não		Não sabe	
	n	%	n	%	N	%
Nos primeiros 6 meses, o bebê recebe somente leite do peito, pelo menos 8 vezes por dia?*	46	66,7	22	31,9	1,0	1,4
A família aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê?	86	89,6	10	10,4	-	-
Após os 6 meses, além do leite, a criança recebe suco ou papa de frutas e papa salgada, em horários regulares?**	62	88,6	7	7,3	1	1,0
A família procura fazer das refeições um momento agradável de contato e conversa?	87	90,6	7	7,3	2	2,1
A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre alimentação nas consultas?	87	90,6	4	4,2	5	5,2
A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre a alimentação nas consultas?	26	27,1	63	65,6	7	7,3

FONTE: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

* Não foi perguntado para crianças maiores de 6 meses.

** Não foi perguntada para menores de 6 meses.

Tabela 8 - Distribuição das justificativas dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão das perguntas sobre a Alimentação. São Paulo, 2011

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria – É importante perguntar para o profissional poder nortear a sua conduta.	10	71,4
Categoria - É importante perguntar, porque as mães precisam de orientações.	2	14,2
Categoria - Não é importante perguntar, mas não sabe o porquê.	2	14,2
Total	14	(100,0)

FONTE: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Em relação ao tipo de alimento oferecido, observou-se que 66,7% dos bebês menores de seis meses e 88,6% dos maiores de seis meses recebiam o alimento recomendado. Quanto aos aspectos afetivos, houve em torno de 90% de respostas positivas às duas questões do instrumento.

Esse tema é considerado importante na consulta de puericultura para 90,6% das respondentes. Das 14 questionadas sobre as justificativas, 71,4% consideraram que são informações necessárias para o profissional poder nortear a conduta no cuidado da criança e 14,2% concordam com a inclusão porque as mães precisam de orientações. Duas pessoas (14,2%) disseram não ser importante perguntar sobre alimentação na consulta, mas não souberam justificar o porquê.

A temática higiene aborda assuntos pertinentes aos cuidados diários prestados às crianças: banho diário; lavagens das mãos; lavagem das roupas, dentre outros, 94,8% conseguem realizar o cuidado (**Tabela 9**) e acima de 90% afirmaram que considerar importante a inclusão desse tema na consulta. Em relação às justificativas para a inclusão desse tema na consulta (**Tabela 10**), das 14 questionadas, 12 reconhecem como importante para a criança ter um bom acompanhamento de saúde, afirmando que, para o bebê ter saúde, ele precisa de higiene. Uma respondente considerou a inclusão da questão importante para que o profissional possa nortear os cuidados com aquela criança, porém afirma que as questões sobre higiene não são abordadas nas consultas. Houve, ainda, uma participante que não

considerou importante, pois o tema higiene não é questão de consulta de saúde da criança.

Tabela 9 - Distribuição dos familiares segundo respostas aos tópicos da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*, relativos à higiene. São Paulo, 2010

Questão	Sim		Não		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
A família procura manter hábitos de higiene pessoal (banho diário, lavagem das mãos, escovação de dentes, cuidados com cabelos e roupas)?	91	94,8	5	5,2	-	-
A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essa pergunta sobre higiene nas consultas?	87	90,6	6	6,3	3	3,1
A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre a higiene nas consultas?	18	18,8	72	75,0	6	6,2

FONTE: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Tabela 10 - Distribuição das justificativas dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão das perguntas sobre Higiene. São Paulo, 2011

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria – É importante perguntar, porque higiene é necessária.		
Precisa higiene para manter a saúde do bebê	5	35,7
Higiene é tudo	3	21,4
Categoria - É importante perguntar, para o profissional nortear sua conduta.	4	28,5
Categoria – É importante perguntar, mas não perguntam na consulta.	1	7,2
Categoria – É importante perguntar, porque tem família que não cuida da criança.	1	7,2
Total	14	(100,0)

FONTE: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Quanto ao tema saúde (**Tabela 11**), a maioria das famílias consegue reconhecer quando a criança precisa de algum tratamento e leva a criança ao serviço de saúde, garantindo o tratamento proposto pelo serviço, a cobertura vacinal é de 99%, um bom número oferece preparações caseiras para criança (chás) e 86 responsáveis consideram importante o profissional realizar essas perguntas referentes ao tema saúde.

Tabela 11 - Distribuição dos familiares segundo as respostas aos tópicos da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*, relativos à saúde. São Paulo, 2010

Questão	Sim		Não		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
A família leva a criança para as consultas marcadas nos serviços de saúde?	95	99,0	1	1,0	-	-
As vacinas da criança estão em dia?	95	99,0	1	1,0	-	-
A família reconhece quando a criança precisa de tratamento (tem tosse ou dificuldade para respirar, diarreia, febre prolongada,) e a leva para os serviços de saúde?	95	99,0	-	-	1	1,0
A família consegue garantir os tratamentos indicados pelo serviço de saúde?	93	96,9	3	3,1	-	-
A família utiliza preparações caseiras para tratamento de problemas de saúde da criança?	40	41,7	56	58,3	-	-
A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre cuidado com a saúde nas consultas?	86	89,6	7	7,3	3	3,1
A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre o cuidado com a saúde nas consultas?	16	16,7	73	76,0	7	7,3

FONTE: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

Tabela 12 - Distribuição das justificativas dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão das perguntas sobre a Saúde. São Paulo, 2011

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria – É importante perguntar, para o profissional orientar os cuidados com o bebê.	10	71,4
Categoria – É importante perguntar para saber como estão os cuidados com a criança.	3	21,4

Continua

Tabela 12 - Distribuição das justificativas dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão da pergunta sobre a Saúde. São Paulo, 2011

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria – Não é importante perguntar, porque não é assunto para a consulta.	1	7,2
Total	14	(100,0)

FONTE: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Como justificativa das 14 questionadas sobre o tema saúde (**Tabela 12**), mais de 70% consideram importante o profissional realizar essas perguntas direcionadas à temática saúde para que ele possa orientar os cuidados com o bebê, 21,4% atribuem a importância para saber como estão os cuidados com a criança. Apenas uma resposta negou a importância da pergunta pelo profissional, justificando que não é assunto para a consulta.

Quanto ao tema brincadeira, os cuidados abordados incluem características, como: tipo de brincadeira; aspectos educativos, voltados para o desenvolvimento, e aspectos afetivos e sociais.

Tabela 13 - Distribuição dos familiares segundo aos tópicos da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*, relativos à brincadeira. São Paulo, 2010

Questão	Sim		Não		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
O bebê tem oportunidade de ficar em diferentes locais (colo, berço, chão) e posições (deitado, de bruços, sentado)?	92	95,8	4	4,2	-	-
A família oferece diferentes objetos: coloridos, de pano, plástico, papel, borracha, madeira (que não ofereçam perigo) para o bebê?	82	85,4	14	14,6	-	-
A família aproveita a hora da alimentação, do banho ou da troca de roupas da criança, como oportunidades para brincar e conversar com ela?	96	100,0	-	-	-	-
A família passa algum tempo com a criança, diariamente, participando de suas brincadeiras, conversando, contando histórias ou cantando?	96	100,0	-	-	-	-

Continua

Tabela 13 - Distribuição dos familiares segundo aos tópicos da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*, relativos à brincadeira. São Paulo, 2010

Questão	Sim		Não		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre as atividades do bebê nas consultas?	18	18,8	70	72,9	8	8,3

FONTE: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Em relação à brincadeira, em 95,8% das respostas o bebê tem a oportunidade de permanecer em locais e posições diferentes (**Tabela 13**), mais de 85,4% oferece objetos brinquedos, todas afirmam que aproveitam os demais momentos de cuidados, alimentação, hora do banho, entre outros, para brincar e conversar com o bebê. Como justificativas das 14 questionadas, quatro afirmam que é importante para o profissional nortear as suas ações, outras quatro afirmam que é importante perguntar para orientar a família em relação ao tipo de brincadeira, para saber se a família interage com a criança, 21,4% relatam que criança que brinca cresce saudável, 14,4% relatam não considerar importante perguntar, mas não justificam as respostas. Houve uma participante considera importante fazer a pergunta na consulta, porém, isso não acontece.

Tabela 14 - Distribuição das justificativas dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão das perguntas sobre a Brincadeira. São Paulo, 2011

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria – É importante perguntar, para o profissional nortear suas ações.		
O profissional precisa orientar os cuidados e as brincadeiras [educativas] com o bebê	4	28,5
O profissional precisa saber sobre a interação familiar	4	28,5
		Continua

Tabela 14 - Distribuição das justificativas dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão das perguntas sobre a Brincadeira. São Paulo, 2011

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria – É importante perguntar, porque a criança que brinca cresce saudável.	3	21,4
Categoria – É importante perguntar, mas não fazem esse tipo de pergunta nas consultas.	1	7,2
Categoria – Não é importante perguntar, mas não sabe justificar o porque.	2	14,4
Categoria – Não é importante perguntar, porque não é assunto para a consulta.	1	7,2
Total	14	(100,0)

FONTE: UBS Dr. Thércio Ventura, São Paulo.

Em relação ao tema prevenção de acidentes, os cuidados abordados incluem aspectos relacionados às ações de cuidados que as famílias oferecem às crianças.

