

23/05/06

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS MENORES DE
UM ANO ACOMPANHADAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM
EM PUERICULTURA NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE
FORTALEZA-CE

RICARDO COSTA DE SIQUEIRA

610.7362
56322
012

FORTALEZA - CE
2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS MENORES DE
UM ANO ACOMPANHADAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM
EM PUERICULTURA NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE
FORTALEZA-CE**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO : Enfermagem em Saúde da Comunidade

LINHA DE PESQUISA : A Enfermagem e os estudos Teóricos e Históricos das
Práticas de Saúde

Ricardo Costa de Siqueira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADOR:

Prof^o. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes

FORTALEZA - CE

2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS MENORES DE
UM ANO ACOMPANHADAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM
EM PUERICULTURA NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE
FORTALEZA-CE**

de

Ricardo Costa de Siqueira

Dissertação aprovada em: ___ / ___ / ___

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Orientador)
Presidente

Prof.^a Dr.^a Thelma Leite de Araujo
1^a Examinadora

Prof. Dr. Ana Ruth Macedo Monteiro
2^a Examinadora

Prof.^a Dr.^a Lúcia de Fátima da Silva
Examinadora Suplente

13852959
23 05 06

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	08
2.1. Objetivo Geral.....	09
2.2. Objetivo Específico.....	09
3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	10
3.1. Referencial Teórico.....	11
3.1.1. Diagnóstico de Enfermagem.....	11
3.1.2. Consulta de Enfermagem.....	14
3.2. Materiais e Métodos.....	18
3.2.1. Tipo e Natureza do Estudo.....	18
3.2. População da Amostra.....	18
3.3. Caracterização da Unidade de Saúde.....	20
3.4. Instrumento e Coleta de Dados.....	22
3.5. Organização e Análise dos Dados.....	25
3.7. Aspectos Éticos.....	26
4. RESULTADOS	27
5. DISCUSSÃO	69
6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
7. REFERÊNCIAS.....	86
8. ANEXOS	
Anexo I – Aprovação do Comitê de ética	

/ Anexo II – Taxonomia II da NANDA: Domínios, Classes e Conceitos
Diagnósticos

9. APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma

Apêndice II - Termo de Consentimento

Apêndice III – Instrumento de Coleta de Dados

Dedico este trabalho a minha esposa,

Eudêmia,

pelo estímulo, apoio e compreensão necessários para a
vitória de mais esta batalha na minha vida.

E aos meus filhos,

Ramon

e

Rafaela,

por eles serem minha força motriz que recarregam
minhas energias a cada sorriso e abraço na chegada em casa.

A eles, o meu amor e gratidão eterna.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, pelo dom da vida e por sua presença nos momentos difíceis na realização deste trabalho;
- Aos meus pais, Joaquim e Antonieta, que me possibilitaram a vida e a educação, minhas maiores heranças, e pelo lema de enfrentar sempre, não importando os desafios;
- Ao casal Aldemir e Maria Eunice, meus sogros queridos e amados;
- Aos meus irmãos Virginia e José Fernandes (Neto), que me alegram pelas suas conquistas e que me motivam a ser um ponto de referência em suas vidas;
- A minha avó Francisca (Chiquinha), que me alegra a cada dia em que a vejo com saúde e vitalidade;
- A todos meus familiares, que me incentivaram a seguir enfrentando meus desafios.

IN MEMORIAM

Aos meus avós paternos, José Fernandes e Ivone, que me
mostraram, mesmo que distantes
físicamente, que a vida deve ser vivida com
simplicidade e alegria;

&

Ao meu querido avô materno, Raimundo Arruda, que sempre me
tratou como filho, e que com sua vida
sofrida mas vitoriosa,

me ensinou o valor do trabalho honesto e digno,

seja ele qual for.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração direta e indireta de muitas pessoas a quem dedico respeito e gratidão, e de forma especial:

- A todos os colegas do Mestrado, com quem compartilhei os momentos e o prazer do aprendizado e das descobertas;
- Ao meu orientador, Prof. Dr. Marcos Vinícios de Oliveira Lopes, que compreendeu minhas dificuldades e me apoiou em todos os momentos;
- Aos professores, sempre disponíveis a compartilhar seus conhecimentos e prontos a dar as orientações necessárias;
- Aos Funcionários do Curso, que sempre estavam prontos para colaborar e resolver as dificuldades burocráticas e administrativas;
- A todos os amigos da UBASF César Cals, em especial a Coordenadora, Enf^ª. Francineuma, e a minha grande amiga Eulália Maria Timbó, que desde 1998 compartilham os bons e os maus momentos de nossa batalha diária e que compreenderam minha vontade de seguir rumos mais altos;
- A todos os amigos do Hosp. Dist. Gov. Gonzaga Mota – José Walter, em especial a Enf^ª. Delany Mary, que me ofereceram apoio e compreensão nas horas difíceis;
- Aos amigos da Pastoral da Misericórdia, que com muita oração e companheirismo, me fortaleceram espiritualmente para enfrentar as dificuldades da vida;
- Aos amigos que souberam compreender as dificuldades e oferecer apoio;
- Aos pacientes que participaram da pesquisa;

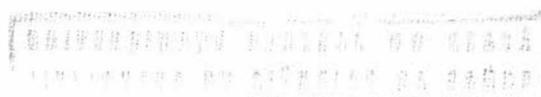
Agradeço a todos e a todas desejando votos de consideração e dizendo, do fundo do meu coração, Muito Obrigado!

“Para Deus nada é impossível”

Lucas, 1:37

“... há sem dúvidas quem ame o infinito, há sem dúvidas quem deseje o possível , há sem dúvidas quem não queira nada. Há três tipos de idealistas, e eu , nenhum deles. Porque amo infinitamente o finito, porque desejo impossivelmente o possível, porque quero tudo , ou um pouco mais , se puder ser, ou até se não puder ser ... “

Fernando Pessoa



LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo a representatividade do grupo nas equipes de saúde da família.....	19
Tabela 2 - Distribuição das mães das crianças avaliadas segundo dados sócio-econômicos.....	28
Tabela 3 - Distribuição das mães das crianças avaliadas segundo dados obstétricos.....	29
Tabela 4 - Distribuição das crianças segundo sexo, problema de saúde, uso de medicação e nutrição.....	30
Tabela 5 - Estatística descritiva das variáveis Peso, Perímetro cefálico, comprimento, Frequência cardíaca, Frequência respiratória e temperatura das crianças avaliadas.....	31
Tabela 6 - Distribuição das crianças segundo os diagnósticos de enfermagem e seus respectivos domínios e classes diagnósticas.....	33
Tabela 7 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados nas crianças avaliadas.....	35
Tabela 8 - Distribuição das características definidoras identificadas nas crianças avaliadas.....	37
Tabela 9 - Distribuição dos fatores relacionados identificados nas crianças avaliadas.....	41
Tabela 10 - Distribuição do diagnóstico de enfermagem Risco para quedas segundo dados sócio-econômicos.....	44
Tabela 11 - Distribuição do diagnóstico de enfermagem Amamentação eficaz segundo dados sócio-econômicos.....	47
Tabela 12 - Distribuição do diagnóstico de enfermagem Amamentação ineficaz segundo dados sócio-econômicos.....	50
Tabela 13 - Distribuição do diagnóstico de enfermagem Processos familiares interrompidos segundo dados sócio-econômicos.....	53
Tabela 14 - Distribuição do diagnóstico de enfermagem Controle eficaz do regime terapêutico segundo dados sócio-econômicos.....	56
Tabela 15 - Distribuição do diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada segundo dados sócio-econômicos.....	59
Tabela 16 - Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem encontrados em crianças acompanhadas na consulta de enfermagem à criança.....	62
Tabela 17 - Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem e as características definidoras encontrados em crianças acompanhadas na consulta de enfermagem à criança.....	63

Tabęla 18 - Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem e os Fatores relacionados encontrados em crianças acompanhadas na consulta de enfermagem à criança	66
---	----

RESUMO

SIQUEIRA, R.C. de. **Diagnósticos de enfermagem em crianças menores de um ano acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura numa Unidade Básica de Saúde de Fortaleza-CE.** Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Dissertação (Mestrado), 2005, 120 fls.

A consulta de enfermagem à criança é uma das ações do enfermeiro de Saúde da Família. A sistematização da consulta de enfermagem e a identificação dos diagnósticos de enfermagem têm contribuído para uma maior eficácia das ações do enfermeiro focalizando as intervenções necessárias para cada paciente, nas suas necessidades e dificuldades, na sua compreensão da doença, no contexto familiar e comunitário, e não somente na doença. Este estudo tem como objetivo analisar os diagnósticos de enfermagem apresentados por crianças, menores de um ano, acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura em uma Unidade Básica de Saúde da Família, do município de Fortaleza-CE. Estudo descritivo de corte transversal, com avaliação de 58 crianças, cadastradas pelas equipes de Saúde da Família, com até um ano de idade, sadia ou não, com aceitação do responsável. Os dados foram processados em forma de tabelas e aplicados testes estatísticos para verificação de associações. Os resultados mostraram que as mães das crianças tinham idade média de 24 anos, a maioria possui ensino fundamental incompleto, com companheiro, religião católica, tendo por ocupação os cuidados do lar, renda per capita variando de zero a cem reais. Predominaram os partos normais, com média de duas gestações, com um a dois partos, menos de um aborto e tempo de parto a termo, como o mais freqüente. Dentre as crianças, predominou o sexo masculino, com média de idade de 5,4 meses, sem uso de medicação, fazendo uso de leite artificial com preparo correto, sem apresentar problemas de saúde, sendo que naquelas com problema de saúde, foi encontrada predominância de problemas respiratórios, sendo o resfriado o mais freqüente. Identificamos 27 diagnósticos de enfermagem, distribuídos em 7 dos 13 domínios investigados. Os diagnósticos Risco para quedas, Amamentação eficaz, Amamentação ineficaz, Processos familiares interrompidos, Controle eficaz do regime terapêutico e Integridade da pele prejudicada apresentaram-se acima do percentil 75. Verificamos 83 características definidoras, 7 delas com freqüência acima de 25%, e 90 fatores relacionados, 11 deles com freqüência maior que 25%. Encontramos associação estatística entre os diagnósticos de enfermagem Amamentação eficaz e Amamentação ineficaz, sendo que esta de maneira inversa, visto que os diagnósticos são auto-excludentes. Identificamos que as crianças com Risco para quedas eram, em média, maiores de seis meses e que para o diagnóstico Amamentação eficaz, as crianças tinham menos de seis meses. Verificamos, ainda, relevância na associação entre o diagnóstico de enfermagem Controle eficaz do regime terapêutico e as variáveis, Problema de saúde e Uso de medicamento. Os resultados revelam a necessidade de maior atuação do enfermeiro junto a estes pacientes, em especial nas orientações emancipatórias às suas mães, tanto em relação às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, como na recuperação da saúde daquelas com agravo instalado, respeitando suas particularidades, condições sociais e familiares. Acompanhar uma criança na consulta de enfermagem em puericultura, não se resume em apenas pesar e medir, mas também associar a esta um olhar holístico sobre as condições de saúde da criança e da família, bem como, acompanhar o seu desenvolvimento biopsicosocial. Espera-se que os resultados obtidos tenham aplicação prática para a enfermagem, propiciando uma assistência sistematizada por intermédio da consulta de enfermagem à criança.

UNITERMOS: Criança, Enfermagem, Puericultura, Diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

SIQUEIRA, R. C. **Nursing diagnosis on children under one year of age in a child care nursing consultation in a Health Basic Unit in Fortaleza-Ce.** Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Master's Dissertation, 2005, 120 pages.

Consulting a child is one of the nurses' duties in the Saúde da Família Program. The systematization of the nursing consultation and the identification of the nurse's diagnosis have contributed to more efficient actions, focusing on the necessary interventions to each patient, in their needs and difficulties, and in the understanding of more than the sickness itself in the familiar and communitarian context. This study aims to analyze the nursing diagnosis of children under one year of age, who have been monitored in their child care nursing consultation in the Basic Unit of the Family Health in Fortaleza-Ce. This is a descriptive study of a transversal section, evaluating 58 children, up to one year of age, healthy or not, with the consent of a responsible person, registered by the Family Health team. The data have been presented in tables and statistical tests have been applied to check the associations. The results have shown that the average age of those children's mothers is 24. The majority have not finished elementary school. They have a mate, they are catholic, and they are housewives whose income ranges from zero to one hundred reais (R\$ 100,00) per person. Their delivery have been predominately normal, two pregnancies average but one or two deliveries, less than one abortion and normal delivery time as the most frequent situation. Among the children studied the masculine gender was predominant, average age 5.4 months old, taking no medication, being fed by formula, with no health problem. In those who presented health problems, the great majority presented respiratory problems and cold was the most frequent one. We have identified 27 nursing diagnosis in 7 of the 13 places investigated. The Risk diagnosis for falls, Efficient breast-feeding, Inefficient breast-feeding, Interrupted familiar processes, Efficient control of the therapeutical regime and Damaged skin integrity, have presented above 75 percent. We have checked 83 defining characteristics, 7 of them over 25 percent and 90 related aspects, 11 of them over 25 percent. We have found statistical association in Efficient breast-feeding and Inefficient breast-feeding but inverted for they are incompatible. We have identified that for the children who presented Risk of falling, the average was over six months old and for the Efficient breast-feeding diagnosis, the children were under six months old. We have also identified a significant association between the nursing diagnosis Efficient control of the therapeutical regime and Health problems and Medicine use variables. The results have shown that there is a need for the nurse to work more, together with these patients, particularly counseling the mothers to be more responsible not only when it comes to their children's health but also to the recovering of those who have been seriously ill, respecting their individuality and social and familiar conditions. To monitor a child in a childcare nursing consultation is not only to weigh and measure their height, but also to have a holistic look over the child's and the family's health condition, as well as to monitor its biopsicosocial development. It is hoped that the results found may be of practical use to the nursing, providing a systematized aid through the child nursing consultation.

Key words: Child, Nursing, child care, Nursing diagnosis

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde vem passando por diversos avanços científicos e tecnológicos. Alguns estudiosos defendem que os investimentos em tecnologia e na manutenção de clínicas especializadas são bem mais elevados do que os valores investidos em saúde pública. Em alguns momentos, o custo em tecnologia é elevado e a repercussão na saúde da maioria da população mundial é desproporcional aos valores investidos, sem contar que a prática atual é centrada na doença e no modelo direcionado para o aprimoramento das especialidades – modelo biomédico (DUNCAN, 2004).

A transição do modelo tradicional - baseado na doença - para um novo modelo, com o enfoque redirecionado para o ser humano, vislumbrando todas as suas necessidades básicas e suas diferentes dimensões (religiosa, política, social, psicológica), não está sendo fácil, pois envolve mudanças de paradigmas e de conceitos pré-formulados que nos perseguem desde os bancos das universidades (ANDRADE, 1998).

Uma das propostas para a inversão desta realidade é o modelo de atenção à saúde que enfoca as ações de saúde no indivíduo, família e comunidade, que está sendo trabalhado em diversos países do mundo com repercussões bastante positivas no que se refere à qualidade de vida das pessoas e na melhoria dos indicadores de saúde, tais como a Inglaterra, Canadá, Cuba, entre outros. O Brasil vive um processo de reforma sanitária que se iniciou na década de 1970, onde vem apresentando idéias em busca da inversão do modelo tradicional da saúde focado na doença, dentre elas a criação do Programa Saúde da Família – PSF.

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF). Considerando uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 1994).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), como hoje é considerado o PSF e como passarei a descrever no decorrer do estudo, tem como um dos objetivos a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital.

As equipes de Saúde da Família são formadas por um Médico, um Enfermeiro, um Auxiliar de Enfermagem e cinco a dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 1997). No município de Fortaleza as equipes são formadas por um Médico, um

Enfermeiro, um Auxiliar de Enfermagem e cinco ACS. A equipe desempenha atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde de crianças, mulheres, adultos, idosos saudáveis ou não.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada como eixo estruturante do sistema de saúde brasileiro pelo Ministério da Saúde, vem sendo incentivada na sua implantação em todo território nacional devido os seus resultados positivos, tais como a redução da mortalidade infantil, melhoria do acesso à atenção primária de saúde pela população, aumento na oferta de serviços e redução dos índices de morbi-mortalidade em muitos municípios do país. No Brasil ocorreu uma redução de 51% da taxa de mortalidade infantil no período de 1980 a 1998. No Ceará essa redução foi de 75,6%, caindo de 106/1000 nascidos vivos em 1987 para 25,7/1000 em 2002. (CEARÁ, 2004).

Desde minha formatura, venho testemunhando o impacto desta estratégia na transformação do perfil de saúde das comunidades, que, de forma breve, passarei a relatar a seguir.

Após a minha formação acadêmica, no ano de 1996, iniciei minha vida profissional tendo como primeira experiência a chefia de enfermagem de um hospital geral no interior do Estado do Ceará, onde desenvolvia trabalhos na área administrativa (dimensionamento do quadro de enfermagem, formulação de escalas de trabalho, etc.), organizacional (formulação de organograma da instituição, organização do fluxograma de atendimento, organização de setores auxiliares: lavanderia, limpeza), educativa (treinamento em serviço de auxiliares de enfermagem) e assistencial (supervisão de enfermagem e atividades pertinentes ao enfermeiro). Tive também oportunidade de desenvolver trabalho como supervisor de enfermagem em um hospital geral de Fortaleza, desempenhando atividades de supervisão e assistenciais de enfermagem.

No mesmo ano, tive a oportunidade de trabalhar como enfermeiro da Estratégia Saúde da Família em um município do interior do mesmo Estado, situado a 420 km da capital. Era responsável por dois distritos sanitários que tinham uma população com cerca de 1200 famílias, distribuídas em 14 localidades. Desenvolvia ações nas áreas de saúde da mulher (pré-natal, planejamento familiar), saúde do adulto (programas de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, idoso), Saúde da criança (imunização, puericultura, avaliação nutricional) e visita domiciliária. Não era realizada a prevenção do câncer do colo uterino por falta de estrutura física dos locais de atendimento, que variavam entre um posto de saúde com o mínimo de condições, uma escola e até mesmo casas cedidas pelos

mpreadores. Por isso, as pacientes eram encaminhadas para a sede do município para realizar o exame.

A consulta de enfermagem à criança era uma das práticas diárias desenvolvidas por mim. No período em que trabalhei neste município, tive a oportunidade de cursar a Especialização em Saúde da Família, oferecida pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará – ESPCE, ampliando meus conhecimentos acerca do tema e melhorando minha prática, conseqüentemente, desenvolvendo um trabalho mais sistematizado, direcionado e voltado para a realidade da comunidade.

Em Fevereiro de 1998, fui selecionado para trabalhar na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Fortaleza-CE. Fiz parte da implantação das primeiras 32 equipes de Saúde da Família deste município. Aqui, iniciei meus trabalhos atuando no bairro do Pici; bairro este, com baixas condições sócio-econômicas que apresentava um índice de mortalidade infantil de 29/1000 nascidos vivos, e que consistia em uma área de risco do município. Observei que esta área apresentava uma realidade bem diferente da vivenciada no interior do estado, com problemas diversificados, característicos da vida urbana na capital. Aproveitando a experiência anterior e os conhecimentos adquiridos até então, organizamos o atendimento da unidade de saúde.

Venho desenvolvendo ações de enfermagem nas diversas áreas desde a implantação da ESF no município, permanecendo na mesma unidade de saúde desde o início. As atividades realizadas são aquelas já citadas acrescidas de atividades em grupo, mobilização comunitária, acompanhamento de pacientes acamados, treinamentos com agentes de saúde, acrescida da prevenção do câncer do colo uterino, visto que dispomos de estrutura física e material, adequadas para a realização do procedimento.

Em 2002, através de processo seletivo, pude participar do Curso de Residência em Saúde da Família, realizado pelo Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, quando escolhido como sede do curso a Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) onde este estudo foi realizado. O curso proporcionou formação teórica-prática nas diversas áreas, a cinco enfermeiros e a cinco médicos, sendo que a maioria desses profissionais já atuavam na unidade de saúde desde a implantação do ESF em Fortaleza. A Residência em Saúde da Família era em serviço e a comunidade era a mesma que estava sendo acompanhada pelas equipes de saúde da família, o que propiciou melhoria da qualidade da assistência prestada, com reflexos na organização dos programas

já existentes e implantação de ações ainda não existentes, como a criação do fórum popular da saúde.

A ESF se mostra de grande importância na atenção à saúde, em especial, da criança quando analisamos os dados quanto aos índices de mortalidade infantil, citados. Outros pontos que subsidiam tal importância são as reduções dos índices de morbidade e internamento de crianças menores de um ano acompanhadas nas áreas onde existe a Estratégia Saúde da Família. (FORTALEZA, 2000)

A assistência de enfermagem à criança vem sendo um dos pontos fortes da Estratégia Saúde da Família na unidade de saúde, a qual vem resultando na melhoria nos índices de mortalidade infantil mediante ações simples e de baixo custo, como a cobertura pré-natal, a Terapia de Reidratação Oral (TRO), o incentivo ao aleitamento materno e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na consulta de puericultura.

Na atenção à saúde da criança, como preconizado pelo Ministério da Saúde, estabelecemos a consulta de enfermagem às crianças até a idade de um ano, ficando a primeira consulta realizada nos primeiros 15 dias de vida através da visita domiciliar. Muitos foram os problemas detectados no decorrer do tempo, como crianças sem acompanhamento, baixos índices de cobertura vacinal, elevada incidência de transtornos gastrointestinais e respiratórios, desnutrição, dentre outros, além da não adequação das intervenções realizadas no cotidiano de atendimento às crianças. Começamos a ter uma atuação mais intensa na promoção da saúde como um todo e na prevenção de agravos e, como consequência, obtivemos uma redução na mortalidade infantil de 29/1000 em 1998 para 6/1000 em 2003. (FORTALEZA, 2003).

Ressalte-se que até o momento, embora atendêssemos às crianças, a consulta de enfermagem não seguia todas as etapas e nem todos os princípios que envolvem a aplicação do processo de enfermagem.

Siqueira et al. (2003), em estudo realizado com mães de crianças menores de um ano, acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura, numa unidade básica de saúde no município de Fortaleza, identificou que no contato com os pais e acompanhantes das crianças consultadas, estes apresentavam dificuldade em distinguir semelhanças e diferenças existentes entre o papel profissional do médico e do enfermeiro, mas mesmo assim 83% destes identificavam o profissional enfermeiro como responsável pelo acompanhamento das crianças na puericultura. Um ponto importante era o desconhecimento, por parte da comunidade, das ações desenvolvidas pelo enfermeiro.

Outro ponto relevante era a não sistematização da assistência de enfermagem e, conseqüentemente, a não utilização dos diagnósticos de enfermagem na prática diária dos enfermeiros da unidade de saúde.

Após a realização de estudo quanto à análise da percepção das mães quanto às orientações dadas na consulta de enfermagem em puericultura visando a mudança no cuidar (Siqueira *et al*, 2003), e após tomar conhecimento de trabalhos que partiram de preocupações quanto ao perfil dos diagnósticos de enfermagem em lactentes (Moreira *et al*, 2004), propomos iniciar um estudo que envolvesse temas de interesse para a enfermagem e a saúde pública. Utilizando como base a consulta de enfermagem à criança no PSF, resolvemos realizar um estudo que tivesse como finalidade principal Analisar o perfil dos diagnósticos de enfermagem apresentados por crianças acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura matriculadas em nossa unidade.

Justificamos a importância deste trabalho com as seguintes observações:

A consulta de enfermagem, mais do que uma determinação legal, expresso na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86, é uma atividade que aproxima o enfermeiro da clientela, aumenta o nível de satisfação profissional e dá visibilidade ao seu trabalho (COFEN, 1996).

Acreditamos, a partir de diversos estudos que serão relatados no decorrer do trabalho, que com a identificação dos diagnósticos de enfermagem a consulta de enfermagem possibilita um direcionamento na ação de enfermagem.

As ações de enfermagem que têm por foco os diagnósticos de enfermagem permitem uma avaliação mais precisa por focalizar a assistência no paciente, em suas necessidades e dificuldades, na sua compreensão da doença, em seu contexto familiar e comunitário, e não somente na doença. Isso confirma a opinião de Sousa (2001), que refere que a ênfase sobre a importância da família e da comunidade na reorganização da política de saúde significa construir uma nova maneira de prestar assistência, de acordo com o princípio de que a resposta está mais perto possível do nível em que surge a necessidade, construindo alianças com redes sociais primárias, tornando-se sujeitos ativos, com tarefas e co-responsabilidades no cuidado.

Assim, temos elaborado o seguinte questionamento: Quais os diagnósticos de enfermagem identificados junto às crianças acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura na unidade básica de saúde da família em que trabalhamos? Obter resposta

para esta questão poderá facilitar na abordagem às crianças atendidas na puericultura, contribuindo para a melhora da eficácia das ações de enfermagem a serem desenvolvidas.

É importante que o enfermeiro, ao trabalhar com paciente acompanhado na consulta de enfermagem à criança, esteja embasado pelo processo de enfermagem, partindo da fase de avaliação e fazendo o diagnóstico de enfermagem, para que possa, a partir desse, implementar uma assistência eficaz. Os diagnósticos de enfermagem podem ser definidos como uma ponte de apoio para a determinação das intervenções de enfermagem para atingir os resultados esperados (CARPENITO, 2002).

Para os enfermeiros, a linguagem dos diagnósticos de enfermagem é uma forma de descrever a experiência do cliente e um poderoso veículo que requer um pensamento crítico, analítico, criativo e acurado para comunicar os fenômenos de enfermagem dentro de um sistema de padronização.

