



escola superior de
enfermagem
de coimbra

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE
MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

**Atividades ligadas à promoção do crescimento e desenvolvimento das
crianças realizadas pelos enfermeiros na consulta de saúde infantil**

Silvia Monteiro da Conceição Martins

Coimbra, novembro de 2020



escola superior de
enfermagem
de coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**Atividades ligadas à promoção do crescimento e desenvolvimento das
crianças realizadas pelos enfermeiros na consulta de saúde infantil:
Estudo realizado nos Centros de saúde da Cidade da Praia**

Silvia Monteiro da Conceição Martins

Orientador: Professor Doutor Jorge Manuel Amado Apóstolo

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria

Coimbra, novembro de 2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por tudo o que tem feito por mim ao longo dessa etapa.

Ao meu orientador, Doutor Jorge Manuel Amado Apóstolo, pela sua disponibilidade, infindável paciência e partilha da sua sabedoria e experiência.

Aos meus colegas Vanusa Semedo, Maria Auxilia Fonseca, Rosa Pereira por terem ajudado na recolha dos dados e todas as enfermeiras que aceitaram participar na investigação.

Ao meu filho, Gabriel Martins, que esteve comigo nesta jornada, mesmo com os 4 aninhos, não esquecerei nunca o seu incentivo dizendo “mamã trabalha”.

Aos meus familiares, à minha mãe Maria Conceição e meu pai Pedro Conceição que me apoiaram em todos os momentos, aos meus irmãos em especial ao Alberto Mendes, Tony.

À minha cunhada Marta Andrade que me ajudou ao longo da elaboração do trabalho.

Ao meu marido Jorge Martins que esteve comigo de forma incansável.

À professora Doutora Ana Albuquerque Queiroz e a sua família que me apoiaram no início da minha formação.

À minha querida amiga professora Vitória Almeida que sempre esteve preocupada comigo me incentivando em todas as etapas.

A todos um muito obrigada

ABREVIATURAS E SIGLAS

CDCP – Centers for Disease Control and Prevention

CNEPS – Comissão Nacional do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde

DPM - Determinantes do Desenvolvimento Psicomotor

DP – Desvios Padrão

IBM SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

ICNP – International Classification of Nursisng Pratic

INE – Instituto Nacional de Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

NCHS – National Centre for Health and Statistics

OMS – Organização Mundial da Saúde

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OE– Ordem dos Enfermeiros

PC – Perímetro Cefálico

RCIU – Restrição do Crescimento Intrauterina

RN – Recém-Nascidos

RESUMO

Enquadramento: A promoção do crescimento e desenvolvimento é considerada como um eixo referencial para atenção integral à saúde da criança. Esta é uma área onde o papel do enfermeiro pode ser decisivo, realizando intervenções chave nas consultas de saúde infantil.

Objetivos: Caracterizar as atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros na consulta de enfermagem de Saúde Infantil de crianças de 0 a 24 meses, tendo como foco o crescimento e desenvolvimento; identificar as áreas mais fortes e menos fortes no conjunto de atividades ligadas à promoção do crescimento e desenvolvimento, de crianças 0 a 24 meses realizados pelos enfermeiros na consulta de enfermagem de saúde infantil.

Metodologia: Estudo de tipo exploratório e descritivo com abordagem quantitativa. Constituiu-se uma amostra não probabilística, obtida de modo consecutivo, de 106 consultas de saúde infantil, realizadas pelos enfermeiros em Centros de Saúde da cidade da Praia. Os dados foram obtidos através da observação direta das consultas, com um instrumento de observação formulado para este efeito.

Resultados: As atividades de avaliação do crescimento apresentam melhores resultados comparativamente à avaliação do desenvolvimento e realização de cuidados antecipatórios. As áreas do crescimento identificadas como fortes foram: a avaliação do peso, da estatura, do perímetro cefálico e uso das curvas de crescimento. Nas atividades de avaliação de desenvolvimento e realização de cuidados antecipatórios foram identificadas áreas que necessitam de maior investimento e atenção, nomeadamente: a avaliação de desenvolvimento com escala, avaliação dos comportamentos pré-linguísticos do bebé, avaliação da audição, dos comportamentos de vínculos dos pais para com o recém-nascido e lactente, esclarecimento dos pais acerca do comportamento e temperamento e avaliação da família. Nos cuidados antecipatórios, as áreas alvo de melhorias são: informações e esclarecimentos aos pais sobre problemas correntes da criança ao longo das várias etapas de crescimento, importância da atividade lúdica da criança no desenvolvimento, efeitos dos ecrãs, importância da creche/amas e das reações da criança, sono e/ou rituais de ir para a cama e o processo progressivo de controlo de esfíncteres. Neste contexto, este diagnóstico da situação cria condições para poderem implementadas ações que contribuirão para a melhoria da saúde e desenvolvimento das crianças no país.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica, Desenvolvimento Infantil, Crescimento Infantil, Cabo Verde

ABSTRACT

Background: The promotion of growth and development is considered as a reference point for the integral care of children's health. This is an area where the role of the nurse can be decisive, performing key interventions in child health care.

Objectives: To describe the activities developed by the nurses in the infant nursing healthcare of children from 0 to 24 months, focusing on growth and development; identify the strongest and weakest areas in the various activities connected with the promotion of growth and development of children from 0 to 24 months carried out by the nurses in the infant nursing healthcare.

Methodology: Exploratory study type based on quantitative approach. It is a non-probabilistic sample, obtained in a consecutive way, of 106 children's healthcare, carried out by nurses in the city of Praia Health Centers. The data were collected through direct observation of healthcare, with an analytical tool prepared for that purpose.

Results: The activities of growth evaluation present much better results compared to the evaluation of the development and realization of anticipatory care. The areas of growth recognized as strong were the evaluation of weight, height, cephalic perimeter, and use of growth curves. In the activities of developmental assessment and anticipatory care areas were identified that need major investment and attention, namely: evaluation of development with scale, evaluation of pre-linguistic behaviors of the child, assessment of hearing, parental behaviors towards the newborn and infant, parental clarification of behavior and temperament and evaluation of the family. In anticipatory care, the target areas for improvement are information and explanation to parents about current problems of the child during the various stages of growth, the importance of the child's playful activity in development, effects of screens, the importance of daycare/babysitters and the child's reactions, sleep and/or bed routine and the progressive process of sphincter control. In this context, the diagnostic of the situation creates conditions to implement actions that will contribute for the improvement of the health and development of children in the country.

Keywords: Pediatric Nursing, Child Development, Child Growth, Cape Verde

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 Algoritmo para a avaliação do desenvolvimento da criança 36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Esquema de construção do indicador “ <i>avaliação do peso</i> ”	61
Tabela 2 Distribuição dos dados dos enfermeiros relacionados às variáveis: idade, género, tempo de serviço no atual local de trabalho, formação, formação pós-básica, habilitação literária, categoria, tempo de serviço na categoria.	66
Tabela 3 Distribuição relativa “à <i>idade das crianças</i> ” na consulta de saúde infantil....	67
Tabela 4 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>avaliação do peso</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil	68
Tabela 5 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>avaliação da estatura</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil	69
Tabela 6 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>avaliação da relação peso – estatura</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil	70
Tabela 7 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>avaliação do perímetro cefálico</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil	71
Tabela 8 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>uso das curvas de crescimento (tabela de percentis)</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil	72
Tabela 9 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>avaliação da dentição</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil....	73
Tabela 10 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>avaliação de desenvolvimento (com escala de desenvolvimento)</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil.....	74
Tabela 11 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>avaliação dos parâmetros de desenvolvimento constantes do caderno de saúde da criança</i> ” (CDSC) por idade-chave na consulta de saúde infantil.	75
Tabela 12 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>avaliação dos comportamentos pré-linguístico (PL) do bebé (1º ano de vida)</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil	76

Tabela 13 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>avaliação da visão</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil.....	77
Tabela 14 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>avaliação da audição</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil.....	78
Tabela 15 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>avaliação dos comportamentos de vínculos dos pais para com o bebé em particular para com o recém-nascido e lactente por idade-chave</i> ” na consulta de saúde infantil.....	79
Tabela 16 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>habitualmente quanto á informação esclarecimento dos pais sobre aspetos do comportamento e temperamento da criança</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil.....	80
Tabela 17 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade quanto ao “ <i>registo no CDSC dos dados fundamentos sobre a alimentação da criança no 1º ano de vida</i> ” na consulta de saúde infantil.....	81
Tabela 18 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>avaliação da família através de instrumento apropriado (exemplo - Apgar para a família)</i> ” na consulta de saúde infantil.....	82
Tabela 19 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>avaliação das condições socioeconómicas e culturais da família</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil.....	83
Tabela 20 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>avaliação das condições do meio em que a família e a criança se inserem</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil.....	84
Tabela 21 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>educação para a saúde sobre alimentação da criança</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil.....	85
Tabela 22 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>promoção e manutenção do aleitamento materno-especialmente no primeiro ano de vida</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil.....	86

Tabela 23 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>promoção da segurança</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil	87
Tabela 24 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>esclarecimento dos pais sobre problemas correntes da criança, ao longo das várias etapas de crescimento (febre, cólicas do 1º trimestre, infeções respiratórias)</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil	88
Tabela 25 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>informação e esclarecimento dos pais sobre a importância da atividade lúdica da criança no seu desenvolvimento (jogos e brinquedos apropriados a cada etapa)</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil	89
Tabela 26 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>informação e esclarecimento aos pais sobre os efeitos negativos ou positivo dos ecrãs</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil	90
Tabela 27 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>informação e esclarecimento dos pais sobre a posição de deitar do bebé (até aos 12 meses)</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil	91
Tabela 28 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>informação e esclarecimento dos pais sobre a importância da creche e/amas e das reações da criança às mesmas (período de entrada na creche/ama)</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil.....	92
Tabela 29 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>informação e esclarecimento dos pais sobre a importância da higiene</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil.....	93
Tabela 30 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>informação e esclarecimento dos pais sobre a importância do sono e/ rituais de ir para cama</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil.....	94
Tabela 31 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>informação e esclarecimento dos pais sobre a importância e o processo progressivo de controlo dos esfíncteres (em particular após os 18 meses)</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil.....	95
Tabela 32 Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “ <i>administração de vacinas seguindo esquema cronológico</i> ” por idade-chave na consulta de saúde infantil.....	96

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO.....	20
1. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL - CONCEITOS.....	22
1.1. AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	23
1.2. A AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO INFANTIL – CURVAS DE CRESCIMENTO.....	24
1.2.1. Avaliação do Peso	26
1.2.2. Avaliação do Comprimento/Altura/Estatura.....	27
1.2.3. Avaliação do Perímetro Cefálico	28
1.3. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E DOS SEGMENTOS CORPORAIS	30
1.4. SEGMENTOS CORPORAIS	32
1.5. DENTIÇÃO.....	32
1.6. ANORMALIDADES DO CRESCIMENTO	33
2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	35
2.1. AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO DIVERSIFICADA.....	41
2.2. HIGIENE E VESTUÁRIO.....	44
2.3. SONO E REPOUSO	45
2.4. BRINCAR/ATIVIDADE LÚDICA DA CRIANÇA	46
2.5. TEMPERAMENTO/ DISCIPLINA.....	46
2.6. VÍNCULOS /AFETOS.....	48
2.7. SEGURANÇA.....	48
2.7.1. Acidentes com Veículos a Motor	49
2.7.2. Afogamentos.....	50
2.7.3. Queimaduras	50

2.7.4. Envenenamento.....	51
2.7.5. Quedas.....	51
2.7.6. Aspirações e Sufocação.....	52
2.7.7. Lesões Corporais.....	52
2.8. IMUNIZAÇÃO/VACINAÇÃO	52
CAPÍTULO II – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL	55
1. METODOLOGIA	57
1.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	57
1.2. TIPO DE INVESTIGAÇÃO	57
1.3. POPULAÇÃO ALVO	58
1.4. AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM.....	58
1.5. VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	59
1.5.1. Variável Central.....	59
1.5.2. Variáveis Sociodemográficas e de Contexto.....	59
1.8. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	61
1.9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO	62
CAPÍTULO III - RESULTADOS	63
1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	65
1.1. CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES LIGADAS À PROMOÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA, REALIZADAS NA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL.....	67
1.2. ATIVIDADES LIGADAS A AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO.....	67
1.3. ATIVIDADES LIGADAS À AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	73
1.4. ATIVIDADES LIGADAS À PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO, INCLUINDO EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS.....	78
2. DISCUSSÃO.....	97

2.1. ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS NA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL, LIGADAS À PROMOÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	97
2.2. Atividades Ligadas à Avaliação do Crescimento.....	97
2.3. Atividades Ligadas à Avaliação do Desenvolvimento	98
2.4. Atividades Ligadas à Avaliação Familiar	100
2.5. Atividades Ligadas à Promoção do Desenvolvimento Incluindo Educação para a Saúde e Cuidados Antecipatórios	101
2.6. LIMITAÇÕES.....	111
CONCLUSÃO	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

APÊNDICE

APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados

ANEXOS

ANEXOS I – Parecer da Comissão do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS)

ANEXOS II – Parecer da Comissão de Ética da UICISA: E da ESENFEC

ANEXO III – Escala Mary Sheridan Modificada

INTRODUÇÃO

Um dos aspetos atualmente considerados como “principal linha de cuidado e eixo referencial para atenção integral à saúde da criança tem a ver com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento” (Gaíva, Chio, Moreira & Salge, 2017, p.9).

Para os mesmos autores, o desenvolvimento é um importante indicador da qualidade de vida e da saúde infantil, sempre relacionado a avanços socioeconómicos, ambientais e culturais de um país ou comunidade, sendo que as crianças a quem foram proporcionadas condições adequadas de saúde, alimentação e cuidados tendem a crescer e a desenvolver todo o seu potencial.

Para que isso aconteça é necessário que cada país crie políticas integradas de apoio à criança, nomeadamente com a implementação de programas centralizadas na promoção e avaliação do crescimento e desenvolvimento.

De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS) (2016), é possível ampliar projetos e programas nacionais que sejam eficazes e sustentáveis. A mesma fonte afirma que se estima “43% um total de 249 milhões das crianças menores de 5 anos em países de baixa e média renda ocorrem um alto risco de comprometimento em seu desenvolvimento devido à situação de extrema pobreza e baixa estatura para a idade” (OMS, 2016, s.p).

O cérebro infantil desenvolve-se com maior rapidez nos primeiros dias, mais do que em qualquer outro momento da vida. Os primeiros anos de vida são caracterizados por um período crítico de adaptabilidade e capacidade de resposta às intervenções (OMS, 2016, s.p), o que a falta de acompanhamento e estímulos na primeira infância têm efeitos nocivos que podem repercutir-se a longo prazo nas famílias e nas comunidades.

Perante este cenário, são necessárias intervenções para melhorar o setor da saúde. Este desempenha o papel decisivo como ponto de entrada para as intervenções para a primeira infância, particularmente no apoio de uma atenção sensível às necessidades das crianças.

Neste sentido, afirma-se que as “intervenções que incluem o período anterior à concepção e os primeiros dois anos de vida podem reduzir significativamente os efeitos adversos sobre o crescimento e a saúde e ajudam as crianças a alcançar seu pleno potencial ao nível de desenvolvimento”. Ainda de acordo com a OMS há diversas estratégias com as quais

a comunidade mundial pode ampliar o apoio aos serviços destinados ao desenvolvimento na primeira infância nomeadamente:

- Incentivar a adoção e aplicação de políticas sobre a criação de ambientes acolhedores para que as famílias possam proporcionar uma atenção amorosa a crianças pequenas;
- Desenvolver a capacidade e fortalecer a coordenação para promover o desenvolvimento na primeira infância por meio dos serviços existentes de saúde, nutrição, educação e os serviços sociais e de proteção infantil;
- Fortalecer a medição e assegurar a responsabilização pelos serviços dedicados ao desenvolvimento da criança na primeira infância;
- Promover pesquisas e encorajar a liderança e a participação mundial e regional. Expandir a vontade política e o financiamento por meio da promoção dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (OMS, 2016, s.p).

Um dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável é:

- Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (UNICEF, 2011).

De acordo com os mesmos autores, as taxas de mortalidade entre menores de cinco anos continuaram a melhorar em 2016, caindo para 41 a cada 1.000 nascidos vivos em 1990, a estimativa era de 93 a cada 1.000 nascidos vivos. No entanto, em 2016, morreram por dia 15 mil crianças menores de cinco anos. A mortalidade neonatal caiu de 37 a cada 1.000 nascidos vivos, em 1990, para 19 a cada 1.000 nascidos vivos em 2016.

Com mais crianças pequenas sobrevivendo neste momento, melhorar a sobrevivência de crianças mais velhas (com idade entre 5 e 14 anos) é um foco crescente. Cerca de 1 milhão dessas crianças morreram em 2016, principalmente por causas evitáveis (UNICEF, 2011). Em relação à situação de Cabo Verde, este país não foge à regra na implementação de políticas de saúde de programas de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento na atenção integral à saúde da criança. De acordo com UNICEF (2011) desde a independência, o governo de Cabo Verde assumiu os problemas das crianças e dos adolescentes como prioridade nacional, o que permitiu que o País obtivesse ganhos

referente a diminuição da taxa de mortalidade infantil em comparação com outros Países Africanos, permitindo atingir indicadores de saúde invejáveis no contexto africano.

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017), nos últimos 10 anos houve uma melhoria significativa em relação à taxa de mortalidade Infantil. Segundo INE (2017) a taxa de mortalidade infantil continua a registar uma diminuição acentuada, passando de 22,3 em 2012, para 15,4 em 2016, por 1.000 nascidos vivos. Os mesmos autores afirmam ainda que os ganhos obtidos são graças, á componente neonatal precoce que sofreu um decréscimo de 11,7 em 2012, para 7,6 por 1.000 nascidos vivos em 2016. Da mesma maneira, a mortalidade em crianças menores de 5 anos – diminuiu de 25,7 (2007) em 23,7 (2009) para 17 em 2016 por 1.000 nascidos vivos (Ministério de Saúde, 2016).

Estas melhorias ocorrem graças às Políticas de Saúde Nacional de Saúde e a todas as equipas multidisciplinares, onde o enfermeiro desempenha um papel relevante na promoção e prevenção das doenças das crianças e das suas famílias e na promoção do crescimento e desenvolvimento. Segundo Goes e Leite (2017) a atuação do enfermeiro contribui para a diminuição da morbimortalidade em crianças < 5 anos. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.1) uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica é” prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” nomeadamente:

Promove o crescimento e desenvolvimento; São áreas particulares do enfermeiro a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas a saúde. (p.1)

Embora Cabo Verde tenha melhorado na diminuição da taxa de mortalidade infantil, investir na qualidade de prestação de cuidados de saúde na primeira infância é aumentar a qualidade de vida das crianças. As melhorias significativas encaminham o País para novos desafios e novos procedimentos no âmbito da pediatria que quando são bem

implementadas, atingem aquele objetivo e permitem que as crianças possam atingir o seu potencial de desenvolvimento. De acordo com Apóstolo (2017):

A mudança de paradigma na saúde infantil e na pediatria, as alterações verificadas nas circunstâncias, conceitos, e atitudes, justificavam então que se repensasse o tipo de assistência prestado às crianças e jovens, obrigando a rever, a recriar e a inovar intervenções capazes de dar sentido e substância um modelo de bem-estar da criança mais situado no familiar, comunitário e social, e menos nos esquemas tradicionais biomédicos. (p. 7)

Torna-se por isso necessário descrever como é que são desenvolvidas as atividades de promoção do crescimento e desenvolvimento, identificando quais são as áreas mais fortes e menos fortes que precisam de ser melhoradas ou exploradas por forma a desenvolver projetos que possam dar contributos na melhoria da prestação dos serviços prestados.

Assim, delineamos os seguintes objetivos:

- Caracterizar as atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros na consulta de enfermagem de Saúde Infantil de Crianças de 0 a 24 meses, tendo como foco o crescimento e desenvolvimento;
- Identificar as áreas mais fortes e menos fortes no conjunto de intervenções ligadas à promoção do crescimento e desenvolvimento, de crianças 0 a 24 meses realizados pelos enfermeiros na consulta de enfermagem de saúde infantil.

Este relatório encontra-se organizado em duas partes: A primeira consiste no enquadramento teórico e inclui como eixos centrais a conceptualização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, a monitorização do crescimento infantil – curvas de crescimento, avaliação do crescimento e desenvolvimento, bem como o papel dos enfermeiros nos cuidados antecipatórios nas respetivas áreas. A segunda parte representa o contributo pessoal e engloba vários capítulos desde a metodologia à apresentação dos resultados e a discussão.

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

1. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL - CONCEITOS

Os conceitos de crescimento e desenvolvimento embora sejam fenômenos distintos estão interrelacionados (Gaiva *et al.*, 2017). De acordo com Monteiro, Araújo, Cavalcante, Leandro e Filho (2016) “o crescimento também é entendido como parte do desenvolvimento infantil, como um mesmo fenômeno. No entanto, os processos de crescimento e de desenvolvimento infantil envolvem aspectos diferentes em sua concepção fisiológica, paralelos em seu curso, porém associados em seu significado” (p.2).

De acordo com Hochenberry e Wilson (2014) o crescimento é associado ao fenômeno quantitativo, um aumento do número de tamanho das células na medida em que se dividem e sintetizam novas proteínas resultando no aumento de tamanho, peso e o desenvolvimento como mudança qualitativa. Por outro lado, o conceito de desenvolvimento segundo Souza, citado por Souza e Veríssimo (2015), é um processo que faz parte do desenvolvimento humano, é considerado como um processo único em que ocorre mudanças em diversos níveis, motoras, linguagem, cognitivo e psicossociais. Os mesmos autores afirmam que o período natal e os primeiros anos de vida são períodos importantes do processo em que decorre interação de vários fatores nomeadamente das características que foram herdadas geneticamente e da influência do meio em que a criança vive. Por isso é de grande relevância o cuidado e atenção durante este período para que a criança possa alcançar um desenvolvimento adequado e, assim, atingir o seu máximo potencial. De facto, a evidência demonstra que é durante os primeiros anos de vida é que ocorre a arquitetura cerebral, a partir da interação entre herança genética e influências do meio em que a criança vive.

Ao nível da linguagem classificada em Enfermagem também dispomos atualmente destes conceitos que podem contribuir para melhor potenciar a nossa intervenção. Assim, o crescimento é considerado pelo International Classification of Nursisng Pratic (ICNP) (2017) como:

Processo corporal, desenvolvimento físico normal e progressivo com alterações físicas distintas desde a infância até à idade adulta, em consequência do processo gradual e normal de desenvolvimento orgânico e maturação, de acordo com a

idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, tais como o período pré-natal, de recém-nascido, a 1ª infância, a idade pré-escolar, a idade escolar e a adolescência, com dois períodos de crescimento acelerado, sendo o primeiro nos primeiros 12 meses de vida e o segundo por volta da puberdade. (p.51)

O desenvolvimento é definido como um “Desenvolvimento Humano: Desenvolvimento e crescimento físico, mental e social, progressivos, desde o nascimento e ao longo da infância”. (ICNP, 2017, p.52)

1.1. AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

A importância atribuída à avaliação do crescimento e desenvolvimento de acordo com Monteiro, Araújo, Ximenes, Vieira (2014) aumentou no início na década de 70, na Conferência de Alma-Ata em 1978. Por isso a sua avaliação deve ser realizada de forma adequada, e a consulta proporciona uma avaliação integral que permite identificar alterações precoces e encaminhamento para contextos especializados se tal for necessário.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros inserido em Diário da República (2018, p. 19194), uma das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil: Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil”.

Para que isso aconteça, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento sobre como efetuar avaliação de crescimento e desenvolvimento. De acordo com Goes e Leite (2017) o papel do enfermeiro dentro do programa de crescimento e desenvolvimento tornou-se de referência pois a sua contribuição tem sido de grande valia para o acompanhamento infantil. Deste modo ele deve garantir que as suas funções sejam bem desempenhadas.

Faz-se necessário, também, para os mesmos autores que o enfermeiro como um dos membros da equipa multidisciplinar e responsável pelo cuidado direto à criança e família, tenha conhecimento nos diversos aspetos relacionados ao crescimento e desenvolvimento entre os quais: avaliar o crescimento, nomeadamente, o peso, a estatura, índice de massa corporal, perímetro cefálico, e respetivos percentis de forma a detetar situações de

malnutrição ou excesso de peso, fatores que dificultam a evolução de um bom crescimento, hábitos de sono, alimentação, estado de higiene, acidentes e segurança bem como o marco do desenvolvimento psicomotor.

1.2. A AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO INFANTIL – CURVAS DE CRESCIMENTO

O conceito da monitorização de acordo com International Classification of Nursing Practice (2017) é definido por “determinar, escrutinar em espaços repetidos ou regulares, alguém ou alguma coisa”.

A monitorização do crescimento infantil, segundo Hochenberry e Wilson (2014), é um elemento chave na avaliação do estado de saúde infantil. “O objetivo da avaliação antropométrica é quantificar e interpretar a evolução das dimensões físicas corporais, nas diferentes idades” (Soares como referido por Oliveira & Saraiva, 2017, p. 173).

De acordo com Monteiro, *et al* (2014) a avaliação do crescimento é um processo, dinâmico contínuo e complexo que ocorre desde a concepção até o final de vida. A complexidade é devido ao facto deste processo estar intimamente relacionado com os fatores, sociais, económicos e culturais. Ainda para os mesmos autores a avaliação nos diversos estádios do crescimento permite dar a conhecer as condições de saúde e do estado nutricional do indivíduo e da população. De acordo com Soares, referido por Oliveira e Saraiva (2017), o crescimento normal não depende apenas de fatores genéticos, nutrientes e hormonas, mas também do estado de saúde da criança nomeadamente ausência de doença bem como o meio em que ela vive o contexto ambiental com as suas múltiplas influências psicossociais e emocionais.

O processo mais simples de monitorizar o crescimento consiste em comparar os valores do peso, estatura, perímetro cefálico com o de crianças normais da mesma idade, numa curva de percentis. Os índices antropométricos são estabelecidos através das curvas de crescimento adequados conforme a idade e o sexo da criança que permitem descrever a condição antropométrica de uma criança.

De acordo com Oliveira, Barbiero, Cesa, Pellanda (2013) “nas últimas três décadas, houve o predomínio da utilização de dois conjuntos de curvas de crescimento: do National Center for Health Statistics (NCHS/1977) e do Centers for Disease Control and

Prevention (CDC/2000)” (p.376). Para os mesmos autores estas curvas apresentaram algumas limitações, a primeira, no referencial de 1970, as suas amostras eram compostas por maioria de crianças com aleitamento artificial e todas eram norte americanas.

Outra preocupação de grande relevância que deu impulso para nova mudança destas curvas de crescimento foi particularmente verificado pelos profissionais de saúde e os pais como problema após uma interpretação estrita das curvas do NCHS, dado de que o ganho de peso dos bebês alimentados artificialmente, a partir dos três-quatro meses, era muito mais rápido do que os bebês amamentados. Este facto obrigava introdução de um complemento à amamentação para se obter um ganho de peso mais acelerado, prescrição que acarreta diversas consequências de saúde a criança como o possível desmame precoce o que impossibilita os bebês de obter os benefícios que uma amamentação proporciona. Desvantagem de grande relevância para os países menos desenvolvidos ou em desenvolvimento visto que era caso de sobrevivência ou morte (Onis, 2006).

A segunda curva, de acordo com Oliveira *et al.*, (2013), reconstruiu o referencial de 1977 que veio minimizar alguns dos problemas que já foram citados anteriormente. Esta curva foi lançada no ano 2000 veio com melhoria, pois foram acrescentadas amostras de crianças com aleitamento materno, também se desenvolveram o índice de massa corporal, porém necessitava de melhorias.

De acordo com Onis, Onyango, Borghi, Garza e Yang (2006) “em abril de 2006, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou novos padrões para avaliar o crescimento e desenvolvimento de crianças desde o nascimento até os 5 anos de idade. Os Padrões de Crescimento Infantil da OMS (doravante como os padrões da OMS) são o produto de um processo iniciado no início dos anos 90, envolvendo várias revisões do uso de referências antropométricas e abordagens alternativas para o desenvolvimento de novas ferramentas para avaliar crescimento. Os novos padrões adotam uma abordagem prescritiva projetada para descrever como todas as crianças devem crescer ao invés de apenas descrever como as crianças cresceram em um horário e locais específicos. Os padrões da OMS foram desenvolvidos para substituir os do Centro Nacional de Estatísticas da Saúde (NCHS) / OMS referência internacional de crescimento (a seguir como referência do NCHS), cujas limitações foram descritos de forma resumida em cima”. (Tradução nossa)

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2006) após a construção de novas curvas de crescimento da OMS, ainda vários Países optaram pela utilização de curvas

internacionais, das quais as do *National Centre for Health and Statistics* (NCHS) por alguns motivos, por ser um processo moroso, que exige elevados recursos humanos e materiais e pelas curvas do (NCHS) serem as mais divulgadas.

1.2.1. Avaliação do Peso

A avaliação do peso deve ser realizada numa balança calibrada e efetuada de forma correta e registada nas curvas do crescimento do caderno de Saúde Infantil e Juvenil. Constitui umas das ferramentas importantes para deteção da obesidade e o estado nutricional das crianças, por isso a sua avaliação deve ser rotineira e obrigatória. Para uma correta interpretação é indispensável conhecer os limites da normalidade e identificar qual é o período de maior velocidade do crescimento (Afonso, 2017; Hokenberry & Wilson, 2014; Marchi-Alves, Yagui, Simões, Mazzo, Leite & Girão, 2011).

De acordo com a tabela da OMS de percentil 50, os primeiros 10 dias de vida é esperado a perda até 10% do peso do nascimento que deve ser recuperado até 10º ao 14º dia de vida. Aos 3 meses o ganho de peso esperado nas meninas é de 28 g/dia e 33,3 g/dia nos meninos. Por volta dos 6 meses há aumento de 22,4 g/dia nas meninas e nos rapazes 25,3 g. Aos 12 meses há um aumento de 15,6g/dia nas meninas e nos rapazes é de 17,2 g/dia aproximadamente.

Segundo Afonso (2017) o latente com aleitamento materno exclusivo semelhante a descrita nas curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS) segue-se a um aumento médio diário de 30 g por dia. Os primeiros três meses há um aumento ponderal e desaceleração posterior. Porém quando o aumento ponderal seja inferior a 1 Kg por ano deve, contudo, ser cuidadosamente investigado.

Para determinação correta do peso é necessário que a criança pequena esteja despida e sem fralda considerando uma variação de 10 g e em relação as crianças grandes devem manter apenas a roupa interior e a variação de 100g. Nos Recém-Nascidos (RN) de Termo nos primeiros dias de vida segue-se uma perda até 7 a 10% do peso do nascimento nos primeiros dias de vida e nos RN normais a perda de peso termina por volta do quinto dia de vida recuperando normalmente aos 10 a 14 dias de vida (Oliveira & Saraiva, 2017).

Em relação a avaliação inicial do crescimento dos bebês prematuros (pré-termo), devem - se utilizar-se as escalas de Fentom, ao traçar o peso versus a idade gestacional, cada bebê é classificado no nascimento da seguinte forma:

- Leve para a idade gestacional (LIG) quando se encontra abaixo do P10 (< percentil 10);
- Adequado para a idade gestacional (AIG) quando se encontra entre o P10 e o P 90;
- Grande para a idade gestacional (GIG) quando se encontra acima do P 90 (> percentil 90) (Fenton & Kim, 2013; Afonso, 2017).