Tabela 15 - Distribuição dos familiares segundo respostas aos tópicos da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*, relativos à prevenção de acidentes. São Paulo, 2010

Questão	Sim		Não		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
O bebê dorme em lugar e posição sem perigo de sufocar-se (fios/ cordão de chupeta/ panos) ou de ter contato com insetos ou animais que possam feri-lo?	90	93,8	6	6,2	-	-
A família deixa fora do alcance da criança coisas que possam queimar, envenenar ou machucar, como: panelas quentes, ferro de passar roupa, remédios, produtos de limpeza, faca, tesoura, copos de vidro, fios e tomadas?	95	99,0	1	1,0	-	-
A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre prevenção de acidentes com a criança nas consultas?	86	89,6	10	10,4	-	-
A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre a prevenção de acidentes nas consultas?	25	26,0	65	67,7	6	6,3

FONTE: UBS Dr. Thércio Ventura, São Paulo.

Em relação aos cuidados referentes à prevenção de acidentes, conforme a **Tabela 15**, mais de 90% conseguem manter o bebê fora de perigo no dia a dia, mantendo fora do alcance da criança coisas que possam feri-la ou machucá-la. E como justificativa para essas questões, as respondentes atribuem a importância conforme **Tabela 16**.

Tabela 16 - Distribuição das justificativas dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão das perguntas sobre Prevenção de Acidentes. São Paulo, 2011

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria – É importante perguntar, para o profissional nortear sua conduta.		
O profissional tem que orientar os cuidados com o bebê	4	28,5
O profissional tem que prevenir os acidentes.	4	28,5
O profissional tem que saber como a família está cuidando da criança.	3	21,4
Categoria – Não é importante perguntar, porque não é assunto para a consulta.	2	14,2
Categoria – É importante perguntar, mas não fazem isso nas consultas.	1	7,1
Total	14	(100,0)

FONTE: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

A grande parte dos respondentes considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre prevenção de acidentes com a criança nas consultas de saúde infantil. E como justificativa: 28,5% disseram que é importante para orientar os cuidados com o bebê e 28,5% disseram ser importante para prevenir os acidentes. Três respondentes justificaram a importância para se saber como a família está cuidando da criança. Duas pessoas não consideram importante perguntar sobre prevenção de acidentes, uma porque não vem ao caso e a outra porque não considera necessário. Uma pessoa diz considerar importante, porém isso não é perguntado em consultas na unidade.

Em relação ao tema amor e segurança, os cuidados envolvidos incluem aspectos os afetivos, sociais, práticas de cuidados, organização e rotina da criança.

Tabela 17 - Distribuição dos familiares segundo respostas aos tópicos da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança*, relativos aos cuidados de amor e segurança. São Paulo, 2010

Questão	Sim		Não		Não sabe	
	N	%	n	%	n	%
A família mostra afeto pela criança conversando, tocando-a com carinho, aconchegando-a no colo, brincando com ela, mesmo quando ela não está chorando?	96	100,0	-	-	-	-
O dia a dia da criança é organizado em relação aos horários e pessoas conhecidas para seu cuidado?	91	94,8	5	5,2	-	-
A família dá limites à criança, conversando e explicando o que considera errado, sem precisar bater nem dar castigos violentos?	66	68,8	30	31,2	-	-
Além da família e da casa, a criança tem outros lugares onde possa ficar e ser cuidada por pessoas de confiança, com atenção a sua saúde, higiene, alimentação e estimulação?	69	71,9	27	28,1	-	-
A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre o relacionamento da família com a criança nas consultas?	76	79,2	15	15,6	5	5,2
A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre o relacionamento da família com a criança nas consultas?	12	12,5	70	72,9	14	14,6

FONTE: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

Todas as famílias conseguem proporcionar momentos agradáveis para a criança, oferecendo carinho, afeto e promovem atividades que estimulem a criança, mesmo quando não estão chorando. Conseguem ainda proporcionar uma rotina organizada, mantendo hábitos saudáveis e a criança em uma rede social segura, articulando o cuidado infantil, amor e a segurança para elas. Ficou evidenciado que as famílias ainda sentem dificuldades em dar limites às crianças, sem precisar dar castigos ou bater, mesmo se tratando de crianças menores de um ano. Um pouco mais da metade das respondentes consideram importante o profissional de saúde

fazer essas perguntas na consulta para poder nortear a sua conduta, conhecendo as pessoas que integram a rede social da criança (**Tabela 17**).

Tabela 18 - Distribuição das justificativas dos familiares segundo categorias referentes à importância da inclusão das perguntas sobre Amor e Segurança. São Paulo, 2011

Categorias e Justificativas	N	(%)
Categoria – É importante perguntar, para o profissional nortear sua conduta.		
O profissional precisa saber quem faz parte da rede social da criança.	6	43,1
O profissional precisa orientar os cuidados com o bebê	4	28,5
O profissional precisa saber se a família dá carinho, afeto e atenção para a criança.	2	14,2
Categoria – É importante perguntar, mas não fazem isso nas consultas na unidade.	1	7,1
Categoria – Não é importante perguntar, porque não é assunto para a consulta.	1	7,1
Total	14	(100,0)

FONTE: UBS Dr. Thésio Ventura, São Paulo.

Quanto aos locais onde ela possa ficar e ser cuidada por pessoas de confiança, com atenção à saúde, higiene, alimentação e estimulação, e à rede social da criança, grande parte das respondentes afirmam que conseguem garantir esses locais e considera importante o profissional fazer essas perguntas para saber se as famílias dão carinho, afeto e atenção para as crianças e relatam que é importante o profissional conhecer essa rede social para nortear condutas e cuidados (**Tabela 18**). Das 14 respostas obtidas somente uma pessoa referiu que é importante perguntar sobre amor e segurança, mas que essa pergunta não era realizada na consulta e houve outra respondente que não considerou importante o profissional realizar a pergunta relacionada ao tema amor e segurança, justificando que esse assunto não cabe às consultas de saúde.

5.2 ANÁLISE ESTRATIFICADA PELA ESCOLARIDADE DO FAMILIAR

De todos os cruzamentos realizados entre as variáveis só houve significância estatística a variável escolaridade do familiar, por isso optou-se por apresentar somente os dados sobre a escolaridade.

Em relação às questões iniciais da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança* que abordam a história da chegada da criança na família, apenas a questão sobre a ocorrência de acontecimento que modificou a rotina da criança teve significância, quanto ao maior número de respostas positivas para mães com maior escolaridade **(Tabela 19)**.

Tabela 19 - Distribuição de respostas sobre a chegada da criança na família segundo escolaridade do familiar. São Paulo, 2011

Questão	Escolaridade								P-valor
	0 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A criança tem registro de nascimento?									
Não	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,0	>0,999
Sim	24	100,0	58	98,3	13	100,0	95	99,0	
A criança tem algum problema que precise de atenção especial?									
Não	19	79,0	48	81,0	12	92,3	79	82,0	0,689
Sim	5	21,0	11	19,0	1	7,7	17	18,0	
Quem percebeu ou falou sobre esse problema da criança:									
Conhecido	0	0,0	2	25,0	0	0,0	2	16,7	>0,999
Família	0	0,0	1	12,0	0	0,0	1	8,3	
Prof, da saúde	3	100,0	5	62,0	1	100,0	9	75,0	
Houve algum acontecimento na vida da criança que mudou sua rotina?									
Não	22	91,7	48	81,0	7	54,0	77	80,0	0,025*
Sim	2	8,3	11	19,0	6	46,0	19	20,0	
A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre a história da criança nas consultas?									
Não	1	4,2	1	1,7	1	7,7	3	3,1	0,260
Sim	23	95,8	53	89,8	12	92,3	88	91,7	
Não sei	0	0,0	5	8,5	0	0,0	5	5,2	

FONTE: UBS Dr. Thérésio Ventura, São Paulo.

* p valor $\leq 0,05$ (qui-quadrado)

5.1.1 Alimentação

Quanto às questões referentes à alimentação da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança*, que incluem cuidados referentes ao tipo de alimentação, quantidade, qualidade e os momentos de interação e promoção do vínculo afetivo, houve maior frequência de respostas positivas relacionadas ao momento agradável de contato e conversa que as famílias proporcionavam, nas mulheres com melhor escolaridade (quatro a 11 anos de estudo).