Nesse aspecto, a utilização de uma taxonomia única para os diagnósticos de enfermagem, no caso, a da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2002), facilita a homogeneidade da linguagem de enfermagem, possibilitando seu crescimento nas áreas de assistência, docência e pesquisa, por tornar comum entre os enfermeiros a linguagem utilizada por eles. Ou seja, a partir da adoção de uma linguagem padronizada para os diagnósticos de enfermagem, enfermeiros do mundo todo passarão a utilizar uma única taxonomia e a trabalhar com os mesmos diagnósticos, o que representa um avanço sem precedentes no conhecimento da enfermagem. Essa já é uma realidade vivenciada por muitos enfermeiros, mas ainda não por todos, pois muitos ainda se sentem inseguros ou até mesmo despreparados para trabalhar com os diagnósticos.

Diante disso e de todo o exposto, o atual estudo visa identificar os diagnósticos de enfermagem apresentados por crianças, menores de um ano, acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura em uma Unidade Básica de Saúde da Família, visando contribuir para melhor direcionamento das ações do profissional enfermeiro.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar os diagnósticos de enfermagem apresentados por crianças, menores de um ano, acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Fortaleza-Ce.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar as respostas humanas apresentadas pelas crianças atendidas na consulta de enfermagem em puericultura;
2. Levantar os fatores relacionados presentes em cada diagnóstico de enfermagem;
3. Verificar associações entre respostas humanas e fatores relacionados;
4. Descrever o perfil dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelas crianças atendidas na consulta de enfermagem em puericultura.

3. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

3.1 Referencial teórico

3.1.1 Diagnóstico de enfermagem

O Diagnóstico de Enfermagem, segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 1990), é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas/processo de vida vigente ou potenciais. Constitui a base para a intervenção de enfermagem visando obter resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. (CARPENITO, 2002)

A palavra “*diagnóstico*”, por definição, significa o estudo cuidadoso e crítico de algo, para a determinação de sua natureza. O termo “Diagnóstico de Enfermagem” foi introduzido por V. Fry em 1953 para descrever um passo necessário para o desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem. (CARPENITO, 2002).

O uso de um diagnóstico de enfermagem oferece aos enfermeiros a possibilidade de utilizarem uma linguagem comum ajudando assim na identificação de problemas do cliente, auxilia na escolha das intervenções de enfermagem e oferece orientações quando da avaliação. (DOENGES; MOORHOUSE, 1999)

O diagnóstico de enfermagem faz parte de um processo de Enfermagem que consiste na aplicação do método científico ao trabalho, como forma de utilizar os conhecimentos de uma ciência à sua prática, mostrando caminhos para se atingir determinados objetivos. (ALFARO; LEFEVRE, 1996).

Todas as profissões desenvolvem seus métodos de trabalho, a enfermagem por sua vez não poderia estar na contra-mão da história e através de muitos estudos e observações foi criado o Processo de Enfermagem. (SILVA, 2001).

O diagnóstico de enfermagem é uma ferramenta de grande importância na consolidação da enfermagem como profissão autônoma, visto que faz parte de um processo de trabalho específico da profissão. Sua formulação é embasada através da utilização de métodos científicos, padroniza a linguagem de enfermagem e favorece para a organização de dados e informações que servirão de base para as intervenções de enfermagem.

A utilização dos diagnósticos de enfermagem na prática não é um tema simples de ser abordado, visto que os estudos sobre diagnóstico não acontecem de uma forma homogênea pelo mundo afora. Há países que estão num estágio bem avançado quanto à sua utilização e há outros mais que ainda nem atentaram para a questão. Além do que não podemos nos esquecer que existem vários modelos ou terminologias para os diagnósticos de enfermagem. (CRUZ, 1995).

A utilização de uma linguagem específica na enfermagem, favorecendo que todos os enfermeiros possam utilizar, compreender e comunicar entre si, é necessária, devendo a mesma ser agrupada e categorizada para melhor entendimento e direcionamento do pensamento clínico, daí a necessidade de se estabelecer uma taxonomia única e específica da enfermagem.

O termo "*Taxonomia*" significa o estudo teórico das classificações sistemáticas incluindo suas bases, princípios e regras. (CARPENITO, 2002). A Taxonomia da NANDA consiste em um arranjo sistemático de fenômenos de enfermagem relacionados em grupos ou categorias e baseado nas características que tais fenômenos têm em comum. (NANDA, 2002).

A organização dos diagnósticos de enfermagem da NANDA evoluiu de uma lista em ordem alfabética, em meados dos anos 80, para um sistema conceptual que direciona a classificação dos diagnósticos de enfermagem em uma taxonomia.

A primeira taxonomia da NANDA, denominada taxonomia I, foi elaborada na 3ª Conferência da NANDA, realizada na década de 80, e era dividida em padrões de resposta humana, que eram divididos em nove categorias ou padrões:

Padrão 1 – TROCAR: envolvia o dar e receber mutuamente;

Padrão 2 – COMUNICAR: envolvia o envio de mensagens;

Padrão 3 – RELACIONAR: envolvia o estabelecimento do vínculo;

Padrão 4 – VALORIZAR: envolvia atribuições de valores relativos;

Padrão 5 – ESCOLHER: envolvia a seleção de alternativas;

Padrão 6 – MOVER: envolvia atividades;

Padrão 7 – PERCEBER: envolvia a recepção de informações;

Padrão 8 – CONHECER: envolvia significados associados com a informação;

Padrão 9 – SENTIR: envolvia a consciência subjetiva da informação.

Em 2002, a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) publicou uma versão revisada de sua classificação sendo denominada de Taxonomia II. A Taxonomia II da NANDA está categorizada para ser utilizada em sistemas de informação, estando estruturada na forma de domínios, classes e diagnósticos. Os domínios representam um grau de abstração maior seguido das classes. O diagnóstico é o grau mais concreto da taxonomia. A Taxonomia II foi projetada para ser multiaxial na sua forma, aumentando substancialmente, dessa maneira, a flexibilidade da nomenclatura e permitindo realizar facilmente acréscimos e modificações. Dentro de sua estrutura, a Taxonomia contém 13 domínios, 106 classes e 155 diagnósticos de enfermagem. (NANDA, 2002).

A Taxonomia II possui sete eixos:

Eixo 1 – O CONCEITO DIAGNÓSTICO –Principal elemento, ou a parte essencial e fundamental da declaração diagnóstica;

Eixo 2 – TEMPO: de agudo a crônico;

Eixo 3 – UNIDADE DE CUIDADO: indivíduo, família, comunidade, grupo-alvo;

Eixo 4 – IDADE: de feto a adulto idoso;

Eixo 5 – POTENCIALIDADE: real, risco para, oportunidade de ou potencial para crescimento/aumento;

Eixo 6 – DESCRITOR: limita específica o significado do conceito diagnóstico;

Eixo 7 – TOPOLOGIA: partes/regiões do corpo.

Cada um desses eixos é, operacionalmente, definido como sendo uma dimensão da resposta humana que é considerada no processo diagnóstico. (NANDA, 2002).

Na classificação de 2001/2002, durante a 14ª Conferência Bienal da NANDA, os nomes de muitos diagnósticos foram modificados, seis diagnósticos foram revisados, sete novos foram inseridos e todos os diagnósticos foram listados, em ordem alfabética, pelo conceito, com o intuito de serem clinicamente mais fáceis de serem utilizados.

Enquanto processo o diagnóstico de enfermagem aborda as respostas dos clientes, das famílias ou dos grupos, as situações nas quais a enfermagem pode prescrever intervenções para a obtenção de dados positivos. Um modelo específico de implementação do diagnóstico de enfermagem é o Modelo Bifocal da Prática Clínica, proposta por Carpenito, o qual descreve as responsabilidades típicas da enfermagem em dois componentes: os Diagnósticos de Enfermagem e os Problemas Colaborativos.

Os Problemas Colaborativos (PC) são determinadas complicações fisiológicas que os enfermeiros monitoram para detectar o surgimento ou as modificações de estado. Os enfermeiros controlam os Problemas Colaborativos usando intervenções prescritas pelo médico e pela enfermagem, minimizando as complicações dos eventos. (CARPENITO, 2002).

O Modelo Bifocal da Prática Clínica proporciona a enfermagem um sistema de classificação para a descrição do estado de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, e para a descrição do risco de complicações.

A utilização de diagnósticos de enfermagem e/ou Problemas colaborativos se diferenciam no ponto em que para os diagnósticos de enfermagem o enfermeiro prescreve privativamente o tratamento de maneira que possa resolver parcial ou definitivamente para atingir suas metas, e para os problemas colaborativos a prescrição se dá de forma conjunta com outros profissionais. (CAPENITO, 1997).

O diagnóstico de enfermagem, bem como as etapas que complementam o processo de enfermagem, como o histórico de enfermagem, o exame físico, a prescrição e evolução de enfermagem são etapas de um momento de relação entre o profissional enfermeiro e o cliente: a consulta de enfermagem.

3.1.2 Consulta de enfermagem

A Lei 7.498, de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, estabelece a consulta de enfermagem como uma atividade privativa do enfermeiro.

A Resolução COFEN nº 272/2002, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE nas instituições de saúde brasileiras, estabelecendo o histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e evolução de enfermagem como sendo o caminho a ser percorrido na consulta de enfermagem.

A consulta de enfermagem é considerada como uma atividade-fim, cuja ação torna liberal a profissão, e é preconizada como uma relação de ajuda em uma situação de aprendizagem entre o paciente e o enfermeiro, em busca da resolutividade de problemas identificados levando ao bem estar. Tem como conceito a atenção prestada ao indivíduo, à família e à comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pelo profissional

enfermeiro com a finalidade de promover a saúde mediante o diagnóstico e tratamento precoce. (VANZIN; NERY, 2001, p.51).

Segundo Bub, a consulta de enfermagem como se constitui em uma atividade reflexiva, centrada na relação de diálogo entre cliente (pessoa, família e coletividade) e profissional, com o objetivo de orientar a organização do cuidado, a partir da compreensão mútua e da decisão compartilhada, na qual cliente e profissional são vistos como parceiros. O autor aponta como finalidade da consulta de enfermagem melhorar a saúde, satisfazer necessidades e promover o bem estar. (BUB; LISS, 2004).

Hoje a consulta de enfermagem se apresenta como uma atividade apropriada para qualquer paciente não-hospitalizado sendo seu desenvolvimento e incorporação um mérito para os enfermeiros que trabalham na saúde pública, em destaque no Programa Saúde da Família - PSF, que com ações individuais e coletivas vem melhorando os índices de saúde do país, tendo grande relevância para o acompanhamento da saúde da população brasileira.

A consulta se constitui, em um campo de atuação muito interessante para a enfermagem, visto que o enfermeiro tem contato direto com o cliente podendo pôr em prática o processo de enfermagem, oferecendo ao paciente uma assistência sistematizada com a utilização de uma linguagem própria da profissão.

A consulta de enfermagem à criança tem como estrutura de apoio à unidade básica de saúde, que se caracteriza por uma instituição primordial para a organização dos níveis de atenção à saúde, visto que na organização dos sistemas de saúde é considerada como porta de entrada de todo sistema. O Sistema único de Saúde – SUS, sistema de saúde brasileiro instituído pela constituição de 1988, constituiu a Unidade Básica de Saúde da Família-UBASF, como sendo o ponto de entrada dos pacientes no sistema de saúde pela proximidade da população a esse serviço de saúde.

A atenção à saúde da criança é uma das áreas atuação do enfermeiro que está apresentando resultados bastante positivos, tendo reflexos na melhoria dos índices de morbi-mortalidade no estado do Ceará e no Brasil. A enfermagem vem desenvolvendo trabalho nessa área com atuação marcante na promoção, prevenção e tratamento de enfermidades em todos os níveis de atenção. Relaciona a evolução da criança, nos seus aspectos físicos, sociais e psíquicos, com o ambiente onde ela está inserida e com o comportamento das pessoas que lhe prestam os cuidados nas etapas do seu crescimento e desenvolvimento.

A consulta de enfermagem à criança em atenção primária acontece no âmbito das unidades de saúde e nos domicílios através da visita domiciliar. Na unidade de saúde o acompanhamento à criança é conhecido como puericultura.

O termo puericultura (do latim, *puer* = criança e *cultus* = cuidado dispensado a alguém) foi criado em 1750 por Ballexserd para servir de título a um compêndio que escreveu sobre higiene da gestante, da parturiente e do recém nascido, caindo logo no esquecimento. Em 1865, Caron publicou o Manual intitulado *La puericulture ou la science d'élever hygieniquement et physiologiquement les infants*, em que firmava ser a puericultura um conjunto de noções e de regras que deveriam constituir a “arte de criar fisiologicamente e higienicamente os recém-nascidos.”(ROCHA, 1987). Em uma outra definição trata-se de “um conjunto de meios que visam assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança.”(CEARÁ, 2002, p. 21).

A consulta de enfermagem à criança se dá no momento do acompanhamento no serviço de puericultura, tendo como objetivos a avaliação do crescimento e desenvolvimento juntamente com ações de promoção da saúde como, verificação do estado vacinal, incentivo ao aleitamento materno exclusivo, e prevenção de agravos com orientação aos pais quanto aos riscos de acidentes domiciliares e manutenção de um ambiente salubre para a criança, e tratamento precoce através de intervenções de enfermagem.

Um bom momento para orientação preventiva quanto aos cuidados com a criança é durante o acompanhamento pré-natal, onde o relacionamento enfermeiro-gestante pode influenciar positivamente nos primeiros cuidados com a criança em seu domicílio e no acompanhamento de puericultura na unidade de saúde, favorecendo assim a comunicação de informações no momento da consulta pré-natal pelo enfermeiro.

O enfermeiro durante o acompanhamento da criança no serviço de puericultura deve ter conhecimento quanto ao crescimento e desenvolvimento normais da criança. O acompanhamento em puericultura tem alguns focos de atenção que devem ser pontuados na consulta de enfermagem, tais como: acompanhar o crescimento e desenvolvimento, aspecto nutricional, estado vacinal, higiene pessoal, vínculo afetivo, análise de orientação da família, níveis de segurança e proteção, identificação de agravos e situações de risco para a saúde da criança, bem como as orientações e intervenções necessárias para solucionar ou minimizar os problemas encontrados.

O Ministério da Saúde instituiu o mínimo de sete consultas de puericulturas para crianças menores de um ano. A primeira consulta deve ser realizada na visita domiciliar dentro dos primeiros 15 dias de vida do recém nascido. A segunda consulta no final do 1º mês, tendo como consultas de acompanhamento restantes aos dois meses, quatro meses, seis meses, nove meses e no final do 12º mês de vida. Após o primeiro ano de vida as consultas são aprazadas com intervalo de seis meses até o final do 2º ano, e anualmente até que se completem 10 anos de vida. As consultas devem ser intercaladas com o acompanhamento médico de rotina. (CEARÁ, 2002).

Em estudo realizado por alunos do curso de graduação da universidade Federal do Paraná, em uma unidade de saúde na cidade de Curitiba, foram analisados 74 registros de enfermagem que foram categorizados segundo o foco da prática de enfermagem, e teve como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes na consulta de enfermagem à criança. Os autores identificaram que os diagnósticos mais freqüentes foram os relacionados aos focos: nutrição, tegumento, temperatura corporal, dor, desenvolvimento psicomotor e eliminação. (MAZZA et al., 2004).

Vasconcelos (1998), em dissertação de mestrado, buscou identificar os diagnósticos de enfermagem de crianças hospitalizadas. O estudo do tipo descritivo exploratório teve, como amostra 90 crianças, com idade entre 30 dias e 12 anos, e foram identificados 23 diagnósticos de enfermagem dentro das necessidades psicobiológicas e psicossociais. A amostra apresenta uma variedade quanto à faixa etária não se limitando a uma fase específica da infância, onde as crianças apresentavam diagnósticos médicos diferenciados. Os achados nos fazem refletir quanto a real necessidade de, inicialmente, trabalharmos com uma taxonomia própria da enfermagem e da importância da identificação dos diagnósticos de enfermagem presentes nos grupos, favorecendo um melhor direcionamento das intervenções de enfermagem. (VASCONCELOS, 1998).

Moreira et al. (2004) realizaram estudo identificando o perfil de diagnósticos de enfermagem em lactentes atendidos em um serviço de uma instituição pública de saúde. O estudo foi desenvolvido tendo a consulta de enfermagem em puericultura como espaço de coleta de informações. Os principais diagnósticos de enfermagem evidenciados foram: desobstrução ineficaz das vias aéreas, nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, padrão respiratório ineficaz, hipertermia e integridade da pele prejudicada. No estudo os fatores relacionados de maior freqüência foram desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio, secreções retidas, secreções excessivas, incapacidade para ingerir

por fatores biológicos, taxa metabólica aumentada, agentes lesivos físicos e higiene inadequada. Os autores concluem que há necessidade de se investigar mais sobre os perfis diagnósticos de enfermagem favorecendo a construção de uma prática voltada para as reais necessidades das crianças.

Em virtude da carência de estudos relativos ao tema de nossa pesquisa na área de saúde coletiva, identificamos que existe uma necessidade real quanto à realização de pesquisas de enfermagem envolvendo diagnósticos de enfermagem na saúde da criança e quanto à frequência desses diagnósticos em grupos específicos, favorecendo um melhor embasamento científico orientando, assim, o direcionamento de ações de enfermagem.

3.2 Materiais e métodos

3.2.1 Natureza do estudo

* Estudo descritivo com corte transversal, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) na cidade de Fortaleza-Ceará. Segundo Polit e Hungler (1995), o estudo descritivo envolve a descrição de fenômenos relativos à profissão. Neste tipo de método, é necessário observar, descrever e classificar. Os estudos transversais são aqueles que os dados são coletados num determinado ponto de tempo. (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

3.2.2 População e amostra

Vaughan (1997), refere que um erro muito comum nos estudos é a amostragem pequena ou selecionada de forma tendenciosa. Esta é uma preocupação constante dos pesquisadores, por este motivo optamos por definir a amostra pelo método sistemático. Inicialmente listamos todas as pessoas que fariam parte da amostragem, neste caso a população do estudo foi constituída por crianças com até um ano de idade, cadastradas pelas equipes de Saúde da Família e acompanhadas mensalmente na consulta de puericultura em uma Unidade Básica de Saúde de Fortaleza-CE. A amostra foi determinada a partir da aplicação da fórmula. (GIL, 1995):

$$n = (t^2_{5\%}.p.q.N) / [e^2(N-1) + t^2_{5\%}.p.q]$$

onde:

n = tamanho da amostra,

$t^2_{5\%}$ = nível de significância escolhido, expresso em número de desvios-padrão,

p = porcentagem de expressão do fenômeno,

q = porcentagem complementar ($1 - p$),

N = tamanho da população,

e = erro máximo permitido

Considerou-se como parâmetro o nível de significância de 95%, o erro de 5%, a prevalência de 95% e a população de 266 crianças (média de crianças acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura na unidade de saúde estudada no ano de referência de 2003). A prevalência foi calculada levando-se em consideração o número de crianças menores de um ano acompanhadas no serviço de puericultura (252), em relação ao número de crianças cadastradas no mesmo serviço (266). Encontrou-se, a partir da aplicação da fórmula, um total de 58 crianças para constituírem a amostra. A distribuição da amostra respeitou o percentual de representatividade das crianças cadastradas pelas equipes de saúde da família da unidade de saúde. O cálculo se deu a partir do conhecimento do percentual de crianças cadastradas por cada equipe de saúde dentre todas as crianças cadastradas, repercutindo esse percentual no valor da amostra visando a representatividade das crianças segundo a área de abrangência em que vivem. (Tabela 1)

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo a representatividade do grupo nas equipes de saúde da família. Fortaleza, 2004.

Equipe	Nº de crianças cadastradas na puericultura	%	Amostra/área
1	57	23	13
2	52	21	12
3	42	17	10
4	31	12	7
5	70	28	16
Total	252	100	58

Fonte: FORTALEZA/ SIAB/2004

Os critérios de inclusão no estudo foram: criança de até um ano, sadias ou não, cadastradas e acompanhadas na unidade de saúde, com aceitação prévia do responsável para participação no estudo. Optou-se por trabalhar a criança no primeiro ano de vida por constituir a faixa de idade de orientação do Ministério da Saúde para acompanhamento de puericultura e compatível com a idade das crianças acompanhadas no serviço de

pericultura da unidade de saúde pesquisada, respeitando as normas internas da unidade de saúde.

Como critérios de exclusão definiu-se: criança acompanhada por pessoa que não pudesse fornecer todos os seus dados ou dos cuidados a ela dispensados e crianças maiores de um ano.

3.2.3 Caracterização da unidade de saúde

O município de Fortaleza é dividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SER). Cada secretaria é responsável pelas ações de saúde de um determinado número de habitantes.

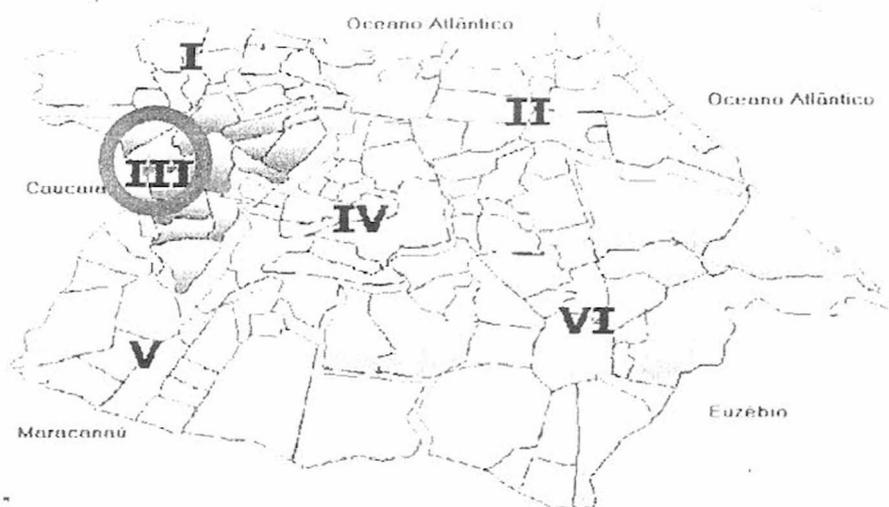


Figura 1 – Mapa de Fortaleza por Secretarias Executivas Regionais (<http://www.pmf.ce.gov.br>, em 26/04/05)

A Secretaria Executiva Regional III tem o maior número de equipes implantadas (23) e representa 21% das equipes do município de Fortaleza. Escolhemos esta Secretaria devido ter recebido o maior número de equipes de Saúde da Família, tendo sido implantados as primeiras equipes em abril de 1998, onde uma dessas unidades básicas é local de trabalho do pesquisador, estando inserida no Centro de Cidadania César Cals.

Nesta Regional, optamos por desenvolver o estudo na Unidade Básica de Saúde da Família Gov. César Cals, instituição pública municipal, anexa ao Centro de Cidadania César Cals, situada no bairro do Pici, dentro da área de abrangência da Secretaria Executiva Regional III, cidade de Fortaleza-CE. É responsável pela assistência à saúde a

uma população de cerca de 29.000 habitantes, distribuídos em 6.028 famílias cadastradas, que são acompanhadas por cinco equipes de Saúde da Família. As equipes desenvolvem assistência à população adscrita à unidade de saúde nos diversos programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, sendo que o atendimento às crianças acompanhadas na puericultura é realizado pelos enfermeiros de forma sistemática, sendo encaminhadas ao profissional médico quando identificados problemas de saúde que o enfermeiro não deva intervir. (FORTALEZA, 2004).

A unidade básica de saúde estudada é considerada pela Prefeitura Municipal de Fortaleza como sendo de referência entre as UBASF, visto que foi uma das primeiras UBASF a serem implantadas em Fortaleza, onde funciona um Curso de Residência em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, em convênio com o Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará - UFC, que é campo de estágio de alunos de graduação dos cursos de enfermagem e medicina, é campo do estágio rural (CRUTAC) dos cursos de enfermagem e medicina, onde também os profissionais de enfermagem estão implantando o diagnóstico de enfermagem na sua prática diária.

A unidade de saúde oferece serviços na área de saúde da mulher (pré-natal, planejamento familiar e prevenção do câncer de mama e de útero), saúde do adulto (hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e atendimento geral), saúde da criança (puericultura e avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças beneficiadas pelo Programa Bolsa Alimentação), bem como serviços de ambulatório, imunização, arossolterapia e preparo de pacientes (medidas antropométricas, verificação da pressão arterial e temperatura). A unidade também oferece os serviços de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e de atividades em grupo (idosos, saúde reprodutiva, gestantes), bem como grupos de terapia comunitária.

O acompanhamento das crianças é feito a partir da informação do nascimento da mesma pelo Agente de Comunitário de Saúde (ACS) ou por familiares. O ACS tem uma grande importância na busca de informações e como mediador das notícias dos acontecimentos na comunidade. No caso da puericultura o ACS ao receber a notícia dos familiares a repassa aos membros da equipe de saúde da família que agenda uma visita à criança e a mãe. A visita acontece dentro dos primeiros 15 dias de vida da criança e são dadas às primeiras informações quanto ao aleitamento materno, vacinação, higiene, cuidados com a criança e com o ambiente, sendo realizado o exame físico geral e dadas às

condutas necessárias pela equipe. Na visita domiciliar é realizada a primeira consulta de puericultura da criança sendo prontamente agendado o acompanhamento mensal na unidade de saúde.

O acompanhamento das crianças da puericultura é mensal até os primeiros 6 meses de vida e a cada 2 meses até completar 1 ano. A mãe é orientada a procurar a consulta médica caso ocorra alguma morbidade no período entre as consultas.