Ainda para os mesmos autores a avaliação dos parâmetros do crescimento e a idade gestacional dos Bebês Prematuros ajudam a identificar o risco de patologia neonatal. O crescimento é influenciado por fatores genéticos e nutricionais, bem como por condições intrauterinas. Os parâmetros de crescimento avaliados no nascimento ajudam a prever crescimento e desenvolvimento subsequentes e risco de doença. Os parâmetros são comprimento , peso e circunferência da cabeça . Geralmente a recuperação do crescimento ocorre entre os 2 e os 4 anos de idade (Fenton & Kim,2013; Afonso, 2017).

1.2.2. Avaliação do Comprimento/Altura/Estatura

A avaliação da altura bem como do peso e o perímetro cefálico é de grande importância para avaliação do estado da saúde da criança e detecção precoce das doenças.

Ao nascimento um recém-nascido mede aproximadamente 50 centímetros (cm) e tem uma aceleração rápida nos primeiros anos de vida. Após os 2 anos de vida até a puberdade é esperado que a criança cresça sempre dentro do percentil e como sinal de alarme se estiver com crescimento inferior a 5 cm por ano o que deve ser devidamente avaliada. O mesmo autor refere ainda que antes do período da puberdade ocorre uma desaceleração normal da velocidade do crescimento. Estima-se que 80% dos fatores genéticos contribuem para o crescimento estatural sendo que é de grande importância obter conhecimento da estatura dos progenitores (Afonso, 2017; Hokenberry & Wilson, 2014). O cálculo da estatura alvo familiar permite conhecer se a criança está a crescer dentro do limite da normalidade e pode ser realizada com a seguinte fórmula:

- Estatura (E) alvo rapaz = $(E \text{ mãe} + E \text{ pai}) / 2 + 6,5 \text{ (cm)}$
- Estatura alvo menina = $(E \text{ mãe} + E \text{ pai}) / 2 - 6,5 \text{ (cm)}$

Os mesmos autores afirmam que o valor obtido deve-se respeitar o intervalo de +/- 8,5 cm, correspondente ao desvio padrão. Nas crianças com aceleração ou atraso do crescimento estatual a determinação da idade óssea permite detetar qual é a maturidade óssea.

A monitorização da altura é efetuada em crianças menores de 2 anos em decúbito dorsal com a utilização do pedómetro sobre uma superfície firme. Após os 2 anos de idade a avaliação já é possível em posição ortostática usando uma régua de parede ou estadiómetro e deve ser considerada uma aproximação em milímetros (mm) (Afonso, 2017; Alves & Mazzo, 2011; Hokenberry & Wilson, 2014).

Os valores médios esperados da estatura aos 0 a 6 meses é de 2,5 cm/mês, aos 6 a 12 meses é de 1,25 cm/mês, 12 a 24 meses é de 10 cm, as idades 24 a 36 meses e 3 anos a 4 anos são de 7,5 cm e por último de 4 anos á puberdade é de 5 cm/ano. É considerado um sinal de alarme quando o valor do crescimento entre 4 anos e a puberdade for inferior a 5 cm/ano (Afonso,2017; Oliveira & Saraiva, 2017).

Em geral para os mesmos autores a baixa estatura é definida quando o valor da altura for inferior ao P3 ou inferior a -2 z-scores.

1.2.3. Avaliação do Perímetro Cefálico

A avaliação do perímetro cefálico (PC) é um estudo antropométrico fundamental que está relacionado com o tamanho do crânio bem como o seu crescimento. A sua avaliação permite comparar valores dos parâmetros existentes se estão dentro ou fora da normalidade o que permite a deteção precoce das anomalias/doenças como por exemplo a hidrocefalia e atraso ou desaceleração do crescimento entre outros (Rito, Breda & Carmo, 2010; Santos, Quintão & Almeida, 2010).

De acordo com Rito et al., (2010), a avaliação do perímetro Cefálico periódico nos primeiros 3 anos de vida é de extrema importância porque os dois primeiros 2 anos de vida constituem o período em que o crescimento cerebral se completa normalmente. Isto porque aos 2 meses de vida intrauterina a cabeça do feto representa, proporcionalmente

50 % do corpo, no recém-nascido representa 25% e na idade adulta 10 %. Nos dois primeiros anos de vida é o período em que o crescimento cerebral se completa sendo que no primeiro ano de vida particularmente acelerado tendo proporcionalmente 83,6% em relação ao tamanho que terá quando for adulto. O tamanho do cérebro reflete o seu crescimento, este atinge cerca de 50% do seu tamanho no final do 6º mês e 80% antes dos 5 anos de idade.

Ainda para o mesmo autor a avaliação do perímetro cefálico deve ser sempre efetuada em simultâneo com a avaliação das fontanelas, sendo que existe uma grande variabilidade individual no seu tamanho e encerramento. A fontanela anterior encerra na maioria das vezes entre os 10º e 24º mês em algumas crianças podem fechar aos 4 meses ou aos 26 meses. A fontanela posterior é de pequena dimensão ao nascimento comparado à polpa do indicador podemos afirmar que é inferior e encerra entre a 4ª a 8ª semana de vida. Assim como a idade do encerramento é de extrema importância conhecer o seu tamanho é fundamental na deteção precoce das doenças pois uma fontanela demasiado grande pode ser indicação de doenças como por exemplo hipotiroidismo ou displasias ósseas e no encerramento precoce podemos estar perante à craniossinostose, hipertiroidismo ou desenvolvimento cerebral anómalo entre outras doenças, por isso, nestes casos, investigação minuciosa é de grande importância.

Para medição do perímetro craniano/cefálico deve ser usada uma fita métrica mole e inextensível de largura máxima de 1 cm passando por cima da arcada supraciliar e pela protuberância occipital externa. O dispositivo pode ser de papel ou de teflon sintético deve evitar-se dispositivos de pano porque pode esticar-se e dar um valor errado. Para uma medição adequada e rigorosa com precisão devem ser utilizados dispositivos em décimos de centímetros (exemplo: 0,1 cm) (Santos *et al.*, 2010).

De acordo com Rito *et al.*, (2010) o crescimento no primeiro ano de vida situa-se nos seguintes valores:

- Ao nascimento: +/- 35 cm;
- 1º Trimestre: + 5 cm;
- 2º Trimestre: + 5 cm;
- 3º Trimestre: + 2 cm;
- 4º Trimestre: + 1 cm.

A avaliação para os mesmos autores deve ser realizada por um profissional treinado e capacitado de forma que possa evitar os erros de medição.

1.3. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E DOS SEGMENTOS CORPORAIS

Nos capítulos anteriores podemos verificar que é de extrema importância a avaliação do crescimento através das medidas antropométricas nomeadamente o peso, estatura (comprimento e altura) e o perímetro craniano que permitem nos dar a conhecer o estado de saúde da criança. O objetivo da avaliação do estado nutricional de acordo com Sigulem, Devincenzi e Lessa (2010) é avaliar o crescimento e as proporções corporais de um indivíduo ou uma determinada comunidade. De acordo com Guiomar & Saraiva, (2017) além das avaliações e trajetória destas variáveis também é necessário relacioná-las através dos índices. Este método permite dar a conhecer o estado nutricional da criança. Os índices que são utilizados para avaliação do estado nutricional infantil são: peso/idade (P/I), peso/estatura (P/E), estatura/idade (E/I) e o Índice de Massa Corporal (IMC/idade) de Quetelet que é considerado o mais usado para caracterização do estado nutricional. Ainda para os mesmos autores o IMC é caracterizado como a proporção relativa entre peso e a estatura a sua utilização deve ser de forma sistemática e é de fácil aplicação. O IMC é um método excelente para o diagnóstico e seguimento de crianças com obesidade/excesso de peso. A sua avaliação é considerada pelos mesmos autores como medida indireta para avaliação de adiposidade é variável com a idade e sexo. Na faixa etária pediátrica antes dos 2 anos de idade é recomendado o uso do índice peso-cumprimento para avaliação da adiposidade. Em todas as avaliações deve ter em atenção que o valor não deve ser considerado como sendo o valor absoluto mais sim de acordo com as curvas de percentis.

O índice de massa corporal é calculado com a seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (m)}$$

De acordo com Afonso (2017), a curva da OMS (WHO Child Growth Standards 2006) em crianças dos 0 aos 5 anos considera-se:

- Excesso de peso quando o percentil for maior que 97 (> P 97) e com z-scores > +2;
- Obesidade quando o percentil for maior que o 99 (> P 99) e com z-scores > +3;

Para crianças dos 5 anos aos 19 anos considera-se:

- Excesso de peso quando o percentil for maior que 85 ($> P 85$) e com z-scores $> +1$;
- Obesidade quando o percentil for maior que o 97 ($> P 97$) e com z-scores $> +2$ e maior de 4;

Acrescenta ainda que nas crianças com idade maior de 4 anos apresentando um peso que esteja inferior ao percentil 85 ($< P 85$) e que apresente cruzamento ascendente de 2 percentis ou ganho ponderal anual superior a 3- 4 quilogramas (Kg) tem maior probabilidade de ter risco de excesso de peso.

De acordo com Rito *et al.* (2010), o índice de massa corporal está consideravelmente relacionado com a idade, sendo que desde o nascimento o seu valor aumenta até ao ano de idade e diminui até aos 6 anos e aumentando outra vez até aos 21 anos de idade. O sexo e a etnia influenciam os valores do índice de massa corporal sendo de menor grau na idade da puberdade, porém devem ser considerados relevantes no momento da sua interpretação.

Segundo os mesmos autores a melhor forma de interpretar os valores do índice de massa corporal consiste na classificação do percentil, pois este indica exatamente a sua posição do valor do IMC relativamente ao individuo de uma determinada população do mesmo sexo e idade. Os autores apresentam a seguinte classificação do estado nutricional e do adolescente tendo em conta o percentil do IMC:

- Baixo peso - igual ao percentil 5;
- Peso Normal - entre o percentil 5 e o percentil 85;
- Excesso de peso - igual ou superior ao percentil 85;
- Pré-obesidade - igual ou superior ao percentil 85;
- Obesidade - Igual ou superior ao percentil 95.

A avaliação nutricional bem elaborada também inclui avaliação do perímetro braquial e perímetro da cintura.

O perímetro braquial permite dar a conhecer o índice da avaliação da massa muscular/reservas proteicas da proteína. E o perímetro da cintura/abdominal constitui a medida isolada mais correta na avaliação da distribuição da gordura e é considerado o

melhor preditor de risco para doença cardiovascular do que o IMC (Rito *et al.*, 2010; Oliveira & Saraiva, 2017).

A avaliação do perímetro braquial é efetuada no braço esquerdo, com o membro em repouso entre a meia altura do acrômio e o olecrânio, semifletido em um eixo de 90° entre o braço e o antebraço (Oliveira & Saraiva, 2017). A medição do perímetro da cintura/abdominal de acordo com a OMS citado por Rito *et al.* (2010) é feita a partir do ponto médio entre o final da grelha costal e o topo das cristas ilíacas. Este método de avaliação segundo o mesmo autor requer maior habilidade por parte do observador devido a localização das regiões anatómicas o que induz muitas das vezes ao erro e diversos valores diferente na mesma avaliação. Ainda para o mesmo autor o melhor método que atualmente tem sido mais utilizado para medição é o de Cameron que tem tido menor variabilidade dos observadores.

1.4. SEGMENTOS CORPORAIS

O segmento corporal é um parâmetro de avaliação nutricional de extrema importância porque é um índice particularmente útil que permite dar a conhecer as alterações do crescimento linear. Esta avaliação permite conhecer as proporções dos diferentes segmentos do corpo. O segmento inferior é a distância entre o limite superior da sínfise púbica até a região plantar e o segmento superior é a diferença entre o comprimento e o segmento inferior. Ao longo do processo dinâmico do crescimento quando há um crescimento normal a relação entre o segmento superior e o inferior diminui de forma progressivamente até a puberdade. As proporções normais do corpo humano são: ao nascimento é 1,7, aos 3 anos é 1,33, aos 5 anos são 1,17, aos 10 anos são 1 e maior dos 10 anos são menores de 1 (Oliveira & Saraiva, 2017).

1.5. DENTIÇÃO

A avaliação da dentição atualmente é considerada como um dos parâmetros que permite dar a conhecer o estado da saúde da criança. Este não deve ser usado como etapa de crescimento, porém constitui um dos elementos que fazem parte da anamnese do estado geral da criança. A fase da erupção dentária é um dos períodos difíceis na vida dos latentes e dos pais visto que a dentição é um processo fisiológico que na maioria das vezes traz

algum desconforto á medida que a coroa do dente rompe a membrana periodontal. A erupção da primeira dentição varia de acordo com cada criança sendo que na maioria das vezes a primeira erupção são os incisivos centrais inferiores que podem aparecer por volta dos 6 aos 8 meses de idade e seguidos os incisivos centrais superior que entre os 8 e os 10 meses de idade, seguidos dos “incisivos laterais, dos primeiros molares, dos caninos e segundo molares” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.184). A erupção primária completa termina por volta dos 30 meses e a sua queda com surgimento definitiva começa por volta dos seis meses. A ausência dos dentes é considerada anormal até aos 15 meses de acordo com os mesmos autores. Os profissionais de saúde e os pais devem ter atenção em relação aos sinais e sintomas associados a erupção dentária nomeadamente babar-se, sucção dos dedos o morder dos objetos duros, irritação dificuldade em dormir, subida moderada de temperatura, fricção dos ouvidos e diminuição do apetite entre outros. Porém dever ter cuidado quando se faz associação da febre alta $> 39^{\circ}$, diarreia e vômitos que podem estar associados as causas infeciosos e não à erupção dos dentes. O papel do enfermeiro neste momento é de extrema importância no sentido de esclarecer aos pais quais os sintomas que estão associados a erupção e as medidas que os pais devem tomar sendo que a dor é um dos sintomas que na maioria das vezes esta associada a erupção dentária e medidas como dar á criança um anel de dentição gelado ou um cubo de gelo enrolado no pano alivia ao desconforto, inflamação e dor, pois, o frio é considerado alívio/calmante.

1.6. ANORMALIDADES DO CRESCIMENTO

A avaliação do crescimento a partir das medidas antropométricas atualmente as mais utilizadas o peso, a estatura (comprimento e altura) e o perímetro craniano em simultâneo com a anamnese, exame físico e o estado nutricional da criança permite detetar as anomalias do crescimento. Pois de acordo com Oliveira e Saraiva (2017), a observação da trajetória das curvas do crescimento permite conhecer e distinguir diferentes tipos de crescimento desajustado. Os mesmos autores afirmam que uma criança tem crescimento normal quando os valores do percentil se situam entre o P_5 e o P_{95} ou P_3 e P_{97} com a velocidade do crescimento regular, ou seja, segue a trajetória paralelo às curvas de percentis. A monitorização do peso, estatura e perímetro cefálico não devem ser avaliados isoladamente mais em conjunto e tendo sempre em consideração os fatores genéticos da criança e o meio envolvente no sentido de obter uma melhor avaliação. Por exemplo no

caso da criança com má nutrição por consequência da doença crônica/negligência a sua curva de peso apresentará inicialmente uma inflexão e com decréscimo no ganho estrutural. Enquanto na criança com um crescimento linear afetado pode-se considerar anomalias endócrinas, congênitas ou genéticas. Vale ressaltar que os períodos que são mais suscetíveis a perturbação do crescimento são na fase pré-natal, latente e puberdade. Quando acontece na fase pré-natal normalmente acontece restrição do crescimento intrauterina (RCIU) ou seja o peso e o comprimento é inferior ao P₁₀ para a idade gestacional e sexo nas curvas de Fenton. No caso de ocorrer na fase precoce da gestação tanto o peso e a estatura serão afetados com a velocidade do crescimento normal, porém poderá acontecer que a criança esteja com um percentil abaixo do que estava geneticamente programado e apresentando mais tarde um aspeto emagrecido ao nascimento. As causas estão relacionadas com situações de infecção pré-natal (microrganismos do grupo TORCH) e exposição ao uso do álcool e tabaco durante ao período da gravidez. Um dos aspetos importantes são que a maioria das crianças com RCIU acelera o seu crescimento nos primeiros anos de vida recuperando até aos dois anos de vida com exceção aos prematuros que o fenómeno é mais lento prolongando até aos 4 anos de idade. Este crescimento de recuperação ocorre quando as causas são eliminadas e não esta isento de complicações pois principalmente de acordo com o mesmo autor se o ganho ponderal for rápido nos primeiros anos de vida. Nestes casos os problemas apontados pelo pelos mesmos autores, na criança com RCIU onde inicialmente houve restrição intrauterina e posteriormente após o nascimento abundância nutricional poderá ocorrer risco de obesidade, intolerância a glicose, insulinoresistência, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e doenças cardiovascular entre outros.

2. AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O interesse por avaliação do desenvolvimento infantil iniciou-se a partir do séc. XIX e XX, quando a criança deixou de ser considerada como uma miniatura do adulto. Atualmente vários investigadores estão a desenvolver várias conceções de forma que a criança possa ter as suas próprias características que o definem (Hockenberry & Wilson, 2014; Ordem dos enfermeiros, 2010). Ainda para os mesmos autores a criança é considerado um organismo em constante desenvolvimento, influenciado por fatores que o rodeiam, o ambiente em que vive o psicológico e social. Para melhor compreensão deste fenómeno vários autores deram o seu contributo a citar a perspetiva psicanalítica centrada nas emoções o Piaget, psicosssexual o Freud, o psicossocial do Erickson e moral. Outro autor que também deu seu contributo é o Brazelton com um modelo que está associado aos 3 fundamentos: o sistema interno de feedback associado a maturidade do sistema nervoso central o feedback externo que é a capacidade que a criança tem para lidar com a frustração e por ultimo são as influencias ou as estimulações que o cuidador exerce sobre a criança durante a prestação dos cuidados. Para melhor avaliação do desenvolvimento infantil, o enfermeiro necessita de ter conhecimento sobre a temática e utilização de um instrumento adequado e fiável de forma a transmitir orientações antecipatórias às famílias e proporcionar melhor qualidade de vida às crianças. Para que isso seja necessário este deve ter capacidade de desenvolver a laço parental de forma que haja partilha das informações pois os pais/família/pessoa que cuida da criança são as melhores fontes de informações.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) apresentou o seguinte algoritmo para avaliação do desenvolvimento da criança que auxiliam os enfermeiros durante a sua avaliação descrito no esquema I (figura 1):

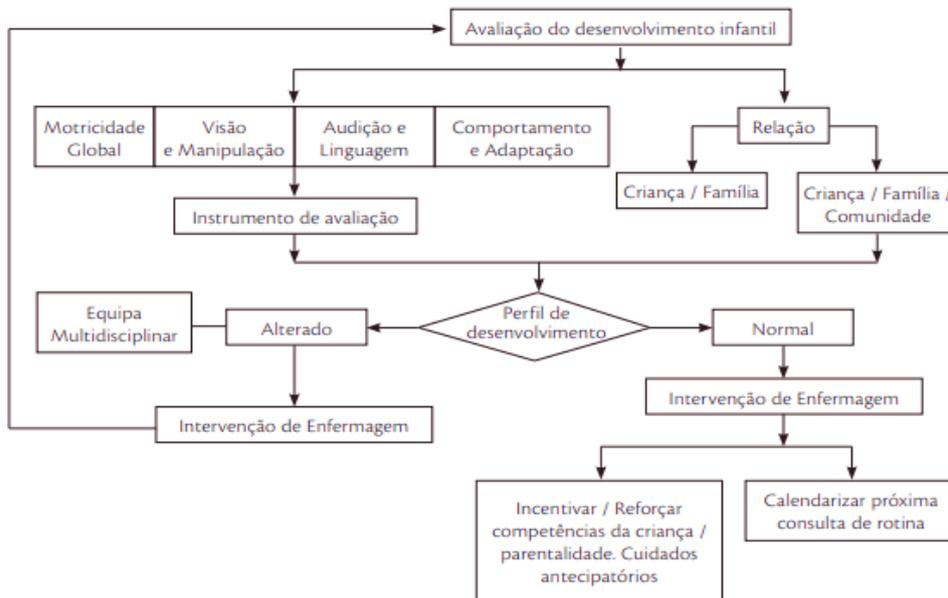


Figura 1 Algoritmo para a avaliação do desenvolvimento da criança (fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.73)

Descrevendo o esquema I, o Enfermeiro faz a avaliação e observação da criança no seu todo tendo consideração a relação como meio envolvente, a família e a comunidade. A avaliação/observação encontra-se organizado em 4 patamares/áreas importantes a motricidade global, visão e manipulação, audição e linguagem, comportamento e adaptação. Para avaliação do desenvolvimento infantil é necessário um instrumento adequado fiável que nos permite dar a conhecer o perfil de desenvolvimento infantil. Perante avaliação do desenvolvimento de uma criança normal o enfermeiro deve incentivar, reforçar as competências da criança /parentalidade e promover os cuidados antecipatórios e calendarizar uma nova consulta. No caso de uma criança com alteração no desenvolvimento este deve ser encaminhado/acompanhado pela equipa multidisciplinar. Consolidando com a ideia anterior o papel do enfermeiro na avaliação do desenvolvimento infantil é essencial quando este é bem feito, em colaboração com a equipa interdisciplinar com parceria da família. Do mesmo modo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.77) acrescenta ainda que “a prática clínica direcionada ao acompanhamento do desenvolvimento infantil faz parte de um processo muito vasto de gestão e promoção da saúde da criança” esta inclui um programa de avaliação de saúde com as várias etapas de desenvolvimento infantil.

Ainda de acordo com a mesma associação, é necessário que o profissional de saúde neste caso o enfermeiro tenha formação científica de forma que possa possuir conjunto de

saberes e competências e ferramentas que auxiliam nas metodologias como recolha e apreciação dos dados, formulação dos diagnósticos de enfermagem, elaboração do plano e a sua execução, avaliação e reavaliação do plano. Assim é necessário que a prestação de cuidado seja centralizada na pessoa de forma globalizada e única incluindo nas prestações de cuidados as dimensões como a empatia, respeito, confiança, dignidade humana

Outro aspeto de grande relevância na avaliação de desenvolvimento infantil referenciado pelo mesmo autor, graças á vários estudos desenvolvidos nomeadamente nos anos 20 do século passado onde estabeleceu-se “normas” para avaliação do desenvolvimento, seguindo uma sequencia longitudinal reconhecido como *milestones* ou marcos determinantes do desenvolvimento psicomotor (DPM) ou seja as crianças apresentam determinadas idades que são consideradas as idades chaves para avaliação que atingem certas capacidades ou marco de desenvolvimento. Esta descoberta foi de grande importância principalmente no desenvolvimento de diversos testes de desenvolvimento. De acordo com Oliveira e Saraiva (2017) “a aquisição de determinadas competências psicomotoras e atitudes comportamentais, apesar de conhecida a sua progressão natural, apresenta enorme variabilidade. As fronteiras do normal nem sempre são claras de estabelecer, sobretudo no comportamento” (p.216).

Sendo uma tarefa complexa que exige aos profissionais de saúde conhecimento e prática, para avaliação do DPM e o comportamento são organizadas 4 áreas correspondentes às atividades específicas humanas descritos de seguida (Ordem dos enfermeiros, 2010; Guiomar & Saraiva, 2017):

- **Motricidade global** - postura ereta e marcha a visão;
- **Visão e manipulação** - visuomotricidade/coordenação óculo - manual/visão manipulação;
- **Audição e Linguagem;**
- **Comportamento e adaptação Social** - atividades da vida diária/autonomia, relações sociais, emoção e comportamento.

Acrescenta-se ainda que a avaliação do DPM e comportamento deve ser realizada a mesma criança de forma sequencial e uniforme nas diferentes etapas de desenvolvimento de forma a detetar de forma precoce algumas doenças. Pois na maioria das vezes o

acontecimento do marco de desenvolvimento acontece de forma uniforme e sequencial por exemplo normalmente a criança segura a cabeça, senta e depois sustenta de pé, aprende primeiramente as primeiras palavras e posteriormente constrói as frases, faz desenho de uma cruz e só depois faz o quadrado, aprende a comer com a mão e depois consegue segurar e comer com uma colher.

Ainda para os mesmos autores a velocidade na aquisição de competências muitas das vezes depende de criança para criança, por exemplo esta pode ter atraso na linguagem e ser precoce na motricidade global pois cada criança possui áreas fortes e fracas porém quando a diferença na velocidade de aquisição de competências entre áreas forem superior a 15% podemos estar perante uma patologia nomeadamente atraso apenas na área de linguagem, surdez, distúrbio na comunicação ou outras áreas.

Além disso a aquisição em todas as áreas é importante para que a criança posteriormente possa ganhar total autonomia nas suas atividades diárias.

Portanto as 4 áreas de avaliação do neurodesenvolvimento correspondentes a atividades especificamente humanas apesar de dividirem em diferentes áreas estão intimamente interligadas pois no caso da velocidade de desenvolvimento global for uniforme, porém lenta e afastando entre dois ou mais da média do desvio padrão podemos considerar que estamos perante um atraso de desenvolvimento psicomotor global.

Outrossim nem todas as áreas preveem sobre a capacidade futura do desempenho intelectual e social da criança, visto que, cada dessas áreas depende de conjuntos de fatores/determinantes explícitos de forma resumidamente de seguida.

A **postura e a motricidade global** dependem ainda para os mesmos autores da maturação e mielinização do sistema nervoso, do sistema motor e sensorial funcionante e pouco estímulo do meio em que a criança vive. Porém este não tem correlação forte com a inteligência futura da criança embora que o atraso na aquisição motora sugere sinal precoce de disfunção neuronal global. Desde as primeiras aquisições como em decúbito ventral o Recém-nascido levanta a cabeça até os primeiros passos, salto e corrida tudo depende da neuromaturação do sistema nervoso da criança.

No entanto a **visão e a motricidade fina ou visuomotricidade** esta baseado na visão, coordenação oculo – manual e a capacidade que a criança tem em resolver os problemas e as suas tarefas diárias. Por conseguinte esta área ao contrário da postura e a motricidade global está correlacionado com a capacidade intelectual da criança. Em outras palavras

nesta área a avaliação feita é a interação visual, ou seja, a forma que o bebe interage com o meio, vê, observa o que lhe rodeia fixando os olhos as pessoas e a luz. Ao longo do semestre verifica-se uma evolução pois o bebe já é capaz de manipular os objetos e posteriormente este consegue procurar os objetos escondidos. Na fase pré-escolar é esperado que este consegue resolver alguns exercícios como reconhecer as figuras geométricas, construção de cubos, realizar desenhos humanos entre outras tarefas previsto por esta faixa etária.

A outra área que tem uma correlação com a inteligência futura tem a ver com a avaliação da **audição e a linguagem** pois ainda para o mesmo autor para que uma criança possa falar este primeiro tem de ouvir os sons saber e querer comunicar. Esta avaliação inicia-se antes de começar as primeiras palavras ou seja no momento do comportamento pré-linguístico por exemplo quando “o alerta, o sorriso social, a atenção conjunta – olhar alternado entre o bebe e o adulto para o foco de interesse, o galreio com vocalização reciproca, o imitar, o apontar – protoimperativo para pedir e protodeclarativo para mostrar” (Oliveira & Saraiva, 2017, p.218). Estes marcos são considerados os marcadores neuromaturacionais da cognição social humana. O atraso na aquisição destes marcadores podem ser sugestão de perturbação do desenvolvimento intelectual ou défice intelectual por exemplo, espectro de autismo.

Pelo contrário da aquisição da motricidade global os mesmos autores afirmam que o **comportamento e adaptação social** está correlacionado com os fatores ambientais que a criança esta inserido. Pois embora seja necessário primeiramente a aquisição motora para realização das atividades da vida diária e a autonomia o estímulo do meio, bem como as influências culturais exercem grande influência na aquisição desta competência. Por isso a avaliação desta área deve ser feita de forma generalizado tendo em conta o meio e a cultura que a criança está inserida.

Além de compreender os fatores que estão correlacionados com as áreas correspondentes às atividades específicas humanas na avaliação dos marcos do desenvolvimento psicomotor em idades considerados chaves é necessário compreender alguns conceitos nomeadamente a *idade média* que é definido pelo mesmo autor como a idade em que a metade da população padrão da mesma idade adquiriu uma determinada aquisição. Por exemplo a idade que uma criança começa a andar é aos 12 meses ou seja nesta idade 50% das crianças desta idade adquiriram a marcha. Esta avaliação é feita a partir do conhecimento do limite padrão pois ainda para o mesmo autor “as idades limite de

aquisição de determinadas competências situam-se ao nível de dois desvios padrão (2DP) afastado da média” (Ibidem, 2017, p. 219). Por outras palavras uma criança é considerada precoce na aquisição de uma determinada competência quando este realiza antes da idade considerada chave e quando acontece depois do 2DP podemos suspeitar de alguma patologia e neste caso devemos fazer uma pesquisa para deteção precoce de uma determinada doença. Por isso ter conhecimento das idades chaves ou marcos de neurodesenvolvimento é essencial na avaliação do desenvolvimento infantil.

No caso de uma criança prematura é necessário ter consideração a idade corrigida, por exemplo, “um bebé com 9 meses de idade cronológica, que nasceu de 28 semanas de idade gestacional em vez das 40 [40 – 28 (tem menos 12 semanas – 3 meses)], o DPM esperado deve ser o de 6 meses” (Idem, 2017, p.219).

Outro aspeto importante na avaliação do neurodesenvolvimento é avaliação da postura, tónus muscular presença de hipotonia ou hipertonia axial e dos membros a força muscular entre outros componentes. Anotar além do padrão do crescimento global a presença de sinais dimórficos exemplo das alterações nos outros órgãos/pigmentação cutâneos entre outros aspetos é fundamental na deteção precoce das doenças.

Portanto a avaliação do desenvolvimento é de extrema importância pois permite detetar as doenças neurodesenvolvimento como autismo grave, paralisia cerebral, surdez profunda e cegueira entre outras doenças graves que na maioria das vezes são descobertos nos primeiros anos de vida, por isso é importante que todos os dados do rastreio sejam registados no caderno da criança bem como a idade que teve aquisições numa determinada área de desenvolvimento.

O enfermeiro deve realizar um rastreio, pois de acordo com os mesmos autores:

Um **teste de rastreio** tem de ser necessariamente exequível, logo simples e rápido; preciso, válido, quantificável e comparável com a “norma” como na avaliação do crescimento. Na maioria das crianças terá um resultado normal, nas outras apenas fica a suspeita. Deve-se confirmar ou infirmar as alterações dentro de um curto espaço de tempo, e só posteriormente referenciar para avaliação de diagnóstico em consultas da especialidade Pediatria do Neurodesenvolvimento. (Oliveira & Saraiva, 2017, p.221)

No entanto o rastreio e a avaliação do DPM não são uma tarefa fácil por isso acompanhamento das aquisições do desenvolvimento deve ser contínua e flexível não

apenas nas idades chaves mais em todas as consultas que o profissional tiver a oportunidade de entrar em contato com a criança (Direção Geral de Saúde, 2013).

“A simples aplicação de testes, ou a valorização de dados isolados, não permitem uma avaliação válida do desenvolvimento, nem um prognóstico rigoroso quanto ao futuro da criança” (Direção Geral de Saúde, 2013, p.53). O rastreio é importante embora seja difícil a sua avaliação pois em comparação com a avaliação do crescimento que é quantitativo/objetiva como centímetro para o comprimento, quilograma para o peso este é qualitativa o que é exigido do observador conhecimento muito bem do padrão normal e possuir formação na área de forma a realizar interpretações adequadas (Idem, 2013; Oliveira & Saraiva, 2017).