Tabela 20 - Distribuição de respostas sobre alimentação segundo escolaridade dos familiares. São Paulo, 2010

Questão	Escolaridade								P-valor
	0 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Nos primeiros 6 meses, o bebê recebe somente leite do peito, pelo menos 8 vezes por dia?									
Não	4	27,0	16	35,6	2	22,0	22	31,9	0,800
Sim	11	73,0	28	62,2	7	78,0	46	66,7	-
Não sei	0	0,0	1	2,2	0	0,0	1	1,4	-
A família aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê?									
Não	3	12,0	6	10,0	1	7,7	10	10,0	0,891
Sim	21	88,0	53	90,0	12	92,3	86	90,0	-
Após os 6 meses, além do leite, a criança recebe suco ou papa de frutas e papa salgada, em horários regulares?									
Não	2	10,0	2	5,3	3	25,0	7	10,0	0,251
Sim	18	90,0	35	92,1	9	75,0	62	88,6	-
Não sei	0	0,0	1	2,6	0	0,0	1	1,4	-
A família procura fazer das refeições um momento agradável de contato e conversa?									
Não	6	25,0	1	1,7	0	0,0	7	7,3	0,005
Sim	18	75,0	56	94,9	13	100,0	87	90,6	-
Não sei	0	0,0	2	3,4	0	0,0	2	2,1	-

Continua

Tabela 20 - Distribuição de respostas sobre alimentação segundo escolaridade dos familiares. São Paulo, 2010

Questão	Escolaridade								P-valor
	0 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre alimentação nas consultas?									
Não	0	0,0	4	6,8	0	0,0	4	4,2	0,733
Sim	23	95,8	51	86,4	13	100,0	87	90,6	-
Não sei	1	4,2	4	6,8	0	0,0	5	5,2	-
A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre a alimentação nas consultas?									
Não	17	71,0	39	66,1	7	54,0	63	65,6	0,425
Sim	7	29,0	15	25,4	4	31,0	26	27,1	-
Não sei	0	0,0	5	8,5	2	15,0	7	7,3	-

FONTE: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

5.1.2 Higiene

Em relação ao bloco temático higiene, que aborda cuidados como lavagem das mãos, banhos diários, troca e lavagem das roupas, não houve significância estatística quanto à escolaridade das respondentes.

Tabela 21 - Distribuição de respostas sobre higiene segundo escolaridade dos familiares. São Paulo, 2010

Questão	Escolaridade								P-valor
	0 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A família procura manter hábitos de higiene pessoal ?									
Não	1	4,2	3	5,1	1	7,7	5	5,2	0,821
Sim	23	95,8	56	94,9	12	92,3	91	94,8	-
A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre higiene nas consultas?									
Não	1	4,1	4	6,8	1	7,7	6	6,3	>0,999
Sim	22	91,7	53	89,8	12	92,3	87	90,6	-
Não sei	1	4,2	2	3,4	0	0,0	3	3,1	-

Continua

Tabela 21 - Distribuição de respostas sobre higiene segundo escolaridade dos familiares. São Paulo, 2010

Questão	Escolaridade								P-valor
	0 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre a higiene nas consultas?									
Não	21	88,0	42	71,0	9	69,0	72	75,0	0,269
Sim	3	12,0	11	19,0	4	31,0	18	18,8	-
Não sei	0	0,0	6	10,0	0	0,0	6	6,2	-

FONTE: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

5.1.3 Saúde

Em relação ao bloco temático saúde que aborda cuidados relacionados às consultas marcadas, tratamentos propostos, cobertura vacinal, uso de preparações caseiras para as crianças, houve significância estatística com os familiares com menor escolaridade (zero a três anos de estudo).

Tabela 22 - Distribuição de respostas sobre saúde segundo escolaridade de familiares, São Paulo, 2010

Questão	Escolaridade								P-valor
	0 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A família leva a criança para as consultas marcadas nos serviços de saúde?									
Não	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,0	>0,999
Sim	24	100,0	58	98,3	13	100,0	95	99,0	-
As vacinas da criança estão em dia?									
Não	1	4,2	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0,385
Sim	23	95,8	59	100,0	13	100,0	95	99,0	-
A família reconhece quando a criança precisa de tratamento e a leva para os serviços de saúde?									
Não	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,0	>0,999
Sim	24	100,0	58	98,3	13	100,0	95	99,0	-

Continua

Tabela 22 - Distribuição de respostas sobre saúde segundo escolaridade de familiares, São Paulo, 2010

Questão	Escolaridade								P-valor
	0 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A família consegue garantir os tratamentos indicados pelo serviço de saúde?									
Não	1	4,2	1	1,7	1	7,7	3	3,1	0,329
Sim	23	95,8	58	98,3	12	92,3	93	96,9	-
A família utiliza preparações caseiras para tratamento de problemas de saúde da criança?									
Não	9	38,0	36	61,0	11	85,0	56	58,0	0,019
Sim	15	62,0	23	39,0	2	15,0	40	42,0	
A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre cuidado com a saúde nas consultas?									
Não	2	8,3	5	8,5	0	0,0	7	7,3	0,923
Sim	21	87,5	52	88,1	13	100,0	86	89,6	-
Não sei	1	4,2	2	3,4	0	0,0	3	3,1	-
A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre o cuidado com a saúde nas consultas?									
Não	19	79,0	44	74,0	10	77,0	73	76,0	0,314
Sim	5	21,0	8	14,0	3	23,0	16	16,7	-
Não sei	0	0,0	7	12,0	0	0,0	7	7,3	-

FONTE: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

5.1.4 Brincadeira

Quanto ao bloco temático brincadeira, que inclui aspectos relacionados às oportunidades que o bebê tem em relação às posições e locais, e tipos de objetos/brinquedos, não houve significância estatística.

Tabela 23 - Distribuição de respostas sobre brincadeiras segundo escolaridade do familiar. São Paulo, 2010

Questão	Escolaridade								P-valor
	0 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
O bebê tem oportunidade de ficar em diferentes locais e posições?									
Não	2	8,3	2	3,4	0	0,0	4	4,2	0,604
								95,	
Sim	22	91,7	57	96,6	13	100,0	92	8	-

Continua

Tabela 23 - Distribuição de respostas sobre brincadeiras segundo escolaridade do familiar. São Paulo, 2010

Questão	Escolaridade								P-valor
	0 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A família oferece diferentes objetos: coloridos, de pano, plástico, papel, borracha, madeira para o bebê?									
Não	5	21,0	9	15,0	0	0,0	14	15,0	0,264
Sim	19	79,0	50	85,0	13	100,0	82	85,0	-
A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre brincadeiras no dia-a-dia da criança nas consultas?									
Não	4	17,0	11	18,6	3	23,0	18	18,7	0,783
Sim	20	83,0	44	74,6	10	77,0	74	77,1	-
Não sei	0	0,0	4	6,8	0	0,0	4	4,2	-
A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre as atividades do bebê nas consultas?									
Não	20	83,3	42	71,0	8	62,0	70	72,9	0,248
Sim	3	12,5	10	17,0	5	38,0	18	18,8	-
Não sei	1	4,2	7	12,0	0	0,0	8	8,3	-

FONTE: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

5.1.5 Prevenção de acidentes

Referente ao bloco temático prevenção de acidentes, que contemplam assuntos relacionados aos locais de dormir e objetos que possam ferir ou machucar o bebê, não houve significância estatística.

Tabela 24 - Distribuição de respostas sobre prevenção de acidentes segundo escolaridade do familiar. São Paulo, 2010

Questão	Escolaridade								P-valor
	0 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
O bebê dorme em lugar e posição sem perigo de sufocar-se ou de ter contato com insetos ou animais que possam feri-lo?									
Não	2	8,3	2	3,4	2	15,0	6	6,2	0,152
Sim	22	91,7	57	96,6	11	85,0	90	93,8	-

-
Continua

Tabela 24 - Distribuição de respostas sobre prevenção de acidentes segundo escolaridade do familiar. São Paulo, 2010

Questão	Escolaridade								P-valor
	0 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A família deixa fora do alcance da criança coisas que possam queimar, envenenar ou machucar?									
Não	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,0	>0,999
Sim	24	100,0	58	98,3	13	100,0	95	99,0	-
A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre prevenção de acidentes com a criança nas consultas?									
Não	2	8,3	7	12,0	1	7,7	10	10,0	>0,999
Sim	22	91,7	52	88,0	12	92,3	86	90,0	
A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre a prevenção de acidentes nas consultas?									
Não	19	79,1	40	67,8	6	46,1	65	67,8	0,296
Sim	4	16,7	15	25,4	6	46,2	25	26,0	-
Não sei	1	4,2	4	6,8	1	7,7	6	6,2	

FONTE: UBS Dr. Thércio Ventura, São Paulo.

5.1.6 Amor e segurança

Quanto ao bloco temático amor e segurança, verificou-se, em relação aos limites dados as crianças, que as mulheres com quatro a sete anos de estudo apresentaram menor frequência de respostas positivas, ou seja, colocam limites conversando e explicando, sem precisar bater nem dar castigos violentos. Ainda em relação a esse bloco temático, verificou-se que maior número de mulheres com menor escolaridade (zero a três anos de estudo) não achavam que deveriam ser perguntadas outras coisas sobre o relacionamento da família.