3.2.4 Instrumento e coleta de dados

Foi utilizada uma taxonomia única para os diagnósticos de enfermagem, no caso, a Taxonomia multiaxial II da NANDA (2002). O instrumento de coleta foi organizado tendo como base os domínios e classes da taxonomia II da NANDA, e teve as seguintes etapas:

- identificação (nome, idade da mãe, idade da criança, sexo da criança, endereço, escolaridade da mãe, religião, estado civil, profissão, ocupação atual, renda familiar);
- dados antropométricos (peso, altura e perímetro cefálico).

É necessário informar que a medição do peso foi feita com criança sem roupa em balança pediátrica com divisão mínima de 100 gramas, capacidade total de, no mínimo 25 kg, facilitando a leitura dos pesos e leitura da tara. A balança foi avaliada pelo Instituto de Pesos e Medidas (INMETRO), favorecendo ao estudo a fidedignidade dos dados. A medição do comprimento/altura foi realizada utilizando-se antropômetro horizontal sobre uma superfície plana. O perímetro cefálico era medido com fita métrica dividida em centímetros. O perímetro braquial não foi considerado devido sua pequena variação com o aumento da idade. Utilizamos a terminologia de escore Z nas medidas de peso, comprimento e perímetro cefálico favorecendo uma representação da variabilidade desses parâmetros. O escore Z de qualquer parâmetro é a relação da diferença entre o valor medido no indivíduo e o valor médio da população de referência, dividida pelo desvio padrão da mesma população. (BRASIL, 2002).

O instrumento de coleta de dados foi organizado levando-se em consideração os domínios e classes diagnósticas. Após o pré-teste foram excluídos os domínios e classes que não foram compatíveis com o objeto de estudo. Os domínios e classes distribuídos conforme descrição abaixo:

- Domínio 1- Promoção da saúde: foi questionado quanto à classe controle da saúde, através de informações colhidas pela mãe e/ou familiares. Não foi abordada a classe consciência da saúde devido à falta de parâmetros diagnósticos.

- Domínio 2- Nutrição: foram feitos questionamentos quanto às classes ingestão e hidratação. Não foram feitos questionamentos quanto à absorção, digestão e metabolismo devido falta de parâmetros diagnósticos.

- Domínio 3- Eliminação: foram feitos questionamentos quanto às classes, sistema urinário, gastrintestinal e pulmonar. Não foi feito questionamento quanto ao sistema tegumentar devido falta de parâmetros diagnósticos.

- Domínio 4- Atividade/repouso: foram feitos questionamentos quanto às classes sono/repouso, atividade/exercício, respostas cardiovasculares/pulmonares. Não foram feitos questionamentos quanto à classe equilíbrio de energia por não se aplicar ao estudo.

- Domínio 5- Percepção/cognição: foram feitos questionamentos quanto às classes sensação/percepção e comunicação. Não foram feitos questionamentos quanto à atenção, orientação, cognição por não se aplicarem ao estudo.

- Domínio 6- Autopercepção: esse domínio não foi considerado no instrumento por não se aplicar ao estudo.

- Domínio 7- Relacionamentos de papel: foram feitos questionamentos quanto à classe desempenho de papel. Não foram feitos questionamentos quanto à atenção, orientação, cognição por não se aplicarem ao estudo.

- Domínio 8- Sexualidade: esse domínio não foi considerado por falta de condições de verificação da identidade e função sexual e reprodução da criança.

- Domínio 9- Enfrentamento/tolerância ao estresse: no domínio citado foi trabalhado somente o conceito diagnóstico comportamento infantil desorganizado, risco para comportamento infantil desorganizado e disposição comportamento infantil organizado aumentado por serem diagnósticos específicos para o binômio mãe-filho.

- Domínio 10- Princípios de vida: Esse domínio não foi considerado no instrumento por não se aplicar ao estudo.

- Domínio 11- Segurança /proteção: foram feitos questionamentos quanto às classes infecção, lesão física, violência, riscos ambientais, processos defensivos e termorregulação.

/ - Domínio 12- Conforto: foram feitos questionamentos quanto à classe conforto físico. Não foram feitos questionamentos quanto à classe conforto ambiental e conforto social por não se aplicarem ao estudo.

- Domínio 13- Crescimento/desenvolvimento: foram feitos questionamentos quanto às classes crescimento e desenvolvimento. Foi utilizado o quadro de avaliação do desenvolvimento proposto pelo Ministério da Saúde para avaliação do desenvolvimento infantil na faixa etária pesquisada.

A coleta de dados envolveu fontes primárias e secundárias de dados. Os dados primários foram coletados através de instrumento de coleta durante a consulta de enfermagem mediante um roteiro de entrevista e exame físico aplicado ao acompanhante da criança no momento da consulta de enfermagem em puericultura (Apêndice). O instrumento de coleta passou por um pré-teste com uma amostra de respondentes, sendo revisado, e feitas modificações necessárias. O instrumento de pesquisa foi adaptado e desenvolvido tendo como base o instrumento de coleta de dados da dissertação intitulada “Identificação dos diagnósticos de enfermagem junto a pacientes com hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde da família em Fortaleza-Ceará.”(VASCONCELOS, 2005).

Os dados secundários foram coletados através de pesquisa ao Sistema de Informação Ambulatorial Básica (SIAB) e relatórios das equipes da unidade básica de saúde da família, com o objetivo de subsidiar o trabalho de informações contidas nos prontuários das crianças e nos relatórios oficiais da unidade.

As crianças foram consultadas com base em um roteiro de entrevista e exame físico, sendo identificadas as respostas humanas presentes no grupo atendido, assim como as características definidoras e fatores relacionados, visando a formulação mais precisa possível do diagnóstico de enfermagem.

A coleta dos dados foi realizada durante a consulta de enfermagem à criança no serviço de puericultura da unidade básica de saúde da família (UBSAF). Foi realizada listagem dos pacientes com número de ordem, nome e endereço, sendo realizado sorteio, de maneira aleatória, e posterior convite, para o comparecimento à unidade de saúde. As entrevistas foram realizadas na unidade básica de saúde, durante a consulta de enfermagem, em consulta única com horário marcado, não sendo necessário a marcação de consulta.

A abordagem foi feita ao acompanhante, de preferência a mãe ou cuidador da criança acompanhada no serviço de puericultura, em acompanhamento na consulta de enfermagem na unidade de saúde pesquisada. Foi solicitada autorização por escrito mediante assinatura de termo de consentimento para participação no estudo, sendo no momento feito a explicação sobre o objetivo do estudo, e esclarecimento de quaisquer dúvidas ou questionamentos.

O acompanhante ou responsável foi informado quanto à necessidade de se realizar exame físico e que não trará nenhuma dor ou dano à saúde da criança. A consulta e o exame físico foram realizados pelo pesquisador, sendo que foi utilizado material aferido favorecendo uma maior fidedignidade dos dados.

Vale salientar que encontramos dificuldade para realizar a coleta de dados devido à falha no encaminhamento de crianças acompanhadas por outras equipes, sendo justificado pelo esquecimento de encaminhamento da criança, bem como, pela evasão das crianças encaminhadas após a consulta. Foi necessária a busca de pacientes nos dias de atendimento de puericultura das outras equipes para regularização e contemplação do valor amostral do estudo.

3.2.5 Organização e análise dos dados

Os dados sócio-demográficos foram apresentados em tabelas com indicação de frequência absoluta e percentual e descritos de acordo com medidas de tendência central e desvio padrão.

Os diagnósticos encontrados foram descritos segundo a taxonomia multiaxial II da NANDA (2002). Estes foram apresentados em quadros com divisão de quartis (p25, p50 e p75) e discutidos segundo frequência e com base na literatura. Na análise dos dados, cruzamos os diagnósticos, com perfil acima do percentil 75, com as características definidoras e fatores relacionados que apresentavam ocorrência acima de 25%.

Ressaltamos que classificamos os diagnósticos de enfermagem, características definidoras e fatores relacionados de acordo com os percentis 25, 50 e 75. Quanto aos diagnósticos de enfermagem, destacamos, em análises futuras, somente aqueles que se apresentaram acima do percentil 75. Quanto às características definidoras e fatores relacionados classificamos dentro dos percentis acima descritos e que apresentaram percentual de frequência acima de 25%.

Os dados referentes às variáveis qualitativas foram processados e examinados, sendo necessária a categorização dos dados diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e características definidoras. As variáveis quantitativas foram processadas através de tabelas. Realizamos medidas de tendência central e dispersão, bem como testes de associação. Para análise de associação foram aplicados testes de Qui-quadrado de Pearson. Nas variáveis com frequência esperada maior que 5 e menor que 20, utilizou-se a correção de Yates. Para frequências esperadas menores que 5, utilizou-se o teste exato de Fisher. Para análise de força de associação utilizou-se o coeficiente Phi. Em tabelas R x S com frequências esperadas menores que 5 utilizou-se o teste de razão de máxima verossimelhança, e de diferença de média conforme as características das variáveis. Para análise de diferença de média utilizou-se o teste de Levine para verificação de homogeneidade das variáveis, o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação de pares de variáveis desiguais conforme resultado do teste de Levine.

No que se refere às respostas abertas, estas foram listadas para então se proceder à codificação das respostas obtidas, visando à identificação dos fenômenos de enfermagem e sua respectiva quantificação.

Para análise dos dados utilizamos os programas Epi-info versão 3.2.2 for Windows e o programa SPSS versão 11.0.1.

3.2.6 Aspectos éticos

O Projeto foi encaminhado à Comissão de Ética da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, procurando atender aos aspectos contidos na resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde. (BRASIL, 1996).

Procuramos esclarecer as mães das crianças acerca do estudo, de seu objetivo, tornando-os cientes do sigilo conferido às suas informações e identidade. A sua anuência foi documentada pela assinatura do termo de consentimento (Apêndice), sendo que sua participação no estudo foi voluntária. Informamos à mãe que poderia desistir de participar do estudo a qualquer momento sem que isto lhe trouxesse nenhum dano. Foi também informada que seu filho iria passar por um exame físico, e que este não traria nenhuma dor ou dano à sua saúde.

4. RESULTADOS

(mirrored text from reverse side)

4. RESULTADOS

Foram avaliadas 58 crianças, que fizeram parte da amostra do estudo e que se apresentaram dentro dos critérios estabelecidos na pesquisa. Objetivando caracterizá-las, apresentamos a seguir os dados resultantes da pesquisa.

Apresentaremos, inicialmente, os dados socioeconômicos e obstétricos, visando caracterizar as mães das crianças avaliadas.

Tabela 2 – Distribuição das mães das crianças avaliadas segundo dados sócio-econômicos. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Nº	%	Estatística	
			IC 95%	
1. Faixa etária				
16-24	36	62,1	Ks (valor p)	0,23
25-33	16	27,6	Média	24
34-39	6	10,3	Mediana	22
Total	58	100,0	DP	6,24
2. Escolaridade				
Analfabeto	1	1,7	0,0%	9,2%
Fundamental incompleto	23	39,7	27,0%	53,4%
Fundamental completo	8	13,8	6,1%	25,4%
E. Médio incompleto	16	27,6	16,7%	40,9%
E. Médio completo	10	17,2	8,6%	29,4%
Total	58	100,0		
3. Estado marital				
Com companheiro	49	84,5	72,6%	92,7%
Sem companheiro	9	15,5	7,3%	27,4%
Total	58	100,0		
4. Ocupação				
Do lar	48	82,8	70,6%	91,4%
Outros	10	17,2	8,6%	29,4%
Total	58	100,0		
5. Religião				
Católica	47	81,0	68,6%	90,1%
Não católica	11	19,0	9,9%	31,4%
Total	58	100,0		
6. Renda per-capta				
0-100	39	67,2	Ks (valor p)	0,03
101-200	15	25,9	Média	102,2
201-300	4	6,9	Mediana	91,1
Total	58	100,0	DP	56,88

IC - Intervalo de confiança; DP - Desvio padrão; K-S - Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Em relação à idade, identificamos a idade de 24 anos como idade média das mães, com desvio padrão de 6,24. Quanto à escolaridade, 39,7% (23/58) das mães relataram ter o ensino fundamental incompleto, seguidos por 27,6% (16/58), que relataram não ter completado o ensino médio.

Do total, identificamos que 84,5% (49/58) relataram ter companheiro fixo. Quanto à ocupação, identificamos que 82,8% (48/58) referiram ter como ocupação os cuidados do lar, e 81% (47/58) das mães eram católicas.

Tabela 3 – Distribuição das mães das crianças avaliadas segundo dados obstétricos. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Nº	%	Estatística	
1. Tipo de parto				
Cesariana	24	41,4	28,6%	55,1%
Normal	34	58,6	44,9%	71,4%
Total	58	100,0		
2. Nº de Gestações	117		Ks (valor p)	0,002
1-3	52	89,7	Média	2,0
4-6	6	10,3	Mediana	0,0
Total	58	100,0	DP	0,5622
3. Nº de Partos	101		Ks (valor p)	0,000
1-2	47	81,0	Média	1,74
3-4	11	19,0	Mediana	1,5
Total	58	100,0	DP	0,88
4. Nº de Abortos	17			
0	44	75,9	Ks (valor p)	0,000
1	11	19,0	Média	0,2931
2	3	5,2	Mediana	0,0
Total	58	100,0	DP	0,5622
5. Tempo do parto				
a termo	43	74,1	61,0%	84,7%
Pós-termo	3	5,2	1,1%	14,4%
Pré-termo	12	20,7	11,2%	33,4%
Total	58	100,0		

C - Intervalo de confiança; DP - Desvio padrão; K-S- Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Quanto ao perfil obstétrico das mães, observamos os seguintes dados: 58,6% (34/58) dos partos foram partos vaginais, enquanto que 41,4% (24/58) de partos abdominais. Dentre os partos, observamos apenas um gemelar.

Em relação ao número de gestações, observamos que a média foi de 2 gestações com desvio padrão de 0,5622. Quanto aos partos, identificamos uma média de 1,74 partos com desvio padrão de 0,88. Esta variável apresentou distribuição assimétrica ($p=0,002$).

Com relação ao aborto, verificamos que a média foi de 0,29 aborto com desvio padrão de 0,5622. Observamos que 74,1% (43/58) dos partos foram a termo, seguidos de 20,7% (12/58) de partos pré-termo e 5,2% (3/58) de partos pós-termo.

Visando caracterizar as crianças analisadas, passaremos a apresentar os dados obtidos no estudo. (Tabela 4)

Tabela 4 – Distribuição das crianças segundo sexo, problema de saúde, uso de medicação e nutrição. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Nº	%	Estatística	
1. Sexo da criança				
Feminino	26	44,8	31,7%	58,5%
Masculino	32	55,2	41,5%	68,3%
Total	58	100,0	IC 95%	
2. Faixa etária (m)				
0- 6m	38	65,6	Ks (valor p)	0,238
7-12m	20	34,4	Média	5,4
Total	58	100,0	Mediana	5,0
			DP	3,2
3. Presença de Problema de saúde				
Não	33	56,9	43,2%	69,8%
Sim	25	43,1	30,2%	56,8%
Total	58	100,0	IC 95%	
4. Tipo de Problema de saúde				
Resfriado	14	51,9	31,9%	71,3%
Impetigo	4	14,8	4,2%	33,7%
Pneumonia	2	7,4	0,9%	24,3%
Diarréia	2	7,4	0,9%	24,3%
Monilíase oral	1	3,7	0,1%	19,0%
Dermatite cervical	1	3,7	0,1%	19,0%
Dermatite (Rush Cutâneo)	1	3,7	0,1%	19,0%
Abcesso de MSE	1	3,7	0,1%	19,0%
Hemangioma na região glútea e escrotal	1	3,7	0,1%	19,0%
Total	27	100,0		
5. Uso de medicação				
Não	36	62,1	48,4%	74,5%
Sim	22	37,9	25,5%	51,6%
Total	58	100,0		
6. Preparo do leite				
Correta	18	72,0	50,6%	87,9%
Incorreta	4	16,0	4,5%	36,1%
Não se aplica	3	12,0	2,5%	31,2%
Total	25	100,0		

IC - Intervalo de confiança de 95%.

Em relação às crianças estudadas, identificamos que 55,2% (32/58) eram do sexo masculino e 44,8% (26/58) do sexo feminino. A média de idade das crianças foi de 5,4 meses com desvio padrão de 3,2. A faixa etária tem uma grande influência na determinação dos diagnósticos de enfermagem em crianças com idade de zero a um ano, onde há uma variação importante quanto os parâmetros fisiológicos, antropométricos e de desenvolvimento das crianças influenciando nos diagnósticos de enfermagem.

Observamos que 56,9% (33/58) das crianças não apresentavam nenhum tipo de patologia, enquanto que 43,1% (25/58) das crianças apresentavam algum tipo de problema de saúde, descritos na tabela anterior. Devemos ressaltar que duas crianças apresentaram duas doenças associadas, tendo um total de 27 problemas de saúde encontrados na amostra. Os problemas mais comuns foram os respiratórios representando 59,3% (16/27) dos problemas de saúde e 27,6% (16/58) das crianças, seguidos pelos dermatológicos com 33,3% (9/27) dos problemas de saúde e 15,5% (9/58) das crianças. Quanto ao uso de medicamento, identificamos que 62,1% (36/58) não utilizavam qualquer medicamento, enquanto que 37,9% (22/58) estavam fazendo uso de algum tipo de medicamento.

Com relação aos dados antropométricos, foram analisadas as variáveis: peso ao nascer, peso atual, perímetro cefálico, comprimento, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura, descritos a seguir. (Tabela 5)

Tabela 5 – Estatística descritiva das variáveis Peso, Perímetro cefálico, comprimento, Frequência cardíaca, Frequência respiratória e temperatura das crianças avaliadas. Fortaleza, 2005.

Variáveis	Média	Mediana	DP	P25	P75
1. Peso ao nascer	3,10	3,23	0,61	2,87	3,58
2. Peso atual	8,12	7,32	4,59	6,4	9,5
3. Perímetro cefálico	43,0	43,3	3,36	41,0	45,5
4. Comprimento	64,8	66,0	7,10	60,0	69,0
5. Frequência Cardíaca	119,8	120,0	11,51	110,0	124,0
6. Frequência Respiratória	51,0	52,0	9,44	46,0	58,0
7. Temperatura	36,3	36,4	0,24	36,0	36,5

DP - Desvio padrão; P75- Percentil 75; P25- Percentil 25.

Identificamos que as crianças analisadas apresentaram peso médio ao nascer de 3,1 kg, com perímetro cefálico de 43 cm. Verificamos que no momento da consulta as crianças apresentaram peso médio de 8,12 kg, comprimento de 64,8 cm, frequência cardíaca de 119,8 bpm, frequência respiratória de 51 mrm e temperatura de 36,6 °C.

j Com relação à avaliação do estado nutricional das crianças, identificamos um percentual de déficit (<-2 escores z) de 10,3%, 3,4% e 1,7% para os índices altura/idade, peso/idade, e peso/altura, respectivamente. Verificamos um percentual elevado (>2 escores z) de 1,7%, e 8,6% para os índices peso/idade, e peso/altura, respectivamente.

Os dados obtidos neste estudo nos permitiram formular os diagnósticos de enfermagem das crianças acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura, de acordo com os respectivos domínios e classes diagnósticas. Através da análise dos dados, identificamos um total de 27 diagnósticos de enfermagem, 83 características definidoras e 90 fatores relacionados.

Ressaltamos que classificamos os diagnósticos de enfermagem, as características definidoras e os fatores relacionados de acordo com os percentis 25, 50 e 75. Com relação aos diagnósticos de enfermagem, destacamos, nas análises posteriores, somente aqueles que se apresentaram acima do percentil 75. Quanto às características definidoras e fatores relacionados, classificamos dentro dos percentis anteriormente descritos que apresentaram percentual de frequência acima de 25%.

Descrevemos, a seguir, a distribuição das crianças segundo os diagnósticos de enfermagem, domínios e classes diagnósticas identificadas no estudo, em valores absolutos e percentuais. (tabela 6)

Tabela 6 - Distribuição das crianças segundo os diagnósticos de enfermagem e seus respectivos domínios e classes diagnósticas, Fortaleza, 2004.

Domínio	CLASSE	DIAGNÓSTICO	Nº	%	IC 95%
1- Promoção da Saúde	1- Controle da Saúde	Controle eficaz do regime terapêutico	11	19,0	0,1 – 19,0
		Controle familiar ineficaz do regime terapêutico	4	6,9	2,4 – 29,2
2- Nutrição	1- Ingestão	Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	3	5,2	4,2 – 33,7
		Risco para nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	1	1,7	11,1 – 46,3
		Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	4	6,9	2,4 – 29,2
	5- Hidratação	Risco para volume de líquidos deficiente	4	6,9	2,4 – 29,2
3- Eliminação	1- Sistema Urinário	Eliminação urinária prejudicada	3	5,2	4,2 – 33,7
	2- Sistema Gastro-Intestinal	Diarréia	2	3,4	4,2 – 33,7
	4- Sistema Pulmonar	Troca de gases prejudicada	1	1,7	11,1 – 46,3
4 – Atividade / Repouso	1- Sono Repouso	Padrão de sono perturbado	5	8,6	0,9 – 24,3
	4- Respostas Cardiovasculares / Pulmonares	Perfusão cardiopulmonar ineficaz	1	1,7	11,1 – 46,3
7- Relacionamento de Papel	1- Papéis do Cuidador	Tensão devido ao papel de cuidador	5	8,6	0,9 – 24,3
		Risco para paternidade ou maternidade prejudicada	3	5,2	4,2 – 33,7
		Paternidade prejudicada	2	3,4	4,2 – 33,7
	2- Relações familiares	Processos familiares interrompidos	13	22,4	0,1 – 19,0
		Risco para vínculo pai e filho prejudicado	1	1,7	11,1 – 46,3
	3- Desempenho de papel	Amamentação eficaz	27	46,6	0,1 – 19,0
Amamentação ineficaz		16	27,6	0,1 – 19,0	
3- Enfrentamento / Tolerância ao Estresse	2- Respostas de enfrentamento	Amamentação interrompida	7	12,1	0,1 – 19,0
		Medo	2	3,4	4,2 – 33,7
1- Segurança / Proteção	1- Lesão Física	Membrana mucosa oral prejudicada	1	1,7	11,1 – 46,3
		Risco para quedas	36	62,1	0,1 – 19,0
		Integridade da pele prejudicada	9	15,5	0,1 – 19,0
		Risco para Integridade da pele prejudicada	1	1,7	11,1 – 46,3
		Integridade da tissular prejudicada	3	5,2	4,2 – 33,7
		Risco para envenenamento	1	1,7	11,1 – 46,3
		Risco para temperatura corporal desequilibrada	2	3,4	4,2 – 33,7

IC - Intervalo de confiança

Identificamos uma frequência de 168 ocorrências de diagnósticos de enfermagem nas crianças analisadas. Verificamos que 100% das crianças apresentaram, pelo menos, um diagnóstico de enfermagem. Os domínios que mais apresentam diagnósticos, em ordem decrescente, foram:

- Domínio 7 (Relacionamento de Papel), com um total de 8 diagnósticos avaliados (30,0%).
- Domínio 11 (Segurança / Proteção) com um total de 7 diagnósticos avaliados (26,0%).
- Domínio 2 (Nutrição da Saúde) com um total de 4 diagnósticos avaliados (14,8%)
- Domínio 3 (Eliminação) com um total de 3 diagnósticos avaliados (11,0%)

Verificamos que 81,8% dos diagnósticos de enfermagem foram encontrados nos domínios anteriormente citados, evidenciando a necessidade de uma abordagem mais detalhada nas consultas de enfermagem à criança nestes domínios.

As classes diagnósticas que, proporcionalmente, apresentam maior ocorrência foram:

- Classe lesão física - inserida no domínio 11 Segurança / Proteção - com 31,5% (53/168) de respostas positivas.
- Classe desempenho de papel - inserida no domínio 7 Relacionamento de Papel - com 29,7% (50/168) de respostas positivas.
- Classe controle da saúde - inserida no domínio 1 Promoção da Saúde - com 8,9% (15/168) de respostas positivas.

Verificamos que 70,1% dos diagnósticos de enfermagem se encontravam nas classes diagnósticas citadas, apontando para a necessidade de uma abordagem mais atenta nas consultas de enfermagem à criança a estas classes.

De acordo com os critérios estabelecidos, identificamos 6 diagnósticos de enfermagem. (Tabela 7)

Tabela 7 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem identificados nas crianças avaliadas. Fortaleza, 2005.

Diagnósticos de enfermagem	Nº	%	IC 95%	
1 Risco para quedas	36	62,1	48,4 - 74,5	
2 Amamentação eficaz	28	48,3	35,0 - 61,8	
3 Amamentação ineficaz	16	27,6	16,7 - 40,9	
4 Processos familiares interrompidos	13	22,4	12,5 - 35,3	
5 Controle eficaz do regime terapêutico	11	19,0	8,6 - 29,4	
6 Integridade da pele prejudicada	9	15,5	7,3 - 27,4	P 75
7 Amamentação interrompida	7	12,1	5,0 - 23,3	
8 Padrão de sono perturbado	5	8,6	2,9 - 19,0	
9 Controle familiar ineficaz do regime terapêutico	4	6,9	1,9 - 16,7	
10 Tensão devida ao papel de cuidador	4	6,9	1,9 - 16,7	
Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	4	6,9	1,9 - 16,7	
11 Risco para maternidade ou paternidade prejudicada	4	6,9	1,9 - 16,7	
12 Integridade tissular prejudicada	3	5,2	1,1 - 14,4	P 50
13 Risco para maternidade prejudicada	3	5,2	1,1 - 14,4	
14 Risco para temperatura corporal desequilibrada	3	5,2	1,1 - 14,4	
15 Eliminação urinária prejudicada	3	5,2	1,1 - 14,4	
16 Medo	2	3,4	0,4 - 11,9	
17 Paternidade prejudicada	2	3,4	0,4 - 11,9	
18 Risco para volume de líquidos deficiente	2	3,4	0,4 - 11,9	
19 Risco para Integridade da pele prejudicada	1	1,7	0,0 - 9,2	
20 Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz	1	1,7	0,0 - 9,2	P 25
21 Risco para vínculo pais / filho prejudicado	1	1,7	0,0 - 9,2	
22 Risco para envenenamento	1	1,7	0,0 - 9,2	
Risco para nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	1	1,7	0,0 - 9,2	
23 Membrana mucosa oral prejudicada	1	1,7	0,0 - 9,2	
24 Troca de gases prejudicada	1	1,7	0,0 - 9,2	
25 Diarréia	1	1,7	0,0 - 9,2	

IC - Intervalo de confiança; P75- Percentil 75; P50- Percentil 50; P25- Percentil 25.