Para que a avaliação seja feita de forma adequado é necessário que haja um conjunto de diretrizes e normas ou programas específicos bem como testes de rastreios e programas que possam auxiliar nas avaliações. Em Portugal é utilizado o rastreio de Teste de desenvolvimento de Mary Sheridan que é recomendado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil (<https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/consulta-publica-programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil-jpg.aspx>).

O Teste de desenvolvimento de Mary Sheridan (em anexo) inclui as aquisições de desenvolvimento que são esperados por idade chave e os sinais de alarme dos 0 aos 24 meses.

Outras áreas fundamentais na avaliação do DPM descritos de seguida, consideradas como pilares para o desenvolvimento infantil, são, a amamentação/alimentação diversificada, higiene e vestuário, sono e repouso, brincar/atividade lúdica da criança, disciplina, segurança, afetos/vínculos e imunização.

2.1. AMAMENTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO DIVERSIFICADA

A alimentação infantil é um dos pilares essenciais para o desenvolvimento e crescimento infantil. Pois para que uma criança possa desenvolver de forma adequada este necessita dos nutrientes essenciais. A prática de uma alimentação saudável inicia-se na infância e um estímulo para procura de alimentos saudáveis nas idades mais avançadas. A alimentação da criança é compreendida em fases sendo que a primeira fase considerado

latência ao nascimento até aos 12 meses de idade e complementada com outros alimentos pelo menos até aos dois anos ou mais de acordo com a OMS.

Os primeiros 6 meses é aconselhável o leite materno exclusivo a não ser em casos excepcionais, como mães infetadas pelo vírus da imunodeficiência humana (Sida) ou em uso de medicamentos nocivos para os bebés entre outras situações. O leite materno proporciona vantagens tanto para o bebé e a mãe, é baixo custo, há melhor regulação metabólica, previne infeções gastrintestinais, respiratórios, diminui o risco da morte súbita, há menor incidência de doenças crónicas, menor probabilidade para surgimento de alergias, previne as neoplasias da mama e do útero e reforça o vínculo entre mãe/bebé. (Afonso, 2017; Levy & Bértolo, 2002; Hockenberry & Wilson, 2014). Apesar das múltiplas vantagens que o aleitamento proporciona tanto para mãe e para o bebé é necessário que o bebé tenha um bom estado nutricional e ganho de peso de maneira que tenha um bom desenvolvimento psicomotor. Pois o único indicador de que o aleitamento materno esteja a ser adequado é a evolução ponderal. Na primeira semana de vida é esperado que um recém-nascido de termo tenha até uma perda ponderal até 10% e deverá ter uma evolução ponderal um ganho de cerca 25-30 gramas/dia até aos 3 meses e 20 gramas até aos 6 meses (Afonso, 2017; Levy & Bértolo, 2002).

O papel do enfermeiro é fundamental na promoção do aleitamento materno exclusivo. Como proporcionar ambientes calmos seguros e confortável para amamentação, ensinamentos sobre a prática do aleitamento materno, serão ajuda preciosa para o sucesso (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Por volta do 4º - 6º mês quando a amamentação materno não seja exclusiva inicia-se a introdução dos alimentos, pois a partir desta idade de acordo com o mesmo autor o sistema digestivo do bebé está mais preparada para digerir os nutrientes mais complexos, a deglutição é mais coordenada permitindo ao bebé aceitar melhor os alimentos sólidos e o reflexo da protusão da língua já não existe. Nesta fase se inicia a erupção dentária o que facilita o morder e o mastigar. O bebé já adquiriu novas aquisições como o controle da cabeça e o sentar que permite ter uma visão mais ampla permitindo melhor aceitação dos alimentos. Ao 6.º mês o bebé consegue levar a colher a boca e sentir a textura dos alimentos. A partir do 8.º mês o bebé já tem preferência pelos alimentos, dos 18 aos 24 meses tem o domínio completo da colher, dos 24 meses aos 36 meses já tem autonomia necessitando apenas que cortem os alimentos. A partir dos 4 anos este tem mais

autonomia postura correta na mesa usa de forma correta o garfo e a faca (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Em relação a diversificação alimentar o objetivo é suprir aos poucos o leite materno por outros alimentos que fazem parte do regime alimentar da família no final do primeiro ano de vida. Após os 6 meses de vida o leite materno não é suficiente para suprir todas as necessidades nutricionais, por isso o período da diversificação alimentar é considerado uma janela de oportunidade que permite dar conhecer ao bebé novos sabores e texturas dos alimentos. Durante o período da introdução dos alimentos os profissionais de saúde principalmente o enfermeiro deve respeitar cada criança como um caso individual dando consideração a cultura que esta inserido e os meios socioeconómicos da criança. (Afonso, 2017; Levy & Bértolo, 2002; Hockenberry & Wilson, 2014).

De seguida apresentaremos alguns exemplos de alimentos que podem ser introduzidos na diversificação alimentar:

- Cereais e glúten: Os cereais podem ser lácteos ou não lácteos podem ser feitas em leites materno ou outro tipo de leite que o bebe esteja a consumir. O glúten pode ser introduzido entre os 4 aos 12 meses e não devendo ser o consumo em grande quantidade nas primeiras semanas após a sua introdução e até ao primeiro ano de vida;
- Carnes ovos e peixes: estes alimentos são considerados como fontes de proteínas de elevado valor biológico, não existindo estudos que proibem o uso destes alimentos. A introdução de proteína animal deve iniciar-se nas sopas com uma porção de 20- 30 g/dia e adicionadas nas idades mais avançada 8 a 9 meses nos purés ou arroz por exemplo. Em relação ao ovo que é um alimento rico em aminoácidos essenciais, fosfolípidos, ácidos gordos polinsaturados/saturados e ferro a gema deve ser introduzida a partir de 9 meses 2 a 3 vezes por semana e a clara depois dos 11 -12 meses embora que não existem consensual nos estudos.
- Frutas: considerado como fonte de vitaminas, minerais e fibras, podem ser fornecidos como sobremesa após uma sopa de legumes/carne, mas não como uma refeição. É aconselhável frutos frescos de época e que sejam oferecidos crus evitando sumos por apresentar elevado acidez e não devem ser adicionados o mel/açúcar. Por isso nos primeiros anos de vida devem ser

evitados frutos potencialmente libertadores de histaminas o que podem provocar alergias como exemplo do morango, amora Kiwi e maracujá.

- Leite/Iogurte: a utilização de leite de vaca em natureza antes dos 12 meses não é aconselhável devido ao elevado teor de proteínas, eletrólitos e gorduras saturadas e a sua baixa biodisponibilidade de Ferro. Porém pode ser administrado em pequenas quantidades nas confeções de algumas refeições e nunca como bebidas. Enquanto o iogurte proveniente de fermentação de leite de vaca e leveduras é recomendável a sua introdução a partir dos 9 meses pois é bem tolerado, porém este deve ser natural e não deve conter corantes e nem aditivos.
- Água: Após a introdução dos alimentos é aconselhável introdução da água, porém sem adicionar outras bebidas. (Afonso, 2017; Hockenberry & Wilson, 2014; Levy & Bértolo, 2002; Silva & Aguiar, 2011).

2.2. HIGIENE E VESTUÁRIO

A higiene bem como o vestuário são componentes essenciais na promoção da saúde da criança, pois dão a criança sensação de bem-estar e um aspeto bem cuidado e conforto. Assim como a higiene e o vestuário está correlacionado com diversos fatores que o enfermeiro deve ter em conta no momento da promoção da saúde. Por exemplo o banho ao bebé é dado uma vez ao dia, mas no período no final da tarde pois proporciona sensação de conforto e relaxante beneficiando o momento do sono ao bebé. Porém este hábito depende da rotina de cada família, a recomendação é que seja feita no mesmo horário e de preferência pela mesma pessoa de forma que crie uma rotina ao bebé. O ambiente no banho é essencial deve ser alegre com brincadeiras de forma a proporcionar momentos alegres. Também não deve ser prolongado de forma a evitar perda de energia. O vestuário deve ser ajustado tanto ao ambiente e principalmente ter atenção que este deve ser confortável e adequado para cada época de estação (Hockenberry & Wilson, 2014; Ordem dos enfermeiros, 2010).

2.3. SONO E REPOUSO

O sono também é fundamental no desenvolvimento físico, psicológico e na aprendizagem da criança. Quando uma criança não esta a cumprir o tempo diário e de qualidade do sono este acarreta diversos problemas á saúde nomeadamente hiperatividade, mau humor, fadiga, entre outras perturbações. Os padrões de sono variam, sendo que o recém-nascido dorme a maior parte do tempo gastando menos energia o que auxilia no processo do seu crescimento. Por volta dos 3 aos 4 meses a maior parte dos latentes desenvolvem um padrão de sono noturno cerca de 9 a 11 horas diários. A partir dos 12 meses há uma consolidação do padrão do sono com diminuição diurno e aumento do padrão noturno aproximadamente 11,7 horas diário. Apesar que o padrão do sono varia de crianças para criança é recomendado que a criança a partir dos 12 meses aos 3 anos, tenham pelo menos entre 12 e 14 horas noturnas e uma sesta diária. A partir dos 3 aos 5 anos é aconselhável 11 a 13 horas de sono noturno e com menos necessidade de sestras. Nos primeiros anos de vida são identificados algumas perturbações do sono como por exemplo, os latentes têm maior interrupção do sono no período da noite por necessidade prolongada de amamentação/biberão ao meio da noite, as crianças entre 6 aos 12 meses por vezes são acordados por pesadelos o que desencadeiam choros no período da noite o que pode provocar recusa de dormir por medo e piora das situações quando os pais desencadeiam hábitos de sono inapropriado como deixar a criança dormir na cama dos pais numa cadeira que não é o local habitual de dormir e quando este adormece e depois acorda chora repetindo o hábito inapropriado. (Idem)

Na resolução deste problema ainda para os mesmos autores é aconselhável que os profissionais recomendam aos pais que criem uma rotina diária de dormir como por exemplo banho no final do dia que tem efeito relaxador, contar uma história, proporcionar ambiente saudável para que a criança possa ter um sono de qualidade. Evitar hábitos inapropriados no momento de pesadelos como deixar a criança dormir na cama dos pais é aconselhável falar com a criança mostrando que foi apenas um pesadelo acalmá-lo e depois dormir na sua cama. Também é muito importante alertar aos pais no sentido de diferenciar pesadelo e medo de forma a identificar caso de medo por motivos de maus tratos ou abusos (Idem).

2.4. BRINCAR/ATIVIDADE LÚDICA DA CRIANÇA

O brincar é o elemento importante que ajuda no desenvolvimento psicomotor, moral, ético, estético e moral da criança. Pois a criança ao brincar começa a interagir com o meio que está inserida, ganhando experiência e conhecimento do mundo. Ao brincar ele tem a oportunidade de explorar o meio através dos sentidos, olhar, o toque, cheiro, vê, ouve e prova. No brincar ele consegue interagir com o meio e outras pessoas os pais outras crianças e pode recriar situações que permitem obter conhecimento do bem do mal, das funções/papel que as pessoas desempenham na sociedade, também permite abertura para a imaginação e expressar os seus sentimentos através de desenhos/pinturas o que ajuda na construção da sua própria personalidade. Várias formas ou brinquedos permitem dar a criança a oportunidade de brincar, porém é muito importante aconselhar os pais na importância do brincar no desenvolvimento infantil e tendo cuidado nas escolhas dos brinquedos adequados em cada idade de forma a prevenir acidentes (Idem).

2.5. TEMPERAMENTO/ DISCIPLINA

O temperamento infantil ou estilo de comportamento é definido pelas diferenças individuais relativamente estáveis ao longo do desenvolvimento que estão intimamente correlacionados pelos fatores genéticos, biológicos, psicológicos que constituem a base da futura personalidade do indivíduo (Zentner e Bates, 2008 citado por Rocha e Linhares 2013). De acordo com Hockenberry e Wilson (2014) o ambiente e especificamente a família exercem influências e modificações no temperamento da criança. Pois o ambiente circular permite que todos os elementos de uma família influenciam uns aos outros. As características do temperamento do bebê podem estender ao longo da infância, os que são caracterizados por serem difíceis mantêm por vezes até a infância e os bebês que eram considerados fáceis tornam menos fáceis. Isto porque aos bebês com temperamento difíceis os pais com o avançar da idade já sentem mais preparados para lidar com as situações enquanto com os bebês fáceis os pais sentem dificuldade em lidar com novos traços de temperamentos. Para caracterização do tipo de personalidades dos bebês os profissionais de saúde podem utilizar escalas apropriados por exemplo o *Toddler temperamental scale* mencionado pelo mesmo autor que é uma das ferramentas que auxiliam na identificação do tipo de temperamento auxiliando na elaboração de abordagens nos cuidados antecipatórios aos pais.

O papel dos enfermeiros na identificação do temperamento de um bebé tem - se demonstrado positivo aos pais porque ao conhecerem melhor os seus filhos melhor eles souberam lidar com a situação diminuindo o conflito entre os pais e as crianças e as birras. As birras são características comuns nos *toddlers* o que tornam mais frequentes aos desencadeio de raivas. Os mesmos autores afirmam ainda que crianças que respondem de forma ativa são os que no momento de birras gritam, berram e podem atirar objetos. Enquanto as mais fáceis são as que respondem de forma moderado a disciplina. Nestas situações o enfermeiro deve informar aos pais que as medidas de disciplinas são importantes na resolução destes comportamentos, porém deve ter em conta o tipo de temperamento da criança pois uma punição inadequada/ injustificada pode propiciar comportamento mais problemáticos. Como por exemplo as crianças mais fáceis uma voz firme e o contato visual podem ser suficientes enquanto nos difíceis necessitam de disciplina mais estruturada.

Portanto a disciplina é fundamental no desenvolvimento psicomotor da criança. Citando o Brazelton em forma de poesia podemos afirmar que o amor é divino, porém a disciplina é o melhor presente que os pais podem dar aos filhos. Ao falar da disciplina muitas da vez está associada a coisa negativa como punir maltratar, porém nenhuma delas está relacionado com a disciplina. A disciplina significa estabelecer limites, pois a medida que as crianças crescem começam a ganhar competências e os pais sentem a necessidade de ensinar os filhos o certo e o errado impondo limites seguros. Uma das formas que podem ser utilizados podem ser a expressão verbal negativa, contato visual e como última alternativa castigo que podem ser abster aos filhos de certos gostos quando estes insistem a manter determinados comportamentos inadequados. É importante reforçar aos pais que quanto mais cedo começar a implementar a disciplina mais eficazes serão pois como refere o ditado é de pequeno que se torce o pepino. Porém é muito importante explicar aos pais que inicialmente as crianças não tem ainda noção de identificar os perigos ou a correlação causa-efeito, por isso cabem aos pais a responsabilidade de proporcionar um ambiente seguro de forma que a criança possa explorar o ambiente sem correr perigos. Disciplinar, sim, porém como foi referido anteriormente primeiro é o amor, fornecer carinho, amor e proteção a criança nunca é demais como muitos afirmam pois não foi evidenciado nenhum estudo que comprove que uma criança amada é sinonimo de falta de educação/mimado. As crianças choram na maioria das vezes por não suprirem as suas necessidades e o choro é uma das formas que este utiliza para expressar as suas frustrações

por isso como medidas antecipatórias devem ensinar aos pais a conhecer bem o temperamento do seu filho as situações que o fazem sentir desconfortáveis de forma a reduzir o desgaste extremo nas crianças. (Ibidem)

2.6. VÍNCULOS /AFETOS

Assim como a disciplina, o vínculo e o afeto são essenciais no desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança. Pois o contato físico além de ser uma necessidade humana é muito importante sendo nós um ser social. Na barriga da mãe já se inicia o processo do vínculo e torna ainda mais importante quando o bebê nasce. Este vínculo irá desenvolvendo ao longo das fases de desenvolvimento da criança a partir do contato físico, emocional transmitidos através do afeto e aos cuidados a criança. Além da mãe é importante que a criança tenha contatos com outros cuidadores como o pai que representa também o papel importante na ligação pai-filho, e nunca devem excluí-los. Além dos pais a criança também desenvolve ligação com outros cuidadores com ligação próxima como por exemplos os avós. Esta relação quando é bem-sucedida além de proporcionar diversos benefícios a criança também é um fator importante no bem-estar emocional da mãe. Quando à criança não é proporcionada um ambiente seguro cheio de afeto e amor, desenvolve-se vinculação insegura e falta de confiança da criança no mundo em que vive

O papel dos enfermeiros é essencial no reconhecimento da existência/ausência da ligação entre o latente e o progenitor ou a pessoa próxima da criança de forma a compreender os problemas existentes e os fatores de impedimento do vínculo. Conjuntamente com a família, evidenciar a importância da vinculação e do afeto na vida de um latente e as consequências futuras da vida da criança de forma que possam encontrar soluções para os problemas (Idem).

2.7. SEGURANÇA

A promoção da segurança infantil é uma das preocupações fundamental no desenvolvimento da criança. Pois de acordo com a OMS citado por Direção – Geral da Saúde (2010) as crianças com menos de 5 anos de idade, representam 25% das mortes por afogamento e 15% relacionados com a queimadura. Ainda de acordo com

Hockemberry e Wilson (2014) as principais causas de morte em crianças de 1 a 4 anos de idade estão relacionados com transportes, afogamentos e incêndios/queimaduras. O envenenamento tem taxas elevadas em latentes e adolescentes. Entretanto as lesões não fatais como quedas, colisões de grande impacto, dentadas ou picadas de animais apresentam taxas elevadas em *toddlers*.

Devidas as elevadas taxas de mortes em relação a segurança infantil, o papel dos enfermeiros é fundamental nos cuidados antecipatórios. Por isso de seguida iremos descrever alguns tipos comuns de acidentes bem como as precauções relacionadas a cada tipo de acidentes.

2.7.1. Acidentes com Veículos a Motor

A maior causa de mortes acidentais entre crianças acima de um ano é provocada pelo acidente com veículos a motor. E responsáveis por números significativos de todas as mortes acidentais entre 1 e 4 ano, principalmente causadas dentro do carro sem devidos cuidados e principalmente em crianças no banco da frente. Cabe o enfermeiro educar os pais para importância das medidas de segurança.

Destas medidas são recomendados 5 sistema de retenção:

- Dispositivo exclusivo para latentes;
- Modelos convertível para latentes e *toddlers*;
- Assentos elevatórios;
- Cinto de segurança;
- Dispositivo para crianças com necessidades especiais.

Seguindo os sistemas de retenção e deve aplicar as medidas implementadas em cada País. Outra recomendação a seguir é que as crianças não devem nunca viajar na caixa aberta de uma carrinha, pois corre maior risco de ser atingido por outro veículo/capotamento da carrinha. Também não deve ser deixado em carros estacionados por perigo de estravar o travão e por o carro em movimento. A criança pode lesionar por uma colisão ou queda de um assento infantil montada em cima de uma bicicleta. Os *toddlers* estão envolvidos frequentemente em acidente pedonal devido às competências de motricidade grosseiras e finas ao brincar próximo da estrada que podem resultar numa tragédia com veículos a

motor. Outros tipos de acidentes comuns acontecem quando trepam em porta-bagagens abertas e se fecham lá dentro, podendo assim causar morte por asfixias. Em relação ao *toddlers* e automóveis é o sobreaquecimento e subsequente morte quando deixado nos veículos em tempo quente.

A prevenção de acidentes envolve a proteção e educação das crianças acerca do perigo de veículos. Embora as crianças pré-escolares sejam demasiadas pequenas para obedecerem sempre o progenitor as noções básicas das regras a serem seguidas de acordo com as normas referentes aos transportes. (Ibidem)

2.7.2. Afogamentos

A segunda causa de morte acidental surge com o afogamento em rapazes de 1 a 4 anos e a terceira de raparigas da mesma idade. Os *toddlers* tendo maior locomoção e facilidade de alcance, curiosidade e intenso desejo de exploração combinado com a falta de noção de perigo e segurança, faz do afogamento uma ameaça constante, principalmente em áreas potencialmente perigosos como banheiras, piscinas de adultos de crianças, canais de ligação, tanques, lagos e até mesmo em sanitas e baldes de 20 litros.

A morte por afogamentos nestas crianças ocorre em espaços de minutos, pois a sua cabeça grande e pesada, sua força limitada e pouca coordenação, dificulta a libertação do mesmo ao acidente. O quase afogamento é uma das causas de estado vegetativo em crianças pequenas, levando em consideração que as que receberam Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e que sobreviveram, apresentam deficiência neurológica permanente.

Constatado isso, os enfermeiros devem ensinar os pais sobre noções básicas de primeiros socorros de forma a instruir as crianças pequenas para que acidentes sejam evitados ou tenham consequências desastrosas (Hockenberry & Wilson, 2014; Ordem dos enfermeiros, 2010).

2.7.3. Queimaduras

As queimaduras tornam-se um potencial de grande perigo devido à capacidade que as crianças pequenas têm de escalar superfícies alcançando objetos acima de suas cabeças. Os enfermeiros devem aconselhar aos pais as medidas de prevenção, como afastar todos

os objetos quentes, e os cuidados a ter na cozinha com as panelas e tachos no fogão. Proteção às tomadas para evitar que os pequenos introduzem objetos para dentro das mesmas, evitar deixar banheiras com água quente ao alcance das crianças e exposição solar sem uso de protetor solar entre outras medidas de segurança são recomendações que se devem fazer aos pais e cuidadores das crianças (Hockenberry & Wilson, 2014; Ordem dos enfermeiros, 2010).

2.7.4. Envenenamento

O envenenamento também é um potencial perigo principalmente nos *toddlers* pela curiosidade em experimentar coisas e explorar o meio. Por isso o papel dos enfermeiros em instruir os pais no armazenamento de todas as substâncias tóxicas e invulgares é fundamental sendo que a principal causa do mesmo é o armazenamento impróprio.

É aconselhável colocar todas as substâncias tóxicas e também os medicamentos como os xaropes, produtos de limpeza e até plantas considerados venenosos fora do alcance das crianças. Relembrando que na maioria das vezes eles conseguem alcançar superfícies altas sem nenhuma dificuldade, por isso o armazenamento no armário fechado é considerado uma das medidas eficazes e seguras (Idem).

2.7.5. Quedas

As quedas continuam sendo causas de acidentes nas crianças embora que de acordo com os mesmos autores são alvo de pouca investigação com alguns em curso para identificar os principais fatores de riscos em crianças hospitalizadas (Hockenberry e Wilson, 2014). São pilares fundamentais de atenção aos enfermeiros nas orientações antecipatórias nos cuidados às famílias, sendo que a incidência nas crianças menores o risco é maior pela falta de atenção e noção do perigo, coordenação prematura e centro de gravidade elevado. Nas idades maiores apesar que as competências motoras grosseiras e finas estão mais desenvolvidas o risco de quedas nas escadas, cadeiras e parques são mais comuns. O enfermeiro deve ensinar os pais as diferentes medidas preventivas de quedas como por exemplo como grades nos berços, cuidado nas camas evitando que uma criança menor de seis anos durma acima de beliche, usar vestuários inadequados de forma a diminuir as

hipóteses de quedas, ter atenção aos tipos de brincadeiras exagerados entre outras medidas que diminuam os riscos de quedas. (Ibidem)

2.7.6. Aspirações e Sufocação

Aspirações e sufocação tornam o risco elevado nas crianças pequenas por não possuírem capacidades em retirar os pequenos pedaços de alimentos ou objetos que podem ser perigos caso sejam aspirados para a via aérea. Nos maiores a partir de 1 ano apesar de poderem mastigar bem os alimentos ainda o risco de sufocação e aspiração é presente principalmente quando os alimentos são maiores. Nas outras idades (maiores de que 1 ano) também os cuidados são acrescidos nos objetos maiores como móveis sacos de plásticos, caixas vazias entre outro objeto. Por isso o enfermeiro deve alertar os pais de forma a terem precauções e descartar todos os objetos de riscos. (Idem)

2.7.7. Lesões Corporais

As lesões corporais são frequentes nas crianças pequenas por não terem noção do perigo que alguns objetos pontiagudos ou cortantes podem causar lesões corporais como por exemplo colheres, garfos, tesouras, equipamentos que podem estar guardados em casa, animais domésticos que são considerados seguros que por vezes as crianças pequenas podem ser mordidos na face, armas de fogos, portas e brinquedos que podem ser fontes de perigos. As educações para a segurança aos pais são necessárias para evitar acidentes e mortes. (Idem)

2.8. IMUNIZAÇÃO/VACINAÇÃO

Atualmente um dos grandes avanços na área da pediatria foi o uso da imunização no combate das doenças infecciosas. De acordo com Sousa, Vigo e Palmeira (2012), cerca de dois milhões de crianças ainda continuam a morrer anualmente, devido a doenças que poderiam ser evitadas através da imunização. Ainda de acordo com a OMS, quatro milhões de crianças africanas, incluindo mais de um milhão de recém-nascidos, morrem antes do seu quinto aniversário, e muitas delas morrem de doenças evitáveis com vacinas. Neste sentido, o mesmo autor afirma que os programas de vacinação e de imunização são

fundamentais para reduzir o número de mortes, de doenças e de incapacidades. No combate deste flagelo todos os países criaram programas de vacinação, porém a cobertura depende do desenvolvimento do sistema de saúde de cada país, citando as infraestruturas, capacidade de gestão, e verbas disponíveis. De acordo com o mesmo autor as vacinas que constam no PNV de cada País, são selecionadas com base na epidemiologia das doenças do próprio País, na evidência científica do seu impacto, na sua relação custo-efetividade e na sua disponibilidade no mercado. Para os mesmos autores todos os cidadãos têm direito a serem vacinados, porém tem o dever de participar ativamente no processo de vacinação, com a consciência que estão a defender a sua saúde, a Saúde Pública e a praticar um ato de cidadania. Apesar que as imunizações sejam administradas em qualquer idade é recomendável que o calendário começa no 1º ano de vida e reforçados na idade escolar. Deste modo o papel do enfermeiro é importante na promoção da saúde nesta fase, de forma que a população possa participar ativamente na imunização conforme o esquema recomendado no seu país. A calendarização da imunização difere em cada país dependendo das orientações implementadas bem como as suas políticas. Em Portugal as recomendações são da Direção Geral da Saúde sob tutela do Ministério da Saúde. Enquanto Cabo Verde o Programa Alargado de Vacinação (PAV) sob tutela do Ministério de Saúde tem sido componente relevante para a sobrevivência da criança. Iniciou-se em Cabo Verde em 1977 integrado no programa PMI/PF, o qual foi convertido, a partir de 2001, no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR), cujo principal objetivo é alcançar uma cobertura vacinal de, pelo menos 90% das crianças menores de um ano protegendo-as contra a tuberculose, difteria, tétano, tosse convulsa, poliomielite, hepatite B e sarampo (OMS, 2012). Para a continuidade do Programa, o País criou condições favoráveis para a aquisição das vacinas, com o apoio financeiro da União Europeia, através da UNICEF e é oferecido gratuitamente à população. Também é de salientar que os custos de vacinação (vacinas e consumíveis) são suportados desde 1998 pelo orçamento do Ministério da Saúde, com exceção da vacina contra Hepatite B que tem sido apoiada pela cooperação bilateral, Itália, Luxemburgo e UNICEF (Idem). O esquema de imunização recomendados em ambos os países diferem por motivos mencionados anteriormente, porém é recomendável que a idade para começar a imunização inicia-se á nascença ou nas duas primeiras semanas de vida. As crianças que nasceram prematuros devem iniciar a sua vacinação completa de acordo com a sua idade cronológica. O

importante é que os enfermeiros conheçam bem o esquema de calendarização e informações sobre os últimos avanços e mudanças nas políticas.

Além do conhecimento das políticas e o esquema atualizado recomendado de vacinação cabe o enfermeiro possuir uma gama de conhecimento sobre a vacinação, como por exemplo tipos de vacinas, locais anatómicos, modo de administração, indicações, contraindicações, seguranças das vacinas entre outras informações relacionado a vacinação no sentido a administração seja com segurança.

CAPÍTULO II – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

1. METODOLOGIA

Apresentamos, neste capítulo, a metodologia utilizada no processo de pesquisa, pois de acordo com Fortin (2009) “a investigação científica é um processo sistemático que se assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, isto é, do mundo que é acessível aos nossos sentidos, tendo em vista descrever, explicar, predizer ou controlar fenómenos” (p.4).

Deste modo, de seguida descrevemos todo o processo e procedimentos realizados, as questões de investigação o tipo de investigação, a amostra, as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos utilizados, as considerações éticas e o tratamento estatístico efetuado para análise dos dados recolhidos.

1.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Fortin (2009), a etapa de formulação de problema é uma das etapas cruciais no processo de investigação pois este encaminha a orientação que se quer dar a investigação. O mesmo decorre a partir do objetivo e anunciam o que o investigador pretende obter. Para dar resposta aos objetivos delineados inicialmente foi elaborada a as seguintes questões de investigação

Principal:

Como se realizam das atividades de promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, dos 0 aos 24 meses na consulta de saúde infantil?

Secundária

Quais os indicadores/atividades onde o nível de realização é mais forte e mais fraco?

1.2. TIPO DE INVESTIGAÇÃO

Ao pretendermos caracterizar como são realizadas as atividades ligadas à promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, conceptualizámos uma investigação de carácter exploratório e descritivo, de base quantitativa e com um desenho transversal.

“Este tipo de estudo implica a descrição de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população” (Fortin & Filion, 2009, pág. 237). Os mesmos autores referem que a investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a população. Este tipo de estudo é utilizado quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre determinado assunto.

1.3. POPULAÇÃO ALVO

O tipo de população alvo são todas as consultas de saúde infantil desenvolvidas pelos enfermeiros a crianças entre os 0 e os 24 meses, em Centros de Saúde de Cabo Verde.

1.4. AMOSTRA E PROCESSO DE AMOSTRAGEM

A primeira etapa do processo de amostragem, de acordo com Fortin (2009), consiste em precisar a população que será estudada. Segundo o mesmo esse processo consiste em escolher uma porção da população que represente a população inteira. Deste modo o processo de escolha deve ser feito com cuidado pois o objetivo é tirar conclusões precisas da população.

Com base na lista dos 5 Centros de Saúde da Cidade da Praia foram seleccionadas de forma consecutiva consultas de saúde infantil que respeitam as idades chave seleccionadas: recém-nascido (1ª semana de vida), 1 mês de vida, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses e 24 meses.

O tipo de amostragem é não probabilístico, constituído então por 106 consultas de saúde infantil obtido de forma consecutiva. Segundo Fortin, (2009), a amostragem não probabilística consiste em tomar amostra na qual se encontrem características conhecidas na população. Enquanto amostragem não probabilística obtida de forma consecutiva consiste em recrutar todos os participantes que preencham os critérios de seleção dentro de um intervalo de tempo específico ou até que o tamanho necessário da amostra seja alcançado.

1.5. VARIÁVEIS ESTUDADAS

As variáveis são as unidades básicas da investigação pois o enunciado do objetivo, as questões de investigação e as hipóteses comportam as variáveis. Elas são definidas como características ou qualidades às quais se atribuem valores. As variáveis deste estudo foram selecionadas tendo por suporte as questões de investigação e os objetivos.

1.5.1. Variável Central

A variável central do estudo, constituindo o núcleo da questão de investigação é a *realização das atividades ligadas á promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, observadas em consulta de saúde infantil até aos 24 meses.*

É mensurada através do preenchimento de um **Guião de observação** construído para este efeito, tendo em conta o contexto teórico atual da Saúde Infantil e Pediatria, os programas nacionais em vigor e baseado na versão do *Inventário de atividades de promoção do crescimento e desenvolvimento da criança*, desenvolvido por Apóstolo (2004).