Tabela 25 - Distribuição de respostas sobre amor e segurança segundo escolaridade do familiar. São Paulo, 2010

Questão	Escolaridade						Total		P-valor
	0 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
O dia-a-dia da criança é organizado em relação aos horários e pessoas conhecidas para seu cuidado?									
Não	3	12,0	2	3,4	0	0,0	5	5,2	0,229
Sim	21	88,0	57	96,6	13	100,0	91	94,8	-
A família dá limites à criança, conversando e explicando o que considera errado, sem precisar bater nem dar castigos violentos?									
Não	4	17,0	25	42,0	1	7,7	30	31,0	0,011
Sim	20	83,0	34	58,0	12	92,3	66	69,0	-
Além da família e da casa, a criança tem outros lugares onde possa ficar e ser cuidada por pessoas de confiança, com atenção a sua saúde, higiene, alimentação e estimulação?									
Não	6	25,0	19	32,0	2	15,0	27	28,0	0,460
Sim	18	75,0	40	68,0	11	85,0	69	72,0	-
A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre o relacionamento da família com a criança nas consultas?									
Não	4	16,6	10	16,9	1	7,7	15	15,6	0,912
Sim	19	79,2	45	76,3	12	92,3	76	79,2	-
Não sei	1	4,2	4	6,8	0	0,0	5	5,2	-
A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre o relacionamento da família com a criança nas consultas?									
Não	20	83,0	41	69,5	9	69,2	70	73,0	0,033
Sim	4	17,0	5	8,5	3	23,1	12	12,0	-
Não sei	0	0,0	13	22,0	1	7,7	14	15,0	-

FONTE: UBS Dr. Thersio Ventura, São Paulo.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta investigação buscou conhecer os cuidados realizados pelas famílias para a promoção da saúde de crianças menores de um ano, bem como a importância atribuída à inserção de questões sobre tais cuidados durante as consultas de saúde. Para tanto, usou como referência a *Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança* de um ano pelas mães e responsáveis.

De modo geral, a maioria dos familiares refere que os cuidados abordados são realizados e atribuíram importância para o plano de cuidados contidos na ficha. Afirmam que é importante o profissional fazer a investigação na consulta pediátrica, conhecer a criança, a família e as práticas de cuidados que estão sendo aplicadas e, mais do que tudo, saber se os cuidados importantes são realizados, pois uma falha nesse processo pode favorecer algumas ocorrências e algum déficit no desenvolvimento.

A prática do cuidado situa a vida do ser humano, em suas atitudes, no seu jeito de viver, se expressar e se relacionar. O ato de cuidar da criança requer conhecimento, experiência, capacidade e dedicação, pois, nessa etapa do ciclo vital, ela está totalmente dependente de cuidados para crescer e se desenvolver de forma adequada. O cuidado necessita da dedicação de todos envolvidos no processo de cuidado – mãe, família e profissionais de saúde – em que cada um contribui com seus conhecimentos, experiências, atitudes, intuição e pensamento crítico para a promoção da saúde da criança (Zanatta, 2006).

Sendo assim, o ambiente em que o lactente vive pode dar diferentes formatos ou moldar aspectos do seu comportamento. O ambiente positivo age como facilitador do desenvolvimento normal, pois possibilita a exploração e interação com o meio (Silva et al., 2006).

A investigação da chegada e aceitação da criança na família, a espera, o nascimento, faz parte de um momento único na vida das famílias. A boa aceitação da criança, a inserção da criança no convívio, a promoção do vínculo família-bebê, as adaptações do ambiente e as novas funções

familiares são fatores fundamentais para o seu crescimento e desenvolvimento.

Além dos cuidados técnicos, como alimentar e higienizar, os familiares também lembram os cuidados afetivos, importantes para que a criança sintam-se amada, desejada e feliz, e que esses cuidados começam ainda na gestação, por meio da adoção de práticas saudáveis de vida e da aceitação da gravidez pela mulher e pela família que, nessa etapa, lhe oferece carinho, afeto e suporte, ingredientes fundamentais ao cuidado (Zanatta, 2006).

Em concordância com nossos achados, estudos de Silva e Magalhães (2011) mostraram a tendenciosidade por parte dos cuidadores à valorização das práticas de cuidados: estimulação cognitiva; higiene básica; proximidade interpessoal e promoção da individualidade; estimulação do lactente por meio de exposição a objetos; pessoas e sabor de alimentos, bem como manutenção da higiene e socialização para interação pública. E que as cognições parentais podem ter influências sobre a forma como os pais ou cuidadores lidam com as crianças, produzindo resultados diferentes no que se refere à quantidade e qualidade do desenvolvimento alcançado por cada indivíduo

A grande maioria dos familiares atribuiu à importância nos aspectos relacionados à alimentação do bebê pela identificação de que as orientações oferecidas pelos profissionais servem como suporte e guia para a realização dessa tarefa. Além de considerarem importante e pertinente a interação presente nesse processo.

A alimentação da criança no primeiro ano de vida é um momento de transição entre o alimento líquido – leite materno – para alimentos em consistência pastosa. Com esta pesquisa identificamos a necessidade das orientações prestadas pelo serviço de saúde para que o familiar possa atender de forma adequada a essa tarefa. Durante as entrevistas foi identificado a ansiedade de informação em relação à forma correta de alimentar. A quantidade, a qualidade e as formas agradáveis para transformar esse momento em promoção de vínculo e interação familiar. Vimos também que a produção das refeições e o cuidado com a saúde da criança ainda é uma

atribuição feminina, em muitos casos passada de geração para geração, entrelaçando a dimensão econômica com a afetiva e com a de ritual de socialização (Rotemberg, Vargas, 2004).

A partir da aplicação do instrumento, foi possível verificar o tipo de alimentação das crianças e se as mães/cuidadoras seguiam o tratamento conforme as orientações de equipe de saúde, assim como a atribuição de importância a todos esses conteúdos. As mães/respondentes referiram que a alimentação é um cuidado presente na rotina da criança, além da importância do profissional avaliar se as mães/cuidadoras têm conseguido seguir as orientações, e em caso negativo realizar novas condutas.

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (MS, 2009).

Cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família. É necessário que busque formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar uma prática saudável de aleitamento materno (MS, 2009).

Além da promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho, estudos indicam que a amamentação traz benefícios psicológicos para criança e para mãe. O contato contínuo durante a amamentação, olhos nos olhos certamente fortalecem os laços afetivos entre eles, oportunizando momentos prazerosos de intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher (MS, 2009).

Amamentação é uma forma muito especial de comunicação e confiança entre a mãe e o bebê.

Ainda como benefício do aleitamento materno, uma melhor qualidade de vida levando as crianças adoecerem menos, menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, o que pode implicar menos faltas ao

trabalho dos pais, bem como menos gastos e situações estressantes. Além disso, quando a amamentação é bem sucedida, mães e crianças podem estar mais felizes, com repercussão nas relações familiares e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas famílias (Salve 2008).

Contudo, a maioria das dúvidas achadas neste estudo era relacionada ao tipo e quantidade de alimentação, e não ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses (Salve 2008).

A alimentação complementar deve suprir as necessidades nutricionais a partir dos seis meses de vida. A alimentação complementar deve ser introduzida de forma progressiva, esse processo exige todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual são apresentados ao bebê novos sabores, cores, aromas, texturas e saberes (Salve 2008).

O grande desafio do profissional é nortear adequadamente esse processo, auxiliando o familiar de forma correta e estar atento às necessidades de novas orientações.

O sucesso da alimentação complementar depende de muita paciência, afeto e suporte por parte da mãe e de todos os cuidadores da criança. A família toda deve ser inserida e estimulada a contribuir positivamente nessa fase. Dessa forma, a atenção com a saúde deve ser uma responsabilidade de todos aqueles que cuidam, de forma direta ou indireta, de crianças (Salve 2008).

Os cuidados com a nossa higiene (tomar banho, lavar os cabelos, cortar as unhas, escovar os dentes) são hábitos que devem ser incentivados desde cedo na vida das crianças. A rotina de cuidados com as crianças em relação à higiene – banho, cabelos limpos, unhas aparadas, roupas adequadas ao clima, ambientes e espaços limpos – são estruturantes para as crianças e formam hábitos saudáveis.

Os cuidados de higiene com a criança pequena são necessários e, como todas as atividades em que há interação da criança com o adulto e entre crianças, as situações que envolvem os cuidados com a higiene pessoal podem ser também momentos de trocas afetivas e descobertas (Remor et al., 2009).

Em relação aos achados deste estudo, a preocupação condiz com os achados da literatura, em manter a saúde e higiene do bebê. Em algumas falas, pode-se identificar a preocupação das respondentes em manter hábitos saudáveis para evitar doenças e para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças. Além de aproveitar esses momentos para promover o vínculo afetivo entre todas as partes.

Neste estudo, podemos afirmar, ainda, que as respondentes conseguem reconhecer quando a criança precisa de um atendimento de saúde, assim como identificar certos agravos, como febre, tosse, diarreia e levar para os serviços de saúde, garantindo a execução das orientações recebidas no serviço. Apresentam quase que a totalidade na cobertura vacinal, e atribuem importância às questões na consulta de puericultura.

Estudos revelam que as mães valorizam os cuidados com o corpo, dentes e cabelos de seus filhos, associando-os ao bem-estar e à aceitação social, bem como à proteção contra doenças (Remor et al., 2009).

A reação favorável das pessoas à aparência do seu filho é um grande estímulo para manterem os cuidados de higiene, tanto por significar uma aprovação do seu desempenho materno como por coincidir com o desejo de que seus filhos sejam socialmente bem aceitos (Remor et al., 2009).

Neste trabalho, todos os cuidados contidos na ficha do Janelas foram considerados importantes, alguns mais, outros menos.

Para as questões relacionadas à brincadeira, é unânime entre as respondentes que, durante os cuidados prestados diários às crianças, as famílias aproveitam a hora da alimentação, do banho ou troca de roupas como oportunidades para conversar e brincar com a criança. Todas afirmaram que passam algum tempo do dia com a criança, participando de suas brincadeiras, conversando, contando histórias ou cantando, e como justificativas, as que foram questionadas se remetem à importância para a qualidade das brincadeiras, o impacto que elas podem ter no desenvolvimento da criança e que, por meio da brincadeira, a criança cresce saudável e feliz.