Dentre os diagnósticos de enfermagem identificados, destacamos, em ordem decrescente de ocorrência, os seis mais frequentes:

O diagnóstico *Risco para quedas*, que está inserido no domínio 11 (Segurança / Proteção), e na Classe 2 (Lesão Física), foi o diagnóstico mais frequente entre as crianças com 62,1% (36/58) de ocorrência.

O diagnóstico *Amamentação eficaz*, inserido no domínio 7 (Relacionamento de Papel), e na Classe 3 (Desempenho de papel), esteve presente em 48,3% (28/58) das crianças.

O diagnóstico *Amamentação ineficaz*, que também está inserido no domínio 7 (Relacionamento de Papel), e na Classe 3 (Desempenho de papel), teve 27,6% (16/58) de ocorrência.

O diagnóstico *Processos familiares interrompidos*, inserido no domínio 7 (Relacionamento de papel), e na Classe 2 (Relações familiares), teve 22,4% (13/58) de ocorrência.

O diagnóstico *Controle eficaz do regime terapêutico*, inserido no domínio 1 (Promoção da saúde), e na Classe 1 (Controle do regime terapêutico), teve 19,0% (11/58) de ocorrência.

O diagnóstico *Integridade da pele prejudicada*, inserido no domínio 11 (Segurança / Proteção), e na Classe 2 (Lesão Física), esteve presente em 15,5% (9/58) das crianças analisadas.

Ainda podemos destacar o fato de que, dentre os seis diagnósticos de enfermagem apresentados com frequência acima do percentil 75, encontramos dois diagnósticos de saúde (*Amamentação eficaz* e *Controle eficaz do regime terapêutico*) e um diagnóstico de risco (*Risco para quedas*).

Considerando que os diagnósticos de enfermagem apresentam abordagem com caráter de promoção de saúde e prevenção de agravos, sem desprezar os fenômenos ligados aos problemas de saúde, podemos destacar que nossos achados abrangem, como diagnósticos destacados os que representam estados de bem-estar e risco de saúde. Isso reforça a necessidade de um olhar mais holístico e não, somente, uma abordagem biologicista.

A partir das 83 características definidoras verificadas, destacamos sete características definidoras, que estavam dentro dos critérios pré-estabelecidos, de acordo com as análises realizadas.

Tabela 8 – Distribuição das características definidoras identificadas nas crianças avaliadas.
Fortaleza, 2005.

Características Definidoras	Nº	%	IC 95%
1 Sucção/deglutição no peito regular e sustentada	27	46,6	33,3 - 60,1
2 Padrão de peso da criança apropriado para a idade	27	46,6	33,3 - 60,1
3 Criança está contente após mamada	27	46,6	33,3 - 60,1
4 A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de agarramento bem-sucedida	27	46,6	33,3 - 60,1
5 Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação	27	46,6	33,3 - 60,1
6 Padrão de eliminação adequado para a idade	27	46,6	33,3 - 60,1
7 Processo de amamentação insatisfatório	15	25,9	15,3 - 39,0
8 Invasão de estruturas do corpo	7	12,1	5,0 - 23,3
9 Mudanças no apoio mútuo	7	12,1	5,0 - 23,3
10 A criança não recebe nutrição no peito por algumas ou todas as mamadas	6	10,3	3,9 - 21,2
11 Mudança na participação e resolução de problemas	6	10,3	3,9 - 21,2
12 Mudança nos padrões de comunicação	6	10,3	3,9 - 21,2
13 Sintomas da doença dentro de uma variação normal de expectativas	5	8,6	2,9 - 19,0
14 Três ou mais despertares durante a noite	5	8,6	2,9 - 19,0
15 Mudanças na satisfação com a família	5	8,6	2,9 - 19,0
16 Verbaliza desejo de controlar o tratamento da doença e a prevenção de seqüelas	4	6,9	1,9 - 16,7
17 Atividades familiares inadequadas para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou prevenção	4	6,9	1,9 - 16,7
18 Destruição de camadas da pele	4	6,9	1,9 - 16,7
19 Mudança na disponibilidade para resposta afetiva e intimidade	4	6,9	1,9 - 16,7
20 Mudanças nas alianças de poder	4	6,9	1,9 - 16,7
21 Conflito familiar	4	6,9	1,9 - 16,7
22 Falta de interesse pela comida	4	6,9	1,9 - 16,7
23 Tecido lesado ou destruído (pele, membranas mucosas).	3	5,2	1,1 - 14,4
24 Mudança na participação na tomada de decisões	3	5,2	1,1 - 14,4
25 Fadiga	3	5,2	1,1 - 14,4
26 Sono perturbado	3	5,2	1,1 - 14,4
27 Peso acima de 20% do ideal para a altura e a compleição	3	5,2	1,1 - 14,4
28 Ingestão de alimentos concentrada no fim do dia	3	5,2	1,1 - 14,4
29 Disúria	3	5,2	1,1 - 14,4
30 Verbaliza intenção de reduzir fatores de risco para a progressão da doença e de seqüelas	2	3,4	0,4 - 11,9

P 75

31	Escolhas apropriadas de atividades diárias para atingir os objetivos de um programa de tratamento ou prevenção	2	3,4	0,4 - 11,9	
32	Suprimento de leite inadequado real ou percebido	2	3,4	0,4 - 11,9	
33	Sucção do peito não sustentada	2	3,4	0,4 - 11,9	
34	Identifica objeto do medo	2	3,4	0,4 - 11,9	
35	Mudança em padrões e em rituais	2	3,4	0,4 - 11,9	
36	Mudança na disponibilidade para apoio emocional	2	3,4	0,4 - 11,9	
37	Mudança nas tarefas designadas	2	3,4	0,4 - 11,9	
38	Em Expressões de conflito entre a família	2	3,4	0,4 - 11,9	
39	Preocupação com a rotina de cuidados	2	3,4	0,4 - 11,9	
40	Enfrentamento individual prejudicado	2	3,4	0,4 - 11,9	
41	Abandono	2	3,4	0,4 - 11,9	P 50
42	Peso corporal 20% ou mais abaixo do ideal	2	3,4	0,4 - 11,9	
43	Relato de ingestão inadequada de comida, menor que a PDR (Porção Diária Recomendada)	2	3,4	0,4 - 11,9	
44	Dor abdominal com patologia	2	3,4	0,4 - 11,9	
45	Diarréia	2	3,4	0,4 - 11,9	
46	Ruidos hidroaéreos intestinais hiperativos	2	3,4	0,4 - 11,9	
47	Pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dia	2	3,4	0,4 - 11,9	
48	Sons intestinais hiperativos	2	3,4	0,4 - 11,9	
49	Dor abdominal	2	3,4	0,4 - 11,9	
50	Tratamento da doença e a prevenção de seqüelas	1	1,7	0,0 - 9,2	
51	Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação	1	1,7	0,0 - 9,2	
52	Incapacidade da criança em prender-se ao peito materno corretamente	1	1,7	0,0 - 9,2	
53	Criança que se arqueia e chora no peito	1	1,7	0,0 - 9,2	
54	Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação	1	1,7	0,0 - 9,2	
55	Criança que exige agitação e chora durante a primeira hora após a amamentação	1	1,7	0,0 - 9,2	
56	Despertares prolongados	1	1,7	0,0 - 9,2	
57	Prazo do início do sono > 30 minutos	1	1,7	0,0 - 9,2	
58	Tempo total de sono menor para o padrão da idade	1	1,7	0,0 - 9,2	
59	Insatisfação com o sono	1	1,7	0,0 - 9,2	
60	Estímulos considerados como ameaça	1	1,7	0,0 - 9,2	
61	Estado de alerta aumentado	1	1,7	0,0 - 9,2	
62	Pulso aumentado	1	1,7	0,0 - 9,2	P 25

63	Rompimento da superfície da pele	1	1,7	0,0 - 9,2
64	Frequência respiratória aumentada, fora dos parâmetros aceitáveis	1	1,7	0,0 - 9,2
65	Dispneia	1	1,7	0,0 - 9,2
66	Apreensão em relação ao futuro no que diz respeito à saúde do receptor dos cuidados e à habilidade do cuidador para fornecer esses cuidados	1	1,7	0,0 - 9,2
67	Preocupação em relação aos membros da família	1	1,7	0,0 - 9,2
68	Dificuldade de realizar/ completar as atividades necessárias	1	1,7	0,0 - 9,2
69	Estresse	1	1,7	0,0 - 9,2
70	Nervosismo aumentado	1	1,7	0,0 - 9,2
71	Impaciência	1	1,7	0,0 - 9,2
72	Falta de vínculo ou vínculo inseguros com a criança	1	1,7	0,0 - 9,2
73	Negligência para com a criança	1	1,7	0,0 - 9,2
74	Rejeição para com a criança	1	1,7	0,0 - 9,2
75	Presença de patógenos	1	1,7	0,0 - 9,2
76	Dor / desconforto oral	1	1,7	0,0 - 9,2
77	Placas brancas	1	1,7	0,0 - 9,2
78	Lesões ou úlceras orais	1	1,7	0,0 - 9,2
79	Hiperemia	1	1,7	0,0 - 9,2
80	Irritabilidade	1	1,7	0,0 - 9,2
81	Dispneia	1	1,7	0,0 - 9,2
82	Cor da pele anormal (palidez)	1	1,7	0,0 - 9,2
83	Frequência da respiração anormal	1	1,7	0,0 - 9,2

IC - Intervalo de confiança; P75- Percentil 75; P50- Percentil 50; P25- Percentil 25.

Identificamos 347 ocorrências de características definidoras distribuídas dentre as 83 características encontradas. Ressaltamos que as 7 características definidoras, dentro dos critérios estabelecidos, representaram 51% (177/347) de todas as ocorrências. Essas características estavam presentes em dois diagnósticos de enfermagem, conforme apresentado a seguir:

- Amamentação eficaz:

1. Sucção/deglutição no peito regular e sustentada;
2. Padrão de peso da criança apropriado para a idade;
3. Criança está contente após mamada;
4. A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de

agarramento bem-sucedida;

5. Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação;
6. Padrão de eliminação adequado para a idade.

- Amamentação ineficaz:

1. Processo de amamentação insatisfatório.

O diagnóstico de enfermagem Risco para quedas, apesar de apresentar a frequência mais elevada dentre os diagnósticos identificados, apresentou múltiplas características definidoras com frequência baixa, influenciando na análise, considerando que os mesmos não estavam acima do corte de 25% de frequência.

Destacamos a seguir os 11 fatores relacionados, dentro dos 90 identificados, que estavam dentro dos critérios pré-estabelecidos, de acordo com as análises realizadas.

j Tabela 9 – Distribuição dos fatores relacionados identificados nas crianças avaliadas. Fortaleza, 2005.

Fatores Relacionados	Nº	%	IC 95%
1 F6. 1. < de 2 anos de idade	36	62,1	48,4 – 74,5
2 F6. 3. Bebê deixado sem vigilância sobre cama (rede)	31	53,4	39,9 – 66,7
3 F5. 1. Idade gestacional da criança maior que 34 semanas	27	46,6	33,3 - 60,1
4 F5. 2. fonte de apoio	27	46,6	33,3 - 60,1
5 F5. 3. Estrutura oral da criança normal	27	46,6	33,3 - 60,1
6 F5. 4. Confiança materna	27	46,6	33,3 - 60,1
7 F5.5. Conhecimento básico sobre amamentação	27	46,6	33,3 - 60,1
8 F5.6. Estrutura mamária normal	27	46,6	33,3 - 60,1
9 F6.4. História de quedas	26	44,8	31,7 - 58,5
10 F6.2. Gênero masculino, quando < 1 ano de idade	22	37,9	25,5 - 51,6
11 F3.1. Criança que recebe alimentação suplementar ou mamadeiras	15	25,9	15,3 - 39,0
12 F14.1. Transição e/ou crise de situação	11	19,0	9,9 - 31,4
13 F11.1. Idades extremas	8	13,8	6,1 - 25,4
14 F11.2. Pigmentação alterada	8	13,8	6,1 - 25,4
15 F4.1. Necessidade de desmamar abruptamente a criança	6	10,3	3,9 - 21,2
16 F11.3. Umidade	6	10,3	3,9 - 21,2
17 F14.4. Alteração do poder de membros da família	6	10,3	3,9 - 21,2
18 F10.2. Falta de coesão da família	5	8,6	2,9 - 19,0
19 F14.3. Modificação nas finanças da família	5	8,6	2,9 - 19,0
20 F2.1. Conflitos de decisão	4	6,9	1,9 - 16,7
21 F3.2. Reflexo pobre de sucção da criança	4	6,9	1,9 - 16,7
22 F7.1. Dieta	4	6,9	1,9 - 16,7
23 F7.2. Início da infância	4	6,9	1,9 - 16,7
24 F10.1. Conflito matrimonial / diminuição da satisfação	4	6,9	1,9 - 16,7
25 F20.1. Incapacidade para ingerir ou digerir comida ou absorver nutrientes causado por fatores biológicos, psicológicos ou econômicos	4	6,9	1,9 - 16,7
26 F23.1. Extremos de idade	4	6,9	1,9 - 16,7
27 F3.4. Interrupção na amamentação	3	5,2	1,1 - 14,4
28 F4.2. Emprego materno	3	5,2	1,1 - 14,4
29 F10.3. Classe socioeconômica baixa	3	5,2	1,1 - 14,4
30 F14.2. Troca de papéis de membros da família	3	5,2	1,1 - 14,4
31 F15.3. Falta de apoio	3	5,2	1,1 - 14,4
32 F15.5. Recursos financeiros insuficientes	3	5,2	1,1 - 14,4
33 F21.1. Ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas	3	5,2	1,1 - 14,4
34 F24.1. Obstrução anatômica	3	5,2	1,1 - 14,4
35 F7.4. Despertar causado por outros	2	3,4	0,4 - 11,9
36 F8.1. Origem natural/ inata	2	3,4	0,4 - 11,9
37 F9.1. Térmico	2	3,4	0,4 - 11,9
38 F10.4. Mudança na unidade familiar	2	3,4	0,4 - 11,9
39 F10.5. Criança não planejada	2	3,4	0,4 - 11,9
40 F10.7. Desemprego	2	3,4	0,4 - 11,9

41	F15.2. História de disfunção familiar	2	3,4	0,4 - 11,9	
42	F15.6. Quantidade de atividades	2	3,4	0,4 - 11,9	
43	F17.2. Falta de coesão da família	2	3,4	0,4 - 11,9	
44	F17.3. Mudança na unidade familiar	2	3,4	0,4 - 11,9	
45	F22.1. Doença ou trauma afetando a regulação da temperatura	2	3,4	0,4 - 11,9	P50
46	F22.3. Extremos de idade	2	3,4	0,4 - 11,9	
47	F23.4. Perdas excessivas por vias normais (diarréia)	2	3,4	0,4 - 11,9	
48	F27.1. Contaminação	2	3,4	0,4 - 11,9	
49	F27.2. Má absorção	2	3,4	0,4 - 11,9	
50	F27.3. Irritação	2	3,4	0,4 - 11,9	
51	F3.3. Anomalia do peito materno	1	1,7	0,0 - 9,2	
52	F3.5. Prematuridade	1	1,7	0,0 - 9,2	
53	F3.6. Déficit de conhecimento	1	1,7	0,0 - 9,2	
54	F4.3. Doença da criança	1	1,7	0,0 - 9,2	
55	F4.4. Prematuridade	1	1,7	0,0 - 9,2	
56	F7.3. Temperatura, umidade ambiente	1	1,7	0,0 - 9,2	
57	F8.2. Separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante: hospitalização.	1	1,7	0,0 - 9,2	
58	F9.2. Agentes irritantes, substâncias químicas (inclusive excreções corporais, secreções, medicações)	1	1,7	0,0 - 9,2	
59	F9.3. Mecânico (pressão)	1	1,7	0,0 - 9,2	
60	F10.6. Pouca idade	1	1,7	0,0 - 9,2	
61	F10.8. Baixa auto-estima	1	1,7	0,0 - 9,2	
62	11.4. Estado metabólico alterado	1	1,7	0,0 - 9,2	
63	11.5. Fatores de desenvolvimento	1	1,7	0,0 - 9,2	
64	11.6. Circulação alterada	1	1,7	0,0 - 9,2	
65	F12.1. Idades extremas	1	1,7	0,0 - 9,2	
66	F12.2. Pigmentação alterada	1	1,7	0,0 - 9,2	
67	F12.3. Alteração no turgor da pele	1	1,7	0,0 - 9,2	P25
68	Mudanças no estado nutricional	1	1,7	0,0 - 9,2	
69	Problemas de troca	1	1,7	0,0 - 9,2	
70	Alta hospitalar de membros da família para casa, com necessidades significativas de cuidados	1	1,7	0,0 - 9,2	
71	Recreação insuficiente	1	1,7	0,0 - 9,2	
72	História de relacionamento ruim	1	1,7	0,0 - 9,2	
73	Separação	1	1,7	0,0 - 9,2	
74	Ambiente doméstico pobre	1	1,7	0,0 - 9,2	
75	Presença de estresse: financeiro	1	1,7	0,0 - 9,2	
76	Pais solteiros	1	1,7	0,0 - 9,2	
77	Dificuldades financeiras	1	1,7	0,0 - 9,2	
78	Baixa auto-estima	1	1,7	0,0 - 9,2	
79	Produtos perigosos colocados ou guardados ao alcance de crianças	1	1,7	0,0 - 9,2	
80	Produtos perigosos colocados ou guardados ao alcance de crianças ou pessoas confusas	1	1,7	0,0 - 9,2	
81	Falta de precauções adequadas	1	1,7	0,0 - 9,2	

82	Relato de uso de alimentos sólidos como a maior fonte de alimentos antes dos cinco meses de idade	1	1,7	0,0 - 9,2
83	Extremos de peso	1	1,7	0,0 - 9,2
84	Taxa metabólica alterada	1	1,7	0,0 - 9,2
85	Desvios que afetam o acesso, a ingestão ou a absorção de líquidos	1	1,7	0,0 - 9,2
86	Perda de líquidos por vias anormais (vômito)	1	1,7	0,0 - 9,2
87	Iritantes químicos (alimentos ácidos)	1	1,7	0,0 - 9,2
88	Higiene oral ineficaz	1	1,7	0,0 - 9,2
89	Desequilíbrio da ventilação-perfusão	1	1,7	0,0 - 9,2
90	Mudanças da membrana alvéolo-capilar	1	1,7	0,0 - 9,2

IC- Intervalo de confiança; P75- Percentil 75; P50- Percentil 50; P25- Percentil 25.

Os 11 fatores relacionados, identificados no estudo, se apresentaram em 292 vezes, em um total de 471, representando 62% de todas as ocorrências verificadas nas crianças analisadas. Esses fatores estavam presentes em três diagnósticos de enfermagem, distribuídos conforme descritos a seguir:

- Risco para quedas

1. < de 2 anos de idade
2. Bebê deixado sem vigilância sobre cama (rede)
3. História de quedas
4. Gênero masculino, quando < 1 ano de idade

- Amamentação eficaz

1. Idade gestacional da criança maior que 34 semanas
2. Fonte de apoio
3. Estrutura oral da criança normal
4. Confiança materna
5. Conhecimento básico sobre amamentação
6. Estrutura mamária normal

- Amamentação ineficaz

1. Criança que recebe alimentação suplementar ou mamadeiras

Realizamos o cruzamento dos seis diagnósticos de enfermagem mais frequentes com relação às variáveis socioeconômicas da criança e da mãe, e variáveis relacionadas à saúde e nutrição, que iremos mostrar nas tabelas a seguir:

Tabela 10 - Distribuição do diagnóstico de enfermagem Risco para quedas segundo dados sócio-econômicos, Fortaleza, 2005.

Dados sócio-econômicos	Risco para quedas						Estatísticas
	Presente		Ausente		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sexo							
Feminino	16	61,5	10	38,5	26	100	$p = 0,940^{(3)}$ Phi (valor p) = -0,100 [0,940] OR (IC 95%) = 0,960 [0,331 – 2,788]
Masculino	20	62,5	12	37,5	32	100	
Total	36	62,1	22	37,9	58	100	
Idade (meses)							
0 a 6	18	47,4	20	52,6	38	100	$p = 0,021^{(4)}$ $P = 0,000^{(5)}$
7 a 12	18	90	2	10	20	100	
Total	36	62,1	22	37,9	58	100	
Estado civil							
Com companheiro	30	61,2	19	38,4	49	100	$p = 1,000^{(1)}$ Phi (valor p) = -0,410 [0,757] OR (IC 95%) = 0,789 [0,176 – 3,539]
Sem companheiro	6	66,7	3	33,3	9	100	
Total	36	62,1	22	37,9	58	100	
Escolaridade							
Analfabeto	1	100	0	0,0	1	100	$p = 0,447^{(2)}$ Phi (valor p) = 0,253 [0,447]
Fundamental incompleto	16	69,6	7	30,4	23	100	
Fundamental completo	5	62,5	3	37,5	8	100	
Médio incompleto	7	43,8	9	56,3	16	100	
Médio completo	7	70	3	30	10	100	
Total	36	62,1	22	37,9	58	100	
Religião							
Católica	27	57,4	20	42,6	47	100	$p = 0,178^{(1)}$ Phi (valor p) = -0,197 [0,134] OR (IC 95%) = 0,300 [0,058 – 1,543]
Não católica	9	81,8	2	18,2	11	100	
Total	36	62,11	22	37,9	58	100	
Ocupação							
Do Lar	31	64,6	17	35,4	48	100	$p = 0,481^{(1)}$ Phi (valor p) = 0,114 [0,387] OR (IC 95%) = 1,824 [0,462 – 7,201]
Outros	5	50	5	50	10	100	
Total	36	62,1	22	37,9	58	100	
Renda (R\$)							
0 a 100	27	69,2	12	30,8	39	100	$p = 0,152^{(4)}$ $p = 0,071^{(6)}$
101 a 200	8	53,3	7	46,7	15	100	
201 a 300	1	25	3	75	4	100	
Total	36	62,1	22	37,9	58	100	
Problema de saúde							
Não	21	63,6	12	36,4	33	100	$p = 0,080^{(3)}$ Phi (valor p) = 0,037 [0,777] OR (IC 95%) = 1,167 [0,412 – 3,638]
Sim	15	60	10	40	25	100	
Total	36	62,1	22	37,9	58	100	
Faz uso de medicamento							
Não	23	63,9	13	36,1	36	100	$p = 0,134^{(3)}$ Phi (valor p) = 0,048 [0,715] OR (IC 95%) = 1,225 [0,412 – 3,638]
Sim	13	59,1	9	40,9	22	100	
Total	36	62,1	22	37,9	58	100	
Preparo do leite							
Correto	14	82,4	3	17,6	17	100	$p = 0,342^{(2)}$ Phi (valor p) = 0,342 [0,079]
Incorreto	11	68,8	5	31,2	16	100	
Não se aplica	11	44	14	56	25	100	
Total	36	62,1	22	37,9	58	100	

(1) Teste Exato de Fisher ; (2) Teste da Razão de verossimilhança ; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson ; (4) Teste de Levene ; (5) Teste t para variâncias desiguais ; (6) Teste t para variâncias iguais.

Segundo a *North American Nursing Diagnoses Association* - NANDA (2002), o diagnóstico de enfermagem Risco para quedas é definido como “susceptibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”.

No estudo, esse diagnóstico foi encontrado em 36 crianças, o que equivale a 62,1% das crianças analisadas, sendo presente em 55,5 % das crianças do sexo masculino (20/36) e 44,5% (16/36) do sexo feminino. Não houve associação estatisticamente significativa entre o Risco para quedas e a variável sexo.

Identificamos uma maior frequência do diagnóstico na faixa etária de 7 a 12 meses, com 90% das crianças desta faixa etária apresentando o diagnóstico. Com relação à idade identificou-se diferença estatisticamente significativa entre a média de idade das crianças com e sem o diagnóstico Risco para quedas ($p= 0,000$). Crianças que apresentaram o diagnóstico eram mais velhas, com uma média de idade de 6,8 meses e desvio padrão de 2,9 meses. Crianças sem o diagnóstico apresentaram média de idade de 3,0 meses com desvio padrão de 1,9 meses.

Com relação às mães das crianças com Risco para quedas, verificamos que 83,3% eram casadas, 44,4% tinham o ensino fundamental incompleto e apenas 2,8% (1/36) eram analfabetas. Não houve associação estatisticamente significativa entre o Risco para quedas e as variáveis estado civil e escolaridade.

Em relação à religião, 75% (27/36), das mães das crianças que apresentaram o diagnóstico Risco para quedas, eram católicas e 25% (9/36) não católicas. Quanto à ocupação identificamos que 86,17% (30/36) tinham como ocupação os afazeres do lar e 13,9% (5/36) relataram ter alguma ocupação externa ao lar. Não houve associação estatisticamente significativa entre o Risco para quedas e as variáveis religião e ocupação.