1.5.2. Variáveis Sociodemográficas e de Contexto

Foram estudadas as mais relevantes no sentido de caracterizar o contexto onde *são realizadas as atividades de promoção do crescimento e desenvolvimento da criança:*

Enfermeiros

- Idade
- Sexo
- Tempo total de serviço
- Tempo de serviço no atual local de trabalho
- Formação básica
- Formação pós-básica
- Habilitações académicas
- Categoria
- Tempo de serviço na categoria (em anos completos)
- Formação sobre o Crescimento e desenvolvimento nos últimos seis meses

- Existência de protocolo de actuação referente à consulta de saúde infantil no serviço

1.6. COLHEITA DE DADOS

Modo(s) de Abordagem:

Inicialmente a pedido do investigador participaram 4 enfermeiras na colheita de dados, que receberam explicação sobre a natureza e o objetivo do estudo, instrução sobre o instrumento e o modo de abordagem na recolha dos dados. Posteriormente foram distribuídos pelos 5 Centros de Saúde sendo que o investigador ficou responsável pela recolha de dados nos centros de Saúde que sobejaram. No final obtivemos 106 consultas desenvolvidas pelos enfermeiros na consulta de saúde infantil e foram excluídos 3 questionários que no final não estavam totalmente preenchidos.

1.7. INSTRUMENTOS DE MEDIDA – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO

Considerando o tipo de estudo que se pretendia realizar, optámos por colher os dados através de um guião de observação da consulta e um questionário/entrevista para colheita dados do contexto. Desta forma o instrumento tem duas componentes

Questionário sociodemográfico e de contexto;

Guião de atividades de promoção do crescimento e desenvolvimento da criança;

O Guião de observação foi elaborado com base no Inventário de Apóstolo (2004) é constituído por 29 indicadores, basicamente extraídos do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e do programa tipo de Saúde Infantil português, bem como o Caderno de Saúde da Criança de Cabo Verde. Tal como no Inventário cada indicador apresenta *várias frases dispostas numa ordem cada vez mais completa, reflectindo a forma como cada atividade é realizada*. As frases são em número de quatro na maior parte dos indicadores, embora alguns indicadores apresentem cinco frases.

Polit e Hungler (1995) afirmam que este tipo de instrumentos de medida, tipo ***Guttman*** são originalmente uma forma de construção em que se escolhe um pequeno número de frases que expressam uma atitude favorável ou desfavorável face a um determinado tema, e cuja redação permite que quem está de acordo com a última frase está de acordo com

as anteriores. São frases de intensidade sempre crescente referidas a um só conceito, e o seu número não deve ultrapassar quatro ou cinco.

Para **caracterizar a realização nas actividades de promoção do crescimento e desenvolvimento**, foi necessário definir uma hierarquia num *continuum*, desde o ponto *não realizar a actividade* a cada vez mais completos níveis de realização da actividade.

Tabela 1 Esquema de construção do indicador “*avaliação do peso*”

Construção do indicador “ <i>Avaliação do Peso</i> ”
<ul style="list-style-type: none">• Pesa a criança• Pesa a criança e avalia a sua evolução ponderal• Pesa a criança, avalia a sua evolução e regista• Pesa a criança, avalia a sua evolução, regista e explica aos pais o seu significado

1.8. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Foi pedido autorização formal na Comissão Nacional de Protecção de Dados e Delegacia de Saúde de Praia, autorizando a realização, condicionada ao parecer favorável do CNEPS. No dia 25 de julho de 2019 foi submetido ao projeto de pesquisa ao Comité Nacional de ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) em Cabo Verde e foi deliberado no dia 1 de agosto no sentido de manter o projeto pendente e fazer alterações exigidas. A 14 de outubro de 2019 foi entregue novamente para reapreciação do CNEPS e deliberado a 31 de outubro após alteração do tema de trabalho. A 11 de Novembro foi submetida novamente o projeto e mudado o tema do trabalho de acordo com as alterações recomendadas e deliberado no sentido de aprovação no dia 26 de novembro de 2019 (autorização em anexo). Aos enfermeiros foram informados sobre a natureza e objetivos do estudo e feito o pedido de consentimento informado da observação das consultas, sendo-lhes assegurado o anonimato e confidencialidade das respostas e o direito de escusa de participação. Informamos ainda que no guião de observação não consta qualquer área sobre a identidade dos enfermeiros.

1.9. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O primeiro tratamento estatístico deste trabalho foi realizado com os dados iniciais do pré-teste. Destinou-se a aferir de forma sumária a validade facial do instrumento. Face à simplicidade dos itens não houve necessidade de alteração dos mesmos, pelo que esses mesmos instrumentos de pré-teste foram englobados no total de consultas observadas.

Após a colheita de dados foi elaborada uma base de dados em Excel e foram efetuadas as estatísticas descritivas adequadas, tendo como referente os objetivos da investigação.

CAPÍTULO III - RESULTADOS

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos análise dos resultados os dados referentes ao estudo através de tabelas. Importa referir que nas tabelas encontram-se a frequência absoluta (n) e a frequência relativa (%).

De acordo com os dados da tabela 2, 100 % dos enfermeiros são do sexo feminino, com idade média de 46 anos, 8 anos de tempo de serviço atual no local de trabalho. Ao serem abordados sobre o nível académico, verifica-se que 80% dos enfermeiros frequentaram o curso de licenciatura em enfermagem e 20 % frequentaram o curso de enfermagem geral.

Ao serem questionados sobre existência de protocolo de atuação referente à consulta de saúde infantil no serviço, 40% dos enfermeiros afirmaram que existe protocolo no serviço e 60% disseram que não existe nenhum protocolo no serviço. Em relação à formação em crescimento e desenvolvimento nos últimos 6 meses, 100% dos enfermeiros disseram que não tiveram nenhuma formação sobre crescimento e desenvolvimento. Quanto à leitura de obra sobre crescimento e desenvolvimento da criança 60% dos enfermeiros responderam que leram alguma obra sobre crescimento e desenvolvimento e 40% dos enfermeiros disseram que não leram qualquer obra. Em relação à leitura de artigos sobre crescimento e desenvolvimento da criança 60% dos enfermeiros disseram que leram artigos sobre crescimento e desenvolvimento e 40% disseram que não leram qualquer artigo.

Tabela 2

Distribuição dos dados dos enfermeiros relacionados às variáveis: idade, gênero, tempo de serviço no atual local de trabalho, formação, formação pós-básica, habilitação literária, categoria, tempo de serviço na categoria.)

VARIÁVEIS		N	%	Média
IDADE				46,20
SEXO	Masculino	0	0,0%	
	Feminino	5	100,0%	
TOTAL		5	100,0%	
TEMPO DE SERVIÇO NO ATUAL LOCAL DE TRABALHO				8,00
FORMAÇÃO	Curso de Enfermagem Geral	1	20,0%	
	Curso de Licenciatura em Enfermagem	4	80,0%	
	Curso de Complemento de Licenciatura em Enfermagem	0	0,0%	
TOTAL		5	100,0%	
FORMAÇÃO PÓS-BÁSICA	Curso de Especialização em Enfermagem	0	0,0%	
	Não Possui	5	100,0%	
TOTAL		5	100,0%	
HABILITAÇÃO LITERÁRIA	Bacharelato ou equivalente legal	0	0,0%	
	Licenciatura ou equivalente legal	5	100,0%	
	Mestrado em Enfermagem	0	0,0%	
TOTAL		5	100,0%	
CATEGORIA	Enfermeiro Licenciado	5	100,0%	
	Enfermeiro Especialista	0	0,0%	
TOTAL		5	100,0%	
TEMPO DE SERVIÇO NA CATEGORIA				7,60
PROTOCOLO DE ATUAÇÃO REFERENTE À CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL NO SEU SERVIÇO	Sim	3	60,0%	
	Não	2	40,0%	
TOTAL		5	100,0%	
FORMAÇÃO EM CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NOS ÚLTIMOS 6 MESES	Sim	0	0,0%	
	Não	5	100,0%	
TOTAL		5	100,0%	
LEITURA DE OBRA SOBRE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	Sim	3	60,0%	
	Não	2	40,0%	
TOTAL		5	100,0%	
LEITURA DE ARTIGOS SOBRE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	Sim	3	60,0%	
	Não	2	40,0%	
TOTAL		5	100,0%	

1.1. CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES LIGADAS À PROMOÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA, REALIZADAS NA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

Como podemos observar na tabela a 3, 18,1 % (n = 19) das crianças observadas nas consultas tinham 4 meses de idade, 17,1% (n = 18) tinham 12 meses de idade, 11,4 % (n = 12) tinham 7 dias de vida, 10,5% (n= 11) tinham 6 meses de idade, 9,5 % (n =10/cada idade) tinham 2 meses e 9 meses de idade, 7,6 % (n = 8) têm 18 meses de idade, 6,7% (n =7) tinham 1 mês de idade e 4,8% (n = 5) tinham 24 meses e 15 meses de idade.

Tabela 3

Distribuição relativa “á idade das crianças” na consulta de saúde infantil

IDADE	N	%
1º Semana	12	11,4
1 Mês	7	6,7
2 Meses	10	9,5
4 Meses	19	18,1
6 Meses	11	10,5
9 Meses	10	9,5
12 Meses	18	17,1
15 Meses	5	4,8
18 Meses	8	7,6
24 Meses	5	4,8
TOTAL	105	100,0

1.2.ATIVIDADES LIGADAS A AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO

A tabela 4 evidencia que em relação à atividade “*avaliação do peso*”, 59% das crianças foram pesadas, avaliada a sua evolução, registados e explicado aos pais o seu significado, e em 38,1 % das consultas as crianças foram pesadas, avaliada a sua evolução ponderal, registado no caderno de saúde da criança (CDSC). As intervenções que foram menos observadas foram: *pesa a criança* (0%); *pesa, avalia a sua evolução* (1,9%).

Tabela 4

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*avaliação do peso*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

AVALIAÇÃO DO PESO DA CRIANÇA												
IDADE-CHAVE	Pesa		Pesa e avalia a sua evolução		Pesa, avalia a sua evolução ponderal, regista no caderno		Pesa avalia a sua evolução regista e explica aos pais o seu significado		Não se aplica		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ªSemana	0	0,0	0	0,0	6	5,7	6	5,7	0	0,0	12	11,4
1 Mês	0	0,0	0	0,0	3	2,9	4	3,8	0	0,0	7	6,7
2 Meses	0	0,0	0	0,0	2	1,9	8	7,6	0	0,0	10	9,5
4 Meses	0	0,0	0	0,0	5	4,8	13	12,4	1	1,0	19	18,1
6 Meses	0	0,0	0	0,0	3	2,9	8	7,6	0	0,0	11	10,5
9 Meses	0	0,0	0	0,0	5	4,8	5	4,8	0	0,0	10	9,5
12 Meses	0	0,0	2	1,9	13	12,4	3	2,9	0	0,0	18	17,1
15 Meses	0	0,0	0	0,0	1	1,0	4	3,8	0	0,0	5	4,8
18 Meses	0	0,0	0	0,0	1	1,0	7	6,7	0	0,0	8	7,6
24 Meses	0	0,0	0	0,0	1	1,0	4	3,8	0	0,0	5	4,8
TOTAL	0	0,0	2	1,9	40	38,1	62	59,0	1	1,0	105	100,0

A tabela 5 mostra que em relação à atividade, *avaliação da estatura* por idade chave verificámos que em 58,1% das consultas, as crianças foram medidas, avaliada a evolução da estatura e registado no CDSC e explicados aos pais o seu significado. Em 39% das consultas, as crianças foram medidas, e traçadas as curvas no CDSC, avaliada a suas evoluções e registados dos dados no CDSC. As intervenções menos observadas foram: *mede, traça as curvas e avalia a sua evolução* com 1,9 %, e *não desenvolve esta atividade* com 1% do total.

Tabela 5

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*avaliação da estatura*” por idade-chave na consulta de saúde infantil)

IDADE-CHAVE	AVALIAÇÃO DA ESTATURA DA CRIANÇA									
	Mede, traça as curvas e avalia a sua evolução		Mede, traça as curvas e avalia a sua evolução e regista		Mede, avalia a a sua evolução, regista e explica aos pais o seu significado		Não desenvolve esta atividade		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	0	0,0	8	7,6	4	3,8	0	0,0	12	11,43
1 Mês	0	0,0	2	1,9	4	3,8	1	1,0	7	6,67
2 Meses	0	0,0	2	1,9	8	7,6	0	0,0	10	9,52
4 Meses	0	0,0	7	6,7	12	11,4	0	0,0	19	18,10
6 Meses	0	0,0	2	1,9	9	8,6	0	0,0	11	10,48
9 Meses	0	0,0	5	4,8	5	4,8	0	0,0	10	9,52
12 Meses	1	1,0	11	10,5	6	5,7	0	0,0	18	17,14
15 Meses	1	1,0	2	1,9	2	1,9	0	0,0	5	4,76
18 Meses	0	0,0	1	1,0	7	6,7	0	0,0	8	7,62
24 Meses	0	0,0	1	1,0	4	3,8	0	0,0	5	4,76
TOTAL	2	1,9	41	39,0	61	58,1	1	1,0	105	100,0

A tabela 6 mostra que em relação à atividade *avaliação da relação peso – estatura*, em 63,8% das consultas não foi desenvolvida esta atividade. Em contrapartida, em 23,8 % das crianças observadas, foi avaliada essa relação e evolução, registados nos CDSC e explicados aos pais o seu significado. As intervenções menos observadas foram: *avalia a relação peso-estatura e a sua evolução* - 5,7 % - e também *avalia essa relação, a sua evolução e regista* no CDSC - 6,7 %.

Tabela 6

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*avaliação da relação peso – estatura*” por idade-chave na consulta de saúde infantil)

IDADE-CHAVE	AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO PESO-ESTATURA									
	Não desenvolve esta atividade		Avalia a relação Peso-Estatura e a sua evolução		Avalia essa relação, a sua evolução e regista no CDSDC		Avalia essa relação, a sua evolução, regista no CDSDC e explica aos pais o seu significado		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	10	9,5	0	0,0	1	1,0	1	1,0	12	11,4
1 Mês	7	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	6,7
2 Meses	5	4,8	3	2,9	1	1,0	1	1,0	10	9,5
4 Meses	12	11,4	0	0,0	0	0,0	7	6,7	19	18,1
6 Meses	3	2,9	0	0,0	0	0,0	8	7,6	11	10,5
9 Meses	8	7,6	0	0,0	0	0,0	2	1,9	10	9,5
12 Meses	7	6,7	3	2,9	5	4,8	3	2,9	18	17,1
15 Meses	4	3,8	0	0,0	0	0,0	1	1,0	5	4,8
18 Meses	6	5,7	0	0,0	0	0,0	2	1,9	8	7,6
24 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
TOTAL	67	63,8	6	5,7	7	6,7	25	23,8	105	100,0

A tabela 7 demonstra que na avaliação da atividade *avaliação do perímetro cefálico*, em 56,2, % das consultas foram medidos o perímetro cefálico, avaliada a sua evolução e registado no CDSC, enquanto em 35,2 % das consultas, foram medidos o perímetro cefálico avaliada a sua evolução, registado no CDSC e explicados aos pais os valores encontrados. As intervenções menos observadas foram: *mede o perímetro cefálico* (3,8 %) e *mede o perímetro cefálico e avalia a sua evolução* (4,8 %).

Tabela 7

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “avaliação do perímetro cefálico” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE-CHAVE	AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO									
	Mede o perímetro cefálico		Mede o perímetro cefálico e avalia a sua evolução		Mede o perímetro cefálico, avalia a a sua evolução e regista no CSDC		Mede o perímetro cefálico, avalia a a sua evolução, regista e explica aos pais os valores encontrados		TOTAL N	TOTAL %
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	1	1,0	0	0,0	9	8,6	2	1,9	12	11,43
1 Mês	0	0,0	1	1,0	3	2,9	3	2,9	7	6,67
2 Meses	0	0,0	1	1,0	4	3,8	5	4,8	10	9,52
4 Meses	0	0,0	0	0,0	12	11,4	7	6,7	19	18,10
6 Meses	0	0,0	0	0,0	2	1,9	9	8,6	11	10,48
9 Meses	0	0,0	0	0,0	6	5,7	4	3,8	10	9,52
12 Meses	1	1,0	3	2,9	12	11,4	2	1,9	18	17,14
15 Meses	1	1,0	0	0,0	3	2,9	1	1,0	5	4,76
18 Meses	0	0,0	0	0,0	5	4,8	3	2,9	8	7,62
24 Meses	1	1,0	0	0,0	3	2,9	1	1,0	5	4,76
TOTAL	4	3,8	5	4,8	59	56,2	37	35,2	105	100,0

Os dados da tabela 8 demonstram que na avaliação da atividade *construção das curvas de crescimento (tabela de percentis*, que em 49,5% das consultas foram traçadas as curvas e avaliada a sua evolução e, em contrapartida, temos 41 % onde foram traçadas as curvas avaliadas a sua evolução registadas no CDSC e explicado aos pais o seu significado. A intervenção menos observada foi *não desenvolve esta atividade* com 1,9% e *traça as curvas de crescimento* com 7,6 % do total da nossa amostra.

Tabela 8

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*uso das curvas de crescimento (tabela de percentis)*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE-CHAVE	CONSTRUÇÃO DAS CURVAS DE CRESCIMENTO (TABELA DE PERCENTIS)									
	Não desenvolve esta atividade		Traças as curvas de crescimento		Traças as curvas e avalia a sua evolução		Traças as curvas, avalia a sua evolução e explica os pais o seu significado		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	1	1,0	0	0,0	7	6,7	4	3,8	12	11,4
1 Mês	0	0,0	1	1,0	3	2,9	3	2,9	7	6,7
2 Meses	0	0,0	0	0,0	4	3,8	6	5,7	10	9,5
4 Meses	0	0,0	0	0,0	6	5,7	13	12,4	19	18,1
6 Meses	0	0,0	0	0,0	3	2,9	8	7,6	11	10,5
9 Meses	1	1,0	5	4,8	3	2,9	1	1,0	10	9,5
12 Meses	0	0,0	1	1,0	15	14,3	2	1,9	18	17,1
15 Meses	0	0,0	1	1,0	2	1,9	2	1,9	5	4,8
18 Meses	0	0,0	0	0,0	6	5,7	2	1,9	8	7,6
24 Meses	0	0,0	0	0,0	3	2,9	2	1,9	5	4,8
TOTAL	2	1,9	8	7,6	52	49,5	43	41,0	105	100,0

Os dados da tabela 9 demonstram que na avaliação da atividade *avaliação dentição da criança*, em 47,4% das consultas, as crianças não foram avaliadas sobre a dentição e, em contrapartida, em 42,1 %, das consultas, as crianças foram avaliadas sobre dentição e procederam-se aos registos em instrumento apropriado (maioria dessa percentagem é referente às idades chave, 12 meses e 6 meses). A intervenção menos observada foi *avaliada a dentição, registado em instrumento apropriado e explicado aos pais o estado da dentição* (1,8%) e a idade chave correspondente é os 18 meses.

Tabela 9

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*avaliação da dentição*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE-CHAVE	AVALIAÇÃO DA DENTIÇÃO DA CRIANÇA									
	Não avalia a dentição		Avalia a dentição		Avalia a dentição e regista em instrumento apropriado		Avalia a dentição, regista em instrumento apropriado e explica aos pais o estado da dentição		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6 Meses	3	5,3	1	1,8	7	12,3	0	0,0	11	19,3
9 Meses	6	10,5	0	0,0	4	7,0	0	0,0	10	17,5
12 Meses	6	10,5	4	7,0	8	14,0	0	0,0	18	31,6
15 Meses	4	7,0	0	0,0	1	1,8	0	0,0	5	8,8
18 Meses	5	8,8	0	0,0	2	3,5	1	1,8	8	14,0
24 Meses	3	5,3	0	0,0	2	3,5	0	0,0	5	8,8
TOTAL	27	47,4	5	8,8	24	42,1	1	1,8	57	100,0

1.3. ATIVIDADES LIGADAS À AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

Na tabela 10 demonstra-se que na atividade *avaliação do desenvolvimento (com escala de desenvolvimento)*, em 69,5% das consultas, não foi desenvolvida essa atividade ou não foi utilizada qualquer escala. Em contrapartida, em 21,9 % das consultas as crianças foram avaliadas no que se refere à evolução das aptidões psicomotoras e procederam-se aos registos em suporte apropriado. As intervenções menos observadas foram: *avaliação da evolução das aptidões psicomotoras, registo em suporte apropriado e explicação aos pais o significado* 0%, e também *aplicação de um teste de desenvolvimento, avaliação da evolução das aptidões psicomotoras* 8,6 %.

Tabela 10

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*avaliação de desenvolvimento (com escala de desenvolvimento)*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE-CHAVE	AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO (COM ESCALA DE DESENVOLVIMENTO) DA CRIANÇA									
	Não desenvolve essa atividade ou não utiliza a escala		Aplica um teste de desenvolvimento e avalia a sua evolução das aptidões psicomotoras		Avalia a evolução das aptidões psicomotoras e regista em suporte apropriado		Avalia a evolução das aptidões psicomotoras e regista em suporte apropriado e explica aos pais o seu significado		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	10	9,5	1	1,0	1	1,0	0	0,0	12	11,4
1 Mês	4	3,8	0	0,0	3	2,9	0	0,0	7	6,7
2 Meses	6	5,7	0	0,0	4	3,8	0	0,0	10	9,5
4 Meses	16	15,2	1	1,0	2	1,9	0	0,0	19	18,1
6 Meses	4	3,8	7	6,7	0	0,0	0	0,0	11	10,5
9 Meses	7	6,7	0	0,0	3	2,9	0	0,0	10	9,5
12 Meses	11	10,5	0	0,0	7	6,7	0	0,0	18	17,1
15 Meses	4	3,8	0	0,0	1	1,0	0	0,0	5	4,8
18 Meses	6	5,7	0	0,0	2	1,9	0	0,0	8	7,6
24 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
TOTAL	73	69,5	9	8,6	23	21,9	0	0,0	105	100,0

Na tabela 11 os dados demonstram que na atividade *avaliação dos parâmetros de desenvolvimento constantes do CDSC*, 45,7% das crianças foram identificados os parâmetros de desenvolvimento constante no CDSC – 1º ano de vida, de seguida, com 31,4 %, avaliadas, analisadas a evolução dos parâmetros psicomotoras e registadas no CDSC. As intervenções menos observadas foram: *avaliação, análise da evolução dos parâmetros psicomotores, registo e explicação aos pais o seu significado* (1,4%) e *não desenvolve esta atividade* (21%).

Tabela 11

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*avaliação dos parâmetros de desenvolvimento constantes do caderno de saúde da criança*” (CDSC) por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE – CHAVE	AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS DE DESENVOLVIMENTO CONSTANTE DO CDSC									
	Não desenvolve esta atividade		Identifica os Parâmetros de desenvolvimento constantes no CDSC		Avalia e analisa a evolução dos Parâmetros psicomotoras e regista no CDSC		Avalia, analisa a evolução dos Parâmetros psicomotores e regista e explica aos pais o seu significado		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	3	2,9	4	3,8	5	4,8	0	0,0	12	11,4
1 Mês	1	1,0	4	3,8	2	1,9	0	0,0	7	6,7
2 Meses	2	1,9	4	3,8	3	2,9	1	1,0	10	9,5
4 Meses	4	3,8	13	12,4	1	1,0	1	1,0	19	18,1
6 Meses	1	1,0	9	8,6	1	1,0	0	0,0	11	10,5
9 Meses	1	1,0	1	1,0	8	7,6	0	0,0	10	9,5
12 Meses	1	1,0	10	9,5	7	6,7	0	0,0	18	17,1
15 Meses	2	1,9	2	1,9	1	1,0	0	0,0	5	4,8
18 Meses	2	1,9	1	1,0	5	4,8	0	0,0	8	7,6
24 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
TOTAL	22	21,0	48	45,7	33	31,4	2	1,9	105	100,0

Os dados da tabela 12 demonstram que na atividade *avaliação dos comportamentos pré-linguísticos do bebé (1º ano de vida)*, em 48,3 % das consultas não foram desenvolvidos essa atividade, entretanto temos 25,9% das mesmas em que foram identificados os comportamentos pré-linguísticos, avaliada a sua evolução/o seu processo de aquisição. As intervenções menos observadas foram: *identifica comportamentos pré-linguísticos*, *avalia evolução processo de aquisição*, *regista dados em suporte apropriado explica os pais o seu significado* com 10,3 %, e em 15,5 % das consultas foram *identificados os comportamentos pré-linguísticos*, *avaliada a evolução processo de aquisição*, *registados os dados em suporte apropriado*.

Tabela 12

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*avaliação dos comportamentos pré-linguístico (PL) do bebé (1º ano de vida)*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS PL DO BEBÉ (1º ANO DE VIDA)										
IDADE-CHAVE	Não desenvolve essa avaliação		Identifica os comportamentos PL e avalia a sua evolução/o seu processo de aquisição		Identifica comportamentos PL avalia evolução processo de aquisição, regista dados em suporte apropriado		Identifica comportamentos PL avalia evolução processo de aquisição, regista dados em suporte apropriado e explica os pais o seu significado		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
4 Meses	12	20,7	2	3,4	5	8,6	0	0,0	19	32,8
6 Meses	6	10,3	2	3,4	0	0,0	3	5,2	11	19,0
9 Meses	4	6,9	1	1,7	2	3,4	3	5,2	10	17,2
12 Meses	6	10,3	10	17,2	2	3,4	0	0,0	18	31,0
TOTAL	28	48,3	15	25,9	9	15,5	6	10,3	58	100,0

Os dados da tabela 13 demonstram que em relação à atividade, *avaliação da visão*, que em 89,5% das consultas não foi desenvolvida esta atividade, em contrapartida, em 5,7 % das consultas foram avaliadas a visão e registado no CDSC. As intervenções menos observadas foram: *avalia a visão regista e explica aos pais o seu significado* (0%) e *questiona os pais sobre a visão* (4,8 %).

Tabela 13

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*avaliação da visão*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE - CHAVE	AVALIAÇÃO DA VISÃO DA CRIANÇA									
	Não desenvolve essa atividade ou não utiliza a escala		Questiona os pais sobre visão		Avalia a visão e regista		Avalia a visão, regista e explica aos pais o seu significado		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	7	6,7	1	1,0	4	3,8	0	0,0	12	11,4
1 Mês	7	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	6,7
2 Meses	10	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	9,5
4 Meses	18	17,1	1	1,0	0	0,0	0	0,0	19	18,1
6 Meses	11	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	10,5
9 Meses	8	7,6	1	1,0	1	1,0	0	0,0	10	9,5
12 Meses	17	16,2	1	1,0	0	0,0	0	0,0	18	17,1
15 Meses	4	3,8	1	1,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
18 Meses	8	7,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	7,6
24 Meses	4	3,8	0	0,0	1	1,0	0	0,0	5	4,8
TOTAL	94	89,5	5	4,8	6	5,7	0	0,0	105	100,0

Os dados da tabela 14 demonstram que na atividade *avaliação da audição*, que em 97,1% das consultas não foi desenvolvida esta atividade. Cerca de 1,9% dos pais foram questionados sobre a audição enquanto a *avalia a audição através do teste apropriado e regista teve 1%*, e *avaliação da audição através do teste apropriado, regista e explica aos pais o seu significado* não teve qualquer menção.

Tabela 14

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*avaliação da audição*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE - CHAVE	AVALIAÇÃO DA AUDIÇÃO DA CRIANÇA									
	Não desenvolve essa atividade		Questiona os pais sobre a audição		Avalia a audição através de teste apropriado e regista		Avalia a audição através de teste apropriado e regista e explica aos pais o seu significado		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	11	10,5	0	0,0	1	1,0	0	0,0	12	11,4
1 Mês	7	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	6,7
2 Meses	10	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	9,5
4 Meses	18	17,1	1	1,0	0	0,0	0	0,0	19	18,1
6 Meses	11	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	10,5
9 Meses	10	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	9,5
12 Meses	17	16,2	1	1,0	0	0,0	0	0,0	18	17,1
15 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
18 Meses	8	7,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	7,6
24 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
TOTAL	102	97,1	2	1,9	1	1,0	0	0,0	105	100,0

1.4. ATIVIDADES LIGADAS À PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INCLUINDO EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

Na tabela 15 demonstra-se que na atividade *avaliação dos comportamentos de vínculos dos pais para com o bebé em particular para com o recém-nascido e lactente*, que em 81.5% das consultas crianças não foi desenvolvida esta atividade, e em contrapartida em 17.1% das consultas foram observados os comportamentos de vínculo, avaliada a sua evolução, houve registos em suporte apropriado e foram promovidos comportamentos parentais ajustados. As intervenções menos observadas foram: *observa comportamentos vínculos, avalia evolução, regista suporte apropriado* - 0 % - e em 1,1 % das consultas foram observados os comportamentos de vínculo pais-bebé e avaliada a sua evolução.

Tabela 15

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “avaliação dos comportamentos de vínculos dos pais para com o bebê em particular para com o recém-nascido e lactente por idade-chave” na consulta de saúde infantil

IDADE - CHAVE	AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE VÍNCULOS DOS PAIS PARA COM O BEBÊ EM PARTICULAR RN E LACTENTE									
	Não desenvolve esta atividade		Observa os comportamentos de vínculos pais-bebê e a avalia sua evolução		Observa comportamentos de vínculos, avalia evolução, regista suporte apropriado		Observa comportamentos de vínculos, avalia evolução, regista suporte apropriado promove comportamentos parentais ajustados		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	0	0	1	1,1	0	0,0	11	12,6	12	13,8
1 Mês	6	6,9	0	0,0	0	0,0	1	1,1	7	8,0
2 Meses	8	9,2	0	0,0	0	0,0	2	2,3	10	11,5
4 Meses	19	21,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	21,8
6 Meses	11	12,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	12,6
9 Meses	10	11,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	11,5
12 Meses	17	19,5	0	0,0	0	0,0	1	1,1	18	20,7
TOTAL	71	81,5	1	1,1	0	0,0	4	17,1	87	100,0

Os dados da tabela 16 demonstram que na avaliação da atividade *habitualmente quanto à informação esclarecimento dos pais sobre aspetos do comportamento e temperamento*, em 81,9% das consultas não foi desenvolvida educação nessa área e, em contrapartida, em 18,1% dessas consultas se os pais colocaram alguma questão, fala-se sobre o assunto e dá-se opinião. As intervenções menos observadas foram: *toma iniciativa de desenvolver educação nessa área sem esperar que os pais coloquem questões e toma iniciativa de desenvolver educação nessa área sem esperar que os pais coloquem questões e avalia regularmente a situação*, ambas com 0%.