Segundo Brougère (1998), a brincadeira das crianças evolui mais nos seis primeiros anos de vida do que em qualquer outra fase do

desenvolvimento humano e neste período. A partir da brincadeira, a criança constrói sua experiência de se relacionar com o mundo de maneira ativa, vivencia experiências de tomadas de decisões, oportuniza o desenvolvimento da autonomia, criatividade e responsabilidade quanto a suas próprias ações.

Segundo Vygotsky (1998), a brincadeira representa o funcionamento da criança na zona proximal e, portanto, promove o desenvolvimento infantil.

A brincadeira é de fundamental importância para o desenvolvimento infantil na medida em que a criança pode transformar e produzir novos significados (Pedroso et al., 2011).

O desenvolvimento infantil é determinado pela ação na esfera imaginativa, pelas intenções voluntárias, pela formação de planos da vida real e pelas motivações. Alguns estudos mostram que as crianças que não têm oportunidade de brincar, apresentam alguma dificuldade em conquistar o domínio sobre o mundo exterior. O brincar assume, pois, duas facetas: a de passado, através da resolução simbólica de problemas não-resolvidos; e a de futuro, na forma de preparação para a vida (Pedroso et al., 2011).

O brinquedo é uma oportunidade para o desenvolvimento. Por meio da brincadeira, a criança experimenta, descobre, inventa, aprende e confere habilidades. Estimula a curiosidade, a autoconfiança e a autonomia, proporciona o desenvolvimento da linguagem, do pensamento e da concentração e atenção. Brincar é indispensável à saúde física, emocional e intelectual da criança.

Segundo Benjamin (2002), quando a criança brinca, além de conjugar materiais heterogêneos (pedra, areia, madeira e papel), ela faz construções sofisticadas da realidade e desenvolve seu potencial criativo, transforma a função dos objetos para atender seus desejos. Assim, um pedaço de madeira pode virar um cavalo; com areia, ela faz bolos, doces para sua festa de aniversário imaginária; e, ainda, cadeiras se transformam em trem, em que ela tem a função de conduto, imitando o adulto.

Brincar junto reforça os laços afetivos. É uma manifestação do nosso amor à criança. A participação do adulto na brincadeira da criança eleva o nível de interesse, enriquece e contribui para o esclarecimento de dúvidas

durante o jogo. Ao mesmo tempo, a criança sente-se prestigiada e desafiada, descobrindo e vivendo experiências que tornam o brinquedo o recurso mais estimulante e mais rico em aprendizado (Pedroso et al., 2011).

Neste trabalho, em relação à temática prevenção de acidentes, a maioria consegue manter a criança em locais que minimizem os riscos à saúde da criança, considera importante o profissional incluir essas perguntas na consulta, e justificam essa afirmação dizendo que é importante perguntar para a prevenção dos acidentes, para que o profissional possa orientar e para que o profissional saiba quem cuida da criança. Nas falas das entrevistadas percebe-se uma grande preocupação com esse tema, elas usam exemplos diários, experiências que compartilharam mesmo em programas de televisão.

Os acidentes podem ser evitados e a prevenção deve fazer parte da promoção da saúde durante toda infância, com a finalidade de proteger a criança das lesões acidentais, os cuidadores precisam conhecer as características comportamentais normais que possam levá-las há algum tipo de acidente . (Whaley, Wong, 1999).

Os acidentes, assim como as doenças, resultam de uma interação desfavorável entre um agente etiológico e um hospedeiro suscetível, ocorrendo dentro de um determinado ambiente (Del Ciampo, Ricco, 1996).

Pordeus e colaboradores (2003) constataram que as ações de prevenção aos acidentes e violências não ocorrem de modo rotineiro e sistemático.

Estudos mostram que, de modo geral, nota-se que o ambiente doméstico está, cada vez mais sendo atingido pelo desenvolvimento tecnológico, tornando-se em algumas situações altamente perigoso para as crianças, devido à característica de ser um centro de atividades diárias para a família.

Deve-se incorporar prática médica diária, discussão, orientação e divulgação dos preceitos básicos em prevenção de acidentes junto à famílias, assumindo claramente o papel de educador e difusor de conhecimentos, tendo em vista os riscos inerentes ao ambiente da criança e ao seu estágio de desenvolvimento (Del Ciampo et al., 1997).

É de extrema importância a precoce educação, no período da infância, referente à segurança no trânsito e prevenção de acidentes. Devemos ressaltar o papel da Enfermagem na educação em saúde para a família, em relação ao desenvolvimento da criança, permitindo maior compreensão, conscientização e conseqüentemente, mudanças de atitudes que diminuam a incidência de acidentes (Cumaru et al., 2004).

Pouquíssimos respondentes relataram não considerar importante o profissional realizar perguntas sobre prevenção de acidentes por acreditarem que esse tema não cabe às consultas de saúde infantil.

Em relação ao tema amor e segurança, todas as participantes afirmaram conseguir dar afeto para a criança e consideram essa temática importante, ficou evidente que as famílias demonstram dificuldade em aplicar limites às crianças, atribuindo à pouca idade das crianças. Mas todas justificam a importância do tema para que o profissional possa conhecer as famílias saber quem faz parte da rede social da criança para nortear suas ações. A maioria referenciou a temática direcionando as respostas para o afeto, promoção do vínculo e participação familiar.

Alguns autores referem o cuidado centrado na família com a finalidade de reconhecer a força da família como uma constante na vida da criança, estreitando os laços entre as famílias e os profissionais em todos os níveis de cuidado à saúde.

Segundo Shildes e colaboradores (2006), o cuidado centrado na família foi então definido como a maneira de cuidar da criança e sua família, assegurando que haja um planejamento em torno da família como unidade, na qual todos os membros sejam reconhecidos como foco do cuidado e não somente a criança.

O afeto desempenha papel essencial no funcionamento da inteligência (Piaget, 2001). A afetividade começa na família e se estende para outros relacionamentos. Se há falta de vinculação afetiva familiar, pode haver também um impedimento para a construção de novos vínculos no ambiente escolar, e conseqüentemente, impedir a criança de se mobilizar para a aprendizagem (Pereira, 2010).

É a família que deve fazer parte de todo o processo de desenvolvimento da criança, oportunizando interações mediatizadas. Deve se, por exemplo, contribuir para que a criança se vincule ao prazer, mas também às responsabilidades, pois a capacidade que a criança tem de tolerância à frustração constitui-se um fator determinante do pensar. A criança ao desenvolver certo nível de tolerância, auxiliada pela família, estará apta, futuramente, a suportar e enfrentar o medo à confusão, ao desequilíbrio e ao conflito.

É importante que os pais promovam uma rotina de estudos e limites, propiciando um ambiente caloroso e acolhedor, sendo rigorosos com reincidências e irresponsabilidades. Valores como generosidade e honestidade devem ser ensinados pelos pais em casa e devem ser continuados na escola.

Segundo Holden e colaboradores (1998), a criança precisa ter a oportunidade de interagir com seus pares e com outras pessoas fora da família. O grau de escolaridade materna influencia na qualidade de interação com a comunidade e uma rede social fortemente estabelecida pode ser destacada como exemplo de fator positivo à proteção da criança, que pode também diminuir a expectativa de consequências negativas para o desenvolvimento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção deste estudo foi conhecer as práticas de cuidados e a importância atribuídas a elas pelos familiares de crianças menores de um ano.

Para identificar os cuidados realizados pelas mães e responsáveis, fez-se um resgate teórico sobre a importância dos cuidados nos primeiros anos de vida para o desenvolvimento infantil. Com a finalidade de compreender os riscos e benefícios de uma criança bem assistida de cuidados, verificou-se como as mães cuidadoras realizam os cuidados e o nível de importância a eles atribuídos.

Neste estudo, ficou evidente que a maioria realiza o cuidado, porém alguns deles não são compreendidos como fundamentais para o desenvolvimento infantil. A maioria não tem o conhecimento dos benefícios causados pelo cuidado, sendo esse conhecimento baseado nas suas próprias experiências ou por orientações adquiridas informalmente.

Ficou evidenciado que os familiares percebem a importância de serem realizados os cuidados propostos pela ficha de acompanhamento, no entanto, o cuidado torna-se uma tarefa diária que deve ser realizada, sem fator significativo atribuído.

Quanto à ficha, ela é uma ferramenta facilitadora do processo, não pode ser substituída pela acurácia do profissional. Deve ser vista como uma ferramenta tecnológica, porém não invalida o não uso.

Se a ficha for utilizada e aplicada de forma correta, com base e fundamentada, ela pode modificar a prática, facilitar o trabalho e melhorar a qualidade da assistência.

Os profissionais podem fornecer esses cuidados prestando assistência às crianças e podem ensinar e apoiar os cuidadores a também fornece-los. A utilização da ficha como um roteiro norteador, de forma apropriada às peculiaridades da criança, de acordo com a faixa etária do

desenvolvimento, criam melhores oportunidades para o atendimento das diversas necessidades.