De acordo com a renda, crianças que apresentaram o diagnóstico Risco para quedas apresentaram renda per capita média de R\$ 91,68, com desvio padrão de 47,47. Dos que não apresentaram o diagnóstico, a renda per capita média de R\$ 119,47 com desvio padrão de 67,25. Não houve associação estatisticamente significativa entre o Risco para quedas e a variável renda familiar.

Identificamos que 41,7% (15/36) das crianças apresentavam algum tipo de problema de saúde, e 36,1% (13/36) estavam fazendo uso de algum tipo de medicação.

Não houve associação estatisticamente significativa entre o Risco para quedas e a variável problema de saúde e uso de medicamento.

Quanto ao preparo de leite, identificamos que 38,8% (14/36) das crianças faziam uso de leite artificial com preparo correto, enquanto que 30,6% (11/36) faziam uso de leite com preparo incorreto e 30,6% (11/36) faziam uso de aleitamento materno exclusivo. Não houve associação estatisticamente significativa entre o Risco para quedas e a variável preparo do leite.

Tabela 11 - Distribuição do diagnóstico de enfermagem Amamentação eficaz segundo dados sócio-econômicos. Fortaleza, 2005.

Dados sócio-econômicos	Amamentação eficaz						Estatísticas
	Presente		Ausente		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sexo							
Feminino	12	46,2	14	53,8	26	100	$p = 0,771^{(3)}$
Masculino	16	50	16	50	32	100	Phi (valor p) = -0,038 [0,771]
Total	28	48,3	30	51,7	58	100	OR (IC 95%) = 0,857 [0,304 - 2,417]
Idade (meses)							
0 a 6	22	57,9	16	42,1	38	100	$p = 0,759^{(4)}$
7 a 12	6	30	14	70	20	100	$p = 0,010^{(5)}$
Total	28	48,3	30	51,7	58	100	
Estado civil							
Com companheiro	24	49	25	51	49	100	$p = 1,000^{(1)}$
Sem companheiro	4	44,4	5	55,6	9	100	Phi (valor p) = 0,330 [0,802]
Total	28	48,3	30	51,7	58	100	OR (IC 95%) = 1,200 [0,287 - 5,010]
Escolaridade							
Analfabeto	0	0	1	100	1	100	
Fundamental incompleto	12	52,2	11	47,5	23	100	$p = 0,310^{(2)}$
Fundamental completo	4	50	4	50	8	100	Phi (valor p) = 0,310 [0,233]
Médio incompleto	10	62,5	6	37,5	16	100	
Médio completo	2	20	8	80	10	100	
Total	28	48,3	30	51,7	58	100	
Religião							
Católica	21	44,7	26	55,3	47	100	$p = 0,257^{(3)}$
Não católica	7	63,6	4	60	11	100	Phi (valor p) = -0,149 [0,257]
Total	28	48,3	30	51,7	58	100	OR (IC 95%) = 0,462 [0,119 - 1,792]
Ocupação							
Do Lar	24	50	24	50	48	100	$p = 0,732^{(1)}$
Outros	4	40	6	60	10	100	Phi (valor p) = 0,565 [0,076]
Total	28	48,3	30	51,7	58	100	OR (IC 95%) = 1,500 [0,375 - 5,998]
Renda (R\$)							
0 a 100	20	51,3	19	48,7	39	100	$p = 0,855^{(4)}$
101 a 200	6	40,3	9	60	15	100	$p = 0,550^{(5)}$
201 a 300	2	50	2	50	4	100	
Total	28	48,3	30	51,7	58	100	
Problema de saúde							
Não	17	51,5	16	48,5	33	100	$p = 0,571^{(3)}$
Sim	11	44	14	56	25	100	Phi (valor p) = 0,740 [0,571]
Total	28	48,3	30	51,7	58	100	OR (IC 95%) = 1,352 [0,476 - 3,841]
Faz uso de medicamento							
Não	20	55,6	16	44,4	36	100	$p = 0,156^{(3)}$
Sim	8	36,4	14	63,6	22	100	Phi (valor p) = 0,186 [0,156]
Total	28	48,3	30	51,7	58	100	OR (IC 95%) = 2,188 [0,736 - 6,502]
Preparo do leite							
Correto	6	35,3	11	64,7	17	100	$p = 0,593^{(2)}$
Incorreto	2	12,5	14	87,5	16	100	Phi (valor p) = 0,593 [0,000]
Não se aplica	20	80	5	20	25	100	
Total	28	48,3	30	51,7	58	100	

(1) Teste Exato de Fisher ; (2) Teste da Razão de verossimilhança ; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson ; (4) Teste de Levene ; (5) Teste t para variâncias iguais.

Segundo a *North American Nursing Diagnoses Association* - NANDA (2002), o diagnóstico de enfermagem Amamentação eficaz é definido como “binômio mãe-filho / família demonstra adequada proficiência e satisfação com o processo de amamentação”.

No estudo, esse diagnóstico foi encontrado em 28 crianças, equivalente a 48,3% das crianças analisadas, sendo presente em 50% das crianças do sexo masculino (16/28) e 46,2% (12/28) do sexo feminino. Não identificamos associação estatisticamente significativa entre a Amamentação eficaz e a variável sexo.

Observamos uma maior frequência do diagnóstico na faixa etária de 0 a 6 meses, com 57,9% (22/28) das crianças nesta faixa etária. Em relação à idade identificou-se diferença estatisticamente significativa entre a média de idade das crianças com e sem o diagnóstico Amamentação eficaz ($p= 0,010$). Crianças que apresentaram o diagnóstico eram mais novas, com uma média de idade de 4,3 meses e desvio padrão de 3,1 meses. Crianças sem o diagnóstico apresentaram média de idade de 6,4 meses com desvio padrão de 3,0 meses.

Com relação ao estado civil das mães, identificamos que 85,7% (24/28) eram casadas, e em relação à escolaridade, 42,8% (12/28) tinham o ensino fundamental incompleto e 35,7% (10/28) tinham ensino médio incompleto. Não observamos associação estatisticamente significativa entre a Amamentação eficaz e as variáveis estado civil e escolaridade.

Quanto à religião, 75% (21/28) das mães eram católicas e 25% (7/28) não católicas. Identificamos que 85,7% (24/28) tinham por ocupação os afazeres do lar e 14,3% (4/28) relataram ter alguma ocupação externa ao lar. Não houve associação estatisticamente significativa entre a Amamentação eficaz e as variáveis religião e ocupação.

De acordo com a renda, identificamos que crianças que apresentaram o diagnóstico Amamentação eficaz apresentaram renda per capita média de R\$ 97,54, com desvio padrão de 57,84. Dos que não apresentaram o diagnóstico, a renda per capita média de R\$ 106,59 com desvio padrão de 56,59. Não houve associação estatisticamente significativa entre a Amamentação eficaz e a variável renda familiar.

Identificamos que 39,3% (11/28) das crianças apresentavam algum tipo de problema de saúde, e 39,3% (8/28) estavam fazendo uso de algum tipo de medicação. Não

observamos associação estatisticamente significativa entre a Amamentação eficaz e as variáveis: problema de saúde e uso de medicamento.

Quanto ao preparo de leite, identificamos que 21,4% (6/28) das crianças faziam uso de leite artificial com preparo correto, enquanto que 7,2% (2/28) faziam uso de leite com preparo incorreto. Verificamos que 71,4% (20/28) das crianças que apresentaram o diagnóstico Amamentação eficaz faziam uso de aleitamento materno exclusivo. Não houve associação estatisticamente significativa entre a Amamentação eficaz e a variável, preparo do leite.

Tabela 12 - Distribuição do diagnóstico de enfermagem Amamentação ineficaz segundo dados sócio-econômicos. Fortaleza, 2005.

Dados sócio-econômicos	Amamentação ineficaz						Estatísticas
	Presente		Ausente		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sexo							
Feminino	7	26,9	19	73,1	26	100	$p = 0,919^{(3)}$
Masculino	9	28,1	23	71,9	32	100	Phi (valor p) = -0,013 [0,919]
Total	16	27,6	42	72,4	58	100	OR (IC 95%) = 0,942 [0,295 - 3,002]
Idade (meses)							
0 a 6	11	28,9	27	71,1	38	100	$p = 0,025^{(4)}$
7 a 12	5	25	15	75	20	100	$p = 0,899^{(5)}$
Total	16	27,6	42	72,4	58	100	
Estado civil							
Com companheiro	13	26,5	36	73,5	49	100	$p = 0,696^{(1)}$
Sem companheiro	3	33,3	6	66,7	9	100	Phi (valor p) = -0,055 [0,675]
Total	16	27,6	42	72,4	58	100	OR (IC 95%) = 0,722 [0,157 - 3,316]
Escolaridade							
Analfabeto	0	0	1	100	1	100	
Fundamental incompleto	6	26,1	17	73,9	23	100	$p = 0,248^{(2)}$
Fundamental completo	2	25	6	75	8	100	Phi (valor p) = 0,248 [0,467]
Médio incompleto	3	18,8	13	81,3	16	100	
Médio completo	5	50	5	50	10	100	
Total	16	27,6	42	72,4	58	100	
Religião							
Católica	14	29,8	33	70,2	47	100	$p = 0,710^{(1)}$
Não católica	2	18,2	9	81,8	11	100	Phi (valor p) = 0,102 [0,438]
Total	16	27,6	42	72,4	58	100	OR (IC 95%) = 1,909 [0,365 - 9,988]
Ocupação							
Do Lar	13	27,1	35	72,9	48	100	$p = 1,000^{(1)}$
Outros	3	30	7	70	10	100	Phi (valor p) = -0,025 [0,851]
Total	16	27,6	42	72,4	58	100	OR (IC 95%) = 0,867 [0,194 - 3,864]
Renda (R\$)							
0 a 100	13	33,3	26	66,7	39	100	
101 a 200	2	13,3	13	86,7	15	100	$p = 0,462^{(4)}$
201 a 300	1	25	3	75	4	100	$p = 0,515^{(5)}$
Total	16	27,6	42	72,4	58	100	
Problema de saúde							
Não	9	27,3	24	72,7	33	100	$p = 0,951^{(3)}$
Sim	7	28	18	72	25	100	Phi (valor p) = -0,008 [0,951]
Total	16	27,6	42	72,4	58	100	OR (IC 95%) = 0,964 [0,302 - 3,081]
Faz uso de medicamento							
Não	10	27,8	26	72,2	36	100	$p = 0,967^{(3)}$
Sim	6	27,3	16	72,7	22	100	Phi (valor p) = 0,005 [0,967]
Total	16	27,6	42	72,4	58	100	OR (IC 95%) = 1,026 [0,313 - 3,366]
Preparo do leite							
Correto	6	35,3	11	64,7	17	100	$p = 0,317^{(2)}$
Incorreto	7	43,8	9	56,3	16	100	Phi (valor p) = 0,317 [0,120]
Não se aplica	3	12	22	88	25	100	
Total	16	27,6	42	72,4	58	100	

(1) Teste Exato de Fisher ; (2) Teste da Razão de verossimilhança ; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson ; (4) Teste de Levene ; (5) Teste t para variâncias iguais.

Segundo a *North American Nursing Diagnoses Association - NANDA* (2002), o diagnóstico de enfermagem *Amamentação ineficaz* é definido como “insatisfação ou dificuldade que uma mãe, bebê ou criança experimenta com o processo de amamentação”.

No estudo, esse diagnóstico foi encontrado em 16 crianças, o que representa a 27,6% das crianças analisadas, sendo presente em 56,2% das crianças do sexo masculino (9/16) e 43,8% (7/16) do sexo feminino. Não identificamos associação estatisticamente significativa entre a *Amamentação ineficaz* e a variável sexo.

Em relação à idade, crianças que apresentaram o diagnóstico *Amamentação ineficaz* apresentaram idade média de 5,3 meses, com desvio padrão de 2,2. Os que não apresentaram o diagnóstico, tinham idade média de 5,4 meses com desvio padrão de 3,5. Não identificamos associação estatisticamente significativa entre a *Amamentação ineficaz* e a variável idade.

Em relação às mães, identificamos que 81,3% (13/16) tinham companheiro, e quanto à escolaridade, observamos que 37,5% (6/16) tinham o ensino fundamental incompleto e 31,3% (5/16) tinham ensino médio incompleto. Não observamos associação estatisticamente significativa entre a *Amamentação ineficaz* e as variáveis estado civil e escolaridade.

Quanto à religião, 87,5% (14/16) das mães eram católicas e 12,5% (2/16) não católicas. Em relação à ocupação identificamos que 81,3% (13/16) eram responsáveis pelos afazeres do lar e 18,7% (3/16) relataram ter alguma ocupação externa. Não houve associação estatisticamente significativa entre a *Amamentação ineficaz* e as variáveis religião e ocupação.

As crianças que apresentaram o diagnóstico *Amamentação ineficaz* apresentaram renda per capita média de R\$ 94,26, com desvio padrão de 53,88. Os que não apresentaram o diagnóstico, a renda per capita média de R\$ 105,26 com desvio padrão de 58,32. Não houve associação estatisticamente significativa entre a *Amamentação ineficaz* e a variável renda familiar.

Identificamos que 43,7% (7/16) das crianças apresentavam algum tipo de problema de saúde, e 37,5% (6/16) estavam fazendo uso de algum tipo de medicação. Não observamos associação estatisticamente significativa entre a *Amamentação ineficaz* e as variáveis problema de saúde e uso de medicamento.

/ Em relação ao preparo de leite, identificamos que 43,8% (7/16) das crianças faziam uso de leite artificial com preparo feito de maneira incorreta, enquanto que 37,5% (6/16) faziam uso de leite com preparo correto. Não houve associação estatisticamente significativa entre a Amamentação ineficaz e a variável, preparo do leite.

Não identificamos associação entre as variáveis estudadas e o diagnóstico de enfermagem, Amamentação ineficaz.

Tabela 13 - Distribuição do diagnóstico de enfermagem Processos familiares interrompidos segundo dados sócio-econômicos, Fortaleza, 2005.

Dados sócio-econômicos	Processos familiares interrompidos						Estatísticas
	Presente		Ausente		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sexo							$p = 0,073^{(3)}$
Feminino	3	11,5	23	88,5	26	100	Phi (valor p) = -0,235 [0,073] OR (IC 95%) = 0,287 [0,070 – 1,183]
Masculino	10	31,3	22	68,8	32	100	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100	
Idade (meses)							$p = 0,506^{(4)}$
0 a 6	9	23,7	29	76,3	38	100	$p = 0,339^{(5)}$
7 a 12	4	20	16	80	20	100	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100	
Estado civil							$p = 0,404^{(1)}$
Com companheiro	10	20,4	39	79,6	49	100	Phi (valor p) = -0,112 [0,393] OR (IC 95%) = 0,523 [0,109 – 2,417]
Sem companheiro	3	33,3	6	68,8	9	100	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100	
Escolaridade							$p = 0,210^{(2)}$
Analfabeto	0	0	1	100	1	100	Phi (valor p) = 0,210 [0,635]
Fundamental incompleto	4	17,4	19	82,6	23	100	
Fundamental completo	2	25	6	75	8	100	
Médio incompleto	3	18,8	13	81,3	16	100	
Médio completo	4	40	6	60	10	100	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100	
Religião							$p = 0,696^{(1)}$
Católica	10	21,3	37	78,7	47	100	Phi (valor p) = -0,056 [0,668] OR (IC 95%) = 0,721 [0,161 – 3,229]
Não católica	3	27,3	8	72,7	11	100	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100	
Ocupação							$p = 0,208^{(1)}$
Do Lar	9	18,8	39	81,3	48	100	Phi (valor p) = -0,192 [0,143] OR (IC 95%) = 0,343 [0,081 – 1,488]
Outros	4	40	6	60	10	100	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100	
Renda (R\$)							$p = 0,445^{(4)}$
0 a 100	7	17,9	32	82,1	39	100	$p = 0,391^{(5)}$
101 a 200	6	40	9	60	15	100	
201 a 300	0	0	4	100	4	100	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100	
Problema de saúde							$p = 0,375^{(3)}$
Não	6	18,2	27	81,8	33	100	Phi (valor p) = -0,117 [0,375] OR (IC 95%) = 0,571 [0,165 – 1,980]
Sim	7	28	18	72	25	100	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100	
Faz uso de medicamento							$p = 1,000^{(1)}$
Não	8	22,2	28	77,8	36	100	Phi (valor p) = 0,006 [0,964] OR (IC 95%) = 0,971 [0,273 – 3,457]
Sim	5	22,7	17	77,3	22	100	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100	
Preparo do leite							$p = 0,188^{(2)}$
Correto	5	29,4	12	70,6	17	100	Phi (valor p) = 0,188 [0,562]
Incorreto	4	25	12	75	16	100	
Não se aplica	4	16	21	84	25	100	
Total	13	22,4	45	77,6	58	100	

(1) Teste Exato de Fisher ; (2) Teste da Razão de verossimilhança ; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson ; (4) Teste de Levene ; (5) Teste t para variâncias iguais.

Segundo a *North American Nursing Diagnoses Association - NANDA (2002)*, o diagnóstico de enfermagem Processos familiares interrompidos é definido como “mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família”.

No estudo, esse diagnóstico foi encontrado em 13 crianças, o que equivale a 22,4% das crianças analisadas, estando presente em 31,3% das crianças do sexo masculino (10/13) e 11,5% (3/13) do sexo feminino. Não identificamos associação estatisticamente significativa entre Processos familiares interrompidos e a variável sexo.

Quanto à idade, crianças que apresentaram o diagnóstico Processos familiares interrompidos apresentaram idade média de 4,6 meses, com desvio padrão de 2,7. Das que não apresentaram o diagnóstico, a idade média de 5,6 meses com desvio padrão de 3,3. Não observamos associação estatística significativa entre a Processos familiares interrompidos e a variável idade.

Quanto ao estado civil das mães, identificamos que 76,9% (10/13) eram casadas. Em relação à escolaridade, 30,8% (4/13) tinham o ensino fundamental incompleto e ensino médio completo (4/13). Não observamos associação estatisticamente significativa entre a Processos familiares interrompidos e as variáveis estado civil e escolaridade.

Verificamos que 76,9% (10/13) das mães eram católicas e 23,1% (3/13) não católicas. Em relação à ocupação identificamos que 69,2% (9/13) eram responsáveis pelos afazeres domésticos e 30,8% (4/28) relataram ter alguma ocupação fora do lar. Não houve associação estatisticamente significativa entre a Processos familiares interrompidos e as variáveis religião e ocupação.

De acordo com a renda, crianças que apresentaram o diagnóstico Processos familiares interrompidos apresentaram renda per capita média de R\$ 9,19, com desvio padrão de 60,43. Dos que não apresentaram o diagnóstico, a renda per capita média de R\$ 105,70 com desvio padrão de 56,03. Não houve associação estatisticamente significativa entre Processos familiares interrompidos e a variável renda familiar.

Verificamos que 53,8% (7/13) das crianças apresentavam algum tipo de problema de saúde, e 38,5% (5/13) estavam fazendo uso de algum tipo de medicação. Não observamos associação estatisticamente significativa entre Processos familiares interrompidos e as variáveis problema de saúde e uso de medicamento.

Com relação ao preparo de leite, identificamos que 38,5% (5/13) das crianças faziam uso de leite artificial com preparo correto, enquanto que 30,8% (4/28) faziam uso de leite com preparo incorreto. Verificamos que 30,8% (4/13) das crianças que apresentaram o diagnóstico, Processos familiares interrompidos faziam uso de aleitamento materno exclusivo. Não houve associação estatisticamente significativa entre Processos familiares interrompidos e a variável, preparo do leite.

Não foi verificada associação entre as variáveis estudadas e o diagnóstico de enfermagem, Processos familiares interrompidos.

Tabela 14 - Distribuição do diagnóstico de enfermagem Controle eficaz do regime terapêutico segundo dados sócio-econômicos, Fortaleza, 2005.

Dados sócio-econômicos	Controle eficaz do regime terapêutico						Estatísticas
	Presente		Ausente		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sexo							
Feminino	6	23,1	20	76,9	26	100	$p = 0,319^{(1)}$ Phi (valor p) = 0,139 [0,289] OR (IC 95%) = 2,100 [0,523 – 8,424]
Masculino	4	12,5	28	87,5	32	100	
Total	10	17,2	48	82,8	58	100	
Idade (meses)							
0 a 6	6	15,8	32	84,2	38	100	$p = 0,028^{(4)}$ $p = 0,195^{(5)}$
7 a 12	4	20	16	80	20	100	
Total	10	17,2	48	82,8	58	100	
Estado civil							
Com companheiro	8	16,3	41	83,7	49	100	$p = 0,646^{(1)}$ Phi (valor p) = -0,057 [0,667] OR (IC 95%) = 0,683 [0,119 – 3,909]
Sem companheiro	2	22,2	7	77,8	9	100	
Total	10	17,2	48	82,8	58	100	
Escolaridade							
Analfabeto	0	0	1	100	1	100	$p = 0,232^{(2)}$ Phi (valor p) = 0,232 [0,536]
Fundamental incompleto	4	17,4	19	82,6	23	100	
Fundamental completo	3	37,5	5	62,5	8	100	
Médio incompleto	2	12,5	14	87,5	16	100	
Médio completo	1	10	9	90	10	100	
Total	10	17,2	48	82	58	100	
Religião							
Católica	8	17	39	83	47	100	$p = 1,000^{(1)}$ Phi (valor p) = -0,012 [0,927] OR (IC 95%) = 0,923 [0,167 – 5,107]
Não católica	2	18,2	9	81,8	11	100	
Total	10	17,2	48	82,8	58	100	
Ocupação							
Do Lar	9	18,8	39	81,3	48	100	$p = 0,675^{(1)}$ Phi (valor p) = 0,880 [0,505] OR (IC 95%) = 2,077 [0,233 – 18,547]
Outros	1	10	9	90	10	100	
Total	10	17,2	48	82,8	58	100	
Renda (R\$)							
0 a 100	7	17,9	32	82,1	39	100	$p = 0,551^{(4)}$ $p = 0,922^{(5)}$
101 a 200	3	20	12	80	15	100	
201 a 300	0	0	4	100	4	100	
Total	10	17,2	48	82,8	50	100	
Problema de saúde							
Não	2	6,1	31	93,9	33	100	$p = 0,014^{(1)}$ Phi (valor p) = -0,340 [0,000] OR (IC 95%) = 1,137 [0,026 – 0,720]
Sim	8	32	17	68	25	100	
Total	10	17,2	48	82,8	58	100	
Faz uso de medicamento							
Não	0	0	36	100	36	100	$p = 0,000^{(1)}$ Phi (valor p) = -0,584 [0,000] OR (IC 95%) = 1,833 [1,252 – 2,685]
Sim	10	45,5	12	54,5	22	100	
Total	10	17,2	48	82,8	58	100	
Preparo do leite							
Correto	3	17,6	14	82,4	17	100	$p = 0,389^{(2)}$ Phi (valor p) = 0,389 [0,032]
Incorreto	6	37,5	10	62,5	16	100	
Não se aplica	1	4	24	96	25	100	
Total	10	17,2	48	82,8	58	100	

(1) Teste Exato de Fisher ; (2) Teste da Razão de verossimilhança ; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson ; (4) Teste de Levene ; (5) Teste t para variâncias iguais.

Segundo a *North American Nursing Diagnoses Association* - NANDA (2002), o diagnóstico de enfermagem *Controle eficaz do regime terapêutico* é definido como “padrão de regulação e integração à vida diária de um programa de tratamento de doenças e suas seqüelas que é satisfatório para atingir objetivos específicos de saúde”.

O diagnóstico foi encontrado em 10 crianças, o que equivale a 17,2% das crianças analisadas, sendo presente em 23,1% das crianças do sexo feminino (6/10) e em 12,5% (4/10) do sexo masculino. Não identificamos associação estatisticamente significativa entre o *Controle eficaz do regime terapêutico* e a variável sexo.

Verificamos que crianças com o diagnóstico *Controle eficaz do regime terapêutico* apresentaram idade média de 6,6 meses, com desvio padrão de 1,9. As que não apresentaram o diagnóstico, tinham idade média de 5,1 meses com desvio padrão de 3,3. Não houve associação estatisticamente significativa entre o *Controle eficaz do regime terapêutico* e a variável renda familiar.

Identificamos que 80% (8/10) das mães eram casadas. Em relação à escolaridade, 40% (4/10) tinham o ensino fundamental incompleto e 30% (10/28) tinham ensino fundamental completo. Não observamos associação estatisticamente significativa entre o *Controle eficaz do regime terapêutico* e as variáveis estado civil e escolaridade.

Quanto à religião, 80% (8/10) das mães eram católicas e 20% (2/10) não católicas, 90% (9/10) tinham como ocupação as tarefas domésticas e 10% (1/10) relataram ter alguma ocupação externa ao lar. Não houve associação estatisticamente significativa entre o *Controle eficaz do regime terapêutico* e as variáveis religião e ocupação.

De acordo com a renda, crianças que apresentaram o diagnóstico *Controle eficaz do regime terapêutico* apresentaram renda per capita média de R\$ 100,59, com desvio padrão de 42,48. Das que não apresentaram o diagnóstico, a renda per capita média de R\$ 102,56 com desvio padrão de 59,81. Não houve associação estatisticamente significativa entre o *Controle eficaz do regime terapêutico* e a variável renda familiar.

Observamos uma frequência de 80% (8/10) do diagnóstico *Controle eficaz do regime* em crianças com problemas de saúde. Em relação ao problema de saúde, identificou-se diferença estatisticamente significativa entre a média das crianças que apresentavam problema de saúde com e sem o diagnóstico *Controle eficaz do regime* ($p=$

0,014). Crianças que fazem uso de medicamento têm 83% mais chance de apresentarem o diagnóstico Controle ineficaz do regime terapêutico que as que não usam.