Tabela 16

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “habitualmente quanto à informação esclarecimento dos pais sobre aspetos do comportamento e temperamento da criança” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE-CHAVE	HABITUALMENTE QUANTO À INFORMAÇÃO ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE ASPETOS DO COMPORTAMENTO E TEMPERAMENTO DA CRIANÇA									
	Não desenvolve educação nessa área		Se os pais colocarem alguma questão sobre o assunto da opinião		Toma iniciativa de desenvolver educação nessa área sem esperar que os pais coloquem questões		Toma iniciativa de desenvolver educação nessa área sem esperar que os pais coloquem questões e avalia regularmente a situação		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	6	5,7	6	5,7	0	0,0	0	0,0	12	11,4
1 Mês	5	4,8	2	1,9	0	0,0	0	0,0	7	6,7
2 Meses	8	7,6	2	1,9	0	0,0	0	0,0	10	9,5
4 Meses	18	17,1	1	1,0	0	0,0	0	0,0	19	18,1
6 Meses	11	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	10,5
9 Meses	7	6,7	3	2,9	0	0,0	0	0,0	10	9,5
12 Meses	16	15,2	2	1,9	0	0,0	0	0,0	18	17,1
15 Meses	4	3,8	1	1,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
18 Meses	6	5,7	2	1,9	0	0,0	0	0,0	8	7,6
24 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
TOTAL	86	81,9	19	18,1	0	0,0	0	0,0	105	100,0

Os dados da tabela 17 demonstram que na avaliação da atividade, *registo no CDSC dos dados fundamentais sobre a alimentação da criança no 1º ano de vida por idade chave*, que, em 70,1% das consultas foram feitos registos dos seus dados nos CDSC e, em contrapartida, 23% das consultas não houve registo dos dados da criança no CDSC. As intervenções menos observadas foram: *regista no CDSC, avalia evolução do padrão alimentar 1º ano de vida, explica aos pais significado* - 1,1% - e em 5,7% das consultas há registo no CDSC e avaliação da evolução do padrão alimentar no 1º ano de vida.

Tabela 17

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade quanto ao “registro no CDSC dos dados fundamentais sobre a alimentação da criança no 1º ano de vida” na consulta de saúde infantil

IDADE – CHAVE	REGISTO NO CDSC DOS DADOS FUNDAMENTAIS SOBRE A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA NO 1º ANO DE VIDA									
	Não regista		Regista no CDSC		Regista no CDSC e avalia a evolução do padrão alimentar no 1º ano de vida		Regista no CDSC, avalia evolução do padrão alimentar 1º ano de vida, explica aos pais significado		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	1	1,1	11	12,6	0	0,0	0	0,0	12	13,8
1 Mês	0	0,0	7	0,0	0	0,0	0	0,0	7	8,0
2 Meses	1	1,1	8	9,2	0	0,0	1	1,1	10	11,5
4 Meses	3	3,4	16	18,4	0	0,0	0	0,0	19	21,8
6 Meses	2	2,3	9	10,3	0	0,0	0	0,0	11	12,6
9 Meses	4	4,6	4	4,6	2	2,3	0	0,0	10	11,5
12 Meses	9	10,3	6	6,9	3	3,4	0	0,0	18	20,7
TOTAL	20	23,0	61	70,1	5	5,7	1	1,1	87	100,0

Na tabela 18 demonstra-se que quanto à atividade *avaliação da família através de instrumento apropriado (exemplo - Apgar para a família)*, que em 100% das consultas não foi desenvolvida qualquer avaliação familiar.

Tabela 18

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “avaliação da família através de instrumento apropriado (exemplo - Apgar para a família)” na consulta de saúde infantil

AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA ATRAVÉS DE INSTRUMENTO APROPRIADO (EXEMPLO - APGAR PARA A FAMÍLIA)										
IDADE - CHAVE	Não desenvolve essa atividade		Identifica o funcionamento familiar sem necessidade de utilizar qualquer instrumento		Avalia utilizando um instrumento apropriado sempre que necessário		Avalia utilizando um instrumento apropriado e explica os significados mais importantes		TOTAL TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	12	11,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	11,4
1 Mês	7	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	6,7
2 Meses	10	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	9,5
4 Meses	19	18,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	18,1
6 Meses	11	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	10,5
9 Meses	10	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	9,5
12 Meses	18	17,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	17,1
15 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
18 Meses	8	7,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	7,6
24 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
TOTAL	105	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	105	100,0

A tabela 19 evidencia que quanto à atividade *avaliação das condições socioeconómicas e culturais da família*, que em 99% das consultas não existiu qualquer avaliação e em somente 1% das consultas foram identificadas as condições socioculturais da família, mas sem apoio de qualquer instrumento.

Tabela 19

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*avaliação das condições socioeconómicas e culturais da família*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE-CHAVE	AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÓMICAS E CULTURAIS DA FAMÍLIA									
	Não desenvolve essa atividade		Identifica as condições socioculturais da família sem apoio de qualquer instrumento		Avalia as condições socioculturais da família com apoio de instrumento de avaliação apropriado sempre que necessário		Avalia as condições socioculturais da família com apoio de instrumento de avaliação e registo em suporte apropriado		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	12	11,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	11,4
1 Mês	7	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	6,7
2 Meses	10	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	9,5
4 Meses	19	18,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	18,1
6 Meses	11	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	10,5
9 Meses	10	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	9,5
12 Meses	17	16,2	1	1,0	0	0,0	0	0,0	18	17,1
15 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
18 Meses	8	7,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	7,6
24 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
TOTAL	104	99,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	105	100,0

Os dados da tabela 20 demonstram quanto à atividade *avaliação das condições do meio em que a família e a criança se inserem*, que em 100% das consultas não foi realizada esta atividade.

Tabela 20

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*avaliação das condições do meio em que a família e a criança se inserem*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO MEIO EM QUE A FAMÍLIA E A CRIANÇA INSEREM										
IDADE-CHAVE	Não desenvolve essa atividade		Identifica as condições do meio que inserem sem apoio de qualquer instrumento de caracterização do meio		Avalia as condições do meio que inserem utilizando sempre que necessário um instrumento apropriado de caracterização do meio		Avalia as condições do meio que inserem utilizando sempre que necessário um instrumento apropriado de caracterização do meio e registo em suporte de informação		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	12	11,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	11,4
1 Mês	7	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	6,7
2 Meses	10	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	9,5
4 Meses	19	18,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	18,1
6 Meses	11	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	10,5
9 Meses	10	9,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	9,5
12 Meses	18	17,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	17,1
15 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
18 Meses	8	7,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	7,6
24 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
TOTAL	105	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	105	100,0

Na tabela 21 demonstra-se que quanto à atividade *educação para a saúde sobre alimentação da criança*, que em 41% das consultas os pais quando questionaram receberam opinião, mas em 30,5% das consultas não foi desenvolvida estas atividades. No entanto em 24,8% das consultas há *iniciativa de desenvolver educação para saúde nesta área* - 24,8%. A intervenção menos observada foi *toma a iniciativa de desenvolver educação para saúde nesta área e avalia os resultados obtidos* - 3,8%.

Tabela 21

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “educação para a saúde sobre alimentação da criança” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE-CHAVE	EDUCAÇÃO PARA SAÚDE SOBRE A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA									
	Não desenvolve esta atividade		Dá opinião se os pais questionarem		Toma iniciativa de desenvolver educação para saúde nesta área		Toma a iniciativa de desenvolver educação para saúde nesta área e avalia os resultados obtidos		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	5	4,8	3	2,9	4	3,8	0	0,0	12	11,4
1 Mês	3	2,9	2	1,9	0	0,0	2	1,9	7	6,7
2 Meses	5	4,8	5	4,8	0	0,0	0	0,0	10	9,5
4 Meses	4	3,8	8	7,6	7	6,7	0	0,0	19	18,1
6 Meses	1	1,0	3	2,9	6	5,7	1	1,0	11	10,5
9 Meses	3	2,9	7	6,7	0	0,0	0	0,0	10	9,5
12 Meses	6	5,7	7	6,7	5	4,8	0	0,0	18	17,1
15 Meses	2	1,9	2	1,9	1	1,0	0	0,0	5	4,8
18 Meses	0	0,0	6	5,7	1	1,0	1	1,0	8	7,6
24 Meses	3	2,9	0	0,0	2	1,9	0	0,0	5	4,8
TOTAL	32	30,5	43	41,0	26	24,8	4	3,8	105	100,0

A tabela 22 demonstra-se que quanto à atividade *promoção e manutenção do aleitamento materno-especialmente no primeiro ano de vida*, que em 36,8% das consultas os enfermeiros tomaram a iniciativa de promover o aleitamento materno, e em 31% das consultas os pais colocaram questões e eles promoveram o aleitamento materno. As intervenções menos observadas foram: *toma a iniciativa de promover o aleitamento materno e avalia os resultados* com 9,2% e em 23% das consultas não se verificaram intervenções de estimulação sobre adesão/continuação do aleitamento materno.

Tabela 22

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*promoção e manutenção do aleitamento materno-especialmente no primeiro ano de vida*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

PROMOÇÃO E MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO ESPECIALMENTE NO 1º ANO DE VIDA										
IDADE-CHAVE	Não estimula o aleitamento materno		Promove o aleitamento materno se os pais colocarem questões		Toma a iniciativa de promover o aleitamento materno		Toma a iniciativa de promover o aleitamento materno e avalia os resultados		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	2	2,3	0	0,0	9	10,3	1	1,1	12	13,79
1 Mês	1	1,1	1	1,1	3	3,4	2	2,3	7	8,05
2 Meses	1	1,1	3	3,4	2	2,3	4	4,6	10	11,49
4 Meses	1	1,1	7	8,0	10	11,5	1	1,1	19	21,84
6 Meses	1	1,1	5	5,7	5	5,7	0	0,0	11	12,64
9 Meses	4	4,6	6	6,9	0	0,0	0	0,0	10	11,49
12 Meses	10	11,5	5	5,7	3	3,4	0	0,0	18	20,69
TOTAL	20	23,0	27	31,0	32	36,8	8	9,2	87	100,0

Os dados da tabela 23 demonstram quanto à atividade *promoção da segurança*, que, em 50,5% das consultas desenvolvem educação para saúde nessa área. Em 37,1% das consultas se os pais questionavam falava-se sobre o tema. As intervenções menos observadas foram: *toma iniciativa de desenvolver educação para a saúde, avaliando evolução das condições de segurança da criança/meio* - 1% - e em 11,4% das consultas *toma iniciativa de desenvolver educação para saúde nesta área*.

Tabela 23

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*promoção da segurança*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE-CHAVE	PROMOÇÃO DA SEGURANÇA									
	Desenvolve educação para saúde nessa área		Se os pais questionarem fala sobre o tema		Toma iniciativa de desenvolver educação para saúde nesta área		Toma iniciativa de desenvolver educação para a saúde, avaliando evolução das condições de segurança da criança/meio		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	9	8,6	0	0,0	2	1,9	1	1,0	12	11,4
1 Mês	5	4,8	1	1,0	1	1,0	0	0,0	7	6,7
2 Meses	3	2,9	4	3,8	3	2,9	0	0,0	10	9,5
4 Meses	2	1,9	14	13,3	3	2,9	0	0,0	19	18,1
6 Meses	6	5,7	5	4,8	0	0,0	0	0,0	11	10,5
9 Meses	3	2,9	6	5,7	1	1,0	0	0,0	10	9,5
12 Meses	16	15,2	2	1,9	0	0,0	0	0,0	18	17,1
15 Meses	2	1,9	2	1,9	1	1,0	0	0,0	5	4,8
18 Meses	2	1,9	5	4,8	1	1,0	0	0,0	8	7,6
24 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
TOTAL	53	50,5	39	37,1	12	11,4	1	1,0	105	100,0

Os dados da tabela 24 demonstram quanto à atividade *esclarecimento dos pais sobre problemas correntes da criança, ao longo das várias etapas de crescimento (febre, cólicas do 1º trimestre, infeções respiratórias)* que em 50,5% das consultas não foram desenvolvidas educação/cuidados antecipatórios nessa área, em contrapartida, em 28,6% das consultas os pais colocaram questões e foram aconselhados. As intervenções menos observadas foram: *desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessa área, toma iniciativa responde as questões e avalia com 3,8%*) e em 17,1% das consultas foram desenvolvidos educação e cuidados antecipatórios nessas áreas e aconselhados os pais.

Tabela 24

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*esclarecimento dos pais sobre problemas correntes da criança, ao longo das várias etapas de crescimento (febre, cólicas do 1º trimestre, infeções respiratórias*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE-CHAVE	PROMOÇÃO DOS PAIS SOBRE PROBLEMAS CORRENTES DA CRIANÇA, AO LONGO DAS VÁRIAS ETAPAS DE CRESCIMENTO									
	Não desenvolve educação/cuidados antecipatórios nessa área		Se os pais colocarem alguma questão sobre essas áreas aconselha os pais		Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessas áreas aconselha os pais		Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessa área, toma iniciativa responde as questões e avalia		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	3	2,9	1	1,0	7	6,7	1	1,0	12	11,4
1 Mês	5	4,8	1	1,0	1	1,0	0	0,0	7	6,7
2 Meses	4	3,8	2	1,9	1	1,0	3	2,9	10	9,5
4 Meses	8	7,6	7	6,7	4	3,8	0	0,0	19	18,1
6 Meses	4	3,8	4	3,8	3	2,9	0	0,0	11	10,5
9 Meses	3	2,9	6	5,7	1	1,0	0	0,0	10	9,5
12 Meses	16	15,2	2	1,9	0	0,0	0	0,0	18	17,1
15 Meses	3	2,9	1	1,0	1	1,0	0	0,0	5	4,8
18 Meses	2	1,9	6	5,7	0	0,0	0	0,0	8	7,6
24 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
TOTAL	53	50,5	30	28,6	18	17,1	4	3,8	105	100,0

Os dados da tabela 25 demonstram quanto à atividade *informação e esclarecimento dos pais sobre a importância da atividade lúdica da criança no seu desenvolvimento (jogos e brinquedos apropriados a cada etapa)* que em 88,6% das consultas não foram desenvolvidos educação/cuidados antecipatórios nessa área, seguida com 7,6% em que se aconselha se os pais colocarem alguma questão sobre essas áreas. As intervenções menos observadas foram: *desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessa área, tomando iniciativa respondendo aos pais as questões e avaliado e desenvolvidos educação, cuidados antecipatórios, tomando iniciativa respondendo aos pais se estes colocarem algumas questões*, ambos, com 1,9%.

Tabela 25

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*informação e esclarecimento dos pais sobre a importância da atividade lúdica da criança no seu desenvolvimento (jogos e brinquedos apropriados a cada etapa)*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE-CHAVE	INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE LÚDICA DA CRIANÇA NO SEU DESENVOLVIMENTO (JOGOS E BRINQUEDOS APROPRIADOS A CADA ETAPA)									
	Não desenvolve educação/cuidados antecipatórios nessa área		Aconselha os pais se estes colocarem alguma questão		Desenvolve educação, cuidados antecipatórios, tomando iniciativa respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão		Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessa área, tomando iniciativa respondendo aos pais as questões e avalia		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	10	9,5	0	0,0	2	1,9	0	0,0	12	11,4
1 Mês	7	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	6,7
2 Meses	9	8,6	1	1,0	0	0,0	0	0,0	10	9,5
4 Meses	18	17,1	1	1,0	0	0,0	0	0,0	19	18,1
6 Meses	11	10,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	10,5
9 Meses	8	7,6	0	0,0	0	0,0	2	1,9	10	9,5
12 Meses	18	17,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	17,1
15 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
18 Meses	2	1,9	6	5,7	0	0,0	0	0,0	8	7,6
24 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
TOTAL	93	88,6	8	7,6	2	1,9	2	1,9	105	100,0

Na tabela 26 demonstra-se que quanto à atividade *informação e esclarecimento aos pais sobre os efeitos negativos ou positivo dos ecrãs* por idade-chave que, 100% das consultas não foram desenvolvidos cuidados antecipatórios nessa área.

Tabela 26

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*informação e esclarecimento aos pais sobre os efeitos negativos ou positivo dos ecrãs*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE-CHAVE	INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE EFEITOS NEGATIVOS OU POSITIVOS DOS ECRÃS									
	Não desenvolve cuidados antecipatórios nessa área		Se os pais questionarem fala sobre o assunto		Toma iniciativa de desenvolver educação para a saúde nessa área		Toma iniciativa de desenvolver educação para a saúde e avalia os resultados		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6 Meses	11	19,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	19,3
9 Meses	10	17,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	17,5
12 Meses	18	31,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	31,6
15 Meses	5	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	8,8
18 Meses	8	14,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	14,0
24 Meses	5	8,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	8,8
TOTAL	57	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	57	100,0

Os dados da tabela 27 demonstram quanto à atividade *informação e esclarecimento dos pais sobre a posição de deitar do bebé (até aos 12 meses)*, que em 60,9% das consultas não foram desenvolvidos educação/cuidados antecipatórios nessa área, e em contrapartida 27% das consultas os pais questionaram e os enfermeiros falaram sobre o assunto. As intervenções menos observadas foram: *toma a iniciativa de desenvolver educação para a saúde nessa área e avalia*, com 0% e *toma a iniciativa de desenvolver educação para a saúde nessa área* com 8 %.

Tabela 27

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*informação e esclarecimento dos pais sobre a posição de deitar do bebé (até aos 12 meses)*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE A POSIÇÃO DE DEITAR DO BEBÉ (ATÉ AOS 12 MESES)										
	Não desenvolve educação/cuidados antecipatórios nessa área		Se os pais questionarem fala sobre o assunto		Toma a iniciativa de desenvolver educação para a saúde nessa área		Toma a iniciativa de desenvolver educação para a saúde nessa área e avalia		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	4	4,6	2	2,3	6	6,9	0	0,0	12	13,8
1 Mês	5	5,7	1	1,1	1	1,1	0	0,0	7	8,0
2 Meses	4	4,6	6	6,9	0	0,0	0	0,0	10	11,5
4 Meses	8	9,2	11	12,6	0	0,0	0	0,0	19	21,8
6 Meses	10	11,5	1	1,1	0	0,0	0	0,0	11	12,6
9 Meses	4	4,6	6	6,9	0	0,0	0	0,0	10	11,5
12 Meses	18	20,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	20,7
TOTAL	53,0	60,9	27,0	31,0	7,0	8,0	0,0	0,0	87,0	100,0

Os dados da tabela 28 demonstram quanto à atividade *informação e esclarecimento dos pais sobre a importância da creche/amas e das reações da criança às mesmas (período de entrada na creche/ama)*, em 90,7% das consultas não foram desenvolvidas educação/cuidados antecipatórios nessa área, e em contrapartida, em 9,3% das consultas os pais questionaram e os enfermeiros deram a sua opinião. As intervenções menos observadas foram: *toma a iniciativa de desenvolver cuidados antecipatórios nessa temática e avalia regularmente as opiniões dos pais acerca das reações do bebé e toma a iniciativa de desenvolver cuidados antecipatórios nessa temática*, ambos, com 0%.

Tabela 28

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*informação e esclarecimento dos pais sobre a importância da creche e/amas e das reações da criança às mesmas (período de entrada na creche/ama)*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE-CHAVE	INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA CRECHE E/OU AMAS E DAS REAÇÕES DA CRIANÇA ÀS MESMAS (PERÍODO DE ENTRADA NA CRECHE/AMA)									
	Não se desenvolve cuidados antecipatórios nessa área		Se os pais questionarem dá opinião		Toma a iniciativa de desenvolver cuidados antecipatórios nessa temática		Toma a iniciativa de desenvolver cuidados antecipatórios nessa temática e avalia regularmente as opiniões dos pais acerca das reações do bebé		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2 Meses	7	8,1	3	3,5	0	0,0	0	0,0	10	11,6
4 Meses	19	22,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	22,1
6 Meses	11	12,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	12,8
9 Meses	8	9,3	2	2,3	0	0,0	0	0,0	10	11,6
12 Meses	18	20,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	20,9
15 Meses	4	4,7	1	1,2	0	0,0	0	0,0	5	5,8
18 Meses	6	7,0	2	2,3	0	0,0	0	0,0	8	9,3
24 Meses	5	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	5,8
TOTAL	78	90,7	8	9,3	0	0,0	0	0,0	86	100,0

A tabela 29 demonstra que quanto à atividade *informação e esclarecimento dos pais sobre a importância da higiene*, em 52,4 % das consultas foram aconselhados os pais quando colocaram questões, e 34,3% das consultas foram desenvolvidos educação/ cuidados antecipatórios nessa área. As intervenções menos observadas foram: *educação, cuidados antecipatórios nessa área, responde as questões e avalia* com 3,8% em 9,5% desenvolve-se educação, cuidados antecipatórios, tomando iniciativa respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão.

Tabela 29

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*informação e esclarecimento dos pais sobre a importância da higiene*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE-CHAVE	INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA HIGIENE									
	Desenvolve educação/ cuidados antecipatórios nessa área		Aconselha os pais se estes colocarem alguma questão		Desenvolve educação cuidados antecipatórios, tomando iniciativa respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão		Desenvolve educação, cuidados antecipatórios nessa área, responde as questões e avalia		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	2	1,9	2	1,9	6	5,7	2	1,9	12	11,4
1 Mês	4	3,8	2	1,9	1	1,0	0	0,0	7	6,7
2 Meses	3	2,9	7	6,7	0	0,0	0	0,0	10	9,5
4 Meses	1	1,0	15	14,3	2	1,9	1	1,0	19	18,1
6 Meses	3	2,9	7	6,7	1	1,0	0	0,0	11	10,5
9 Meses	4	3,8	6	5,7	0	0,0	0	0,0	10	9,5
12 Meses	13	12,4	5	4,8	0	0,0	0	0,0	18	17,1
15 Meses	2	1,9	3	2,9	0	0,0	0	0,0	5	4,8
18 Meses	2	1,9	6	5,7	0	0,0	0	0,0	8	7,6
24 Meses	2	1,9	2	1,9	0	0,0	1	1,0	5	4,8
TOTAL	36	34,3	55	52,4	10	9,5	4	3,8	105	100,0

Na tabela 30, os dados demonstram que quanto à atividade, *informação e esclarecimento dos pais sobre a importância do sono e/ rituais de ir para cama*, que em 72,4 % das consultas não foram desenvolvidas educação ou cuidados antecipatórios nessa temática, seguida de 23,8% das consultas em que *os pais quando colocaram questões, foram aconselhados*. As intervenções menos observadas foram: *desenvolve educação e cuidados antecipatórios tomando a iniciativa, e respondendo as questões* com 2,9%, e *desenvolve educação e cuidados antecipatórios, tomando a iniciativa, respondendo as questões e avalia os resultados* com 1 %.

Tabela 30

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*informação e esclarecimento dos pais sobre a importância do sono e/ rituais de ir para cama*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO SONO E OU RITUAIS DE IR PARA CAMA										
	Não desenvolve educação ou cuidados antecipatórios nessa temática		Aconselha os pais se estes colocarem alguma questão		Desenvolve educação e cuidados antecipatórios, tomando a iniciativa, e respondendo as questões		Desenvolve educação e cuidados antecipatórios, tomando a iniciativa, e respondendo as questões e avalia		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	7	6,7	2	1,9	3	2,9	0	0,0	12	11,4
1 Mês	5	4,8	1	1,0	0	0,0	1	1,0	7	6,7
2 Meses	6	5,7	4	3,8	0	0,0	0	0,0	10	9,5
4 Meses	10	9,5	9	8,6	0	0,0	0	0,0	19	18,1
6 Meses	10	9,5	1	1,0	0	0,0	0	0,0	11	10,5
9 Meses	6	5,7	4	3,8	0	0,0	0	0,0	10	9,5
12 Meses	18	17,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	17,1
15 Meses	3	2,9	2	1,9	0	0,0	0	0,0	5	4,8
18 Meses	6	5,7	2	1,9	0	0,0	0	0,0	8	7,6
24 Meses	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8
TOTAL	76	72,4	25	23,8	3	2,9	1	1,0	105	100,0

Na tabela 31 evidencia-se que quanto à atividade *informação e esclarecimento dos pais sobre a importância e o processo progressivo de controlo dos esfíncteres (em particular após os 18 meses)* que em 100 % das consultas não foram desenvolvidas educação ou cuidados antecipatórios nessa área.

Tabela 31

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*informação e esclarecimento dos pais sobre a importância e o processo progressivo de controle dos esfíncteres (em particular após os 18 meses)*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA E O PROCESSO PROGRESSIVO DE CONTROLE DOS ESFÍNCTERES (EM PARTICULAR APÓS OS 18 MESES)										
IDADE-CHAVE	Não desenvolve cuidados antecipatórios nessa área		Aconselha os pais se estes colocarem alguma questão		Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessa área, tomando iniciativa e respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão		Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessa área, tomando iniciativa e respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão e avalia regularmente as competências dos pais no assunto		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18 Meses	8	61,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	61,5
24 Meses	5	38,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	38,5
TOTAL	13	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	100,0

Na tabela 32, os dados demonstram que quanto à atividade, *administração de vacinas seguindo o esquema* cronológico, em 80% das consultas foram administradas as vacinas segundo o esquema cronológico, registados aos dados e explicados aos pais as eventuais reações. Em somente 1 % não foi desenvolvida essa atividade.

Tabela 32

Distribuição por número e percentagem referente à caracterização da realização da atividade “*administração de vacinas seguindo esquema cronológico*” por idade-chave na consulta de saúde infantil

IDADE-CHAVE	ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS SEGUINDO ESQUEMA CRONOLÓGICO											
	Não desenvolve essa atividade		Administra as vacinas seguindo o esquema cronológico recomendado		Administra as vacinas seguindo o esquema cronológico e faz os registos em suporte apropriado		Administra as vacinas seguindo o esquema cronológico, regista, explica os pais eventuais reações		Não se aplica		TOTAL	TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1ª Semana	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	11	10,5	12	11,4
1 Mês	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	6,7	7	6,7
2 Meses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	9,5	0	0,0	10	9,5
4 Meses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	18,1	0	0,0	19	18,1
6 Meses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	10,5	0	0,0	11	10,5
9 Meses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	9,5	0	0,0	10	9,5
12 Meses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	18	17,1	0	0,0	18	17,1
15 Meses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	4,8	0	0,0	5	4,8
18 Meses	1	1,0	0	0,0	0	0,0	7	6,7	0	0,0	8	7,6
24 Meses	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,9	2	1,9	5	4,8
TOTAL	1	1,0	0	0,0	0	0,0	84	80,0	20	19,0	105	100,0

2. DISCUSSÃO

Após a apresentação e análise dos resultados iremos neste capítulo fazer discussão tendo em conta o quadro conceptual inicialmente delineado. Privilegiaremos os resultados mais significativos tendo em conta os objetivos definidos previamente.

2.1. ATIVIDADES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS NA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL, LIGADAS À PROMOÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Quanto a percentagem de consultas por idade chave os resultados deste estudo evidenciaram que a maioria, 18,1 % (n = 19) dos participantes nas consultas tem 4 meses de idade, 17,1% (n = 18) tem 12 meses de idade, 11,4 % (n = 12) tem 7 dias de vida, 10,5% (n= 11) tem 6 meses de idade, 9,5 % (n =10/cada idade) tem 2 meses e 9 meses de idade, 7,6 % (n = 8) tem 18 meses de idade, 6,7% (n =7) tem 1 mês de idade e 4,8% (n = 5) tem 24 meses e 15 meses de idade. Segundo o Ministério da Saúde e da Segurança Social (2019), no que se refere a taxa de consultas de crianças menores de 1 ano foi verificado que vem diminuindo de 99,3% em 2012, para 94,8% em 2016. Registando uma média de 10 consultas por crianças nos anos 2012 a 2016 com exceção ao ano 2013 com 9,9%. Em relação ao Concelho da Praia foi verificado que a taxa de consulta de crianças menores de 1 ano foi de 93,1% e uma média de consulta de 9,37% por criança.

Parece poder dizer-se que são resultados esperados, havendo uma concentração de crianças nas consultas até ao 1 ano de idade. Este perfil é habitual em outros países, fazendo-nos crer que estes dados parecem ser, de algum modo, representativos, parecendo ser muito adequado que nos concentremos nesta fase decisiva do desenvolvimento, no primeiro ano de vida, mas sem olvidar outras faixas etárias.

Em relação a avaliação das 29 atividades que foram observadas na consulta de saúde infantil por idade-chave, os resultados mais significativos referentes às atividades ligadas à promoção do crescimento e desenvolvimento são:

2.2. ATIVIDADES LIGADAS À AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO

As atividades mais fortes ligadas à avaliação do crescimento foram:

A. Avaliação do peso, avaliação da estatura, avaliação do perímetro cefálico e uso de curvas de crescimento (tabela de percentis) nas idade-chave. Isto é, na maioria das consultas foram realizadas a avaliação, registados os dados no caderno de saúde da criança e explicado os pais o seu significado. São resultados importantes porque há atualmente uma consciência da importância da monitorização destes indicadores do crescimento. É ainda relevante o uso adequado das curvas de crescimento a fim de obterem perfis de crescimento detetando os desvios precocemente.

No entanto, os resultados indicam que as áreas menos fortes foram:

A. Avaliação da relação peso-estatura – na maioria das consultas não foi avaliada esta relação. Somente numa pequena percentagem das consultas foi avaliada essa relação, a sua evolução, registado no CDSDC e explicado aos pais o seu significado. Aqui não se compreende bem o resultado porque fica uma lacuna, sendo a integração desta relação fundamental para avaliar a harmonia com que criança cresce.

B. Avaliação da dentição da criança por idade-chave - na maioria das consultas não foi avaliada a dentição e apenas uma percentagem pouco significativa foi avaliada a dentição e registado em instrumento apropriado. Há a exceção das idades chaves 6, 9 e 12 meses em que nas consultas tiveram uma percentagem significativa de avaliação. No CDSDC, verificamos que há espaço para avaliação odontológica com uma tabela onde o enfermeiro ou o profissional de saúde devem preencher os dados sobre surgimento dos dentes e orientações dos cuidados com a saúde e higiene oral o que nos indica que a avaliação da dentição faz parte da avaliação do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva de Cabo Verde. Isto leva-nos a questionar os motivos para não realização desta avaliação, sendo que no CDSDC estão incluídos estes cuidados.

2.3. ATIVIDADES LIGADAS À AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

As áreas mais fortes ligadas à avaliação do desenvolvimento foram:

A. Avaliação dos parâmetros de desenvolvimento constantes no CDSC – é uma área forte, em que na maioria das consultas foram identificados os parâmetros de desenvolvimento e nas restantes nessa mesma atividade é ainda registada no CDSC.

No entanto, apenas pouquíssimas percentagens dessas consultas foram realizadas essas atividades com explicação aos pais acerca do seu significado. Ora há aqui uma melhoria fazer pois o envolvimento parental significa conhecimento de todas as questões que envolvem o processo de aquisição de aptidões psicomotoras da criança.

As áreas menos fortes ligadas à avaliação do desenvolvimento foram:

A. Avaliação de desenvolvimento com escala - na maioria das consultas não foram desenvolvidas avaliações com instrumento específico, em contrapartida, em 21,9% das consultas foram avaliadas algumas aptidões psicomotoras e registadas em suporte apropriado. A utilização de escalas na avaliação de desenvolvimento infantil é fundamental, pois ao contrário da avaliação do crescimento em que os parâmetros são mensuráveis, na avaliação do neurodesenvolvimento são necessárias a utilização de testes ou escalas. A avaliação clínica ou vigilância informal sem utilização de qualquer escala identifica apenas 30 % das perturbações de neurodesenvolvimento enquanto que no rastreio a probabilidade de identificação destes problemas é cerca de 70 a 90%. (Afonso, 2017; Silva, et al., 2011). Ainda para Afonso (2017) é recomendado a utilização de instrumento sistemático e padronizado que é reconhecido pelo Programa Nacional de Saúde Infantil (PNSIJ) de cada País. O mesmo autor afirma que atualmente existem vários tipos de testes disponíveis para o rastreio neurodesenvolvimento citando o Mary Sheridan (integrada na consulta de saúde infantil em Portugal), Denver Delopment Screening Test, Tabela de Haizea-Llenant, Modified Checklist for autismo in Toddles (utilizado na patologia específico, autismo), todos são instrumentos de fácil e rápida aplicação. O rastreio, de acordo Silva e Bonfim (2016), deve ser aplicado nas respetivas idade-chave, respeitando as recomendações do PNSIJ, tendo em consideração as preocupações dos pais e dos profissionais de saúde durante a consulta. Em Cabo Verde, o caderno de saúde da criança inclui vários itens sobre avaliação do desenvolvimento a ser observados na consulta por idades chaves que devem ser assinalados quando feito a vigilância, porém no CSDC não tem nenhum teste de rastreio. O que podemos questionar é se essas são as causas para que a maioria dos enfermeiros não utilizarem qualquer escala, há que mudar este panorama pois muitos défices e sinais de alarme podem ficar por detetar, daí resultando um grande prejuízo em termos de desenvolvimento psicomotor.