Entendemos que os conteúdos da *Ficha de acompanhamento dos cuidados para promoção da saúde da criança* seja como um norte nas consultas de puericultura. Para que o olhar à criança aconteça de forma estruturada, planejada e sistematizada, pois assim podemos minimizar os riscos e melhorar a qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

Benjamin W. Reflexões: a criança, o brinquedo, a educação. São Paulo: Sumais.1983.

Brasil. Lei Federal nº. 8.069, de 13 de Julho de 1990 Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília, 1990 [citado em 2012 abril]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações básicas. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações básicas. Brasília: Ministério da Saúde; 1984. Organização Mundial da Saúde (OMS). AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. Brasília; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção a Saúde – textos básicos de saúde. Brasília; 2010. [acesso em 2011 julho]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.

Brazelton TB, Greenspan, SI. As necessidades essenciais das crianças: O que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Brougère G. Brinquedo e Cultura. São Paulo: Cortez. 1998.

Children's Emotional Development Is Built into the Architecture of Their Brains: Working Paper No. 2. National Scientific Council on the Developing Child [texto na Internet] 2004 [citado em abril 2012]. Disponível em: <http://www.developingchild.net>.

Chiesa AM, Solymos G, Fracolli L, Veríssimo MLÓR, Avaliação da implantação de novos instrumentos para o fortalecimento das ações de promoção do desenvolvimento infantil, na área de atuação do Programa Saúde da família do Município de São Paulo. [projeto de pesquisa] 2003.

Chiesa AM, Fracolli LA, Zoboli ELCP, organizadoras.. Promoção da Saúde da Criança a experiência do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidade. 1ª edição. São Paulo; 2009.

Cumarú JL, Lima NMC, Fé MCM, Andrade LM. Avaliando os Acidentes mais Frequentes na Infância em um Hospital de Referência em Traumas [monografia]. Ceará; 2004.

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

Del Ciampo LA, Ricco RG. Acidentes na infância. Rev Pediatr 1996; 18: 193-7.

Del Ciampo LA, Ricco RG, Muccillo G. Acidentes domésticos na infância na área de Vila Lobato (Ribeirão Preto - SP). Pediatría 1997; 19(1): 38-42.

Fujimori E, Ohara CVS. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. 1ª edição. São Paulo. Manole. 2009.

Fujimori E, Ohara CVS. O sistema Único de Saúde e as Políticas de Atenção à Saúde da Criança, TRAPÉ, et al. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. 1ª edição. São Paulo. Manole. 2009.

Fujimori E, Ohara CVS. Desenvolvimento Infantil: A Criança nas Diferentes Etapas de sua vida. Ribeiro MO, et al. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. 1ª edição. São Paulo. Manole. 2009

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Brasília: UNICEF (BR); 2006. [acesso em 2011 julho]. Disponível em :http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10167.htm.

Holden GW. Introduction: The development of research into another consequence of family violence. In: Holden GW, Geffner R, Jouriles EN, organizadores. Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues. Washington: American Psychological Association; 1998. p. 1-18.

Madaschi V, Paula CS. Medidas de Avaliação do Desenvolvimento Infantil: Uma Revisão da Literatura nos últimos cinco anos. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento 2011; 11(1): 52-56.

Martins STF, Paduan VC. A equipe de saúde como mediadora no desenvolvimento psicossocial da criança hospitalizada. Psicologia em Estudo. 2010; 15 (1): 45-54.

Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Brasília – DF 2009. Caderno de Atenção Básica, nº 23

Organização Mundial da Saúde (OMS). AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. Brasília; 2003.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington; 2005.

Pedroso CA, Barreto JM, Malaquias JSS. Papel do Brinquedo no Desenvolvimento Infantil [monografia]. Vale do Ribeira: Faculdades Integradas do Vale do Ribeira; 2011.

Pereira CAM. Aprendizagem Significativa: a importância das relações vinculares para o bom desempenho escolar [monografia]. Aparecida de Goiânia: Instituto Superior de Educação da Faculdade Alfredo Nasser; 2010.

Piaget J. Inteligencia y afectividad. Buenos Aires: Aique. 2001.

Prefeitura de São Paulo [homepage na Internet]. São Paulo; [citado 2012 abril]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758.

Polit DF. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Pordeus AMJ, Fraga MNO, Faço TPP. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública 2003; 19(4):1201-4.

Remor CB, Pedro VL, Ojeda BS, Gerhardt LM. Percepções e conhecimentos das mães em relação às práticas de higiene de seus filhos. Esc. Anna Nery. 2009; 13 (4): 786-92.

Rodrigues CRF. Participação e atenção primária em saúde: o Programa de Saúde da Família em Camaragibe-PE (1994-1997) [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo; 1998.

Rotemberg S, Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004; 4 (1): 85-94.

Salve JM, Silva IA. Representações sociais das mães sobre a introdução de novos alimentos complementares para lactentes. Rev Acta, 2008.

Silva PL, Santos DCC, Gonçalves BMG. Influência de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6º ao 12º meses de vida. Rev Bras Fisioter 2006;10(2):225-31.

Silva RAM; Magalhães CMC. Crenças sobre práticas: um estudo sobre mães primíparas de contexto urbano e não-urbano. Rev Bras Cresc e Desenv Hum. 2011; 21(1): 39-50.

Shildes L, Pratt J, Hunter J. Family centered care: review of qualitative studies. J Clinical Nurs. 2006; (15): 1317-23.

Shore R. Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro. Trad. IR Brasil. Porto Alegre (RS): Mercado Aberto; 2000.

SMS, PSF, organizadores. Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança. [acesso 2009 out]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/pesquisa/grupromo>.

SMS, PSF, organizadores. Toda hora é hora de cuidar. [Manual de apoio do Projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades”]. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde e Programa de Saúde da Família; 2002. [acesso 2010 maio]. Disponível em: www.unicef.org/brazil/manual.pdf.

SMS; PSF, organizadores. Toda hora é hora de cuidar. [Cartilha do Projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades”]. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde e Programa da Saúde da Família; 2002. [acesso 2009 out] Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/todahoracartilha.pdf>.

SMS; PSF, organizadores. Toda hora é hora de cuidar. [Manual da “Ficha de acompanhamento dos cuidados para a promoção da saúde da criança”]. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde e Programa da Saúde da Família; 2002. [acesso 2009 out]. Disponível em: www.unicef.org/brazil/manual.pdf.
 Vasconcelos EN, Silveira MFA, Eulálio MC, Medeiros PFV. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). *Ciêns Saúde Coletiva*. 2009; 4 (4): 1225-34.

Veleda AA. Desenvolvimento Neuropsicomotor em crianças identificadas como de risco pelo projeto “ser saudável” no município do Rio Grande, RS [dissertação. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande; 2006.

Veríssimo MLOR. O desenvolvimento infantil e o cuidado da criança pela família. In: *Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades*. São Paulo (SP): São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Família. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2002.

Veríssimo, MLOR, Chiesa, AM. A promoção do desenvolvimento infantil: instrumento para o acompanhamento dos cuidados familiares In: Fujimori, E, Ohara, CVS. *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. 1a edição. São Paulo: Manole; 2009; p. 328 - 353.

Vygotsky L. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes. 1998, p.112.

Whaley LF, Wong LD. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1999.

Zanatta EA. Saberes e práticas das mães no cuidado à criança de zero a seis meses de vida. [dissertação]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Quem geralmente cuida de < nome da criança>?

O respondente deve ser o principal cuidador da criança, no âmbito da família, responsável por decidir sobre ela. Se for essa a pessoa, seguir com a entrevista. Caso contrário, procurar agendar com o responsável.

2. Codinome: _____

3. Idade: _____

4. Escolaridade: _____

5. Profissão: _____

6. Exerce atividade remunerada? (☐) Sim (☐) Não

7. (Se respondeu sim) Qual: _____

8. Estado civil: _____

9. Etnia (como classifica a sua cor ou origem?): _____

Se o respondente for a mãe, fazer as perguntas 10 a 19. Se for outra pessoa, pular para a questão 20.

10. Quantos filhos vivos a senhora tem? _____

11. Quantas gestações a senhora já teve? _____

12. Teve algum aborto: (☐) Sim (☐) Não

13. Teve morte de algum filho? (☐) Sim (☐) Não

14. (Se respondeu sim) Causa do óbito: _____

15. Fez pré-natal: (☐) Sim (☐) Não

16. (Se respondeu sim) Quantas consultas de pré-natal fez? _____

17. Onde fez o pré-natal? _____

18. Participou de grupo de gestante: (☐) Sim (☐) Não

19. (Se respondeu sim) local _____

20. Já participou de alguma atividade educativa sobre cuidado e desenvolvimento da criança?

(☐) Sim (☐) Não

21. (Se respondeu sim) Qual atividade e local:

22. <nome da criança> frequenta creche ou outro tipo de instituição? (☐) Sim (☐) Não

Condições de moradia

23. Construção: (☐) Alvenaria com acabamento (☐) Alvenaria sem acabamento (☐) outra

24. Nº de cômodos (☐)

25. Nº de pessoas que dormem por cômodo (☐ / ☐ / ☐)

26. Suprimento de água: (☐) Rede (☐) Poço (☐) Outro: _____

27. Esgoto: (☐) Rede (☐) córrego (☐) Outro: _____

28. Como a senhora avalia as condições da sua casa?

29. A senhora costuma ler? (☐) Sim (☐) Não

Que tipo de leitura a senhora faz e qual a frequência? (preencher o quadro)

Tipo de leitura	Nunca	Esporadicamente	Diariamente
Jornal			
Revistas (tipo veja, isto é, época)			
Revistas (outras e gibis)			
Livros			
Qual o último livro que leu?			
Quando foi?			