Identificamos uma frequência de 100% (10/10) do diagnóstico em crianças que estavam fazendo uso de medicamentos. Em relação ao problema de saúde, identificou-se diferença estatisticamente significativa entre a média das crianças que apresentavam problema de saúde com e sem o diagnóstico Controle eficaz do regime ($p= 0,014$). Crianças que apresentam problema de saúde têm 13% mais chance de apresentarem Controle eficaz do regime terapêutico que as sadias.

Quanto ao preparo de leite, identificamos que 60% (6/10) das crianças faziam uso de leite artificial com preparo incorreto, enquanto que 30% (3/10) faziam uso de leite com preparo correto. Verificamos que 10% (1/10) das crianças que apresentaram o diagnóstico Controle eficaz do regime terapêutico faziam uso de aleitamento materno exclusivo. Não houve associação estatisticamente significativa entre o Controle eficaz do regime terapêutico e a variável, preparo do leite.

Tabela 15 - Distribuição do diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada segundo dados sócio-econômicos, Fortaleza, 2005.

Dados sócio-econômicos	Integridade da pele prejudicada						Estatísticas
	Presente		Ausente		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sexo							
Feminino	4	15,4	22	84,6	26	100	$p = 1,000^{(1)}$ Phi (valor p) = -0,003 [0,980] OR (IC 95%) = 0,982 [0,235 – 4,104]
Masculino	5	15,6	27	84,4	32	100	
Total	9	15,5	49	84,5	58	100	
Idade							
0 a 6	6	15,8	32	84,2	38	100	$P = 0,947^{(4)}$
7 a 12	3	15,0	17	85	20	100	$P = 0,545^{(5)}$
Total	9	15,5	49	84,5	58	100	
Estado civil							
Com companheiro	6	12,2	43	87,8	49	100	$P = 0,136^{(1)}$ Phi (valor p) = -0,211 [0,108] OR (IC 95%) = 0,279 [0,055 – 1,421]
Sem companheiro	3	33,3	6	66,7	9	100	
Total	9	15,5	49	84,5	58	100	
Escolaridade							
Analfabeto	0	0	1	100	1	100	$p = 0,293^{(2)}$ Phi (valor p) = 0,293 [0,289]
Fundamental incompleto	5	21,7	18	78,3	23	100	
Fundamental completo	0	0	8	100	8	100	
Médio incompleto	1	6,3	15	93,8	16	100	
Médio completo	3	30	7	70	10	100	
Total	9	15,5	49	84,5	58	100	
Religião							
Católica	8	17	39	83	47	100	$P = 1,000^{(1)}$ Phi (valor p) = 0,086 [0,513] OR (IC 95%) = 2,051 [0,229–18,363]
Não católica	1	9,1	10	90,9	11	100	
Total	9	15,5	49	84,5	58	100	
Ocupação							
Do Lar	8	16,7	40	83,3	47	100	$p = 1,000^{(1)}$ Phi (valor p) = 0,700 [0,596] OR (IC 95%) = 1,800 [0,199–16,262]
Outros	1	10	9	90	11	100	
Total	9	15,5	49	84,5	58	100	
Renda (R\$)							
0 a 100	6	15,4	33	84,6	39	100	$p = 0,925^{(4)}$ $p = 0,765^{(5)}$
101 a 200	2	13,3	13	86,7	15	100	
201 a 300	1	25	3	75	4	100	
Total	9	15,5	49	84,5	58	100	
Problema de saúde							
Não	3	9,1	30	90,9	33	100	$p = 0,154^{(1)}$ Phi (valor p) = -0,204 [0,120] OR (IC 95%) = 0,317 [0,071 – 1,420]
Sim	6	24	19	76	25	100	
Total	9	15,5	49	84,5	58	100	
Faz uso de medicamento							
Não	7	19,4	29	80,6	36	100	$p = 0,459^{(1)}$ Phi (valor p) = 0,139 [0,291] OR (IC 95%) = 2,414 [0,454–12,842]
Sim	2	9,1	20	90,9	22	100	
Total	9	15,5	49	84,5	58	100	
Preparo do leite							
Correto	2	11,8	15	88,2	17	100	$p = 0,082^{(2)}$ Phi (valor p) = 0,082 [0,942]
Incorreto	3	18,8	13	81,3	16	100	
Não se aplica	4	16	21	84	25	100	
Total	9	15,5	49	84,5	58	100	

(1) Teste Exato de Fisher; (2) Teste da Razão de verossimilhança; (3) Teste de Qui-Quadrado de Pearson; (4) Teste de Levene; (5) Teste t para variâncias iguais.

j Segundo a *North American Nursing Diagnoses Association - NANDA (2002)*, o diagnóstico de enfermagem *Integridade da pele prejudicada* é definido como “epiderme e/ou derme alteradas”.

No estudo, esse diagnóstico foi encontrado em 9 crianças, o que equivale a 15,5% das crianças analisadas, e presente em 15,6% das crianças do sexo masculino (5/9) e 15,4% (4/9) do sexo feminino. Não identificamos associação estatisticamente significativa entre a *Integridade da pele prejudicada* e a variável *sexo*.

Crianças que apresentaram o diagnóstico *Integridade da pele prejudicada* apresentaram idade média de 4,8 meses, com desvio padrão de 3,6. E as que não apresentaram o diagnóstico tinham idade média de 5,5 meses com desvio padrão de 3,1. Não houve associação estatisticamente significativa entre *Integridade da pele prejudicada* e a variável *renda familiar*.

Em relação ao estado civil das mães, identificamos que 66,7%(6/9) tinham *companheiro fixo*. Verificamos que 55,6% (5/9) as mães tinham o *ensino fundamental incompleto* e 33,3% (3/9) tinham *ensino médio completo*. Não observamos associação estatisticamente significativa entre a *Integridade da pele prejudicada* e as variáveis *estado civil* e *escolaridade*.

Quanto à religião, 88,9% (8/9) das mães eram *católicas*, e que 88,9% (8/9) tinham como ocupação *as tarefas do lar*, enquanto que 11,1% (1/9) *relataram ter outra ocupação*. Não houve associação estatisticamente significativa entre *Integridade da pele prejudicada* e as variáveis *religião* e *ocupação*.

Crianças que apresentaram o diagnóstico *Integridade da pele prejudicada* apresentaram *renda per capita* média de R\$ 96,94, com desvio padrão de 61,79. Das que não apresentaram o diagnóstico, a *renda per capita* média de R\$ 103,19 com desvio padrão de 56,56. Não houve associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico *Integridade da pele prejudicada* e a variável *renda familiar*.

Verificamos que 66,7% (6/9) das crianças apresentavam algum tipo de problema de saúde, e 22,2% (2/9) estavam fazendo uso de algum tipo de medicação. Não observamos associação estatisticamente significativa entre a *Integridade da pele prejudicada* e as variáveis, *problema de saúde* e *uso de medicamento*.

Identificamos que 33,3% (3/9) das crianças faziam uso de leite com preparo incorreto, enquanto que 22,2% (2/9) faziam uso de leite com preparo correto. Verificamos que 44,4% (4/9) das crianças que apresentaram o diagnóstico, Integridade da pele prejudicada faziam uso de aleitamento materno exclusivo. Não houve associação estatisticamente significativa entre Integridade da pele prejudicada e a variável, preparo do leite.

Não foi verificada associação entre as variáveis estudadas e o diagnóstico de enfermagem, Integridade da pele prejudicada.

A Tabela 15 mostra a distribuição de associação entre os diagnósticos de enfermagem encontrados nas crianças acompanhadas na consulta de enfermagem.

Tabela 16 - Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem encontrados em crianças acompanhadas na consulta de enfermagem à criança. Fortaleza, 2005.

	IPP	RPQ	AE	AI	PFI
DE					
RPQ					
valor p	1,000 ²				
Phi (Sig.)	0,041 (0,757)				
OR	1,267				
(IC95%)	(0,283 - 5,679)				
AE					
Valor p	0,726 ²	0,455 ¹			
Phi (Sig.)	0,062 (0,634)	-0,098 (0,455)			
OR	1,413	0,667			
(IC95%)	(0,338 - 5,902)	(0,230 - 1,936)			
AI					
Valor p	1,000 ²	0,967 ¹	0,000 ¹		
Phi (Sig.)	-0,051 (0,695)	0,005 (0,967)	-0,519 (0,000)		
OR	0,714	1,026	0,037		
(IC95%)	(0,132 - 3,868)	(0,313 - 3,366)	(0,004 - 0,309)		
PFI					
Valor p	0,668 ²	0,747 ²	0,648 ¹	0,482 ²	
Phi (Sig.)	-0,116 (0,376)	0,079 (0,546)	0,060 (0,648896)	0,131 (0,319)	
OR	0,385	1,500	1,333	1,932	
(IC95%)	(0,044 - 3,404)	(0,401 - 5,616)	(0,387 - 4,597)	(0,522 - 7,145)	
CERT					
Valor p	0,335 ²	0,727 ²	0,301 ²	0,710 ²	1,000 ²
Phi (Sig.)	-0,196 (0,136)	0,075 (0,570)	-0,167 (0,204)	-0,077 (0,555)	-0,026 (0,841)
OR	1,256	1,529	0,394	0,607	0,841
(IC95%)	(1,090 - 1,448)	(0,351 - 5,679)	(0,091 - 1,708)	(0,114 - 3,225)	(0,155 - 4,554)

DE- Diagnóstico de enfermagem; RPQ- Risco para quedas; AE- Amamentação eficaz; AI- Amamentação ineficaz; PFI- Processos familiares interrompidos; CERT- Controle eficaz do regime terapêutico; IPP- Integridade da pele prejudicada; IC- Intervalo de confiança; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; OR'- Razão de chance não calculada em virtude da presença de caselas com frequência zero; (1)- Teste de Qui-quadrado com correção de Yates; (2)- Teste exato de Fisher.

Amamentação eficaz: revelou associação muito forte com o diagnóstico de enfermagem Amamentação ineficaz (associação moderada e inversa, $p=0,000$). As chances das crianças acompanhadas na consulta de enfermagem com Amamentação eficaz desenvolverem o diagnóstico de enfermagem foi de aproximadamente 3,7% menor para Amamentação ineficaz. Isto decorre do fato de serem diagnósticos auto-excludentes. Os demais diagnósticos não apresentaram associação estatisticamente significativa.

A Tabela 16 mostra a distribuição de associação entre os diagnósticos de enfermagem e as características definidoras encontradas nas crianças acompanhadas em consultas de enfermagem.

Tabela 17 - Estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem e as características definidoras encontrados em crianças acompanhadas na consulta de enfermagem à criança. Fortaleza, 2005.

DE \ CD	SDP	PPC	CCM	MCP	VMS	PEA	PAI
RPQ							
Valor p	0,134 ¹	0,848 ¹					
Phi (Sig.)	-0,197 (0,134)	-0,197 (0,134)	-0,197 (0,134)	-0,197 (0,134)	-0,197 (0,134)	-0,197 (0,134)	-0,025 (0,848)
OR	0,441	0,441	0,441	0,441	0,441	0,441	0,889
(IC95%)	(0,149 - 1,300)	(0,149 - 1,300)	(0,149 - 1,300)	(0,149 - 1,300)	(0,149 - 1,300)	(0,149 - 1,300)	(0,267 - 2,963)
AEF							
Valor p	0,000 ¹						
Phi (Sig.)	0,758 (0,000)	0,758 (0,000)	0,758 (0,000)	0,758 (0,000)	0,758 (0,000)	0,758 (0,000)	-0,492 (0,000)
OR	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	0,042
(IC95%)	(0,960 - 266,060)	(0,960 - 266,060)	(0,960 - 266,060)	(0,960 - 266,060)	(0,960 - 266,060)	(0,960 - 266,060)	(0,005 - 0,353)
AIN							
Valor p	0,001 ¹	0,000 ²					
Phi (Sig.)	-0,421 (0,001)	-0,421 (0,001)	-0,421 (0,001)	-0,421 (0,001)	-0,421 (0,001)	-0,421 (0,001)	0,957 (0,000)
OR	0,097	0,097	0,097	0,097	0,097	0,097	43,000
(IC95%)	(0,020 - 0,483)	(0,020 - 0,483)	(0,020 - 0,483)	(0,020 - 0,483)	(0,020 - 0,483)	(0,020 - 0,483)	(6,198 - 298,342)
PFI							
Valor p	0,195 ¹	0,288 ²					
Phi (Sig.)	0,170 (0,195)	0,170 (0,195)	0,170 (0,195)	0,170 (0,195)	0,170 (0,195)	0,170 (0,195)	0,155 (0,239)
OR	0,425	0,425	0,425	0,425	0,425	0,425	2,188
(IC95%)	(0,114 - 1,583)	(0,114 - 1,583)	(0,114 - 1,583)	(0,114 - 1,583)	(0,114 - 1,583)	(0,114 - 1,583)	(0,584 - 8,189)
CERT							
Valor p	0,087 ²	0,427 ²					
Phi (Sig.)	-0,243 (0,064)	-0,243 (0,064)	-0,243 (0,064)	-0,243 (0,064)	-0,243 (0,064)	-0,243 (0,064)	-0,165 (0,208)
OR	0,230	0,230	0,230	0,230	0,230	0,230	0,270
(IC95%)	(0,044 - 1,197)	(0,044 - 1,197)	(0,044 - 1,197)	(0,044 - 1,197)	(0,044 - 1,197)	(0,044 - 1,197)	(0,031 - 2,334)
IPP							
Valor p	1,000 ²						
Phi (Sig.)	-0,018 (0,890)	-0,018 (0,890)	-0,018 (0,890)	-0,018 (0,890)	-0,018 (0,890)	-0,018 (0,890)	-0,036 (0,786)
OR	0,904	0,904	0,904	0,904	0,904	0,904	0,791
(IC95%)	(0,217 - 3,777)	(0,217 - 3,777)	(0,217 - 3,777)	(0,217 - 3,777)	(0,217 - 3,777)	(0,217 - 3,777)	(0,145 - 4,308)

DE - Diagnóstico de enfermagem; RPQ - Risco para quedas; AEF- Amamentação eficaz; AIN - Amamentação ineficaz; PFI- Processos familiares interrompidos; CERT- Controle eficaz do regime terapêutico; IPP- Integridade da pele prejudicada; CD - Características definidoras; SDP - Sucção/deglutição no peito regular e sustentada; PPC - Padrão de peso da criança apropriado para a idade; CCM - Criança está contente após mamada; MCP - A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de agarramento bem-sucedida; VMS - Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação; PEA - Padrão de eliminação adequado para a idade; PAI - Processo de amamentação insatisfatório; IC- Intervalo de confiança; Phi- Coeficiente Phi; OR- Razão de chance; OR- Razão de chance não calculada em virtude da presença de caselas com frequência zero; ⁽¹⁾ - Teste de Qui-quadrado com correção de Yates; ⁽²⁾ - Teste exato de Fisher.

Amamentação eficaz: apresentou associação com sete características definidoras: sucção/deglutição no peito regular e sustentada (associação forte, $p=0,000$), Padrão de peso da criança apropriado para a idade (associação forte, $p=0,000$), Contentamento da criança após mamada (associação forte, $p=0,000$), Capacidade da mãe em posicionar a

criança no peito para promover uma resposta de agarramento bem-sucedida (associação forte, $p=0,000$), Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação (associação forte, $p=0,000$), Padrão de eliminação adequado para a idade (associação forte, $p=0,000$) e Processo de amamentação insatisfatório (associação moderada e inversa, $p=0,000$).

As chances das crianças acompanhadas na consulta de enfermagem desenvolverem o diagnóstico Amamentação eficaz, na presença dessas Características definidoras, foram aproximadamente 54 vezes para sucção/deglutição no peito regular e sustentada, padrão de peso da criança apropriado para a idade, contentamento da criança após mamada, capacidade da mãe de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de agarramento bem-sucedida, verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação, padrão de eliminação adequado para a idade, e 4,2% menos chance para processo de amamentação insatisfatório.

A associação do diagnóstico, Amamentação eficaz se mostrou inversa para a Característica definidora processo de amamentação insatisfatório, decorrente do fato deste ser característica intrínseca do diagnóstico Amamentação materna ineficaz.

Amamentação ineficaz: apresentou associação com sete características definidoras: sucção/deglutição no peito regular e sustentada (associação moderada e inversa, $p=0,001$), padrão de peso da criança apropriado para a idade (associação moderada e inversa, $p=0,001$), contentamento da criança após mamada (associação moderada e inversa, $p=0,001$), capacidade da mãe de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de agarramento bem-sucedida (associação moderada e inversa, $p=0,001$), verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação (associação moderada e inversa, $p=0,001$), padrão de eliminação adequado para a idade (associação moderada e inversa, $p=0,001$), processo de amamentação insatisfatório (associação muito forte, $p=0,000$).

As chances das crianças acompanhadas na consulta de enfermagem desenvolverem o diagnóstico Amamentação ineficaz, na presença dessas Características definidoras, foram aproximadamente 9,7% menos chance para as características sucção/deglutição no peito regular e sustentada, padrão de peso da criança apropriado para a idade, contentamento da criança após mamada, capacidade da mãe de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de agarramento bem-sucedida, verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação, padrão de eliminação adequado para a idade, e 43 vezes para processo de amamentação insatisfatório.

A associação do diagnóstico, Amamentação eficaz, se mostrou inversa para as Características definidoras sucção/deglutição no peito regular e sustentada, padrão de peso da criança apropriado para a idade, contentamento da criança após mamada, capacidade da mãe de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de agarramento bem-sucedida, verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação, Padrão de eliminação adequado para a idade, decorrente do fato destas serem características intrínsecas do diagnóstico amamentação eficaz.

A Tabela 18 mostra a distribuição de associação entre os diagnósticos de enfermagem e os fatores relacionados encontrados nas crianças acompanhadas em consultas de enfermagem.

FR \ DE	MDA	BDS	IGC	FDA	EOC	COM	CBA	EMN	HDQ	GMQ	CRA
RPQ											
Valor p	0,000 ¹	0,000 ¹	0,134 ¹	0,000 ¹	0,000 ¹	0,848 ¹					
Phi (Sig.)	0,927 (0,000)	0,765 (0,000)	-0,194 (0,134)	-0,194 (0,134)	-0,194 (0,134)	-0,194 (0,134)	-0,194 (0,134)	-0,194 (0,134)	0,705 (0,000)	0,538 (0,000)	-0,025 (0,848)
OR	735,000	105,000	0,441	0,441	0,441	0,441	0,441	0,441	3,200	29,400	0,889
(IC95%)	(43,631-12381,776)	(11,760-937,464)	(0,149 - 1,300)	(0,149 - 1,300)	(0,149 - 1,300)	(0,149 - 1,300)	(0,149 - 1,300)	(0,149 - 1,300)	(1,914 - 5,350)	(3,555 - 243,149)	(0,267 - 2,963)
AEF											
Valor p	0,198 ¹	0,611 ¹	0,000 ¹	0,771 ¹	0,737 ¹	0,000 ¹					
Phi (Sig.)	-0,169 (0,198)	-0,067 (0,611)	0,758 (0,000)	0,758 (0,000)	0,758 (0,000)	0,758 (0,000)	0,758 (0,000)	0,758 (0,000)	-0,038 (0,771)	-0,044 (0,737)	-0,492 (0,000)
OR	0,495	0,765	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	54,000	0,857	0,833	0,042
(IC95%)	(0,168 - 1,453)	(0,272 - 2,152)	(0,960 - 266,060)	(0,960 - 266,060)	(0,960 - 266,060)	(0,960 - 266,060)	(0,960 - 266,060)	(0,960 - 266,060)	(0,304 - 2,417)	(0,288 - 2,414)	(0,005 - 0,353)
AIN											
Valor p	0,517 ¹	0,745 ¹	0,001 ¹	0,919 ¹	0,573 ¹	0,000 ²					
Phi (Sig.)	0,085 (0,517)	-0,043 (0,745)	-0,421 (0,001)	-0,421 (0,001)	-0,421 (0,001)	-0,421 (0,001)	-0,421 (0,001)	-0,421 (0,001)	-0,013 (0,919)	0,074 (0,573)	0,957 (0,000)
OR	1,496	0,826	0,097	0,097	0,097	0,097	0,097	0,097	0,942	1,400	43,000
(IC95%)	(0,440 - 5,085)	(0,261 - 2,617)	(0,020 - 0,483)	(0,020 - 0,483)	(0,020 - 0,483)	(0,020 - 0,483)	(0,020 - 0,483)	(0,020 - 0,483)	(0,295 - 3,002)	(0,434 - 4,521)	(6,198 - 298,342)
PFI											
Valor p	1,000 ²	0,507 ¹	0,195 ¹	0,913 ¹	0,208 ²	0,239 ²					
Phi (Sig.)	-0,006 (0,964)	0,087 (0,507)	-0,170 (0,195)	-0,170 (0,195)	-0,170 (0,195)	-0,170 (0,195)	-0,170 (0,195)	-0,170 (0,195)	0,014 (0,913)	0,176 (0,179)	0,155 (0,239)
OR	0,971	1,530	0,425	0,425	0,425	0,425	0,425	0,425	1,071	2,333	2,188
(IC95%)	(0,273 - 3,457)	(0,434 - 5,401)	(0,114 - 1,583)	(0,114 - 1,583)	(0,114 - 1,583)	(0,114 - 1,583)	(0,114 - 1,583)	(0,114 - 1,583)	(0,310 - 3,698)	(0,666 - 8,179)	(0,584 - 8,189)
CERT											
Valor p	1,000 ²	0,648 ²	0,087 ²	0,467 ²	0,290 ²	1,000 ²					
Phi (Sig.)	-0,019 (0,882)	0,060 (0,648)	-0,243 (0,064)	-0,243 (0,064)	-0,243 (0,064)	-0,243 (0,064)	-0,243 (0,064)	-0,243 (0,064)	-0,136 (0,300)	-0,169 (0,199)	-0,061 (0,642)
OR	0,900	1,380	0,230	0,230	0,230	0,230	0,230	0,230	0,466	0,350	0,673
(IC95%)	(0,273 - 3,626)	(0,345 - 5,519)	(0,044 - 1,197)	(0,044 - 1,197)	(0,044 - 1,197)	(0,044 - 1,197)	(0,044 - 1,197)	(0,044 - 1,197)	(0,108 - 2,018)	(0,067 - 1,827)	(0,126 - 3,594)
IPP											
Valor p	1,000 ²	0,274 ²	0,278 ²	1,000 ²							
Phi (Sig.)	0,041 (0,757)	0,018 (0,890)	-0,018 (0,890)	-0,018 (0,890)	-0,018 (0,890)	-0,018 (0,890)	-0,018 (0,890)	-0,018 (0,890)	0,188 (0,152)	0,156 (0,136)	-0,036 (0,786)
OR	1,267	1,106	0,904	0,904	0,904	0,904	0,904	0,904	2,900	2,353	0,791
(IC95%)	(0,283 - 5,679)	(0,265 - 4,618)	(0,217 - 3,777)	(0,217 - 3,777)	(0,217 - 3,777)	(0,217 - 3,777)	(0,217 - 3,777)	(0,217 - 3,777)	(0,648 - 12,976)	(0,557 - 9,935)	(0,145 - 4,308)

DE- Diagnóstico de enfermagem; RPQ- Risco para quedas; AEF- Amamentação eficaz; AIN - Amamentação ineficaz; PFI- Processos familiares interrompidos; CERT- Controle eficaz do regime terapêutico; IPP- Integridade da pele prejudicada; FR - Fatores relacionados; MDA - < de 2 anos de idade; BDS - Bebê deixado sem vigilância sobre cama (rede); IGC - Idade gestacional da criança maior que 34 semanas; FDA - fonte de apoio; EOC - Estrutura oral da criança normal; COM - Confiança materna; CBA - Conhecimento básico sobre amamentação; EMN - Estrutura mamária normal; HDQ - História de quedas; GMQ - Gênero masculino, quando, 1 ano de idade; CRA - Criança que recebe alimentação suplementar ou mamadeiras; IC- Intervalo de confiança; Phi- Coeficiente Fi; OR- Razão de chance; OR¹- Razão de chance não calculada em virtude da presença de caselas com frequência zero; ⁽¹⁾- Teste de Qui-quadrado com correção de Yates, ⁽²⁾-Teste exato de Fisher.

f Risco para quedas: apresentou associação com quatro fatores relacionados: idade abaixo de 2 anos (associação muito forte, $p=0,000$), ausência de vigilância do bebê sobre cama/rede (associação forte, $p=0,000$), história de quedas (associação forte, $p=0,000$) e gênero masculino, quando idade abaixo de 1 ano (associação moderada, $p=0,000$). As chances das crianças acompanhadas na consulta de enfermagem desenvolverem o diagnóstico Risco para quedas, na presença desses fatores relacionados, foram aproximadamente 735 vezes para idade abaixo de 2 anos, 105 vezes para ausência de vigilância do bebê sobre cama (rede), 3,2 vezes para história de quedas e 29,4 vezes para gênero masculino, quando idade abaixo de 1 ano.

Amamentação eficaz: apresentou associação com sete fatores relacionados: idade gestacional da criança maior que 34 semanas (associação forte, $p=0,000$), fonte de apoio (associação forte, $p=0,000$), estrutura oral da criança normal (associação forte, $p=0,000$), confiança materna (associação forte, $p=0,000$), conhecimento básico sobre amamentação (associação forte, $p=0,000$), estrutura mamária normal (associação forte, $p=0,000$) e recepção de alimentação suplementar ou mamadeiras (associação moderada e inversa, $p=0,000$). As chances das crianças acompanhadas na consulta de enfermagem desenvolverem o diagnóstico Amamentação eficaz, na presença desses fatores relacionados, foram aproximadamente 54 vezes para idade gestacional da criança maior que 34 semanas, fonte de apoio, estrutura oral da criança normal, confiança materna, conhecimento básico sobre amamentação, estrutura mamária normal, e 4,2% menos para recepção de alimentação suplementar ou mamadeiras.