- B. Avaliação dos comportamentos pré-linguísticos do bebé (primeiro ano de vida) – na maioria das consultas não foram avaliados. Ora, este é um resultado que causa preocupações, pois a deteção precoce dos défices na audição e linguagem é fundamental para não obstruir um processo de desenvolvimento otimizado.
- C. Avaliação da visão - em 89,5% das consultas não foi feita qualquer avaliação tendo sido avaliada apenas em 5,7 % das consultas registados os dados no CDSC, sendo a maior percentagem é feita na primeira semana de vida. É um outro resultado preocupante, pois a visão e a linguagem visual devem ser avaliadas precocemente e ter um seguimento sistemático. O desenvolvimento da motricidade fina exige uma visão saudável, sob pena de rapidamente haver um prejuízo nesta área de desenvolvimento tão significativa.
- D. Avaliação da audição - os resultados demonstraram que em 97,1% das consultas não foi avaliada esta área e apenas em 1,9% das consultas questionaram aos pais sobre a audição. Todas estas áreas, de acordo com a OE (2010) são fundamentais na avaliação psicomotora. No CDSC de Cabo Verde, podemos verificar que estas áreas fazem parte da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, por exemplo, no 3.º mês é requerido aos profissionais que observem se a criança segue os objetos em movimento e reage ao som, no 9.º mês os profissionais deve avaliar se a criança ouve sons de baixa tonalidade, arrasta-se ou gatinha e repetir sons “ta, ta, ta”. No 12.º mês devem os profissionais verificar se a criança diz mamã, papá. Ao 15.º mês devem verificar se este combina pelo menos duas palavras. Ao 21.º mês devem verificar se diz o nome próprio, forma frases, aos 2 anos de idade, devem verificar se diz frases de duas ou mais palavras. Estes levam-nos a questionar quais os motivos para os mesmos, visto que estas áreas estão incluídas no programa de saúde infantil de Cabo Verde.

2.4. ATIVIDADES LIGADAS À AVALIAÇÃO FAMILIAR

É uma área menos forte.

Avaliação da família (através de instrumentos apropriado, condições socioeconómicos e culturais, condições do meio em que a família e a criança se inserem) - em todos estes

domínios os resultados demonstraram que em 100% das consultas não foram desenvolvidas avaliações a este nível, com exceção das condições socioeconômicas e culturais em somente em uma consulta em que foram identificadas as condições socioculturais da família, mas sem apoio de qualquer instrumento. Em relação a avaliação da família, que é uma área fundamental, não sabemos os motivos pelos quais não há avaliação. Será que este não constitui uma das áreas de avaliação na consulta de saúde infantil? Ou então este não faz parte da consulta dos enfermeiros que fazem consulta de saúde infantil? Além da avaliação das aquisições neuropsicomotoras é importante também complementar com a história detalhada da criança bem como o ambiente que ele está inserido e os antecedentes familiares. A prestação de cuidado à criança está intimamente relacionada com a sua família e “a estrutura e a dinâmica familiares podem influenciar a criança de uma forma duradoura, afetando a sua saúde e bem-estar” (Hockenberry, Wilson, 2014, p.50). Constitui um fator importante no processo de planificação de cuidados de enfermagem pois para que as intervenções de enfermagem sejam realizadas de forma eficiente é necessário que as famílias possam participar e aceitar as mudanças que possam ser implementadas. Deste modo os enfermeiros devem possuir conhecimentos sobre a estrutura familiar, as funções, tipo, bem como as teorias e os instrumentos de avaliação/intervenção que auxiliam como bases de compreensão nas mudanças que ocorrem dentro das famílias (Hockenberry, Wilson, 2014; Sousa, Figueiredo, Erdmann, 2010). O uso de instrumentos de avaliação/intervenção familiar é uma das ferramentas importantes na avaliação do contexto familiar. No estudo realizado por Sousa, Figueiredo, Erdmann (2010) foi constatado que o Apgar e o modelo Calgary constituem as referências mais utilizados pelos enfermeiros, porém, cabe a eles adquirirem um olhar profundo que vai além dos instrumentos de avaliação e intervenção porque a família é um sistema dinâmico, complexo, que exige intervenções dinâmicas de avaliação e intervenção. Em enfermagem pediátrica, que apresenta como filosofia particularmente significativa o cuidado centrado na família, este resultado é motivo de preocupação

2.5. ATIVIDADES LIGADAS À PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INCLUINDO EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

Os resultados evidenciam áreas mais e menos fortes

Áreas mais fortes ligadas à promoção do desenvolvimento incluindo educação para a saúde e cuidados antecipatórios

- A. Promoção do aleitamento materno – na maioria das consultas foram tomadas as iniciativas para promoção do aleitamento materno mesmo que em algumas, a promoção só se fizesse se os pais colocassem questões. Porém foi verificado que a partir dos 9 meses até aos 12 meses, em 23% das consultas não foi desenvolvida promoção do aleitamento materno. Atualmente em Cabo Verde o aleitamento materno exclusivo de acordo com Ministério da Saúde e da Segurança Social (2018) teve melhoria significativa na taxa de adesão, verificou-se que em 2018, 45% das crianças de 4 -5 meses não ingere outros alimentos inclusive a água em comparação a 28% de crianças em 2005. De acordo com o Ministro de Saúde de Cabo Verde várias medidas estão a ser implementadas na melhoria na adesão ao aleitamento materno exclusivo. Deve-se reforçar que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, desempenha papel fundamental na promoção do aleitamento materno não apenas até aos 6 meses, mas também depois desta idade.
- B. Educação para saúde sobre alimentação da criança - na maioria das consultas se os pais questionassem os enfermeiros aconselhavam e registam no CDSC dos dados fundamentais sobre a alimentação da criança no 1.º ano de vida. A nutrição infantil vem sendo uma das preocupações de políticas de implementação a nível mundial, pois a má nutrição provoca danos para o crescimento e desenvolvimento infantil. Atualmente em Cabo Verde, o indicador, desnutrição infantil, ao longo dos anos vem diminuindo, sendo que a taxa de desnutrição crónica é de 9,7%, e aguda de 2,6%. Em relação à prevalência da anemia ferropriva nas crianças menores de 5 anos, a taxa de prevalência nos anos 1996 e 2009, vem diminuindo em mais de 20%. Entretanto é considerado ainda como um dos problemas de saúde pública sendo que em 2018, 43% das crianças com idade entre 6 e os 59 meses apresentavam anemia, 45% com anemia leve, 26% com anemia moderada e 0,5 % com anemia severa (Ministério da Saúde e da Segurança Social & Instituto Nacional de Estatística, 2018). Relativamente à carência de micronutrientes, os resultados indicam que 48% das crianças menores de 3 anos tinham baixo nível de consumo de frutas e vegetais ricos em vitaminas (A). Todos estes resultados indicam uma maior atenção nessa área, principalmente pelo enfermeiro, pois de acordo com a OE (2010) uma das competências dos enfermeiros

especialistas é a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança em qualquer contexto que a mesma se encontre, desempenhando um papel primordial e de grande relevância na educação da criança para hábitos de vida saudáveis inclusive na promoção e educação de saúde sobre alimentação.

- C. Promoção da segurança - na maioria das consultas foi desenvolvida educação para a saúde nessa área, sendo que a maior percentagem é realizada aos 12 meses de idade considerando sempre que se os pais questionassem, os enfermeiros dialogavam sobre o tema. A promoção da segurança infantil é uma das preocupações fundamentais na prevenção dos acidentes. Dado a situação preocupante, a OMS e a UNICEF no ano 2008 no documento “World Report on Child Injury Prevention”, evidenciaram os impactos, fatores de risco e a magnitude dos acidentes, incentivando a implementação de estratégias para promoção da segurança e na prevenção de lesões. Em Cabo Verde, no ano 2017, os traumatismos e envenenamentos constituíam a 4.^a causa de mortalidade nas crianças menores de 5 anos de idade. De acordo com o Ministério de Saúde e da segurança Social de Cabo Verde, (2018) as crianças sujeitas a acidentes causam um grande impacto no sistema de saúde e na economia do país, o que implica todos os intervenientes responsáveis na prevenção de acidentes, desenvolvimento de iniciativas de promoção da segurança e prevenção dos acidentes dirigidos à população em geral e principalmente grupos específicos, neste caso as crianças.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção da segurança, pois de acordo com Hockenberry e Wilson (2014), os enfermeiros estão em posição excelente para aconselhar educar os pais nas medidas de segurança e cuidados antecipatórios em todas as idades chaves em que ocorrem marcos de desenvolvimento assegurando uma evolução desenvolvimento segura.

- D. Administração das vacinas seguindo o esquema cronológico - em 80% das consultas foram administradas as vacinas às crianças segundo o esquema cronológico, registadas e explicadas aos pais as eventuais reações. A vacinação em Cabo Verde, de acordo com o Ministério da Saúde e da Segurança Social (2018), é um dos indicadores que teve aumento da taxa da cobertura vacinal em comparação aos anos 2005 e 2018, passou de 74% em 2005 para 83% em 2018.

No ano 2016 Cabo Verde recebe a declaração de País livre da poliomielite, manteve o nível de vigilâncias para as paralisias flácidas agudas e atualmente apresenta uma cobertura vacinal acima dos 95% em comparação aos outros países da região africana, isso graças ao compromisso que o País abraçou com responsabilidade criando políticas de saúde como Programa Alargado de Vacinação e tecnologias inovadoras para prevenção das doenças, como por exemplo o sarampo, não esquecendo do trabalho árduo dos profissionais de saúde principalmente dos enfermeiros que tiveram um papel importante nesse processo.

Áreas menos fortes ligadas à promoção do desenvolvimento incluindo educação para a saúde e cuidados antecipatórios

- A. Avaliação dos comportamentos de vínculo dos pais para com o bebê em particular para com o recém-nascido e lactente - em 81,5% das consultas não existiram quer avaliação quer intervenção. Apesar de tudo, em 17,1% das consultas foram observados os comportamentos de vínculo, avaliada a sua evolução, registados em suporte apropriado e promovidos os comportamentos parentais ajustados (maior percentagem observados na 1ª semana). Relativamente à avaliação do comportamento de vínculo para com o recém-nascido e latente os resultados indicam que há uma preocupação específica com os recém-nascidos e menos preocupação em outras idades. Será que é uma das estratégias de organização de trabalho em que os enfermeiros dão ênfase aos recém-nascidos e acreditam que a promoção inicial é suficiente para as outras idades-chaves? Será que consideram que não são necessárias intervenções em outras faixas etárias? Atualmente os estudos demonstram que o vínculo e o afeto são essenciais no desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança. O enfermeiro ao longo das fases de desenvolvimento desempenha papel fundamental nesta promoção e no reforço aos pais sobre a importância de manter o vínculo emocional ao longo desta etapa porque quando à criança não é proporcionado um ambiente seguro e cheio de afeto e amor desenvolve-se vinculação insegura e maiores probabilidades de desenvolvimento infantil comprometido.
- B. Habitualmente quanto à informação/esclarecimento dos pais sobre aspetos do comportamento e temperamento da criança - em 81,9% das consultas não foram desenvolvidas intervenções nessa área, mas em 18,1% das consultas se os pais

colocassem alguma questão as enfermeiras explicam a importância clínica desta área. A avaliação do temperamento é um dos elementos que está incluído no CDSC em Cabo Verde em várias idades o que nos leva a questionar os motivos em que foram pouco abordados pelos enfermeiros durante a consulta, sendo que é uma das temáticas importantes que inclui nas práticas de educação infantil.

Outro aspeto importante são os cuidados antecipatórios como fator da promoção da saúde e de prevenção da doença, facultando aos pais/cuidadores as orientações necessárias e sobretudo antecipatórias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil por forma a proteger a criança no exercício da parentalidade e aos desafios de saúde. As áreas identificadas como sendo fortes foram a informação e esclarecimentos aos pais sobre a importância da higiene em que em 52,4% das consultas foram aconselhados se colocassem alguma questão e 34,3% das consultas foram desenvolvidas educação/cuidados antecipatórios nessa área. De acordo com a UNICEF (2017) no estudo sobre “AS PRÁTICAS PARENTAIS JUNTO DAS CRIANÇAS MENORES DE SEIS ANOS EM CABO VERDE”, os resultados demonstraram que a criança em Cabo Verde tem bastante boas práticas de higiene comparativamente a outros países africanos, pois a maioria das crianças tomam o banho diariamente. As crianças maiores de 3 anos de idade lavam as mãos frequentemente, antes e depois das refeições e quando vão a casa de banho. Apenas 5% não escovam os dentes e uma minoria (10%) não troca o vestuário diariamente. Os cuidados antecipatórios sobre a importância da higiene é um tema atual em que os enfermeiros devem reforçar sempre os pais os cuidados que devem ter com os filhos principalmente nos dias atuais de doenças infecciosas e pandemias.

- C. Esclarecimentos dos pais sobre problemas correntes da criança, ao longo das várias etapas de crescimento - em 50,5% das consultas não foram desenvolvidas educação/cuidados antecipatórios, em contrapartida, em 28,6% das consultas se os pais colocarem alguma questão aconselham. No mesmo estudo referenciado anteriormente, foi verificado que a maioria das mães conseguem identificar pelo menos um sintoma indicativo de que a criança esteja doente, porém foi verificado que em 28% dessa mesma amostra sabem apenas de um sinal de doença.

Em relação as medidas a serem tomadas perante a febre e diarreia foi constatado que estes precisam de mais informações na forma de atuação porque “mais de metade das mães (51%) tem lacunas em matéria de saúde corrente (febre e diarreia) da criança, 45% tem conhecimentos médios neste domínio e 3% tem práticas globalmente desejáveis (UNICEF, 2017. p. 54). Dados acrescidos que alertam os enfermeiros a desenvolver cuidados antecipatórios aos pais sobre essa temática.

- D. Informação e esclarecimento dos pais sobre a importância da atividade lúdica da criança no seu desenvolvimento (jogos e brinquedos apropriados a cada etapa) - em 88,6% das consultas não foram desenvolvidos cuidados antecipatórios nessa área, e em 7,6% das consultas, os pais eram aconselhados se colocassem alguma questão. Ainda naquele estudo foi evidenciado que apesar que alguns pais incentivarem os filhos a jogar/brincar, somente uma minoria de pais participam ou interagem diretamente com os filhos nos jogos e com pouca iniciativa organizadas para estimular os filhos (idem). Estes são resultados importantes que o enfermeiro deve aprofundar de forma a conhecer as causas e procurar informar e estimular os pais para a importância da atividade lúdica da criança no seu desenvolvimento.
- E. Informação e esclarecimentos dos pais sobre os efeitos negativos ou positivos de ecrãs - em 100% das consultas não foram desenvolvidos cuidados antecipatórios nessa área e este é um dos piores resultados na investigação.

Atualmente todas as crianças de diferentes faixas etárias em todo o mundo têm facilidade e acesso e exposição aos ecrãs desde latentes a crianças em idades escolares. Atualmente há maior preocupação sobretudo os efeitos negativos e excessivos de ecrãs incluindo a sua precocidade. Como já referido a importância das crianças principalmente dos 0 aos 2 anos de idade terem interação direta com adultos deveria implicar e justificar menos horas de exposição ecrãs. Alguns estudos comprovaram diversas consequências que a exposição precoce e prolongada dos ecrãs nas crianças, nomeadamente problemas na visão, obesidade, menos horas de sono e relação com o atraso no desenvolvimento cognitivo, linguagem e socio emocional entre outras. Devido a estas consequências a Academia Americana emitiu algumas recomendações como proibir exposição aos ecrãs as crianças menores de 18 meses exceto vídeo chamadas, a partir de 18 a 24 meses, se os pais desejarem que os filhos

sejam expostos aos ecrãs devem ser de curta duração com conteúdos didáticos que auxiliam no desenvolvimento neuropsicomotor, porém eles devem sempre acompanhar os filhos de forma a explicar e ajudá-los. Nas crianças em idade pré-escolar, a exposição não deve ser mais de que 1 hora diária, e entre os maiores de 6 anos de idade, os pais devem estar sempre atentos ao número de horas diárias e ter a certeza que não interfere com as outras atividades como passeios, brincadeiras, estudos, colocando limites quanto à sua utilização (Faria, Costa & Neto, 2018).

- F. Informação dos pais sobre a importância da creche/amas e das reações da criança às mesmas – Como foi evidenciado, em 90,7% das consultas não foram desenvolvidos cuidados antecipatórios nessa área e em contrapartida temos 9,3% de consultas em que se os pais questionassem era disponibilizada informação. Ora a entrada na creche é uma das etapas importantes na vida das crianças e dos pais, constituindo um processo de separação de um ambiente familiar para um ambiente diferente em que as crianças são expostas a um novo ambiente físico, social, emocional incluindo novos cuidadores. O enfermeiro tem um papel fundamental no sentido de tomar a iniciativa de providenciar informação nesta área, como ainda acompanhar os pais nesta transição fornecendo apoio em cada situação de dificuldade.
- G. Informações e esclarecimento aos pais sobre a importância do sono e/ou rituais de ir para a cama - em 72,4% das consultas não foram desenvolvidas educação/cuidados antecipatórios nessa temática, em contrapartida temos 23,8% das consultas em que foram desenvolvidas educação e cuidados antecipatórios, tomando iniciativa e respondendo aos pais se estes colocassem alguma questão. Ainda segundo estudo da UNICEF (2017) os resultados indicaram que quanto maior é a idade da criança menos importância os pais dão a sesta e o ritual de ir para a cama. As crianças maiores de 2 anos de idade não são acompanhadas quando vão dormir e conseqüentemente não há qualquer interação entre pais/filhos antes de dormir. No entanto temos 48% das mães obrigam os filhos a respeitar um certo número de horas de sono e a mesma percentagem não obriga a criança a dormir e os restantes não sabem responder. Estas informações adicionais alertam aos enfermeiros mais atenção nessa área na antecipação dos cuidados fornecendo e reforçando informações na importância do sono na saúde da criança e no seu desenvolvimento. a aquisição de hábitos saudáveis de sono é fundamental para que esta necessidade fundamental seja satisfeita de forma

adequada, sendo uma área atualmente muito crítica e já responsável por inúmeras situações de doença (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

- H. Informações e esclarecimentos dos pais sobre a posição de deitar do bebê (até aos 12 meses) - em que 60,9% das consultas não foram desenvolvidos cuidados antecipatórios em contrapartida, 27% das consultas se os pais questionassem, as enfermeiras dialogavam sobre o assunto.
- I. Informação e esclarecimento dos pais sobre a importância e o processo progressivo de controlo de esfíncter (após os 18 meses) – no total de consultas (100%) das consultas não foram desenvolvidas educação/cuidados antecipatórios nessa área. É problemático não se estar a realizar investimento na área, pois de acordo com um estudo publicado pela UNICEF (2017) relativamente aos conhecimentos que os pais têm sobre o controlo da necessidade fisiológica que 7% das mães não tem conhecimento da idade em que uma criança tem controlo das necessidades fisiológicas, 35% das mães opinam que acontece antes dos 12 meses, 33% consideram que pode acontecer quando a criança tiver entre 13 e os 18 meses, 25% quando a criança tem entre 19 e 24 meses, e 7% quando a criança tem mais de 2 anos de idade. Todos estes resultados demonstram que os pais têm dúvidas da idade concreta que o filho pode ter o controlo de esfíncter, agindo alguns precocemente e outros tardiamente. De acordo com vários autores o processo evolutivo do controlo de esfíncter não está associado apenas ao único fator a idade, e sim a vários fatores como a idade de aquisição, sexo, etnia, culturas e até o peso de nascimento. O desenvolvimento geral da criança nos permite conhecer a fase adequada para dar início ao treinamento esfíncteriano. Pois é necessário que ela ganhe competências neurodesenvolvimento como sentar, levantar, caminhar para poder ir ao banheiro, falar e compreender as orientações dadas, essas informações na maioria das crianças acontecem a partir dos 18 meses. Quando os pais não respeitam esses marcos do desenvolvimento iniciando precocemente provocam diversos problemas a crianças como infecção do trato urinário, obstipação e sintomas de disfunção miccional (incontinência urinária, enurese, manobras de contenção, urgência miccional). O treinamento deve ser de forma evolutivo não forçado, ou seja, os pais devem deixar que a própria criança demonstre desejo de ser treinado. O papel do enfermeiro é imprescindível na maximização dos cuidados antecipatórios de forma a orientar,

fornecendo informações de forma que os pais possam identificar os marcos de desenvolvimento do seu filho e iniciar o treinamento no momento adequado (Figueiredo, 2017; Mota, Victoria & Halall, 2005; Mota & Barros, 2008; Souza, 2019).

Como se pode justificar o conjunto destes resultados?

Serão as características sociodemográficas dos enfermeiros que realizam a consulta?

Em relação aos dados sociodemográficos mais significativos, os resultados deste estudo evidenciaram que 100 % dos enfermeiros são do sexo feminino, com idade média de 46 anos, 8 anos de tempo de serviço atual no local de trabalho. Ora estamos perante uma equipa experiente quer em termos etários, quer em termos de local de trabalho, pelo que não parecem as características que justificam os resultados.

Será a não existência de protocolos consolidados nos serviços?

Recordamos que quanto à existência de protocolo de atuação referente à consulta de saúde infantil no serviço a maioria das enfermeiras 60% (n = 3) responderam que não existe nenhum protocolo no serviço e apenas 40% (n=2) afirmaram que existe. A padronização dos procedimentos de enfermagem é uma ferramenta importante na prática de cuidados de enfermagem e na gestão e qualidade dos serviços de saúde. Esta é considerada como uma das necessidades intrínsecas aos próprios serviços e objeto de estudo entre diversos pesquisadores (Wernick, Faria & Campos, 2009; Sales et al., 2018). O papel do enfermeiro torna-se fundamental e imprescindível na implementação de estratégias na definição de padrões e cultura de qualidade dos serviços de enfermagem (Sales et al., 2018). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), uma das competências do enfermeiro especialista relaciona-se ao domínio da melhoria contínua das qualidades das quais se ressalta, desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; É uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pediátrica é a prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competências e satisfação das crianças/famílias/ pessoa significativa ao “mundo” da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão de segurança do cliente (Ordem dos

Enfermeiros, 2010). Uma das ferramentas é a padronização das intervenções de enfermagem através de protocolos de serviço, que é construído pela equipa de enfermagem. Segundo Wernick, Faria e Campos (2009), o protocolo é um instrumento de rotinas constituído pelas ações de gestão de um determinado serviço/departamento, baseados em conhecimentos e evidências científicas por profissionais especializados e experientes em uma área de estudo com objetivo de uniformizar os procedimentos, orientar condutas e procedimentos dos trabalhadores dos serviços. De acordo com Sales et al., (2018) os resultados de sua utilização comprovam que é uma ferramenta moderna que apoia na tomada de decisão do enfermeiro oferecendo diversas vantagens, nomeadamente, permite corrigir as não conformidades, resolver as distorções na prática, padronização das intervenções de enfermagem de acordo com princípios técnico-científicos. Além disso, proporciona maior qualidade na prestação de cuidados com maior segurança na realização dos procedimentos, satisfação para o enfermeiro e o doente e maiores ganhos no serviço de saúde. Por isso tornam-se necessários que os gestores dos serviços possam conhecer e valorizar a necessidade de padronização de cuidados no serviço, proporcionadas ações educativas aos profissionais no serviço no sentido de criação de instrumentos como protocolos de cuidados. Parece, portanto, haver uma lacuna que pode ajudar a melhorar estes resultados uma vez preenchida.

Serão as lacunas de formação nestas áreas?

Recordamos que em relação à formação em crescimento e desenvolvimento nos últimos seis meses, 100% dos enfermeiros disseram que não tiveram qualquer formação em crescimento e desenvolvimento. Quanto à leitura de obra sobre crescimento e desenvolvimento da criança 60% dos enfermeiros responderam que leram obra sobre crescimento e desenvolvimento e 40% dos enfermeiros disseram que não leram nenhuma obra. Quanto a leitura de artigos sobre crescimento e desenvolvimento da criança 60% dos enfermeiros disseram que leram artigos sobre crescimento e desenvolvimento e 40% disseram que não leram nenhum artigo.

Ora, atualmente os avanços técnico-científicos na área de saúde e a melhoria contínua da qualidade nos cuidados da saúde exigem à organização e aos profissionais de saúde maiores investimentos na educação e formação profissional. Segundo Manole (2001) não há qualidade sem educação e treinamento continuado. De acordo com Cunha, Rego e

Cardoso (2007) “uma organização que aprende é aquela que deliberadamente desenha e constrói a sua estrutura, cultura e estratégia, de forma a aumentar e a maximizar a possibilidade de ocorrer aprendizagem organizacional” (p.705). Entretanto a responsabilidade pela formação não é apenas das organizações mais sim cabe aos enfermeiros a atualização de conhecimentos de forma a desenvolver uma prática profissional cada vez mais complexa, especializada e exigente, permitindo à população obter cuidados de enfermagem personalizados face às necessidades da pessoa, família ou comunidade. De acordo com Código Deontológico do Enfermeiro, alínea c) artigo 88º (2005), os profissionais de enfermagem, com vista a excelência do seu exercício, têm o dever de garantir uma atualização contínua dos seus conhecimentos tendo por base uma formação permanente aprofundada nas ciências humanas.

Assim, podemos assacar a estas insuficiências alguns dos resultados menos favoráveis, considerando-se que uma vez colmatadas podem contribuir para melhores resultados em algumas áreas.

2.6. LIMITAÇÕES

Como qualquer investigação, esta também tem algumas limitações. Desde logo porque o é o primeiro estudo deste tipo nesta área realizado em Cabo Verde. Como qualquer outro nestas circunstâncias não tem comparação, pelo que estes dados são originais para esta realidade. Sabemos que a comparabilidade dos dados é importante. Fica um desafio para que outros trabalhos possam ser desenvolvidos a fim serem retidas ilações mais robustas.

A segunda limitação tem a ver com a temática em si. Muitos das atividades realizadas noutros países, como Portugal, podem ainda não encontrar eco suficiente em Cabo Verde, pois os tipos de indicadores e metas são ainda diferentes. Neste contexto, as intervenções ligadas à Nova Pediatria podem ainda não ter feito caminho, embora sejam fundamentais e profundamente desafiantes.

Em termos metodológicos, interessa também realçar que o instrumento de colheita de dados tem origem numa realidade diferente. A sua adaptação aos nossos contextos é sempre complexa, embora possa ajudar às mudanças que se impõem, uma vez que são transversais a todas as sociedades desenvolvidas.

A amostra de consultas obtida tem uma sobre-representação no primeiro ano de vida. Apesar de expectável, pode existir uma sub-representação de consultas nas idades-chave entre os 12 meses e os 24 meses e, portanto, a partir esta amostra, deixamos de poder generalizar estes resultados ao país.

Apesar do registo da observação ser feito através de um instrumento preciso, a observação pode apresentar potencialmente algum tipo de viés. Sabemos que uma consulta se desenvolve com rapidez, pelo que algumas atividades podem ser ordenadas, mas com dúvidas.

Não foi objetivo do estudo identificar explicações para os resultados, pelo que a estatística utilizada não contemplou testes estatísticos que identificassem diferenças, associações ou correlações. Neste sentido, a discussão dos resultados quando nos referimos às razões de determinados resultados deve ter este aspeto em consideração.

CONCLUSÃO

A promoção do crescimento e desenvolvimento infantil quando realizada de forma sistemática e estruturada, em momentos chave, potencia não só a qualidade de vida de saúde das crianças, como cria condições para o sucesso de um país. A função dos enfermeiros é fundamental pois têm fácil acesso à população e desempenham um papel preponderante na educação para saúde e aconselhamento aos pais. A sua competência passa pela avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil nas consultas e promoção da parentalidade e cuidados antecipatórios na maximização de cuidados. Assim, tendo em conta aos objetivos deste estudo podemos concluir que:

1) As áreas sobre **Crescimento** que os resultados identificaram como **sendo mais fortes** foram a avaliação do peso, avaliação da estatura, avaliação do perímetro cefálico e uso das curvas de crescimento (tabelas de percentis) por idade-chave. Contudo as áreas identificadas como sendo **menos fortes** foram, avaliação da relação peso-estatura e avaliação da dentição.

2) Relativamente ao **desenvolvimento** os resultados identificaram como **sendo mais fortes** foram a promoção do aleitamento materno, avaliação dos parâmetros de desenvolvimento constantes no CDSC, educação para saúde sobre alimentação das crianças, registos no CDSC dos dados fundamentais sobre a alimentação da criança no primeiro ano de vida e promoção da segurança. Pelo contrário, os resultados identificaram áreas **como sendo menos fortes** a avaliação de desenvolvimento com escala, avaliação dos comportamentos pré-linguísticos do bebé (primeiro ano de vida), avaliação da audição, avaliação dos comportamentos de vínculos dos pais para com o bebé em particular para com o recém-nascido e lactente, habitualmente quanto à informação esclarecimento dos pais sobre aspetos do comportamento e temperamento da criança, avaliação da família (através de instrumentos apropriado, condições socioeconómicos e culturais, condições do meio em que a família e a criança se inserem.

3) Outro aspeto importante da promoção são os **cuidados antecipatórios** como fator da promoção da saúde e de prevenção da doença. Os resultados identificaram **como sendo áreas mais fortes** a informação e esclarecimentos dos pais sobre a importância da higiene.

No entanto os resultados identificaram **como áreas menos fortes**, esclarecimentos dos pais sobre problemas correntes da criança, ao longo das várias etapas de crescimento,

Informação e esclarecimento dos pais sobre a importância da atividade lúdica da criança no seu desenvolvimento (jogos e brinquedos apropriados a cada etapa), informação e esclarecimentos dos pais sobre os efeitos negativos ou positivos de ecrãs, informação dos pais sobre a importância da creche/amas e das reações da criança às mesmas, informações e esclarecimento dos pais sobre a importância do sono e/ou rituais de ir para a cama, informação e esclarecimento dos pais sobre a importância e o processo progressivo de controlo de esfíncter (após os 18 meses).

4) Por último, porém não menos importante, os resultados identificaram com sendo áreas mais fortes a administração das vacinas seguindo o esquema cronológico.

Os resultados do estudo de uma forma geral apontam para melhores resultados na área do crescimento e administração das vacinas e, em contrapartida, as áreas de desenvolvimento e cuidados antecipatórios, indicam-nos que precisamos de maior atenção nessas áreas.

SUGESTÕES

O presente estudo constitui uma ferramenta essencial que, de alguma forma, como ponto de partida, para que os enfermeiros possam identificar, analisar às áreas que necessitam de melhorias, exploração e compreensão das razões desses resultados no sentido de procurar soluções para a melhoria de prestação de cuidados no acompanhamento nas consultas de crescimento e desenvolvimento infantil. Neste sentido, propomo-nos esses resultados aos enfermeiros que participaram na investigação, discutindo esses resultados no sentido de compreender melhor os fatores, sugerindo temas de formações.