Outros			
--------	--	--	--

com a criança?

Relação com a criança	Idade	Escolaridade	Ocupação	Tem rendimento?

Assinalar o chefe da família, segundo referido pela mãe/responsável.

	Aplicação/pesquisa		
	Sim	Não	Não sei
1) Como foi a chegada da criança na vida da família?			—
2) A criança tem registro de nascimento?	S	N	—
3) A criança tem algum problema que precise de atenção especial?	S	N	—
4) (Somente se a resposta da questão anterior for sim) Quem percebeu ou falou sobre esse problema da criança: () profissional da saúde () família () conhecido			—
5) Houve algum acontecimento na vida da criança que mudou sua rotina (entrada na creche, internação, perda de algum familiar)?	S	N	—
6) A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre a história da criança nas consultas? Por que?	S	N	NS
Alimentação (Conte-me como é a alimentação de <criança>)			
7) Nos primeiros 6 meses, o bebê recebe somente leite do peito, pelo menos 8 vezes por dia? (Não se aplica para maiores de 6 meses)	S	N	—
8) Após os 6 meses, além do leite, a criança recebe suco ou papa de frutas e papa salgada, em horários regulares? (não se aplica para menores de 6 meses)	S	N	—
9) A família aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê?	S	N	—

10) A família procura fazer das refeições um momento agradável de contato e conversa?	S	N	–
11) A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre alimentação nas consultas? Por que?	S	N	NS
12) A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre a alimentação nas consultas? O que?	S	N	NS
Higiene (Conte-me como vocês cuidam da higiene de <criança>)			
13) A família procura manter hábitos de higiene pessoal (banho diário, lavagem das mãos, higiene da boca/escovação de dentes, cuidados com cabelos e roupas)?	S	N	
14) A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre higiene nas consultas? Por que?	S	N	NS
15) A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre a higiene nas consultas? O que?	S	N	NS
	Aplicação/pesquisa		
	Sim	Nã o	Não sei
Saúde (Conte-me como vocês cuidam da saúde de <criança>)	S	N	
16) A família leva a criança para as consultas marcadas nos serviços de saúde?	S	N	
17) As vacinas da criança estão em dia? (verificar o cartão da criança)	S	N	
18) A família reconhece quando a criança precisa de tratamento (tem tosse ou dificuldade para respirar, diarreia, febre prolongada,) e a leva para os serviços de saúde?	S	N	
19) A família consegue garantir os tratamentos indicados pelo serviço de saúde?	S	N	
20) A família utiliza preparações caseiras para tratamento de problemas de saúde da criança?	S	N	
21) A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre cuidado com a saúde nas consultas? Por que?	S	N	NS
22) A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre o cuidado com a saúde nas consultas? O que?	S	N	NS
Brincadeira (Conte-me o que <criança> faz durante o dia)			
23) O bebê tem oportunidade de ficar em diferentes locais (colo, berço, chão) e posições (deitado, de bruços, sentado)?	S	N	–
24) A família oferece diferentes objetos: coloridos, de pano, plástico, papel, borracha, madeira (que não ofereçam perigo) para o bebê?	S	N	–
25) A família aproveita a hora da alimentação, do banho ou da troca de roupas da criança, como oportunidades para brincar e conversar com ela?	S	N	–
26) A família passa algum tempo com a criança, diariamente, participando de suas brincadeiras, conversando, contando histórias ou cantando?	S	N	–
27) A senhora considera importante que o profissional de saúde faça	S	N	NS

essas perguntas sobre brincadeiras no dia-a-dia da criança nas consultas? Por que?			
28) A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre as atividades do bebê nas consultas? O que?	S	N	NS
Prevenção de acidentes (Conte-me como vocês evitam acidentes com <criança>)			
29) O bebê dorme em lugar e posição sem perigo de sufocar-se (fios/ cordão de chupeta/ panos) ou de ter contato com insetos ou animais que possam feri-lo?	S	N	—
30) A família deixa fora do alcance da criança coisas que possam queimar, envenenar ou machucar, como: panelas quentes, ferro de passar roupa, remédios, produtos de limpeza, faca, tesoura, copos de vidro, fios e tomadas?	S	N	—
31) A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre prevenção de acidentes com a criança nas consultas? Por que?	S	N	NS

	Aplicação/pesquisa		
	Sim	Não	Não sei
32) A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre a prevenção de acidentes nas consultas? O que?	S	N	NS
Amor e Segurança (Conte-me como a família e <criança> se relacionam no dia-a-dia)			
33) A família mostra afeto pela criança conversando, tocando-a com carinho, aconchegando-a no colo, brincando com ela, mesmo quando ela não está chorando?	S	N	—
34) O dia-a-dia da criança é organizado em relação aos horários e pessoas conhecidas para seu cuidado?	S	N	—
35) A família dá limites à criança, conversando e explicando o que considera errado, sem precisar bater nem dar castigos violentos?	S	N	—
36) Além da família e da casa, a criança tem outros lugares onde possa ficar e ser cuidada por pessoas de confiança, com atenção a sua saúde, higiene, alimentação e estimulação?	S	N	—
37) A senhora considera importante que o profissional de saúde faça essas perguntas sobre o relacionamento da família com a criança nas consultas? Por que?	S	N	NS
38) A senhora acha que deveria ser perguntada alguma outra coisa sobre o relacionamento da família com a criança nas consultas? O que?	S	N	NS

**ANEXO 1 - A FICHA DE ACOMPANHAMENTO DOS
CUIDADOS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA**

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DOS CUIDADOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA

Período pré-natal

Nome da mãe _____

Nome do pai _____

Assinalar para cada item S (sim) ou N (não) ou NA (não se aplica)

Data					Síntese e condutas
Semanas de gestação					
Perguntar: Conte-me como está a gravidez (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)					
A gravidez foi planejada?					
O pai participa da gravidez?					
A gestante sente-se ajudada por sua família?					
A gestante está fazendo consultas de pré-natal?					
A gestante tem conseguido se alimentar, tomar vacinas e fazer tratamentos conforme as orientações da equipe de saúde?					
A gestante consegue, no seu trabalho, evitar esforços excessivos, quedas, acidentes ou contato com substâncias perigosas?					
A gestante reconhece sinais de perigo para a gravidez (perda de líquido ou sangramento vaginal, dor de cabeça forte, edema, parada dos movimentos do bebê)?					
A gestante evita tomar remédios sem receita médica, fazer raio X, fumar, tomar bebidas alcoólicas e usar drogas?					

Informações sobre o nascimento e período pós-natal

Nome da criança _____

Responsável: _____

Como foi a chegada da criança na vida da família? _____

Quantas consultas fez no pré-natal? _____

Nasceu de 9 meses? () sim () não _____ semanas de gestação

Houve problemas no parto ou nos primeiros dias após o nascimento? () sim () não Quais? _____

Tem registro de nascimento? () sim () não Conduta: _____

Fez teste do pezinho? () sim () não Resultado (verificar) _____

A criança tem algum problema que precise de atenção especial? () não () sim Qual? _____

Quem percebeu ou falou sobre esse problema da criança: () profissional da saúde () família () conhecido

Principais acontecimentos na vida da criança (entrada na creche, internação, perda de alguém da família)

Mês/ano	Acontecimento

Iniciar a conversa perguntando " Vocês têm alguma preocupação especial com <nome da criança>?"

A seguir, perguntar como é o dia-a-dia da criança, procurando esclarecer os tópicos abaixo

Assinalar para cada item S (sim) ou N (não) ou NA (não se aplica)

Data							Síntese e condutas
Idade da criança							
Alimentação. Perguntar: Conte-me como é a alimentação de <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)							
Nos primeiros 6 meses o bebê recebe somente leite do peito, pelo menos 8 vezes por dia?							
A família aproveita o momento da mamada para aconchegar, tocar, olhar e conversar com o bebê?							
Após os 6 meses, além do leite, a criança recebe suco ou papa de frutas e papa salgada, em horários regulares?							
A criança maior de 1 ano está recebendo diariamente duas refeições iguais a da família (almoço e jantar) num prato só para ela, leite 3 vezes ao dia e frutas nos horários de lanche?							
A família aproveita os momentos da refeição para incentivar a participação e independência da criança, tendo paciência com ela?							
A família procura fazer das refeições um momento agradável de contato e conversa?							
Higiene. Perguntar: Conte-me como vocês cuidam da higiene de <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)							
A família procura manter hábitos de higiene pessoal (banho diário, lavagem das mãos, escovação de dentes, cuidados com cabelos e roupas)?							
A família cuida da higiene da criança, diariamente, incentivando sua participação até que consiga realizar essas atividades sozinha?							
A criança tem oportunidades para aprender a controlar as micções e as evacuações?							
Saúde. Perguntar: Conte-me como vocês cuidam da saúde de <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)							
A família leva a criança para as consultas marcadas nos serviços de saúde?							
As vacinas da criança estão em dia? (verificar o cartão da criança)							
A família reconhece quando a criança precisa de tratamento (tem tosse ou dificuldade para respirar, diarreia, febre prolongada,) e a leva para os serviços de saúde?							
A família consegue garantir os tratamentos indicados pelo serviço de saúde?							
A família utiliza preparações caseiras para tratamento de problemas de saúde da criança?							
Brincadeira. Perguntar: Conte-me o que <nome da criança> faz durante o dia? (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)							
O bebê tem oportunidade de ficar em diferentes locais (colo, berço, chão) e posições (deitado, de bruços, sentado)?							
A família oferece diferentes objetos: coloridos, de pano, plástico, papel, borracha, madeira (que não ofereçam perigo) para o bebê?							
A família aproveita a hora da alimentação, do banho ou da troca de roupas da criança, como oportunidades para brincar e conversar com ela?							