A associação do diagnóstico, Amamentação eficaz, se mostrou inversa para o fator relacionado recepção de alimentação suplementar ou mamadeiras, decorrente do fato deste ser fator relacionado intrínseco do diagnóstico Amamentação ineficaz.

Amamentação ineficaz: apresentou associação com sete fatores relacionados: idade gestacional da criança maior que 34 semanas (associação moderada e inversa, $p=0,001$), fonte de apoio (associação moderada e inversa, $p=0,001$), estrutura oral da criança normal (associação moderada e inversa, $p=0,001$), confiança materna (associação moderada e inversa, $p=0,001$), conhecimento básico sobre amamentação (associação moderada e inversa, $p=0,001$), estrutura mamária normal (associação moderada e inversa, $p=0,001$) e recepção de alimentação suplementar ou mamadeiras (associação muito forte, $p=0,000$). As chances das crianças acompanhadas na consulta de enfermagem desenvolverem o diagnóstico Amamentação ineficaz, na presença desses fatores relacionados, foram

aproximadamente 9,7% menos para idade gestacional da criança maior que 34 semanas, Fonte de apoio, estrutura oral da criança normal, confiança materna, conhecimento básico sobre amamentação, estrutura mamária normal, e 43 vezes para recepção de alimentação suplementar ou mamadeiras.

A associação do diagnóstico, Amamentação ineficaz se mostrou inversa para os fatores relacionados idade gestacional da criança maior que 34 semanas, fonte de apoio, estrutura oral da criança normal, confiança materna, conhecimento básico sobre amamentação, estrutura mamária normal, decorrente do fato destes serem fatores relacionados intrínsecos do diagnóstico Amamentação eficaz.

5. DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Com relação ao perfil socioeconômico das mães das crianças analisadas, verificamos em nosso estudo, uma prevalência maior das mães na faixa etária de 16 a 24 anos. Identificamos na bibliografia estudos que mostram uma alta incidência de jovens grávidas, especificamente menores de 20 anos, com o início de suas vidas sexuais de forma precoce, entre 10 e 14 anos. Os estudos mostram que o fenômeno da maternidade na adolescência é, na atualidade, considerado um problema de saúde pública sendo, hoje, um objeto de interesse na área da saúde. Muitas dessas jovens engravidam de forma não planejada, gerando problemas de ordem social, econômica e familiar. Situações estas agravadas pelo fato de que muitas dessas jovens não estão preparadas, nas esferas, biológica, psicológica, familiar, social, para o cuidado da criança tendo, como compreensão, que esse preparo é necessário para o seu desempenho na maternidade, bem como, para suprir muitas das suas necessidades, principalmente quando as de ordem financeira. (BOEHS et al., 1997; AUDI et al., 2003; LIRA et al., 2003; ALMEIDA et al., 2003; LIMA; OSÓRIO, 2003; NASCIMENTO, 2003; LIMA et al., 2004; PEDROSO et al., 2004; REIS et al., 2004).

Quanto à escolaridade, identificamos uma prevalência de 39,7% de mães que referiram ter cursado o ensino fundamental de forma incompleta, sendo que, se observarmos as mães que chegaram a concluir o ensino fundamental, chegamos a 55,2%. Devemos ressaltar que 1,7% das mães referiram não serem alfabetizadas. Esse fato é preocupante, uma vez que muitas das mães não conseguem voltar aos estudos após o parto, com isso comprometem suas perspectivas de vida profissional futura, repercutindo nas condições de vida, principalmente quando não contam com a colaboração de seus parceiros e/ou de sua família. Alguns estudos mostram que o nível de escolaridade influencia no agravamento das desigualdades sociais que se refletem nas mães de classes menos privilegiadas. (BOEHS et al., 1997; KUCHARSKI et al., 2002; AUDI et al., 2003; LIRA et al., 2003; ALMEIDA et al., 2003; LIMA; OSÓRIO, 2003; NASCIMENTO, 2003; LIMA et al., 2004; REIS et al., 2004; PEDROSO et al., 2004; PARADA et al., 2005).

Lima (2004) identificou um índice de 84,2% de mães com até o ensino fundamental completo, e observou que a baixa escolaridade favorece uma maior vulnerabilidade social, agravada quando associada com a iniciação sexual precoce,

gravidez não planejada e as mudanças radicais de vida, principalmente após o nascimento da criança.

Quanto ao estado civil das mães, verificamos em nosso estudo que 84,5% conviviam com companheiro, seja de maneira formal ou consensual. Nossos dados se assemelham com os obtidos em outros estudos identificados na literatura. (BOEHS et al., 1997; ALMEIDA et al., 2003; REIS et al., 2004; PEDROSO et al., 2004; PARADA et al., 2005).

Segundo Almeida et al. (2003), a busca por um relacionamento e uma gravidez precoce, em mulheres de baixa idade, faz parte de um projeto de constituição familiar, visto que muitas dessas jovens brasileiras vivem em ambientes desagregados e muitas vezes convivem com a violência doméstica, assim o ato de casar e engravidar pode ser visto como um recurso para sair de um ciclo de instabilidade, fato este que nem sempre se concretiza.

Concordamos com a pontuação dos autores em destaque, considerando, como fator agravante, a baixa escolaridade das mães, citada anteriormente, bem como, a falta de ocupação formal e a baixa renda per-capta das famílias estudadas.

A ocupação é um dado condicionante do quadro de baixas condições sócio-econômico da população estudada. Verificamos que 82,8% das mães, não tinham ocupação, formal ou informal, tendo como afazeres os trabalhos do lar, e 17,2% exerciam algum trabalho remunerado do tipo formal ou informal.

Consideramos que este dado tem significados positivos e negativos. Positivos no prisma em que a mãe, quando dedicada aos afazeres domésticos, teria mais tempo para cuidar de seu filho, dando uma atenção maior às demandas da criança, seja no âmbito do cuidado à saúde da criança, bem como, no fortalecimento da inter-relação mãe-filho e na formação da moral e do caráter da criança, com tempo disponível para acompanhá-la nas consultas nas unidades ambulatoriais de puericultura. Como fatores negativos, identificamos as baixas condições sócio-econômicas da criança e da família, trazendo prejuízos de ordem nutricional e educacional e do cuidado da saúde, quando se torna necessária a compra de medicamentos ou outras demandas, bem como proporcionar condições salubres de vida à criança na própria casa.

Verificamos na literatura que outros autores chegaram aos mesmos resultados quanto à ocupação das mães. (BOEHS et al., 1997; KUCHARSKI et al., 2002; AUDI et al., 2003; NASCIMENTO, 2003; REIS et al., 2004). Reis (2004) identificou em seu estudo que 79,7% das mães tem o lar como ocupação, sendo responsável pelos afazeres domésticos e pelo cuidado com a(s) criança(s), sendo este dado, fator influenciador dos baixos níveis sócio-econômicos das famílias estudadas.

Quanto à variável renda, identificamos uma prevalência de 67,2% das mães que relataram renda per-capta menor que R\$ 100,00, e 25,9% com renda entre R\$ 101,00 e 200,00. Esse dado aponta para uma realidade que indica uma condição de baixa renda das mães das crianças estudadas, repercutindo nas condições de vida e manutenção da saúde das crianças, bem como de toda família.

Lira (2004), verificou que 59,5% das famílias das crianças estudadas viviam com renda familiar menor que meio salário mínimo por mês. Nota-se, portanto, uma realidade onde as crianças vivem em um ambiente pobre, e podemos relacionar este quadro com a falta de trabalho remunerado, seja formal ou informal, de mães que vivenciam uma realidade de baixas condições sócio-econômicas, favorecendo condições de vida precárias para si e para a criança, dificultando a disponibilização de recursos necessários à manutenção da saúde. Outros estudos apontam para uma realidade semelhante onde a média de renda das famílias não chega a um salário mínimo. (KUCHARSKI et al., 2002; REIS et al., 2004; PEDROSO et al., 2004).

Com relação à religião, identificamos que 81% das mães eram católicas. É necessário registrar que no momento em que as mães foram perguntadas quanto sua religião, muitas delas responderam ser católica, mas não praticavam a religião. Dados do censo de 1971 mostraram que 91,8% dos brasileiros na época se diziam católicos. No mesmo período, o índice de evangélicos no Brasil era de apenas 5,2%. No mais recente censo, feito em 2000, o número de católicos já havia caído para 73,8%, e os evangélicos de missão representavam 5%, contra 10,6% de pentecostais. (BBC BRASIL, 2002)

Quanto aos dados obstétricos identificamos que houve uma predominância de partos normais, com 58,6% dos partos. Verificamos em nosso estudo um percentual elevado de partos abdominais com um percentual de 41,4%. Esse dado está acima do recomendado pelos órgãos oficiais. O Ministério da Saúde preconiza um percentual de

35% de partos cesarianos, enquanto a Organização Mundial de Saúde – OMS recomenda 15% de partos abdominais. Identificamos que, segundo o Ministério da Saúde, a região Nordeste teve uma média de 27% de cesarianas no ano de 2002. Outros estudos apontam para uma prevalência maior de partos normais, mas seguidos de perto pelos partos abdominais. (BOEHS et al., 1997; AUDI et al., 2003; LIMA; OSÓRIO, 2003; PEDROSO et al., 2004;).

Nascimento (2003) identificou em seu estudo uma maior prevalência de 72,5% de partos abdominais em serviços públicos e privados, sendo que, o percentual de cesáreas realizadas em instituição privada foi de 86,2%, e 58,7% em serviços públicos.

Com esse dado podemos inferir que muitos dos profissionais de instituições públicas são cobrados a realizarem partos ditos normais ou naturais, em detrimento do parto abdominal devido ao rigor da normatização do Ministério da Saúde, que limita a realização de partos cesarianos, sendo penalizados com o não pagamento dos partos abdominais que ultrapassarem o limite determinado. Tal limitação não ocorre em serviços privados, pelo fato de não serem regulamentados pelas mesmas normas do SUS, salvo aqueles que são conveniados e prestam serviços a este. Ressaltamos que o Ministério da Saúde remunera os profissionais enfermeiros, com especialidade em obstetria, quanto da realização de parto normal por estes.

O trabalho de parto normal exige um acompanhamento de perto, necessitando da presença de profissionais qualificados de enfermagem e de outras categorias, sendo o parto abdominal indicado em casos de risco materno ou fetal. As instituições privadas seguem, muitas vezes, como critério para realização do parto, a agenda do profissional, ou seja, a hora em que o profissional estará disponível, não atrapalhando, assim, seus atendimentos em consultório ou outras atividades profissionais. Essa lógica coloca de lado o processo natural do parto e estipula horário determinado, muitas vezes, pela conveniência do profissional, para a realização do parto.

Faz-se necessária uma revisão das práticas de saúde dos profissionais no serviço público, mas, principalmente, nas instituições privadas, no desenvolvimento de estratégias em relação à melhoria do acompanhamento pré-natal nas unidades de saúde, seja pública ou privada, bem como, na sensibilização e estimulação dos profissionais a realizarem o parto normal.

f Quanto ao número de gestações, verificamos que 89,7% das mães relataram ter de 1 a 3 gestações, sendo que 10,3% relataram ter de 4 a 6 gestações. Identificamos, ainda, que 81% das mães informaram terem tido de 1 a 2 partos, enquanto que 19% tiveram de 3 a 4 partos. Verificamos com estes dados que a maioria das mães das crianças acompanhadas tinham até dois filhos, demonstrando um baixo número de filhos por mulher. O dado aponta para uma tendência nacional, caracterizada pela diminuição do índice de natalidade da população brasileira. Podemos indicar como cenário de fundo as baixas condições sócio-econômicas da maioria da população brasileira. Ressaltamos que houve um parto gemelar.

Quando investigamos a realização de aborto, identificamos que 75,9% das mães não tinham antecedentes de abortamento. Das restantes, 19% já tinham realizado um aborto, e 5,2% até dois abortos. O dado reforça a importância da avaliação da qualidade do acompanhamento pré-natal, bem como, o atendimento à gestante nas maternidades objetivando o esforço de reduzir a mortalidade materna, bem como a mortalidade perinatal.

As gestantes atendidas no serviço público geralmente são aquelas que não podem pagar pelo serviço profissional, sendo a consulta paga pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Esta camada da sociedade costuma ter uma maior dificuldade no acesso aos serviços de saúde, tanto pela dificuldade de ter acesso ao sistema de saúde, como por morarem, muitas vezes, distantes das unidades de saúde, e também, pela falta de informação sobre a importância do acompanhamento pré-natal.

O Ministério da Saúde, tendo como base de seu arcabouço de tentativas de solucionar o problema, coloca a estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta estratégia de governo para organização da saúde, considerada como eixo estruturante de todo o sistema de saúde brasileiro, vem tentando inverter essa lógica tendo como base, a adesão da população a uma unidade de saúde e a vinculação da população a uma equipe de saúde da família, formada por enfermeiro, médico, dentista, auxiliar de enfermagem, agentes de saúde e atendente de consultório dentário. A ESF vem, ao longo de 10 anos, reduzindo os índices de mortalidade e morbidade em todo o país.

O Ministério da Saúde, bem como as secretarias de saúde dos estados e dos municípios devem estar atentas para o índice de mortalidade materna, visto que ainda deve ser melhorado, e para conseguir este objetivo há investimentos em ações conjuntas em todos os níveis de atenção. Lima *et al* (2004), em estudo realizado com adolescentes,

verificaram uma prevalência de 62,5% de adolescentes que já haviam vivenciado o abortamento. Não se investigou se os abortos foram de forma espontânea ou provocada.

Verificamos uma prevalência de 74,1% de partos a termo, seguido de 20,7% de partos pré-termo e 5,2% pós-termo. Os dados apontam para uma incidência importante de partos prematuros.

Segundo a OMS, o parto prematuro é aquele que ocorre antes das 37 semanas de gestação e mais de 22 semanas. A prematuridade ocorre em média em 10% dos nascimentos, sendo que, dos partos prematuros, 1/3 são por rotura prematura das membranas, 25% decorrentes de infecções e 45% de causa ignorada. (FIGUEIREDO, 2005).

Identificamos no Brasil, bem como no estado do Ceará, uma redução importante nos índices de mortalidade infantil. Resultados, estes atribuídos à melhoria da assistência pré-natal, bem como da assistência primária, atribuídas à massificação das equipes de Saúde da Família em todo o país. Embora a mortalidade infantil esteja em queda, verificamos um aumento das mortes no período perinatal. Nota-se, portanto, que é necessária uma atenção mais direcionada das instituições de saúde quanto à melhoria do acompanhamento pré-natal, assim como, da assistência ao parto, visando à redução desses índices.

Quanto às crianças estudadas verificamos uma prevalência 55,2% do sexo masculino e 44,8% do sexo feminino. Nossos dados se mostraram um pouco diferente dos dados oficiais. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2002), a distribuição da população brasileira em relação ao sexo foi de 50,78% do sexo feminino e 49,22 do sexo masculino. Não verificamos em nosso estudo ocorrência de associação entre a variável sexo e os diagnósticos de enfermagem identificados.

Em relação à idade das crianças identificamos que 65,6% delas tinham idade entre 0 e 6 meses, sendo que 34,4% estavam na faixa etária de 7 a 12 meses. Os nossos achados apontam para o fato de ser natural que os diagnósticos de enfermagem identificados sejam, em sua maioria, relativos a crianças de menor faixa etária. Ao associarmos a variável idade com os diagnósticos de enfermagem estudados, percebemos associação com o Risco para quedas e Amamentação eficaz.

O diagnóstico de enfermagem mais presente nas crianças estudadas foi o Risco para quedas. A associação com o diagnóstico Risco para quedas ($p=0,000$) foi significativa para as crianças de 7 a 12 meses, com uma média de idade de 6,8 meses e desvio padrão de 2,9 meses. O fato do diagnóstico Risco para quedas ter sido o mais freqüente em crianças mais velhas, pode ser relacionado com o período em que a criança começa a dar seus primeiros passos e pelo fato das mães, confiando nessa habilidade da criança, deixa-la muitas vezes sozinha em locais pouco seguros, incorrendo no risco de cair.

Reichert, Silva e Costa (2003), em estudo sobre prevenção de quedas em menores de cinco anos, mostram que os acidentes domésticos são importantes causadores de morbidade e mortalidade em todo o mundo, sendo considerado um problema de saúde pública. Segundo o estudo, 36,27% das mães relataram que suas crianças sofreram algum tipo de acidente, e a queda foi a causa mais comum, em 45,95% dos acidentes. A infância é considerada um período da vida muito exposto aos acidentes e aos riscos de vida. Segundo Souza (1999), os acidentes domésticos têm relação com a idade da criança e sua etapa de desenvolvimento psicomotor, assim, como, fatores de risco presentes no ambiente, os quais estão relacionados com o comportamento e o estilo de vida da família, como educacionais, econômicos, sociais e culturais.

O diagnóstico de enfermagem, amamentação eficaz, foi o segundo mais freqüente nas crianças estudadas, sendo mais comum em crianças mais jovens. A associação com o diagnóstico Amamentação eficaz ($p= 0,010$), foi significativa para as crianças na faixa etária de 0 a 6 meses, com uma média de idade de 4,3 meses e desvio padrão de 3,1 meses. É necessário ressaltar que esse diagnóstico de enfermagem compreende o conhecimento e a satisfação da mãe, bem como a do filho, quanto ao processo de amamentação, abrangendo, assim, crianças que estejam em aleitamento materno exclusivo ou complementado.

Identificamos na literatura que a maioria das crianças inicia a amamentação com o aleitamento materno exclusivo, sendo que os índices vão diminuindo de acordo com o crescimento / desenvolvimento da criança. (BOEHS et al., 1997; KUCHARSKI et al., 2002; AUDI et al., 2003; LIRA et al., 2003; LIMA; OSÓRIO, 2003; NASCIMENTO, 2003; LIMA et al., 2004; REIS et al., 2004; PEDROSO et al., 2004; PARADA et al., 2005; LARA; ALMEIDA, 2005; SOUSA; ARAÚJO, 2005).

Audi (2003) verificou que 98,1% dos lactentes foram amamentados, de forma exclusiva, nos primeiros 30 dias de vida, caindo para 30,1% nos primeiros seis meses. Sousa e Araújo (2005), através de estudo de verificação do padrão alimentar de crianças menores de dois anos, identificaram 89,8% de crianças vivenciando o aleitamento materno, com introdução de outros alimentos nos primeiros seis meses de vida, sendo os líquidos (água, chá), os espessantes (massas) e os leites artificiais, os alimentos mais comuns em crianças com até seis meses de idade.

Observamos que o fato do diagnóstico de enfermagem, amamentação eficaz, ter associação com crianças de menor idade, e de que muitas das mães introduzem outros alimentos nos primeiros seis meses de vida, pode sugerir que as mães valorizam o leite materno, mas não a ponto de tê-lo como único alimento para seus filhos, no período em que a o aleitamento materno exclusivo é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Através da associação de diagnósticos de enfermagem, verificamos uma associação inversa entre os diagnósticos, Amamentação eficaz e Amamentação ineficaz. Isto decorre do fato de serem diagnósticos auto-excludentes.

Nosso estudo não identificou nenhuma associação das variáveis, estado civil, escolaridade, ocupação e renda percapta, com os diagnósticos de enfermagem identificados na pesquisa. Esse dado nos causou surpresa, visto que, muitas delas, são variáveis determinantes no padrão de condições de vida das famílias e repercutem no estado de saúde das crianças, já descritas em outros estudos.

Podemos considerar que os diagnósticos de enfermagem identificados acima do percentil 75, foram diagnósticos que, a princípio, não são determinados pelas variáveis anteriormente descritas, visto que o Risco para quedas, Amamentação eficaz, Amamentação ineficaz, Processos familiares interrompidos, Controle eficaz do regime terapêutico e Integridade da pele prejudicada, são diagnósticos que podem ser identificados em crianças com famílias de diferentes condições socioeconômicas.

Nossos dados mostraram que 56,9% das crianças não apresentaram nenhum tipo de problema de saúde, visto que o acompanhamento de puericultura é, basicamente, uma atenção no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças, não excluindo da assistência àquelas que, por ventura, tenham desenvolvido alguma patologia. Verificamos que 43,1% das crianças apresentavam algum tipo de problema de saúde, sendo os mais

comuns, os problemas do aparelho respiratório (59,3%), seguido dos problemas dermatológicos (33,3%) e gastrintestinais (7,4%), (Tabela 14).

É necessário indicar que uma das variáveis estudadas foi a existência de algum problema de saúde por parte das crianças. Partindo desse pressuposto, quando aparece o termo “problema de saúde”, entendemos que seja qualquer uma das doenças referidas no momento da entrevista, podendo ser do aparelho respiratório, dermatológico ou gastrintestinal.

Silva (1996) verificou em estudo sobre a atenção à saúde infantil no município de Natal-RN, que as doenças respiratórias estão entre as mais frequentes nas crianças. Em outro estudo, Monteiro e Ferriani (2000) identificaram que a maioria das crianças brasileiras morre por doenças dos tipos infecciosa, intestinal e respiratória.

Os nossos achados se aproximam do estudo feito por Formazan, Mello e Andrade (2003), quanto à prevalência de doenças respiratórias em crianças, obtida por inquéritos domiciliares, onde foi identificado que os problemas respiratórios tinham prevalências elevadas, sendo responsáveis por 51,6% do total de casos. O mesmo estudo aponta que, na região Sul do Brasil, as afecções respiratórias representam 65% das causas de procura aos ambulatórios de atenção primária. Tendo por base esses dados, podemos indicar a necessidade da investigação da existência de problemas respiratórios em crianças acompanhadas nas consultas de enfermagem em puericultura, visto a importância e influência deste conjunto de morbidades no impacto sobre a saúde da criança.

Verificamos associação entre o diagnóstico de enfermagem Controle eficaz do regime terapêutico ($p= 0,014$) e a presença de algum problema de saúde, sendo mais comum em crianças com menos de seis meses de idade. Cerca de 80% das crianças tinham algum problema de saúde, e o diagnóstico foi encontrado em 20% das crianças consideradas sadias, visto que estas faziam uso de alguma medicação ou suplemento vitamínico, de maneira correta.

O fato das crianças que apresentaram o diagnóstico, controle eficaz do regime terapêutico, fazerem uso de algum medicamento de forma correta, pode ser relacionado com o cuidado das mães às crianças, principalmente àquelas menores, que apresentam alguma morbidade.

Quando aplicado o teste de associação, não identificamos associação entre a variável, *Preparo adequado do leite*, e os diagnósticos identificados ($p=0,342$). Com relação a essa variável, verificamos que, das crianças que faziam uso de complemento lácteo, 72% delas faziam uso de leite preparado de forma correta, e 16% faziam uso de algum leite preparado de forma incorreta. Percebemos que o motivo principal do preparo incorreto foi o erro na diluição.

Vimos que o ato de amamentar é característico das crianças menores de um ano, sendo esperado que as características mais frequentes fossem dessa fase. O ato de amamentar não é fácil, porque para nós, requer compreensão do ato, perseverança, persistência, harmonia no binômio mãe/filho, força de vontade e muito amor.

Abrão et al. (2005), em estudo de validação sobre o diagnóstico de enfermagem, *Amamentação ineficaz, em crianças*, identificaram que o processo de aleitamento materno insatisfatório, seguido da falta da manutenção da sucção da mama, da resistência da criança em apreender o mamilo, bem como, do ferimento no mamilo na 1ª semana de vida, foram as características definidoras mais frequentes. As autoras verificaram que os primeiros dias de amamentação são de fundamental importância para a continuidade do ato de amamentar.

Verificamos que o ato de amamentar pode sofrer interferência de muitos fatores, o que vai requerer atenção e conhecimento por parte da mãe e intervenção precoce e continuada, por parte dos profissionais enfermeiros que fazem o acompanhamento no período pré-natal, e principalmente, na consulta de enfermagem na puericultura.

É necessário que os profissionais de saúde estejam atentos para os fatores que influenciam na amamentação, sendo necessário a realização de trabalhos educativos no período gestacional, buscando preparar a mãe buscando apoiá-la psicologicamente e munindo-a de informações sobre o ato de amamentar, bem como preparar seu mamilo para a amamentação, assim como o acompanhamento do ato de amamentar, prevenindo possíveis causas do abandono dessa prática, ou introdução precoce de outros alimentos.

Crianças menores de dois anos de idade, e que eram deixadas sem vigilância sobre cama ou rede tinham mais chances de apresentar o diagnóstico Risco para quedas.

Reichert, Silva e Costa (2003), verificaram que as quedas ocorriam, em sua maior frequência, do colo da mãe, bem como, da cama, da mesa, do andador e da laje. No mesmo estudo, 42,6% das mães estudadas, deixavam seus filhos sozinhos ao tomar banho, e

21,43% delas deixavam suas crianças brincarem em lugares altos, e 45,95% das crianças já tinham sofrido ao tipo de queda. Não verificamos nenhum estudo sobre a influência de gênero nas quedas.

Vimos que um ambiente favorável à amamentação, desde o nascimento da criança, dentro de aspectos fisiológicos ditos normais, bem como as estruturas anatômicas da criança e da mãe, o conhecimento da importância do ato de amamentar, assim como a existência de uma rede de apoio à mãe, favorecem uma amamentação dita eficaz.