Ao nível da investigação de enfermagem em Cabo Verde a divulgação desse estudo poderá contribuir para projetos futuros relacionados com essa temática e dar contributo na melhoria da prática clínica dos enfermeiros e sugestão de formação no serviço.

Sugerimos o desenvolvimento de outros estudos semelhantes com amostras maiores (nas outras 8 ilhas de Cabo Verde) com entrevistas ou focus de grupos que permitam aprofundar e procurar quais são as razões desses resultados que poderão identificar melhor os fatores positivos e negativos que influenciam a consulta de acompanhamento crescimento e desenvolvimento das crianças em Cabo Verde. Ao nível do instrumento poderá ser readaptado com outros aspetos que são considerados necessários que irão de encontro com as necessidades atuais do País.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2017). A promoção do desenvolvimento da criança e adolescente: uma conceção integral necessariamente multidisciplinar. *Referência*, 13 (IV), 109-113.
- Apóstolo, J. M. A. (2004). *Promoción del crecimiento y desarrollo del niño – como es auto percibida su realización por los enfermeros de la subregión de salud de Coimbra* (Tesis Doctoral, Universidade da Extremadura – Badajoz).
- Afonso, A. (2017). *Saúde Infantil e Juvenil – Manual Prático*. Lisboa: Edições LIDEL.
- Araújo, D. *et al* (2018). Promoção de Saúde Bucal nas Consultas de Crescimento e Desenvolvimento na Atenção Primária: Um relato de Colaboração Interprofissional. *Revista Ciência Plural*, 4(2), 87-101.
- Cecílio, H., Santos, K. & Marcon, S. (2014). Modelo Calgary de Avaliação da Família: Experiência em um Projeto de Extensão. *Cogitare Enferm*, 19(3), 536-544.
- Cunha, M., Rego, A., Cunha, R. & Cardoso, C. (2016). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*, 8ªed. Lisboa: RH, Editora.
- Delgado, A. (2009). *Políticas de Saúde em Cabo Verde na Década de 1980-1990: Experiência de Construção de um Sistema Nacional de Saúde*. Praia: Edições Uni-CV.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil - Atualização das Curvas de Crescimento*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Saúde Infantil e Juvenil – Programa Nacional*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Nacional de Saúde (2019). *Protocolo de Suplementação em Ferro e Ácido Fólico, Vitamina “A” e Fortificação com Vitaferro*. Praia: Ministério da Saúde e da Segurança Social.
- Faria, H., Costa, I. & Neto, A. (2018). Hábitos de Utilização das Novas Tecnologias em Crianças e Jovens. *Gazeta Médica*, 4(5), 270-276.
- Fenton, T. & Kim, J. (2013). A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC Pediatrics*, 13(59),1-13.
- Ferreira, A. (2012). Avaliação do crescimento de crianças: a trajetória das curvas de crescimento. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 7(3), 191-202.

- Ferreira, M & Silva, C (2012). Reformas da gestão na saúde - desafios que se colocam aos enfermeiros. *Referência III Série*, 8, 85-93.
- Ferreira, M & Silva, I (2013). Empenhamento organizacional de enfermeiros e relação com a chefia. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(2), 156-161.
- Figueiredo, R. (2017). *Scoping Review: Vídeos de profissionais de saúde publicados online sobre a aquisição do controlo dos esfíncteres dirigidos a pais de crianças*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gaíva, M., Montechio, C., Moreira, M. & Salge, A. (2017). Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Av Enferm.*, 36(1), 9-21.
- Goes, A. & Leite, I. (2017). A Importância do Enfermeiro no Programa do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, 10 (6), 59-72.
- Governo de Cabo Verde. (2018). *Plano Estratégico de Desenvolvimento Sustentável (2017-2021)*. Praia: Cabo Verde.
- Gonçalves, A. (2013). O papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica na promoção de uma alimentação saudável. *Sinais Vitais – Ciência e Técnica*, 58- 63.
- Governo de Cabo Verde (2014). *Segurança Alimentar e Nutricional*. Praia: Ministério do Desenvolvimento Rural.
- Governo de Cabo Verde. (2018). *Cabo Verde Quadro de Cooperação das Nações Unidas para o Desenvolvimento - UNDAF – (2018-2022)*. Praia: Nações Unidas.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente* (9º ed.). Loures: Lusociência.
- International Classification of Nursisng Pratic. (2017). Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese_translation-2017.pdf.
- Instituto Nacional de Estatística – Cabo Verde (2013). *Anuário Estatístico 2017*. Praia: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística – Cabo Verde (2016). *Relatório Estatístico*. Praia: Ministério da Saúde e da Segurança Social.

- Instituto Nacional de Estatística – Cabo Verde (2017). *Relatório Estatístico*. Praia: Ministério da Saúde e da Segurança Social.
- Instituto Nacional de Estatísticas – Cabo Verde. (2018). *Perfil da Pobreza Evolução da Pobreza Monetária Absoluta 2001/2002, 2007 e 2015*. Praia: Cabo Verde.
- Instituto Nacional de Estatística – Cabo Verde (2018). *Apresentação dos Principais Resultados Preliminares do IDSR-III*. Praia: Ministério da Saúde e da Segurança Social.
- Instituto Nacional de Estatísticas. (2019). *Dia Internacional da Criança*. Praia: Cabo Verde.
- Linhares, M., Dualibe, A. & Cassiano, R. (2013). Temperamento de Crianças na Abordagem de Rothbart: Estudo de Revisão Sistemática. *Psicologia em Estudo*, 18(4), 633-645.
- Marchi-Alves, L., Yagui, C., Simões, R., Mazzo, A., Leite, R. & Girão, F. (2011). Obesidade Infantil Ontem e Hoje: Importância da Avaliação Antropométrica pelo Enfermeiro. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15 (2), 238-244.
- Mexomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde*. São Paul: Manole.
- Ministério de Saúde. (2012). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Praia: Cabo Verde: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2014). *Plano Multisectorial de Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis de Cabo Verde*. Praia: Cabo Verde. Ministério da Saúde.
- Ministério de Saúde. (2014). *Pacto Nacional de Saúde*. Praia: Cabo Verde: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2015). *Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (2015-2020)*. Praia: Cabo Verde: Ministério da Saúde.
- Ministério de Saúde e Segurança Social. (2016). *Relatório Estatístico 2016*. Praia: Cabo Verde:
- Ministério de Saúde e Segurança Social. (2017). *Relatório Estatístico 2017*. Praia: Cabo Verde: Ministério de Saúde e Segurança Social.

- Ministério da Saúde e da Segurança Social (2018). *Apresentação dos principais resultados Preliminares do IDSR III*. Praia: Cabo Verde: Ministério da Saúde e Segurança Social: Ministério de Saúde e Segurança Social.
- Ministério da Saúde e da Segurança Social. (2019). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2017-2021)*. Praia, Cabo Verde: Ministério da Saúde e da Segurança Social.
- Mota, D., Victora, C. & Hallal, P. (2005). Investigação de disfunção miccional em uma amostra populacional de crianças de 3 a 9 anos. *Jornal de Pediatria*, 81(3), 225-232.
- Mota, D. & Barros, A. (2008). Treinamento esfinteriano precoce: prevalência, características materna da criança e fatores associados numa coorte de nascimentos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 8 (1), 103-111.
- Monteiro, F., Araújo, T., Ximenes, L. & Vieira, N. (2014). Ações de promoção da saúde realizados por enfermeiros na avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil. *Ciencia y Enfermería*, 20 (1), 97-110.
- Monteiro, F., Araújo, T., Cavalcante, T., Leandro, T. & Filho, S. (2016). Crescimento Infantil: Análise do Conceito. *Texto Contexto Enfer*, 25(2), 1-9.
- Oliveira, G., Barbiero, S., Cicero, C. & Pellanda, L. (2013). Comparação das curvas NCHS, CDC e OMS em crianças com risco cardiovascular. *Rev. Assoc. Med. Bras*, 59 (4), 375-380.
- Oliveira, G., & Saraiva, J. (2017). Lições de Pediatria Vol. I e II. *Imprensa da Universidade de Coimbra*, 1-179.
- Onis, M., Onyango, A., Borghi, E., Garza, C. & Yang, H. (2006). Comparison of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards and the National Center for Health Statistics/WHO international growth reference: implications for child health programmes. *Public Health Nutr.*, 9 (7), 942-947.
- Oliveira, G. & Saraiva, J. (2017). *Lições de Pediatria – Volumes I e II*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Onis, M. (2015). *Curvas de Referência da Organização Mundial da Saúde*. Disponível em: <https://ebook.ecog-obesity.eu/wp-content/uploads/2017/05/ECOG-Obesity-eBook-Curvas-de-referencia-da-organizacao-mundial-da-saude.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2016). *Investir no desenvolvimento na primeira infância é essencial para que mais crianças e comunidades prosperem*. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5261:investir-no-desenvolvimento-na-primeira-infancia-e-essencial-para-que-mais-criancas-e-comunidades-prosperem-conclui-nova-serie-do-the-lancet&Itemid=820.
- Polit, O. & Hungler, B. (1994). *Investigación Científica en Ciencias de Ia Salud*. 4.^a Edición. México: Interamericana McGraw –Hill.
- Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros de 12 de julho. *Diário da República, nº133 – 2ª Série*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Rito, A., Breda, J. & Carmo, I. (2010). *Guia de Avaliação do Estado Nutricional Infantil e Juvenil*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Sales, C., Bernardes, A., Gabriel, C., Brito, M., Moura, A. & Zanetti, A. (2018). Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 138-146.
- Santos, G., Pieszak, G., Gomes, G., Biazus, C. & Silva, S. (2019). Contribuições da Primeira Infância Melhor para o crescimento e desenvolvimento infantil na percepção das famílias. *Cuidar é Fundamental*, 11(1), 67-73.
- Santos, M, Quintão, N. & Almeida, R. (2010). Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. *Escola Anna Nery*, 14(3), 591-598.
- Sigulem, D., Devincenzi, M. & Lessa, A. (2010). Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. *Journal of Pediatrics*, 76 (3), 275-284.

- Silva, N., Filho, F., Gama, M., Lamy, Z., Pinheiro, A. & Silva, D. (2011). Instrumentos de Avaliação dos Desenvolvimento Infantil de Recém-nascidos Prematuros. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento*, 21 (1), 85-98.
- Silva, K., Araújo, M., Sales, L., Valença, C., Moraes, F. & Moraes, I. (2014). Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na visão de mães da estratégia saúde da família. *Rev. Bras. Pesqu. Saúde*, 16 (2), 67-75.
- Silva, M. & Bomfim, V. (2016). *Instrumentos de Avaliação dos Desenvolvimento Neuropsicomotor nos Primeiros Anos de Vida Revisão Sistemática*. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1386001/mod_folder/content/0/Vanessa%20e%20Michelle.pdf?forcedownload=1.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). *Recomendações Sps-Spp: Prática Da Sesta Da Criança*. Disponível em: https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf.
- Sousa, C., Vigo, Z. & Palmeira, C. (2012). Compreensão Dos Pais Acerca Da Importância Da Vacinação Infantil. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 1(1), 44-58.
- Sousa, F., Figueiredo, M. & Erdmann, A. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Rev Pesq Saúde*, 11(1), 60-63.
- Souza, B. (2019). *Conhecimento e Experiência de Profissionais da Educação Infantil acerca do Processo de Treinamento Esfincteriano em Crianças Pré-escolares*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.
- Souza, J. & Veríssimo, M. (2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 23 (6), 1097-1104.
- The Lancet Series (2016). Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale – An Executive Summary for The Lancet’s Series. *The Lancet*, 1-8.
- UNICEF (2011). *Análise de Situação da Criança e Adolescente em Cabo Verde*. Praia: UNICEF.
- UNICEF (2011). Objetivos do Desenvolvimento Sustentável – Saúde de Qualidade. Disponível em: <https://unric.org/pt/objetivo-3-saude-de-qualidade-2/>

UNICEF (2015). *Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Genebra: UNICEF.

UNICEF (2017). *As práticas parentais junto das crianças Menores de seis anos em Cabo Verde*. Praia: UNICEF.

Werneck, M., Faria, H. & Campos, K. (2009). *Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed.

APÊNDICE

APENDEICES I – Instrumento de colheita de dados

Silvia Monteiro da Conceição Martins

Guia de observação

Promoção do crescimento e desenvolvimento da criança em Cabo Verde – intervenções realizadas pelos enfermeiros –

I PARTE

QUESTIONÁRIO A APLICAR AOS ENFERMEIROS

1 - IDADE _____

2 - SEXO _____

3 - TEMPO TOTAL DE SERVIÇO _____

4 - TEMPO DE SERVIÇO NO ATUAL LOCAL DE TRABALHO _____

5 - FORMAÇÃO BÁSICA

Curso de Enfermagem Geral _____

Curso de Licenciatura em Enfermagem _____

Escola _____

Outro _____

Qual _____

6 - FORMAÇÃO PÓS GRADUADA

Curso de Especialização em Enfermagem _____

Qual _____

Escola _____

7 - HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

Bacharelato ou Equivalente Legal _____

Licenciatura ou equivalente legal _____

Mestrado em Enfermagem _____

Qual _____

8 - CATEGORIA

Enfermeiro _____

Enfermeiro Especialista/com formação especializada _____

9 - TEMPO DE SERVIÇO NA CATEGORIA (em anos completos) _____

10 - EXISTE ALGUM PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO REFERENTE À

CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL NO SEU SERVIÇO _____ SIM

_____ NÃO

11 - NOS ÚLTIMOS SEIS MESES

11.1 - Frequente alguma sala de formação que contemple a área

de crescimento e desenvolvimento da criança _____ SIM
 _____ NÃO

11.2 - Leu alguma obra sobre crescimento e desenvolvimento da criança _____ SIM

_____ NÃO

11.3 - Leu algum artigo sobre crescimento e desenvolvimento da criança _____ SIM

_____ NÃO

PARTE II – GUIA DE OBSERVAÇÃO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL

IDADE DA CRIANÇA E CÓDIGO DE CONSULTA -

1. AVALIAÇÃO DO PESO	
Pesa a criança	0
Pesa a criança e avalia a sua evolução ponderal	1
Pesa a criança, avalia a sua evolução ponderal e regista no caderno de Saúde da Criança (CDSDC)	2
Pesa a criança, avalia a sua evolução, regista e explica aos pais o seu significado	3
2. AVALIAÇÃO DA ESTATURA	
Mede a criança	0
Traça as curvas e avalia a sua evolução	1
Traça as curvas e avalia a sua evolução e regista	2
Mede a criança, avalia a sua evolução, regista e explica aos pais o seu significado	3
3. AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO PESO-ESTATURA	
Não desenvolve essa atividade	0
Avalia a relação Peso-Estatura e a sua evolução	1
Avalia essa relação, a sua evolução e regista no CDSDC	2
Avalia essa relação, a sua evolução, regista no CDSDC e explica aos pais o seu significado	3

4. AVALIAÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO	
Mede o perímetro cefálico	0
Mede o perímetro cefálico e avalia a sua evolução	1
Mede o perímetro cefálico, avalia a sua evolução e regista no CSDC	2
Mede o perímetro cefálico, avalia a sua evolução, regista e explica aos pais os valores encontrados	3
5. USO DAS CURVAS DE CRESCIMENTO (TABELA DE PERCENTIS)	
Não desenvolve essa atividade	0
Traça as curvas de crescimento	1
Traça as curvas e avalia a sua evolução	2
Traça as curvas, avalia a sua evolução e explica aos pais o seu significado	3
6. AVALIAÇÃO DA DENTIÇÃO	
Não avalia a dentição da criança	0
Avalia a dentição da criança	1
Avalia a dentição da criança e regista em instrumento apropriado	2
Avalia a dentição da criança, regista em instrumento apropriado e explica aos pais o estado da dentição da criança	3
Não se aplica	
7. AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO (COM ESCALA DE DESENVOLVIMENTO)	
Não desenvolve essa atividade ou não utiliza escala	0
Aplica um teste de desenvolvimento e avalia a evolução das aptidões psicomotoras da criança	1
Avalia a evolução das aptidões psicomotoras da criança e regista em suporte apropriado	2
Aplica um teste de desenvolvimento, avalia a evolução das aptidões psicomotoras da criança, regista em suporte apropriado e explica aos pais o seu significado	3
8. AVALIAÇÃO DOS PARÂMETROS DE DESENVOLVIMENTO CONSTANTES DO CSDC	
Não desenvolve essa atividade	0
Identifica os parâmetros de desenvolvimento constantes no CSDC (1.º Ano de vida)	1
Avalia e analisa a evolução dos parâmetros psicomotores da criança e regista no CSDC	2
Avalia, analisa a evolução dos parâmetros psicomotores da criança e explica aos pais o seu significado	3

9. AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS PRÉ LINGÜÍSTICOS DO BEBÊ (primeiro ano de vida)	
Não desenvolve essa avaliação	0
Identifica os comportamentos pré-lingüísticos do bebê e avalia a sua evolução/ou seu processo de aquisição	1
Identifica os comportamentos pré-lingüísticos do bebê, avalia a sua evolução/ou seu processo de aquisição e registra os dados em suporte apropriado	2
Identifica os comportamentos pré-lingüísticos, avalia a sua evolução/processo de aquisição, registra e explica aos pais o seu significado	3
Não se aplica	
10. AVALIAÇÃO DA VISÃO	
Não desenvolve essa atividade	0
Questiona os pais sobre a visão da criança	1
Avalia a visão da criança e registra	2
Avalia a visão da criança, registra e explica aos pais o seu significado	3
11. AVALIAÇÃO DA AUDIÇÃO	
Não desenvolve essa atividade	0
Questiona os pais sobre a audição da criança	1
Avalia a audição da criança através de teste apropriado e registra	2
Avalia a audição da criança através de teste apropriado, registra e explica aos pais o seu significado	3
12. AVALIAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE VÍNCULO DOS PAIS PARA COM O BEBÊ EM PARTICULAR PARA COM O RECÉM-NASCIDO E LACTENTE	
Não desenvolve essa atividade	0
Observa os comportamentos de vínculo pais-bebê e avalia sua evolução	1
Observa os comportamentos de vínculo, avalia a sua evolução e registra em suporte apropriado	2
Observa os comportamentos de vínculo, avalia a sua evolução, registra em suporte apropriado e promove comportamentos parentais ajustados	3
Não se aplica	
13. HABITUALMENTE QUANTO À INFORMAÇÃO ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE ASPECTOS DO COMPORTAMENTO E TEMPERAMENTO DA CRIANÇA	
Desenvolve educação nessa área	0
Se os pais colocarem alguma questão sobre o assunto dá opinião	1
Torna a iniciativa de desenvolver educação nessa área sem esperar que os pais coloquem questões	2
Torna a iniciativa de desenvolver educação nessa área sem esperar que os pais coloquem questões e avalia regularmente a situação	3

14. REGISTO NO CDSC DOS DADOS FUNDAMENTAIS SOBRE A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA NO 1.º ANO DE VIDA	
Não registra	0
Registra no CDSD	1
Registra no CDSD e avalia a evolução do padrão alimentar do bebê no primeiro ano de vida	2
Registra no e CDSD avalia a evolução do padrão alimentar do bebê no primeiro ano de vida e explica aos pais o seu significado	3
Não se aplica	
15. AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA ATRAVÉS DE INSTRUMENTO APROPRIADO (EXEMPLO - APGAR PARA A FAMÍLIA)	
Não desenvolve essa atividade	0
Identifica o funcionamento familiar sem necessidade de utilizar qualquer instrumento	1
Avalia a família utilizando um instrumento apropriado sempre que necessário	2
Avalia a família utilizando um instrumento apropriado e explica à família os significados mais importantes	3
16. AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÓMICAS E CULTURAIS DA FAMÍLIA	
Não desenvolve essa atividade	0
Identifica as condições socioculturais da família sem apoio de qualquer instrumento	1
Avalia as condições socioculturais da família com apoio de instrumento de avaliação apropriado sempre que necessário	2
Avalia as condições socioculturais da família com apoio de instrumento de avaliação e registro em suporte apropriado	3
17. AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DO MEIO EM QUE FAMÍLIA E A CRIANÇA SE INSEREM	
Não desenvolve essa atividade	0
Identifica as condições do meio em que família e a criança se inserem sem apoio de qualquer instrumento de caracterização do meio	1
Avalia as condições do meio em que família e a criança se inserem utilizando sempre que necessário um instrumento apropriado de caracterização do meio	2
Avalia as condições do meio em que família e a criança se inserem utilizando sempre que necessário um instrumento apropriado de caracterização do meio e registro em suporte de informação	3

18. EDUCAÇÃO PARA SAÚDE SOBRE A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA	
Não desenvolve educação para saúde nesta área	0
Dá opinião se os pais questionarem	1
Toma a iniciativa de desenvolver educação para saúde nesta área	2
Toma a iniciativa de desenvolver educação para saúde nesta área e avalia os resultados obtidos	3
19. PROMOÇÃO E MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO – ESPECIALMENTE NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	
Não estimula o aleitamento materno	0
Promove o aleitamento materno se os pais colocarem questões	1
Toma a iniciativa de promover o aleitamento materno	2
Toma a iniciativa de promover o aleitamento materno e avalia os resultados	3
Não se aplica	
20. PROMOÇÃO DA SEGURANÇA	
Desenvolve educação para saúde nessa área	0
Se os pais questionarem fala sobre esse tema	1
Toma a iniciativa de desenvolver educação para a saúde nessa área	2
Toma a iniciativa de desenvolver educação para a saúde nessa área avaliando a evolução das condições de segurança da criança no seu meio	3
21. ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE PROBLEMAS CORRENTES DA CRIANÇA, AO LONGO DAS VÁRIAS ETAPAS DE CRESCIMENTO (FEBRE, CÓLICAS DO 1.º TRIMESTRE, INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS.)	
Não desenvolve educação/cuidados antecipatórios nessa área	0
Se os pais colocarem alguma questão sobre essas áreas aconselha os pais	1
Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessa área, toma a iniciativa e responde aos pais se estes colocarem alguma questão	2
Desenvolve a educação e cuidados antecipatórios nessa área, toma a iniciativa e responde aos pais se estes colocarem alguma questão e avalia regularmente as competências dos pais nestas áreas	3
22. INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE LÚDICA DA CRIANÇA NO SEU DESENVOLVIMENTO (JOGOS E BRINQUEDOS APROPRIADOS A CADA ETAPA)	
Não desenvolve educação/cuidados antecipatórios nessa área	0
Aconselha os pais se estes colocarem alguma questão	1
Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessa área, tomando a iniciativa e respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão	2
Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessa área, tomando a iniciativa e respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão e avalia regularmente as competências dos pais no assunto	3

23. INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE OS EFEITOS NEGATIVOS OU POSITIVOS DOS ECRÃS	
Não desenvolve cuidados antecipatórios nessa área	0
Aconselha os pais somente se estes colocarem alguma questão	1
Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessa área, tomando a iniciativa respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão	2
Desenvolve educação para a saúde e cuidados antecipatórios nessa área, tomando a iniciativa, respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão e avalia as competências dos pais nesta área	3
Não se aplica	
24. INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE A POSIÇÃO DE DEITAR DO BEBÊ (ATÉ AOS 12 MESES)	
Não desenvolve cuidados antecipatórios nessa área	0
Se os pais questionarem fala sobre o assunto	1
Toma a iniciativa de desenvolver educação para a Saúde nessa área	2
Toma a iniciativa de desenvolver educação para a Saúde e avalia os resultados	3
Não se aplica	
25. INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA CRECHE E/OU AMAS E DAS REAÇÕES DA CRIANÇA ÀS MESMAS (PERÍODO DE ENTRADA NA CRECHE/AMA)	
Não desenvolve cuidados antecipatórios nessa área	0
Se os pais questionarem dá opinião	1
Toma a iniciativa de desenvolver cuidados antecipatórios nessa temática	2
Toma a iniciativa de desenvolver cuidados antecipatórios nessa temática e avalia regularmente as opiniões dos pais acerca das reações do bebê	3
26. INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA HIGIENE	
Desenvolve educação/cuidados antecipatórios nessa área	0
Aconselha os pais se estes colocarem alguma questão	1
Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessa área, tomando a iniciativa e respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão	2
Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessa área, tomando a iniciativa e respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão e avalia regularmente as competências dos pais nesta temática	3

27. INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO SONO E/OU RITUAIS DE IR PARA A CAMA	
Não desenvolve educação/cuidados antecipatórios nessa temática	0
Aconselha os pais se estes colocarem alguma questão	1
Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessa área, tomando a iniciativa e respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão	2
Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nesse assunto, tomando a iniciativa e respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão e avalia regularmente as competências dos pais nessa área	3
28. INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA E O PROCESSO PROGRESSIVO DE CONTROLE DOS ESFÍNCTERES (EM PARTICULAR APÓS OS 18 MESES)	
Não desenvolve educação/cuidados antecipatórios nessa área	0
Aconselha os pais se estes colocarem alguma questão	1
Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nessa área, tomando iniciativa e respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão	2
Desenvolve educação e cuidados antecipatórios nesse assunto, tomando a iniciativa respondendo aos pais se estes colocarem alguma questão e avalia regularmente as competências dos pais no assunto	3
Não se aplica	
29. ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS SEGUINDO ESQUEMA CRONOLÓGICO	
Não desenvolve essa atividade	0
Administra as vacinas seguindo o esquema cronológico recomendado	1
Administra as vacinas seguindo o esquema cronológico recomendado e faz os registros em suporte apropriado	2
Administra as vacinas seguindo o esquema cronológico recomendado, faz os registros em suporte apropriado e explica aos pais eventuais reações da criança às vacinas	3

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS)



Ministério da Saúde e
da Segurança Social

COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE

(CNEPS)

Deliberação nº 71/2019

1. Nos termos do artigo 9º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, foi submetido para apreciação do CNEPS, um projeto de pesquisa intitulado, «**Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na consulta de saúde infantil, ligadas à promoção do crescimento e desenvolvimento: Estudo realizado na ilha de Santiago**» pela estudante da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, **Sílvia Monteiro da Conceição Martins**, a ser realizado sob a orientação do Professor Doutor **Paulo Manuel Amado Apóstolo** da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
2. O estudo tem como objetivos, (i) caracterizar as intervenções ligadas à promoção do crescimento e desenvolvimento das crianças dos 0 aos 24 meses, realizadas pelos enfermeiros na consulta de enfermagem de saúde infantil, tendo como referência os padrões internacionais, (ii) identificar as áreas mais fortes e menos fortes no conjunto das intervenções ligadas ao crescimento e desenvolvimento das crianças dos 0 aos 24 meses e (iii) identificar algumas variáveis que estão potencialmente associadas nos níveis de realização das referidas intervenções.
3. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com uma abordagem quantitativa.
4. As consultas abrangidas serão as de saúde infantil realizadas pelos enfermeiros nas seguintes idades-chave: 1.ª semana de vida; 1; 2; 4; 6; 9; 12; 15; 18; e 24 meses.
5. Como documentos de suporte foram entregues, (i) o Protocolo de Pesquisa, (ii) a Carta dirigida CNEPS, (iii) o Formulário preenchido para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativas a Estudos de Investigação, (iv) o Guia de observação da consulta de saúde infantil, (v) o Guia de observação do crescimento e desenvolvimento da criança em Cabo Verde – intervenções realizadas pelos enfermeiros, bem como a ficha de caracterização sociodemográfica dos enfermeiros, e o questionário a aplicar nos mesmos, (vi) a Carta de autorização endereçada à Delegada de Saúde da Praia, (vii) a Carta pedido de autorização endereçada ao Diretor Nacional de Saúde, (viii) a Declaração da Delegada de Saúde da Praia, autorizando a realização, condicionada ao parecer favorável do CNEPS, (ix) a Autorização da Comissão Nacional de Proteção dos Dados, (x) o Documento de aprovação da Proposta de designação do orientador pela Comissão Permanente do Conselho Técnico-Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, (xi) o Parecer positivo Nº P592/05-2019 da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde : Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC), (xii) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (xiii) a Declaração de Consentimento aos pais e/ou encarregados de educação das crianças.

Handwritten signature

(xiii) o Cronograma, (xiv) a Ficha Curricular do Orientador, (xv) e o resumo do CV da pesquisadora.

6. O CNEPS fez a análise documental do projeto de pesquisa durante a sua 95ª Reunião Ordinária, realizada no dia 25 de julho de 2019, tendo o projeto ficado pendente de informações adicionais (**ver deliberação 54/2019**).
7. A 14 de Outubro de 2019, foram entregues para reapreciação do CNEPS o projeto reviso, acompanhado de uma carta na qual a pesquisadora elenca as revisões efetuadas no projeto, bem como a justificação para a não aceitação das alíneas a) e c) do ponto 6 da supracitada deliberação.
8. O CNEPS procedeu à reapreciação do projeto durante a sua 97ª Reunião Ordinária, realizada no dia 31 de outubro de 2019, tendo o projeto ficado novamente pendente (**ver deliberação 69/2019**).
9. A 11 de Novembro de 2019, a pesquisadora submeteu o projeto de pesquisa para nova apreciação do CNEPS, tendo o Comité constatado que as alterações recomendadas, desta vez, foram acatadas.

Pelo exposto, o CNEPS, concluiu que o projeto agora reúne os requisitos éticos mínimos exigidos, pelo que, ao abrigo do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de julho, deliberou no sentido da sua aprovação.

Praia, 26 de novembro de 2019


A Presidente
CNEPS
Comité Nacional de Ética para a Pesquisa

Maria de Lourdes da Silva Monteiro

ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética da ULCISA: E da ESENF

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)**

Parecer Nº P592/05-2019

Título do Projecto: *Intervenções ligadas à promoção do crescimento e desenvolvimento das crianças dos 0 aos 24 meses, realizadas pelos enfermeiros na consulta de saúde infantil: Estudo realizado na Ilha de Santiago.*

Identificação das Proponentes

Nome(s): Sílvia Monteiro da Conceição Martins

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Prof. Jorge Manuel Amado Apóstolo

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

Integrado em Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria o estudo é justificado com o facto de o "... acompanhamento do crescimento e desenvolvimento" das crianças ser "... considerado como a principal linha de cuidados e eixo referencial para atenção integral à saúde... e importante indicador da qualidade de vida e saúde infantil".

São apresentados três objetivos: "Caracterizar as intervenções ligadas à promoção do crescimento e desenvolvimento das crianças dos 0 aos 24 meses, realizadas pelos Enfermeiros na consulta de enfermagem de Saúde Infantil, tendo como referência os padrões internacionais; Identificar as áreas mais fortes e menos fortes no conjunto de intervenções ligadas à promoção do crescimento e desenvolvimento, de crianças 0 a 24 meses, realizadas pelos Enfermeiros na consulta de enfermagem de Saúde Infantil; Identificar algumas variáveis que estão potencialmente associadas aos níveis de realização das intervenções ligadas à promoção do crescimento e desenvolvimento, realizadas pelos Enfermeiros na consulta de enfermagem de Saúde Infantil".

O estudo é definido metodologicamente como "... exploratório-descritivo, abordagem quantitativa."

Os participantes são enfermeiros dos Centros de Saúde de Santiago observados durante a realização das consultas de saúde infantil da 1ª semana de vida e aos 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 e 24 meses.

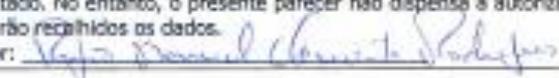
Da análise dos documentos apresentados resulta que nenhum dado é obtido das crianças envolvidas (para além da idade). Apenas são observados, e registados, os procedimentos dos enfermeiros no decurso da consulta.