Nome da criança _____
Data de nascimento _____. Registro/ matrícula _____

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DOS CUIDADOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA

A família passa algum tempo com a criança, diariamente, participando de suas brincadeiras, conversando, contando histórias ou cantando?							
A criança tem oportunidades de brincar com brinquedos, livros, revistas, papel e lápis, material de sucata, para ler, desenhar, pintar, brincar, inventar, montar?							
A família favorece que a criança conheça e brinque com outras crianças?							
A família favorece a participação da criança em atividades na comunidade (fora de casa) como jogos, esportes, festas, passeios, reuniões religiosas?							
Prevenção de acidentes. Perguntar: Conte-me como vocês evitam acidentes com <nome da criança> (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)							
O bebê dorme em lugar e posição sem perigo de sufocar-se (fios/ cordão de chupeta/ panos) ou de ter contato com insetos ou animais que possam feri-lo?							
A família deixa fora do alcance da criança coisas que possam queimar, envenenar ou machucar, como: panelas quentes, ferro de passar roupa, remédios, produtos de limpeza, faca, tesoura, copos de vidro, fios e tomadas?							
A criança tem lugares onde pode ficar e brincar, dentro e fora de casa, sem perigo de quedas, atropelamento, afogamento, violência?							
A família ensina para a criança formas seguras de usar tesoura (sem ponta)/ garfo / faca, brincar com animais domésticos, atravessar a rua?							
Amor e segurança. Perguntar: Conte-me como a família e <nome da criança> se relacionam no dia-a-dia (esclarecer conversando ou observando as situações abaixo)							
A família mostra afeto pela criança conversando, aconchegando-a no colo, tocando-a com carinho, brincando com ela, mesmo quando ela não está chorando?							
O dia-a-dia da criança é organizado em relação aos horários e pessoas conhecidas para seu cuidado?							
A família dá limites à criança, conversando e explicando o que considera errado, sem precisar bater nem dar castigos violentos?							
A família procura saber o que a criança fez no dia, o que aprendeu de novo, se ela tem alguma preocupação ou precisa de ajuda?							
A família combina com a criança sua participação nas atividades domésticas, levando em conta sua idade e suas capacidades?							
A família evita que a criança entre em contato com situações de brigas, violência e uso de drogas ou álcool?							
Além da família e da casa, a criança tem outros lugares onde possa ficar e ser cuidada por pessoas de confiança, com atenção a sua saúde, higiene, alimentação e estimulação?							
Pergunta para o profissional de saúde: a família tem as condições necessárias para garantir os cuidados à criança?							
NOME DO PROFISSIONAL QUE FEZ A AVALIAÇÃO							

REGISTRO DAS VISITAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

[illegible]

ANEXO 2 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 10 de dezembro de 2009.
PARECER Nº 488/09 – CEP/SMS
CAAE: 0240.0.162.000-09

Ilma Sra
Maria De La Ó Ramallo Veríssimo

- **Projeto de Pesquisa:** Avaliação da implementação de nova tecnologia para promoção do desenvolvimento infantil na atenção primária de saúde
- **Pesquisador Responsável:** Maria De La Ó Ramallo Veríssimo
- **Instituição:** não informada
- **Local onde os dados serão coletados:** UBSs das Coordenadorias Sul, Leste, Centro-Oeste e Norte.

I - Sumário Geral do Protocolo

O projeto "Nossas Crianças: janelas de oportunidades" (Janelas) foi desenvolvido para apoiar e instrumentalizar as equipes de saúde nas ações de promoção do desenvolvimento infantil. O projeto piloto de sua implantação foi levado a cabo em várias unidades de saúde no município de São Paulo e avaliado mediante investigação durante os anos de 2004 a 2006, com apoio do CNPq. Os resultados demonstraram, de maneira geral, que as ações propostas no programa foram bem aceitas pela equipe de saúde assim como pela população. Entretanto, sua efetividade não pôde ser verificada, em função de inúmeros fatores relativos às mudanças de ordem política e administrativa ocorridas no período. Com isto, faz-se necessário desenvolver novas experiências que possibilitem sua implementação e avaliação permanente, de forma a identificar suas potencialidades e limites.

A pesquisa de avaliação terá como **objetivo geral** avaliar a implementação das ações de promoção de saúde infantil do projeto Nossas crianças: janelas de oportunidades em unidades que deram seguimento à sua implantação desde 2006, e como **objetivos específicos**:

- Descrever a implementação do projeto na UBS, caracterizando as ações e os agentes que as realizam.
- Detalhar os indicadores e as categorias de análise, a partir dos dados obtidos.
- Analisar as ações do projeto segundo categorias do cuidado integral em saúde.

A investigação será realizada em unidades de saúde da família do município de São Paulo onde o projeto 'Janelas' foi implantado em 2003 e que mantiveram ações relacionadas ao mesmo. A lista de unidades de saúde que participaram da etapa inicial da implantação e, portanto, compõem a população do estudo está no anexo 1. Prevê-se a participação de pelo menos uma UBS de cada região da cidade (Centro-oeste, Norte, Sul e Leste), nas quais as ações estejam amplamente ativas.

Serão coletadas informações a respeito das percepções dos profissionais sobre a utilização dos materiais do 'Janelas', bem como as percepções de gestantes e dos pais ou responsáveis sobre a atenção de saúde apoiada pelos instrumentos do 'Janelas', mediante entrevistas individuais ou em grupo, de acordo com as práticas já efetivas nas unidades de saúde.

Serão entrevistados individualmente médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde, além das gestantes e pais ou responsáveis de crianças atendidas. Para a entrevista, serão utilizadas perguntas norteadoras, e, para os pais, haverá a ajuda de um instrumento (anexo 2).

Os resultados serão comparados identificando-se similaridades e diferenças de acordo com as características demográficas, nível de escolaridade e exposição prévia a atividades de educação em saúde. A análise comparativa será realizada mediante testes apropriados; dados qualitativos serão analisados mediante uso da técnica de análise temática de conteúdo. Propõem-se como categorias de análise elementos constitutivos do cuidado, segundo descrito por Ayres.

O número de participantes será definido após determinação das unidades de saúde e da população de profissionais e de crianças correspondente (estão previstos 100 na folha de rosto).

II - Considerações.

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.

ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é _____. Sou aluna de _____ da Escola de Enfermagem da USP. Estou realizando uma pesquisa com a Professora Maria De Lázio Ramallo Veríssimo sobre um questionário para ser usado na consulta de puericultura. A pesquisa tem como objetivo avaliar a opinião dos familiares sobre o conteúdo do questionário. A finalidade é melhorar o atendimento nas consultas tendo em vista promover o desenvolvimento infantil. Seu nome foi um dos sorteados para participar. Caso a senhora aceite, vou pedir-lhe que participe de uma entrevista, que levará perto de 20 minutos. A senhora pode aceitar ou recusar e isso não vai causar qualquer mudança no atendimento que é feito aqui na unidade de saúde. A sua participação na pesquisa não é obrigatória, nem oferece custo, risco, prejuízo ou desconforto. Também não há pagamento, nem gratificação. Acredito que a participação oferece ao voluntário a oportunidade de dar sua opinião sobre o questionário e contribuir para a melhoria das consultas de pré-natal e melhorar a saúde das gestantes e das crianças. Todas as informações serão escritas em fichas e gravadas, sem colocar o nome da senhora, para manter em segredo de quem são as informações. Assim, quando for feito o relatório da pesquisa, não haverá dados que possam identificar diretamente a gestante nem a família. Cada um dos participantes tem total liberdade de recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que isso implique em penalização. Para isso, cada ficha de registro e cada participante terão apenas um número de identificação que fica neste termo de aceitação, com uma cópia para a senhora.

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos da pesquisa, a senhora poderá entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 2º. Andar- tel: 3218-4043, e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br

Caso sinta necessidade de falar comigo, poderá fazer isto pelo telefone

_____.

Os resultados serão apresentados aqui na unidade para os funcionários e será divulgado o dia da apresentação para a comunidade, e ainda serão escritos trabalhos para revistas científicas.

Ciente destas informações, o(a) sr(a) concorda em participar do estudo?

Concordo em participar como informante na coleta de dados para essa pesquisa.

Assinatura: _____

Pesquisadora: _____

São Paulo, de de 2010.

.