A recolha, codificação e tratamento dos dados serão efetuados pela proponente.

No documento submetido:

- Estão definidos os critérios de inclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados (caracterização sociodemográfica dos enfermeiros e guia de observação de consultas de promoção do crescimento e desenvolvimento);
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes sendo apresentado termo de consentimento informado;
- São garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos não existindo recolha de qualquer dado que permita identificar os participantes na apresentação dos resultados;
- É apresentado pedido de autorização aos responsáveis das instituições onde serão recolhidos os dados;
- Não são identificados danos para os participantes existindo eventuais ganhos se os dados finais forem apresentados e discutidos com os participantes.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo tal como apresentado. No entanto, o presente parecer não dispensa a autorização da(s) instituição(ões) onde serão recolhidos os dados.

O relator: 

Data: 12/06/2019 O Presidente da Comissão de Ética: 



ANEXO III – Escala de Avaliação de Mary Sheridan Modificada

Quadro 1. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – 1 – 12Meses

Nome _____ Data de nascimento ___ / ___ / _____ Processo n.º _____

	<i>4 – 6 Semanas</i>	<i>3 Meses</i>	<i>6 Meses</i>	<i>9 Meses</i>	<i>12 Meses</i>
Postura e Motricidade Global	<input type="checkbox"/> Decúbito ventral - levanta a cabeça. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - a postura deve ser assimétrico; membro superior do lado da face em extensão. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos a cabeça cai. <input type="checkbox"/> Sentado dorso em arco e mãos fechadas. <input type="checkbox"/> Suspensão vertical cabeça erecta membros semi-flectidos.	<input type="checkbox"/> Decúbito ventral - apoio nos antebraços. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal postura sim. Membros com movimentos ritmados. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos, cabeça erecta e coluna dorsal direita. <input type="checkbox"/> De pé flete os joelhos não faz apoio.	<input type="checkbox"/> Decúbito ventral apoia-se nas mãos. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - levanta cabeça membros inferiores na vertical com dedos flectidos. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos faz força para se sentar. <input type="checkbox"/> Mantém-se sentado sem apoio. <input type="checkbox"/> De pé faz apoio.	<input type="checkbox"/> Senta-se só e fica 10 a 15m'. <input type="checkbox"/> Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se.	<input type="checkbox"/> Passa de decúbito dorsal a sentado. <input type="checkbox"/> Tem equilíbrio sentado. <input type="checkbox"/> Gatinha. <input type="checkbox"/> Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.

Visão e Motricidade Fina	<input type="checkbox"/> Segue uma bola pendente a 20-25cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média).	<input type="checkbox"/> Mãos abertas junta-as na linha média e brinca com elas. <input type="checkbox"/> Segura brevemente a roca e move-a em direcção à face. <input type="checkbox"/> Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. <input type="checkbox"/> Convergência. <input type="checkbox"/> Pestaneja de defesa.	<input type="checkbox"/> Tem preensão palmar. <input type="checkbox"/> Leva os objectos à boca. <input type="checkbox"/> Transfere objectos. <input type="checkbox"/> Se o objecto cai esquece-o imediatamente. <input type="checkbox"/> Boa convergência (estrabismo anormal).	<input type="checkbox"/> Tem preensão e manipulação. <input type="checkbox"/> Leva tudo à boca. <input type="checkbox"/> Aponta com o indicador. <input type="checkbox"/> Tem pinça. <input type="checkbox"/> Atira os objectos ao chão deliberadamente. <input type="checkbox"/> Procura o objecto que caiu ao chão.	<input type="checkbox"/> Explora com energia os objectos e atira-os sistematicamente ao chão. <input type="checkbox"/> Procura um objecto escondido. <input type="checkbox"/> Interesse visual para perto e longe.
	<i>4 – 6 Semanas</i>	<i>3 Meses</i>	<i>6 Meses</i>	<i>9 Meses</i>	<i>12 Meses</i>
Audição e Linguagem	<input type="checkbox"/> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15cm do ouvido.	<input type="checkbox"/> Atende e volta-se geralmente aos sons.	<input type="checkbox"/> Segue os sons a 45cm do ouvido. <input type="checkbox"/> Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. <input type="checkbox"/> Dá gargalhadas.	<input type="checkbox"/> Atenção rápida para os sons perto e longe. <input type="checkbox"/> Localização de sons suaves a 90cm abaixo ou acima do nível do ouvido. <input type="checkbox"/> Repete várias sílabas ou sons do adulto.	<input type="checkbox"/> Resposta rápida aos sons suaves mas habituando-se depressa. <input type="checkbox"/> Dá pelo nome e volta-se. <input type="checkbox"/> Jargon. <input type="checkbox"/> Compreende ordens simples “dá, cá e adeus”:
Comportamento e Adaptação Social	<input type="checkbox"/> Fixa a face da mãe quando o alimenta. <input type="checkbox"/> Sorriso presente às 6	<input type="checkbox"/> Sorri. <input type="checkbox"/> Boa resposta social à aproximação de uma face	<input type="checkbox"/> Muito activo, atento e curioso.	<input type="checkbox"/> Leva uma bolacha à boca.	<input type="checkbox"/> Bebe pelo copo com ajuda. <input type="checkbox"/> Segura a colher mas não

	semanas.	familiar.	<input type="checkbox"/> Mastiga.	usa.
	<input type="checkbox"/> Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.		<input type="checkbox"/> Distingue os familiares dos estranhos.	<input type="checkbox"/> Colabora no vestir levantando os braços.
				<input type="checkbox"/> Muito dependente do adulto.
				<input type="checkbox"/> Demonstra afecto.

Quadro 2. SINAIS DE ALARME – 1 – 12Meses

<i>1 MÊS</i>	<i>3 MESES</i>	<i>6 MESES</i>	<i>9 MESES</i>	<i>12 MESES</i>
<input type="checkbox"/> Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado. <input type="checkbox"/> Hipertonicidade na posição de pé <input type="checkbox"/> Nunca segue a face humana. <input type="checkbox"/> Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). <input type="checkbox"/> Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.	<input type="checkbox"/> Não fixa nem segue objectos. <input type="checkbox"/> Não sorri. <input type="checkbox"/> Não há qualquer controlo da cabeça. <input type="checkbox"/> Mãos sempre fechadas. <input type="checkbox"/> Membros rígidos em repouso. <input type="checkbox"/> Sobressalto ao menor ruído. <input type="checkbox"/> Chora e grita quando se toca. <input type="checkbox"/> Pobreza de movimentos.	<input type="checkbox"/> Ausência de controlo da cabeça. <input type="checkbox"/> Membros inferiores rígidos e passagem directa à posição de pé quando se tenta sentar. <input type="checkbox"/> Não olha nem pega qualquer objecto. <input type="checkbox"/> Assimetrias. <input type="checkbox"/> Não reage aos sons. <input type="checkbox"/> Não vocaliza. <input type="checkbox"/> Desinteresse pelo ambiente.	<input type="checkbox"/> Não se senta. <input type="checkbox"/> Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição. <input type="checkbox"/> Assimetrias. <input type="checkbox"/> Sem preensão palmar, não leva objectos à boca. <input type="checkbox"/> Não reage aos sons. <input type="checkbox"/> Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização. <input type="checkbox"/> Apático sem relação com familiares.	<input type="checkbox"/> Não aguenta o peso nas pernas. <input type="checkbox"/> Permanece imóvel, não procura mudar de posição. <input type="checkbox"/> Assimetrias. <input type="checkbox"/> Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. <input type="checkbox"/> Não responde à voz. <input type="checkbox"/> Não brinca nem estabelece contacto. <input type="checkbox"/> Não mastiga.

Irritabilidade.

Engasga-se com facilidade.

Estrabismo manifesto e constante.

Estrabismo.

Apoios

Plano de acção

Quadro 3. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – 18 M – 5 Anos

Nome _____ Data de nascimento __/__/____ Processo n.º _____

	<i>18 Meses</i>	<i>2 Anos</i>	<i>3 Anos</i>	<i>4 Anos</i>	<i>5 Anos</i>
Postura e Motricidade Global	<input type="checkbox"/> Anda Bem. <input type="checkbox"/> Apanha brinquedos do chão.	<input type="checkbox"/> Corre. <input type="checkbox"/> Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau.	<input type="checkbox"/> Equilíbrio momentâneo num pé. <input type="checkbox"/> Sobe escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Desce com os dois pés no mesmo degrau.	<input type="checkbox"/> Fica num pé sem apoio 3 – 5 seg. <input type="checkbox"/> Sobe e desce as escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Salta num pé.	<input type="checkbox"/> Fica num pé 3 – 5 seg. com os braços dobrados sobre o tórax. <input type="checkbox"/> Salta alternadamente num pé.
Visão e motricidade fina	<input type="checkbox"/> Constrói torre de 3 cubos. <input type="checkbox"/> Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. <input type="checkbox"/> Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez.	<input type="checkbox"/> Constrói torre de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Imita rabisco circular. <input type="checkbox"/> Gosta de ver livros. <input type="checkbox"/> Vira uma página de cada vez.	<input type="checkbox"/> Constrói torre de 9 cubos. <input type="checkbox"/> Imita (3A) e copia (3A 1/2) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz. <input type="checkbox"/> Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o	<input type="checkbox"/> Constrói escada de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Copia a cruz. <input type="checkbox"/> Combina e nomeia 4 cores básicas.	<input type="checkbox"/> Constrói 4 degraus com 10 cubos. <input type="checkbox"/> Copia o quadrado e o triângulo (5A). <input type="checkbox"/> Conta 5 dedos de uma mão e nomeia 4 cores.

	azul e verde).				
Audição e linguagem	<input type="checkbox"/> Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muito mais. <input type="checkbox"/> Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.	<input type="checkbox"/> Diz o primeiro nome. <input type="checkbox"/> Fala sozinho enquanto brinca. <input type="checkbox"/> Junta duas ou mais palavras construindo frases curtas. <input type="checkbox"/> Linguagem incompreensível mesmo pelos familiares. <input type="checkbox"/> Nomeia objectos.	<input type="checkbox"/> Diz o nome completo e o sexo. <input type="checkbox"/> Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. <input type="checkbox"/> defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.	<input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. <input type="checkbox"/> Linguagem compreensível. <input type="checkbox"/> Apenas algumas substituições infantis.	<input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. <input type="checkbox"/> Vocabulário fluente e articulação geralmente correcta – pode haver confusão nalguns sons.
	18 Meses	2 Anos	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Comportamento e Adaptação Social	<input type="checkbox"/> Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. <input type="checkbox"/> Segura a colher e leva alimentos à boca.	<input type="checkbox"/> Põe o chapéu e os sapatos. <input type="checkbox"/> Usa bem a colher. <input type="checkbox"/> Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.	<input type="checkbox"/> Pode despir-se só se lhe desabotoarem o vestuário. <input type="checkbox"/> Vai sozinho ao wc. <input type="checkbox"/> Come com colher e garfo.	<input type="checkbox"/> Pode vestir-se despir-se só com excepção de abotoar atrás e dar laços. <input type="checkbox"/> Gosta de brincar com crianças da sua idade. <input type="checkbox"/> Sabe esperar pela sua	<input type="checkbox"/> Veste-se só. <input type="checkbox"/> Lava as mãos e a cara e limpa-se só. <input type="checkbox"/> Escolhe os amigos. <input type="checkbox"/> Compreende as regras

	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Não gosta que lhe peguem.<input type="checkbox"/> Exige muita atenção. <p>Indica necessidade de ir ao wc.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Começa a copiar actividades domésticas.	vez.	do jogo.
--	--	------	----------

Quadro 4. SINAIS DE ALARME - 18 M – 5 Anos

<i>18 MESES</i>	<i>2 ANOS</i>	<i>4-5 ANOS</i>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas. <input type="checkbox"/> Anda sempre na ponta dos pés. <input type="checkbox"/> Assimetrias. <input type="checkbox"/> Não pega nenhum objecto entre o polegar e o indicador. <input type="checkbox"/> Não responde quando o chamam. <input type="checkbox"/> Não vocaliza espontaneamente. <input type="checkbox"/> Não se interessa pelo o que o rodeia; não estabelece contacto. <input type="checkbox"/> Deita os objectos fora. Leva-os sistematicamente à boca. <input type="checkbox"/> Estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não anda. <input type="checkbox"/> Deita os objectos fora. <input type="checkbox"/> Não constrói nada. <input type="checkbox"/> Não parece compreender o que se lhe diz. <input type="checkbox"/> Não pronuncia palavras inteligíveis. <input type="checkbox"/> Não se interessa pelo que está em seu redor. <input type="checkbox"/> Não estabelece contacto. <input type="checkbox"/> Não procura imitar. <input type="checkbox"/> Estrabismo. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hiperactivo, distraído, dificuldade de concentração. <input type="checkbox"/> Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. <input type="checkbox"/> Estrabismo ou suspeita de défice visual. <input type="checkbox"/> Perturbação do comportamento.

The diagram consists of a vertical line extending upwards from a horizontal line. Below the horizontal line, the space is divided into two sections. The upper section is labeled 'Apoios' and contains three horizontal lines. The lower section is labeled 'Plano de acção' and contains two horizontal lines.

Apoios

Plano de acção

Tabela I: Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary-Sheridan Modificada – notas explicativas

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
<p>RN (1ª Cons.)</p>	<p>P NOTA: A avaliação deve ser realizada com o recém-nascido em estado de alerta e confortável.</p> <p>M</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em decúbito dorsal: braços e pernas semi-flectidos, com postura simétrica • Se tracção para sentar observa-se queda significativa da cabeça • Apoiado em posição sentado: dorso curvado com queda da cabeça para a frente <p>G</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em suspensão ventral: cabeça permanece abaixo do plano do corpo e membros semi-flectidos • Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros flectidos sob o abdómen, cotovelos flectidos junto ao tronco <p>• Reflexos primitivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Reflexo de Moro: com a criança apoiada provoca-se, subitamente, ligeira queda da cabeça (2.5cm) resultando em abdução dos membros superiores e abertura das mãos ○ Reflexo de sucção e procura (pontos cardeais): estimulando região peri-oral com os dedos observa-se direccionamento da boca / cabeça para o lado estimulado ○ Reflexo de preensão palmar ○ Reflexo da marcha automática, quando os pés estão apoiados numa superfície firme <p>• Fixa com o olhar um objecto brilhante ou face humana a 30cm; pode acompanhar lentamente com o olhar</p> <p>• Reacção a sons altos e súbitos (por ex. bater palmas, fechar subitamente a porta, sinos, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Qualquer reacção é válida: piscar os olhos, franzir sobrancelhas, etc. 		

A
L

Idade

Actividades Promotoras do desenvolvimento

RN

- Pegar no bebé e embalá-lo suavemente. Pode aconselhar-se uma cadeira de balouço.
- Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o bebé pelo nome.
- Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se...
- Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas.
- Comunicar com o bebé olhando-o nos olhos, encostado ao peito.
- Colocar o bebé sobre os joelhos, deixar que ele agarre o indicador com as mãos e converse com ele.

- Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o bebê em estado de alerta e com a cabeça em posição central.
 - Dar oportunidade ao bebê de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...)
 - Massagem suave corporal observando sempre o bebê calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não excedendo os 20 minutos.
 - Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta.
 - Oferecer o polegar do bebê para que este se autoconforte e reorganize.
 - Evitar ambientes hiperestimulantes. Observar o bebê.
-

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
4-6 Sem.	C A S V M F P M G	<ul style="list-style-type: none"> • Fixa a face da mãe quando o alimenta • Sorriso presente às 6 semanas / Sorriso Social (em resposta a estímulos, distinto de movimentos faciais involuntários) • Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer <p>Postura Normal / Esperada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros flectidos, cotovelos afastados e nádegas elevadas; tenta levantar a cabeça • Decúbito dorsal: virando subitamente cabeça do recém-nascido para um lado observa-se flexão / adução do membro superior ipsilateral e extensão do membro contralateral (reflexo atónico assimétrico do pescoço) 	 <p>Bola pendente</p>

- | | | | |
|--|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Queda da cabeça se tracção pelas mãos para sentar. Se sentado, dorso em arco e mãos fechadas• Em suspensão ventral, cabeça alinhada com o tronco e membros semi-fletidos• Pode voltar os olhos e/ou parar a actividade em curso (por ex. choramingar, chupetar, etc.), pisca os olhos, estende pernas ou abre as mãos, em resposta ao som (sineta, roca ou voz) a 15cm do ouvido. | | |
|--|---|--|--|

Roca

Idade	Atividades Promotoras do desenvolvimento
4 - 6 Sem.	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="472 304 2056 368">• Movimentar objetos coloridos e pendura-los perto do seu rosto a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera;<li data-bbox="472 379 1384 406">• Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção;<li data-bbox="472 418 1480 445">• Observar o bebê sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta, procura autoconforto;<li data-bbox="472 456 2056 520">• Conversar com carinho, aprender a tocá-lo, embalá-lo, estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves. Continuar a usar a cadeira de balouço;<li data-bbox="472 531 1935 558">• Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral para dormir;<li data-bbox="472 569 1980 596">• Continuar a massajar de forma simples sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos;<li data-bbox="472 608 1890 635">• Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes.

<p>3 Meses (M) (Cons · 4 M)</p>	<p>C A S V M F P M G A L</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sorriso, galreio e movimentos de excitação em resposta a situações familiares (por ex. amamentação, biberão, etc.) • Boa resposta social à aproximação de uma face • Mãos abertas, junta-as na linha média e brinca com elas • Segura brevemente a roca e move-a em direcção à face, ainda sem coordenação • Segue uma bola pendente em meio círculo horizontalmente (a 15-25cm da face) • Convergência ocular: com uma bola pendente ou face humana aproximar lentamente, na vertical, da face da criança • Pestanejo de defesa: rapidamente aproximar objecto da sobancelha da criança • Em decúbito ventral faz apoio nos antebraços • Membros com movimentos ritmados suaves, contínuos e simétricos • Se tração pelas mãos a cabeça apresenta-se erecta com pouca ou nenhuma queda, e coluna dorsal direita (exceto região lombar) • Em suspensão ventral, a cabeça encontra-se acima da linha do corpo • De pé flecte os joelhos (não faz apoio plantar) • Atende e volta-se em direcção à fonte sonora 		<p>Roca Bola pendente / Brinquedo</p>
--	--	---	--	--

-
- | | | | |
|--|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">○ NOTA: crianças com défice auditivo podem parecer assustadas / surpreendidas com aproximação dos pais ou examinador que surge subitamente no seu campo visual | | |
|--|--|--|--|

Roca

Idade	Actividades Promotoras do desenvolvimento
-------	---

3 M

- Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objectos ou instrumentos musicais;
 - Ouvir música suave na companhia do cuidador. Dançar, em ritmo suave, com o bebé ao colo. Cantar;
 - Mobilizá-lo, evitando que esteja deitado demasiado tempo e na mesma posição;
 - Procurar levantá-lo devagar pelas mãos, com se fosse sentá-lo;
 - Oferecer-lhe objectos para segurar, colocar objectos pendentes para que possa segui-los;
 - Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desalmadamente.
-

- Dá gargalhadas
 - Grita quando contrariado ou quando quer chamar a atenção



Roca

Idade	Actividades Promotoras do desenvolvimento
-------	---

- | | |
|------------|---|
| 6 M | <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-lo a passar o objecto de uma mão para a outra; • Sentá-lo com apoio para que possa participar mais activamente no meio que o rodeia; |
|------------|---|

A L	<ul style="list-style-type: none"> • Desloca-se no chão rebolando, arrastando-se ou gatinhando • Atenção rápida para os sons, tanto perto como longe (sons rotineiros, nomeadamente, voz humana) • Localização de sons suaves a 90cm acima e abaixo do nível do ouvido • Repete várias sílabas ou sons dos adultos (dissílabas): vocaliza deliberadamente, imitando sons do adulto (“brrr”, tossir) 	Pino / Clip
----------------	---	-------------

Idade	Actividades Promotoras do Desenvolvimento
--------------	--

- | | |
|------------|--|
| 9 M | <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer objetos diferentes e afastados, no sentido de incentivar o posicionamento; • Colocar objetos em cima de uma cadeira de forma a incentivá-lo a colocar-se de pé, colocando um tapete à volta caso caia; • Chamar os objetos pelos nomes, ensinar a colocar fora e dentro da caixa; • Oferecer papel para amassar e rasgar; • Dar a experimentar diferentes texturas; • Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que ele «resolva o problema»; • Brincar ao «esconde»; • Ser firme e terno no «não»; • Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...); |
|------------|--|

- Realizar massagem (sem grandes alterações), com exceção do apoio de um brinquedo para o manter quieto.
- Imitar sons de animais e objectos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar.

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
12 M	<ul style="list-style-type: none"> • Bebe pelo copo com pouca ajuda • Segura a colher mas não a usa • Colabora ao vestir, levantando os braços • Muito dependente do adulto • Demonstra afeto a familiares e solicita atenção do adulto de forma activa (atenção partilhada) • Compreende uso de objetos diários (ex: uso de escova de cabelo): jogo funcional • Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão: observa os objetos a cair para o chão, procurando-o no local correto mesmo se fora do seu campo de visão • Procura o objeto escondido <ul style="list-style-type: none"> ○ Com um pano, esconder / cobrir o objeto ou brinquedo em frente à criança, perguntando seguidamente “Onde está o brinquedo?” ○ Observa o brinquedo a ser escondido dentro de um copo e rapidamente o encontra • Interesse visual para perto e longe: fora de casa, observa as pessoas / animais / veículos em movimento durante períodos prolongados; gosta de espreitar à janela • Pinça fina perfeita: pega em pequenos objetos entre o polegar e falange distal do dedo indic. • Tem equilíbrio sentado, de forma permanente • Gatinha 	 	<p>Copo</p> <p>Colher</p> <p>Escova cabelo</p> <p>Cubo</p>

P M G A L	<ul style="list-style-type: none"> ○ NOTA: não é obrigatório gatinhar, mas sim mover-se no ambiente de qualquer forma (por ex. arrastando as nádegas pelo chão, de gatas apoiando nas mãos e pés, etc.) ● Põe-se em pé e baixa-se com o apoio de uma ou ambas as mãos ● Resposta rápida a sons suaves ● Dá pelo nome e volta-se / Responde ao nome <ul style="list-style-type: none"> ○ Compreende ordens simples como “dá cá” e “adeus” (podemos associar a ordem falada ao gesto) ● Vocaliza incessantemente em tom de conversa (entoação), embora completamente impercetível (<i>jargon</i>) <ul style="list-style-type: none"> ○ Contém já a maioria das vogais e consoantes 		
--	---	---	--

Idade	Actividades Promotoras do Desenvolvimento
--------------	--

- | | |
|-------------|---|
| 12 M | <ul style="list-style-type: none"> ● Promover a aquisição de capacidades motoras; ● Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança; ● Reagir calmamente e com firmeza às birras; ● Manter os rituais do sono; ● Não entrar em conflito na hora da refeição; |
|-------------|---|

- Estimular as tarefas/ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas
- Oferecer cubos, dar vários objectos para as mãos;
- Falar sobre as separações com antecedência progressiva e cumprir as promessas;
- Evitar pressões para o controlo esfinteriano.
- Incentivar para que a criança peça quando quer algo, verbalizando, mesmo que se saiba o que ela deseja;

Idade	Parâmetros a avaliar	Material
18 M	<ul style="list-style-type: none"> • Bebe por um copo, sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos (geralmente, após beber entrega copo ao adulto, não o pousa) • Segura a colher e leva alimentos à boca sem entornar muito • Não gosta que lhe peguem • Exige muita atenção • Indica a necessidade de ir à casa de banho (“dá sinal” mesmo que já esteja sujo) • Começa a copiar as actividades domésticas (ex. dar de comer à boneca, ler um livro, lavar roupa, etc.) • Já não leva brinquedos / objetos à boca • Constrói torre de 3 cubos, após demonstração • Faz rabiscos, mostrando preferência por uma mão <ul style="list-style-type: none"> ○ NOTA: Lateralidade ou preferência por uma mão é anormal antes dos 18 meses • Interesse por livros com figuras, virando várias páginas de cada vez 	Copo
		Colher
		Cubos

<p>V</p> <p>M</p> <p>F</p> <p>P</p> <p>M</p> <p>G</p> <p>A</p> <p>L</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Marcha sem apoio (sem necessidade de estender membros superiores para se equilibrar), embora com os pés ligeiramente afastados • Apanha brinquedos do chão (agacha-se) • Usa 6-20 palavras reconhecíveis, embora compreenda muito mais (ex. obedece a instruções simples como “pega nos sapatos”, “fecha a porta”, etc) <ul style="list-style-type: none"> ○ Complementa com gestos significativos • Mostra em si, na mãe, ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos • Controlo de salivação (“não babam”) 		<p>Livro</p> <p>Bola pequena</p>
---	---	--	-------------------------------------

Actividades Promotoras do Desenvolvimento

- 18 M**
- Ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco para que aprenda a organizar-se;
 - Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo do boneco;
 - Ensinar a criança a «rabiscar» na areia, na terra ou num papel, de modo a estimular a destreza manual e a área sensorial;

- Demonstrar o que é e o que não é perigoso para ela;
- Elogiar a criança quando for capaz de realizar algo sozinha;
- Continuar a incentivar o convívio;
- Realizar atividades com música, incentivando a criança a dançar e a cantar.

Idade	Parâmetros a avaliar			Material
2 Anos (A)	C	<ul style="list-style-type: none"> • Põe o chapéu e os sapatos • Usa bem a colher 		Colher
	A	<ul style="list-style-type: none"> • Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar 		Copo
	S	<ul style="list-style-type: none"> • Jogo simbólico (faz-de-conta) • Jogo paralelo (brinca junto de outras crianças mas não com elas) 		
	V	<ul style="list-style-type: none"> • Preferência por uma mão (definição da lateralidade) • Constrói torre de 6 ou 7 cubos • Imita o rabisco circular (pode fazê-lo espontaneamente), bem como linha vertical (após demonstração) • Gosta de ver livros, reconhecendo detalhes e nomeando algumas figuras • Vira uma página de cada vez • Pode ser testada a visão binocular (2 olhos em simultâneo): 		Cubo

- 2 A
- Proporcionar brincadeiras como: pular num só pé, correr, saltar uma corda, de modo a estimular a coordenação motora;
 - Controlo esfinteriano se a criança tiver desenvolvido apetência da fala;
 - Estimular a arrumação, imitação e declínio do negativismo;
 - Ajudar a criança a pronunciar palavras, mas pelo estímulo positivo;
 - Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar;
 - Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais;
 - Contar histórias e dar *puzzles*;
 - Facilitar oportunidade de jogo simbólico;
 - Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias;
 - Dar oportunidade para a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo os limites.

Idade		Parâmetros a avaliar	Material
3 A	C A S	<ul style="list-style-type: none"> • Pode despir-se só se lhe desabotoarem o vestuário • Vai sozinho à casa de banho • Come com colher e garfo • Constrói torre de 9 cubos • Imita (3 anos: construir ponte em frente à criança) e copia (3A1/2: não construir em frente à criança) a ponte de 3 cubos • Copia o círculo (não desenhar em frente à criança, apenas mostrar círculo já desenhado) 	Cubos

<p>V M F</p> <p>P M G</p> <p>A L</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Imita a cruz • Combina 2 cores, geralmente o vermelho e o amarelo (confunde azul e verde) <ul style="list-style-type: none"> ○ Não é obrigatório nomear a cor mas sim corresponder • Desenha figura humana: cabeça mais uma ou duas partes do corpo (mesmo em locais errados) • Equilíbrio momentâneo num pé • Atira bola acima da linha do ombro • Sobe escadas alternadamente mas desce com os 2 pés no mesmo degrau • Diz o nome completo e o sexo • Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos <ul style="list-style-type: none"> ○ Diz frases com 4 palavras • Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem <ul style="list-style-type: none"> ○ Hesitações e repetições de sílabas e palavras no discurso 		<p>Cubos / Painel de cores</p> <p>Bola pequena</p>
<p>Idade</p>		<p>Actividades Promotoras do Desenvolvimento</p>	

<p>V</p> <p>M</p> <p>F</p> <p>P</p> <p>M</p> <p>G</p> <p>A</p> <p>L</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Combina e nomeia 4 cores básicas (amarelo, vermelho, verde e azul) • Desenha a figura humana (cabeça, tronco, pernas, e geralmente braços e dedos) <ul style="list-style-type: none"> • Fica num pé sem apoio 3-5 seg. • Salta num pé • Sobe e desce as escadas alternadamente <ul style="list-style-type: none"> • Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada • Linguagem compreensível e gramaticalmente correcta • Apenas algumas substituições infantis <ul style="list-style-type: none"> ○ Por ex. “r” por “l” 		<p>Painel de cores</p>
<p>Idade</p>	<p>Actividades Promotoras do Desenvolvimento</p>		

4 A

- Promover as construções com *lego* e com *puzzles*;
- Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana;
- Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções se versos;
- Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos;
- Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos;
- Mostrar as sequências das actividades;
- Promover brincadeiras onde exista movimento físico;
- Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana);
- Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa;
- Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade.

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
5-6 A	<p data-bbox="405 978 456 1268">C A S</p> <ul style="list-style-type: none">• Veste-se só• Lava as mãos e a cara e limpa-se só• Escolhe os amigos• Compreende as regras do jogo <ul style="list-style-type: none">• Constrói 4 degraus com 10 cubos após demonstração• Copia o quadrado e o triângulo (não deve ser desenhada na frente da criança)		

<p>V</p> <p>M</p> <p>F</p> <p>P</p> <p>M</p> <p>G</p> <p>A</p> <p>L</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conta 5 dedos de uma mão • Nomeia 4 ou mais cores e combina até 10 cores • Desenha a figura humana (cabeça com alguns pormenores, tronco, pernas e braços) <ul style="list-style-type: none"> • Fica num pé 8-10 segundos com os braços cruzados • Salta alternadamente num pé (numa distância de 2-3 metros) <ul style="list-style-type: none"> • Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento • Vocabulário fluente e articulação geralmente correcta <ul style="list-style-type: none"> ○ Pode haver redução de grupos consonânticos (por ex. todos os grupos que contenham Cr ou Cl) 		<p>Painel de cores</p>
---	--	--	------------------------

Idade	Actividades Promotoras do Desenvolvimento
5-6 A	<ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar os programas televisivos/computador, bem como o horário e o período de tempo; • Não ridicularizar os presumíveis medos/pesadelos/fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência; • Continuar a proporcionar atividade que permitam à criança desenvolver a área motora;

- Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras;
- Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece;
- Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados...;
- Inculcar regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira);
- Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc...).

Adaptado de SHERIDAN (2008).

CAS – Comportamento e Adaptação Social

VMF – Visão e Motricidade Fina

PMG – Postura e Motricidade Global ; AL – Audição e Linguagem

Tabela II: Lista do material sugerido para aplicação da escala.

Material Sugerido

Bola Pendente	Pequena bola, tipo pompom, com fio ligado
Roca	Pequena roca, semelhante a brinquedo de bebê
Cubos (20)	Dimensões: 2.5 x 2.5 cm Cores: amarelo, vermelho, verde e azul
Pinos ou Clip	Pequenos pinos de inserção em placa de brincar
Boneca	Semelhante ao humano (não utilizar peluches)
Colher, Garfo e Escova de cabelo	Pequenas dimensões (brinquedos)
Livro com figuras	
Copo / Caneca com asa	
Bola pequena	Diâmetro de 5-6cm; maleável
Painel com 10 cores + cartões de correspondência	Azul escuro, laranja, Roxo, Preto, Amarelo, Cor-de-Rosa, Verde, Castanho, Vermelho e Azul-claro