A associação do diagnóstico, Amamentação eficaz se mostrou inversa para o fator relacionado recepção de alimentação suplementar ou mamadeiras, decorrente do fato deste ser fator relacionado intrínseco do diagnóstico amamentação ineficaz. Entendemos que, em crianças em aleitamento materno complementado, com idade acima de seis meses, que foram amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de vida, o aleitamento materno continua eficaz, visto que a amamentação eficaz se dá pela satisfação e proficiência do processo de amamentar do binômio mãe/filho, sendo a introdução de alimentos necessária para o aporte nutricional da criança.

Identificamos que o uso de mamadeiras e/ou alimentação suplementar ou mamadeiras aumenta a chance das desenvolverem uma Amamentação ineficaz. Sabemos que o uso da mamadeira é um fato marcante e, quase que cultural. Esse fato reflete até mesmo na chegada do novo filho, pois geralmente é um dos presentes ofertados é a mamadeira e seus acessórios. Vimos que o advento do leite industrializado proporcionou a massificação do uso da mamadeira, onde havia um movimento, com grandes campanhas publicitárias, patrocinado pela indústria de laticínios, que objetivava a descrença do aleitamento materno, estimulando o uso de leite artificial, tendo por trás grandes multinacionais da indústria de alimentos.

Verificamos que o tempo de nascimento da criança, bem como a presença de alguma fonte de apoio, fatores anatômicos da criança (oral) e da mãe (mama), e o conhecimento sobre a amamentação são fatores influenciadores do ato de amamentar de maneira eficaz. Percebemos, com isto, que é necessário uma intervenção preventiva, de acompanhamento pré-natal, visando a identificação de fatores prejudiciais ao ato de amamentar. Encontramos que a introdução precoce de outros alimentos se revela como um fator relacionado marcante para o diagnóstico, amamentação ineficaz.

6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo envolveu 58 crianças acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura, e foram identificados 27 diagnósticos de enfermagem, 6 dos quais acima do percentil 75, distribuídos em 7 dos 13 domínios investigados. Identificamos 83 características definidoras, 7 dos quais com frequência acima de 25%, e 90 fatores relacionados, sendo 11 deles com frequência maior que 25%.

Em relação ao perfil socioeconômico das mães das crianças analisadas, identificamos que houve uma maior prevalência de mães com média de idade de 24 anos, com ensino fundamental incompleto, com companheiro, tendo por ocupação os cuidados do lar, com religião católica e renda per-capta que varia de zero a cem reais. Podemos concluir, através dos dados encontrados no estudo, que as condições sócio-econômicas, da população estudada, são baixas.

Quanto aos dados obstétricos verificamos uma maior prevalência de mães que realizaram parto normal, com uma média de duas gestações, um a dois partos, menor que um aborto e com tempo de parto a termo.

Com relação às crianças avaliadas, identificamos predominância do sexo masculino, com média de idade de 5,4 meses, sem uso de medicação, e fazendo uso de leite artificial com preparo correto, sem apresentar problemas de saúde. Naquelas, que apresentaram algum problema de saúde, identificamos uma predominância dos problemas respiratórios, sendo o resfriado o mais freqüente.

Ao associarmos os diagnósticos de enfermagem, apresentados acima do percentil 75, e as variáveis estudadas, encontramos que crianças com Risco para quedas eram, em média, mais velhas e que para o diagnóstico amamentação eficaz, as crianças apresentavam menor média de idade. Verificamos, ainda, relevância na associação entre o diagnóstico de enfermagem Controle eficaz do regime terapêutico e as variáveis, Problema de saúde e Uso de medicamento.

Em relação às associações entre os diagnósticos de enfermagem, encontramos associação entre os diagnósticos, amamentação eficaz e Amamentação ineficaz. A associação desses diagnósticos se mostrou auto-excludente.

Identificamos a presença de seis diagnósticos de enfermagem que se apresentaram com maior frequência: *risco para quedas*, *amamentação eficaz*, *amamentação ineficaz*,

processos familiares interrompidos, controle eficaz do regime terapêutico e integridade da pele prejudicada.

Verificamos que crianças com o diagnóstico de enfermagem, *amamentação eficaz* tinham como características definidoras uma sucção/deglutição regular e sustentada no peito, com padrão de peso apropriado para a idade, contentamento após a mamada, sendo a mãe capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta de agarramento bem-sucedida, satisfação da mãe com o processo de amamentação, com eliminação adequada para a idade e processo de amamentação insatisfatório, sendo esta de maneira inversa. Encontramos, também, associação do diagnóstico *amamentação ineficaz* com a característica definidora, Processo de amamentação insatisfatório.

Quanto à associação com os fatores relacionados, verificamos que o diagnóstico de enfermagem *risco para quedas* apresentou associação com crianças menores de dois anos, deixados sem vigilância sobre cama (rede), com história de quedas e do gênero masculino, quando menor de um ano. Identificamos associação do diagnóstico, *amamentação eficaz*, com crianças que nasceram após as 34 semanas, que tinham estrutura oral normal, onde as mães tinham alguma fonte de apoio, eram confiantes, tinham um conhecimento básico sobre amamentação, estrutura mamária normal e que recebiam alimentação suplementar ou mamadeiras, sendo esta de maneira inversa. O diagnóstico, *amamentação ineficaz* apresentou associação com crianças que recebem alimentação suplementar ou mamadeiras.

Observamos a dificuldade das mães em seguirem corretamente as recomendações dadas no momento da consulta de enfermagem, principalmente quanto ao aleitamento materno, ao desmame correto, a introdução de novos alimentos e a prevenção de agravos, sendo que, para o acompanhamento eficaz da saúde da criança, é mister implementar vigilância e cuidados adequados contínuos, exigindo, assim, perseverança, mudanças no estilo de vida da mãe, bem como, na maneira de cuidar da criança.

Isto nos faz refletir acerca da necessidade de uma maior atuação do enfermeiro junto a estes pacientes, em especial nas orientações oferecidas, de forma antecipatória, tanto em relação às ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, como, em relação à recuperação da saúde, daquelas com o agravo instalado.

Verificamos que a produção de estudos dos diagnósticos de enfermagem em crianças acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura ainda é muito tímida, chegando à quase inexistência. Esperamos, com este trabalho, contribuir para o

fortalecimento da temática, bem como subsidiar os enfermeiros que trabalham no acompanhamento ambulatorial de crianças, a iniciarem-se nos estudos e na prática com os diagnósticos de enfermagem.

Vimos que o questionário elaborado em nosso estudo atendeu às demandas apresentadas pelas crianças, bem como, serve de guia para a obtenção de dados que possibilitem um retrato fiel do seu quadro clínico, assim como o seu crescimento e desenvolvimento. Sabemos que o questionário se torna um pouco extenso, sendo recomendado para a primeira consulta de enfermagem em puericultura. Recomendamos que as consultas de seguimento sejam feitas segundo a abordagem dos domínios e classes, dando um direcionamento mais rápido nas consultas e proporcionando ganhos na consolidação dos diagnósticos de enfermagem.

Percebemos a necessidade de um olhar mais cuidadoso em alguns domínios, visto que os mesmos tiveram uma frequência relevante de diagnósticos, devendo ser explorados na consulta de enfermagem à criança em puericultura, tais como os domínios de promoção da saúde, nutrição, eliminação, atividade/repouso, relacionamento de papel, enfrentamento/tolerância ao estresse e segurança/proteção.

Também encontramos dificuldade na discussão dos resultados visto a escassez de trabalhos com crianças envolvendo os diagnósticos de enfermagem, sendo necessária a busca de outros estudos correlatos para substanciar a discussão. A realização de estudos semelhantes favoreceria a identificação de diagnósticos de enfermagem em crianças, acompanhadas em nível primário de assistência, em diferentes contextos e condições sócioeconômicas e culturais, subsidiando os enfermeiros que trabalham com crianças nas unidades de saúde, na identificação dos problemas, bem como no direcionamento das ações de enfermagem na atenção primária.

Percebemos que o estudo nos permitiu uma maior compreensão da realidade das crianças, como também uma maior aproximação, tanto da criança como de sua família. Este fato nos remete a um segundo momento, quando, atendendo ao nosso maior propósito, formos implementar a fase posterior ao diagnóstico de enfermagem, possamos realmente desenvolver ações que irão ao encontro às necessidades de cada criança.

Por fim, evidenciamos a importância da consulta de enfermagem em puericultura e da utilização dos diagnósticos de enfermagem, para que, a partir daí possamos implementar os cuidados necessários a esta clientela. Acompanhar uma criança na consulta de

enfermagem em puericultura, não se resume em apenas pesar e medir, mas também associar, a estas, um olhar holístico das condições de saúde da criança e da família, bem como, acompanhar o seu desenvolvimento biopsicosocial.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. M.; TRINDADE, R. F. C.; GOMES, F. A.; NIELSEN, L. Maternidade na adolescência: um desafio a ser enfrentado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, p. 519-522, set./out. 2003.

ANDRADE, F. M. **O Programa de Saúde da Família no Ceará: estudo sobre a estrutura e o funcionamento**. 1. ed. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde, 1998.

AUDI, C. A. F.; CORRÊA, A. N. S.; LATORRE, M. R. D. O. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 3, n. 1, p. 85-93, jan./mar. 2003.

BBC BRASIL. **Catolicismo retraiu no Brasil em 25 anos**. Disponível em: <[http://www. noticias.terra.com.br/brasil/interna/0101161519-EI306,00.html](http://www.noticias.terra.com.br/brasil/interna/0101161519-EI306,00.html)>. Acesso em: 5 out. 2005.

BOEHS, A. E.; CARDOSO, J. L.; SOUZA, M. A.; BORGES, R. Estudo em uma situação de aleitamento materno em um bairro periférico. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 3-6, jul./dez. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996. Suplemento. C

_____. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília, 2002.

_____. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília, 1994.

_____. **Programa Saúde da Família**. Brasília, 1997.

_____. **Programa Saúde da Família: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial.** Brasília, 1997.

_____. **Programa Saúde da Família: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial.** Brasília, 1998.

_____. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.** Brasília, 2002. e

_____. **Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB.** Brasília, 2003. e

_____. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília, 2002. 100 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 11).

BUB, M. B. C.; LISS, P. E. Consulta de enfermagem: aspectos filosóficos e teóricos. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 7., 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Aben, 2004. p.145.

CARELLI, G. apud LIMA, C. T. B. O sexo começa cedo e com ousadia. **Veja**, São Paulo, n. 35, p. 80-83, 2002.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica.** 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

CARVALHO, L. D. P. **Diagnóstico de enfermagem no período perioperatório de cirurgia cardíaca vulgar.** 2003. 93 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Atenção à Saúde da Família: mudando a qualidade de vida da população.** Fortaleza, 2002.

_____. **Manual de normas para saúde da criança na atenção primária: módulo I: puericultura.** Fortaleza, 2002.

_____. **Saúde da família: um novo modelo de atenção.** Fortaleza, 1996.

_____. **Situação atual do PACS/PSF.** Fortaleza, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN. **Lei do exercício profissional nº 7498/96.** Rio de Janeiro, 1996. ^e

CRUZ, I. C. F. A utilização dos diagnósticos de enfermagem: a experiência da pesquisa. In: **SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM**, 1., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 1995.

DOENGENS, M. E.; MOORHOUSE, M. F. **Diagnóstico e intervenção em enfermagem.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. Medicina baseada em evidências. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médias Sul, 2004.

FIGUEIREDO, S. R. **Parto prematuro.** Disponível em: <
<http://www.portaldeginecologia.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid=86>>. Acesso em: 05/10/05.

FORTALEZA, Prefeitura Municipal de. **Mapa de Fortaleza por Secretarias Executivas Regionais.** Disponível em: <
<http://www.pmf.ce.gov.br>>. Acesso em: 26/04/05 ^e

_____. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. **Manual de organização dos serviços nas UBASF: Unidade Básica de Saúde da Família.** Fortaleza, 1998.

_____. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. **Relatório do PSF Fortaleza.** Fortaleza, 2000.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação Ambulatorial - SIAB.** Fortaleza, 2003. C

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação Ambulatorial - SIAB.** Fortaleza, 2004. C

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: [<ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/Sinopse_preliminar/TabelasExcel/>](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/Sinopse_preliminar/TabelasExcel/). Acesso em: 24/09/05. C

KUCHARSKI, F. A.; ARAÚJO, C. B. A.; SILVA, R. M. S.; FERNANDES, A. F. C. Perfil das mães com crianças desnutridas internadas em uma instituição na cidade de Fortaleza – Ceará. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 9-13, jul./dez. 2002.

LARA, Z. R.; ALMEIDA, F. M. Avaliação da assistência prestada à criança até o primeiro ano de vida em unidade de saúde da família de Cássia. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 86, n. 8, p. 326-331, 2005.

LIMA, C. T. B.; FELICIANO, K. V. O.; CARVALHO, M. F. S.; SOUZA, A. P. P.; MENABÓ, J. B. C.; RAMOS, L. S.; CASSUNDÉ, L. F.; KOVACS, M. H. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de famílias em relação à gestação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n.1 p. 71-83, jan./mar. 2004.

LIMA, C. T. B.; OSÓRIO, M. M. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses da Região Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 3, n. 3, p. 305-314, jul./set. 2003.

LIRA, P. I. C.; LIMA, M. C.; SILVA, G. A. P.; ROMANI, S. A. M.; EICKMANN, S. H.; ALESSIO, M. L. M.; FULHO, M. B.; LEGER, C. L.; HUTTLY, S. R.; ASHWORTH, A. Saúde e nutrição de crianças de áreas urbanas da Zona da Mata

Meridional de Pernambuco: resultados preliminares de um estudo de coorte. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 3, n. 4, p. 463-472, out./dez. 2003.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 330 p.

LOPES, M. L. H. **Consulta de enfermagem ao portador de hipertensão: trabalhando o autocuidado**. 2003. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

MAZZA, V. A.; KOEHLER, M. W.; LABRONICE, L. M.; KLETEMBERG, D. F. Diagnósticos de enfermagem mais freqüentes identificados na consulta de enfermagem à criança. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 7., 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Aben, 2004. p. 133.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MOREIRA, R. P.; GUEDES, N. G.; CAVALCANTE, T. F.; SILVA, V. M. Identificação do perfil de diagnósticos de enfermagem de lactentes. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 7., 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Aben, 2004. p. 173.

NASCIMENTO, L. F. C. Perfil das gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 3, n. 2, p. 187-194, abr./jun. 2003.

NERY, M. E. S.; VAZIN, A. S. **Enfermagem em saúde pública: fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade**. 1. ed. Porto Alegre: SAGRA, 1994.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação: 2001-2002**. Porto Alegre: Artmed, 2002. 288 p. C

PARADA, C. M. G. L.; CARVALHAES, M. A. B. L.; WINCKLER, C. C.; WINCKLER, L. A.; WINCKLER, V. C. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo Programa Saúde da Família - PSF. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 407-414, maio/jun. 2005.

POLIT, D. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. C

REICHERT, A. P. S.; SILVA, S. L. F.; COSTA, T. N. A. Prática de mães na prevenção de acidentes na infância com crianças de 0 a 5 anos de idade. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 62, n. 6, p. 33-37, 2003.

REIS, A. M. C.; NASCIMENTO, A. L.; MAZZEI, C.; CARMONA, M. V. G.; LINDHOLM, R. R. Prevalência da desnutrição e do aleitamento materno exclusivo – estudo de alguns fatores. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 69, n. 7, p. 17-21, 2004.

ROCHA, S. M. M. **Puericultura e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1987.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. C

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. C

SILVA, L. J. E. X.; BARROSO, M. G. T. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. **Revista da Escola de Saúde da USP**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 107-111, jun. 1999.

SOUSA, F. G. M.; ARAUJO, T. L. Padrão alimentar de crianças de 6 a 24 anos em área rural do Maranhão. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 172-177, 2005.

SOUZA, M. H. N. Aleitamento materno: um estudo de intervenção em favelas de Vila Mariana, município de São Paulo. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 93-100, jul./dez. 2000.

SIQUEIRA, R.C.; VASCONCELOS, F. F; MONTEIRO, F. C.; FONSECA, F. G. C. **Consulta de enfermagem à criança: percepção das mães quanto à mudança no cuidar.** Fortaleza; 2003.

UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URRS, 1978.** Brasília, 1979

VASCONCELOS, F. F. **Identificação dos diagnósticos de enfermagem junto a pacientes com hipertensão arterial em uma Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza-Ceará.** 2005. 107 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

VASCONCELOS, J. M. B. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem em crianças hospitalizadas.** 1998. 147 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1998.

VAUGHAN, J. P.; MORROW, R. H. **Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários.** São Paulo: Hucitec, 1997. 180 p.

ANEXOS

Anexo I

Aprovação do Comitê de ética

Anexo II

Taxonomia II da NANDA: Domínios, Classes e Conceitos Diagnósticos



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 657/04

Fortaleza, 29 de outubro de 2004

Protocolo COMEPE nº 274/04

Pesquisador responsável: Ricardo Costa de Siqueira

Deptº./Serviço: Unidade Básica de Saúde da Família

Título do Projeto: "Diagnósticos de enfermagem apresentados por crianças acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura no Município de Fortaleza-CE"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 28 de outubro de 2004.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório parcial e final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE HU WOTEC



Anexo II
Taxonomia II da NANDA: Domínios, Classes e Conceitos Diagnósticos

Domínios	Classes	Conceitos Diagnósticos
1. Promoção da saúde	1. Consciência da saúde	
	2. Controle da saúde	Controle regime terapêutico, Comportamento busca da saúde, Manutenção saúde, Manutenção
2. Nutrição	Digestão	Padrão de alimentação infantil Deglutição, Nutrição
	Absorção	
	Metabolismo	
	Hidratação	Volume de líquidos
	Digestão	
3. Eliminação	Sistema urinário	Eliminação urinária, retenção urinária,
	Sistema gastrointestinal	incontinência intestinal, Diarréia, Constipação
	Sistema tegumentar	
	Sistema pulmonar	Troca de gases
4. Atividade/repouso	Sono / repouso	Padrão de sono
	Atividade / exercício	Desuso, mobilidade, capacidade de transferência, andar, atividades de recreação, perambulação, autocuidado, recuperação cirúrgica
	Equilíbrio de energia	Campo de energia, fadiga
5. Percepção/ cognição	Respostas cardiovasculares/ pulmonares	Débito cardíaco, ventilação espontânea, padrão respiratório, Intolerância à atividade, resposta do desmame ventilatório, perfusão tissular
	Atenção	Negligência unilateral
	Orientação	Interpretação ambiental
	Sensação/Percepção	Percepção sensorial
	Cognição	Conhecimento, confusão, memória, processos de pensamento
6. Autopercepção	Comunicação	Comunicação verbal
	Auto-conceito	Identidade, solidão
	Auto-estima	Auto-estima
7. Relacionamento de papel	Imagem corporal	Imagem corporal
	Papéis do cuidador	Tensão devida ao papel de cuidador, paternidade/maternidade
	Relações familiares	Processos familiares, vínculo
	Desempenho de papel	Amamentação, desempenho de

		papel, interação social
8. Sexualidade	Identidade sexual	
	Função sexual	Função sexual, padrões de sexualidade
	Reprodução	
9. Enfrentamento/tolerância ao estresse	Respostas pós-trauma	Estresse por mudança, trauma de estupro, resposta pós-trauma
	Respostas de enfrentamento	Medo, ansiedade, tristeza, negação, sentimento de pesar, adaptação, enfrentamento
	Estresse neuro-comportamental	Disreflexia, comportamento infantil, capacidade adaptativa
10. Princípios de vida	Valores	
	Crenças	Bem estar espiritual
	Congruência entre valores/crenças/ações	Angústia espiritual, conflito de decisão, desobediência
11. Segurança/ proteção	Infecção	Infecção
	Lesão física	Membrana mucosa oral, lesão, Trauma, integridade da pele, Integridade tissular, Dentição, Sufocação, Aspiração, Desobstrução de vias aéreas, função neuro-vascular, proteção
	Violência	Automutilação, violência
	Riscos ambientais	envenenamento
	Processos defensivos	Resposta alérgica ao látex
	Termorregulação	Temperatura corporal, Termorregulação
12. Conforto	Conforto físico	Dor, Náusea
	Controle ambiental	
	Conforto social	Isolamento social
13. Crescimento/ desenvolvimento	Crescimento	Crescimento, falha em melhorar
	Desenvolvimento	Desenvolvimento

APÊNDICES

Apêndice I

Cronograma

Apêndice II

Termo de Consentimento

Apêndice III

Instrumento de Coleta de Dados

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA SIMPLIFICADO DE ATIVIDADES

ETAPAS DO ESTUDO	2004 ¹				2005			
1. Levantamento bibliográfico	X	X	X	X	X	X	X	X
2. Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X
3. Elaboração do Projeto de Dissertação	X	X	X	X				
4. Exame Geral de Conhecimentos				X				
5. Coleta dos dados					X	X	X	
6. Elaboração do relatório final da dissertação							X	X
7. Defesa da dissertação							X	
8. Divulgação dos resultados								X

¹ Cada algarismo corresponde a um trimestre do ano citado.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ricardo Costa de Siqueira, enfermeiro, aluno do Mestrado em Enfermagem, estou desenvolvendo uma dissertação sob a orientação do Professor Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes, intitulada: **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM APRESENTADOS POR CRIANÇAS ACOMPANHADAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA**. O objetivo da pesquisa é analisar os problemas de saúde apresentados pelas crianças acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura nesta unidade básica de saúde da família. Espero contribuir para melhorar o atendimento prestado às crianças acompanhadas nesta consulta. Para isto, necessito de sua colaboração aceitando participar da pesquisa mediante resposta de um questionário.

Nessa pesquisa pretendo medir, pesar, verificar temperatura e examinar sua criança assegurando que não irei causar dor, desconforto ou qualquer prejuízo à saúde de sua criança.

Asseguro que as informações serão utilizadas apenas para a realização deste trabalho e que, se desejar, terá acesso às suas informações, sendo inclusive possível tirar quaisquer dúvidas que possivelmente surjam, no decorrer do processo. Você tem liberdade de desistir do trabalho a qualquer momento, sem que isto acarrete problemas para você. Quando este trabalho for apresentado, seu nome não será exposto, nem será fornecida nenhuma informação que permita sua identificação.

Em caso de dúvidas, estarei à disposição para qualquer esclarecimento, podendo falar comigo pelos telefones: 287 4553 , 287 4553 ou 88315419.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará encontra-se disponível para informações pertinentes à pesquisa pelo telefone (85) 288 8338.

Por sua inestimável participação antecipo-lhe meus agradecimentos.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que após, convenientemente, esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador



**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS BASEADO NA TAXONOMIA II DOS
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS
ASSOCIATION**

Dados de Identificação: Área: _____ Data da coleta: ____ / ____ / ____
Nome: _____ DN: ____ / ____ / ____ (____ m) Sexo: M() F()
Nome da mãe: _____
Endereço: _____ Idade da mãe: _____ anos
Escolaridade da mãe: _____ Religião: _____ Estado Civil: _____
Profissão: _____ Ocupação: _____
Renda Familiar: R\$ _____ Nº de elementos familiares: _____

Informações do parto:

Antecedentes obstétricos: G _____ P _____ A _____
Tipo de parto: Normal () Cesareana () Fórceps ()
Parto: a termo () Pré-termo () Pós-termo ()
Peso ao nascer: _____ Kg Comprimento ao nascer: _____ cm PC: _____ cm

Dados Antropométricos (atual)

Peso: _____ Kg Comprimento: _____ cm Perímetro cefálico _____ cm
Perímetro braquial _____ cm Temperatura: _____ (°C) FR: _____ mrm FC: _____ bpm

Domínio 1: Promoção da Saúde (consciência da saúde, controle da saúde)

1. Criança apresenta algum problema de saúde? S () N () Especificar _____
2. Caso sim, Faz uso de alguma medicação? S () N () Especificar(droga e posologia) _____

3. Como você está dando essa medicação? _____

4. A medicação está faltando? S () N ()

4. Quem é o responsável por dar a medicação? _____

Domínio 2: Nutrição (ingestão, digestão, absorção, metabolismo, hidratação)

1. Aleitamento materno exclusivo: S () N () Até que idade? _____ (meses)

2. nº de mamadas / dia: _____

3. Aleitamento materno intercalado com alimentação complementar: S () N () a partir de que idade?
_____ (meses)



4. Leite artificial com alimentação complementar: S () N () a partir de que idade? _____ (meses)

5. Se leite artificial qual o volume de líquido ingerido: _____ (ml)

6. Como é realizado o preparo desse leite? _____

7. O que come:

Manhã: _____

Lanche: _____

Almoço: _____

Lanche: _____

Ceia da noite: _____

Lanche da noite: _____

8. Nº refeições / dia: _____

9. Avaliação da condição atual do apetite: () aumentado () diminuído () conservado

10. Dificuldades para engolir alimentos: S () N () Justifique _____

11. Ingestão hídrica diária: () satisfatória () baixa () alta

12. Apresenta sinais de desidratação: S () N () Justifique _____

Domínio 3: Eliminação (sistema urinário, gastrintestinal, tegumentar, pulmonar)

1. Frequência das micções: () 6 ou mais vezes () menos de 6 vezes

2. Desconforto urinário: S () N () Se sim, especificar _____

3. Evacuação diária: () mais de 5 vezes / dia () de 1 a 5 vez / dia () nenhuma vez / dia

() outro _____

4. Quando evacuou pela última vez: () Hoje () até 5 dias () há mais de 5 dias

5. Tipo habitual de fezes: () pastosa () diarréicas () endurecidas () normal

6. Desconforto ao defecar: () cólica () dificuldade () sangramento () nenhum

7. Tosse: S () N () frequência: _____

8. Tem expectoração: S () N () Característica da expectoração: _____

Domínio 4: Atividade/Repouso (sono/repouso, atividade/exercício, equilíbrio de energia, respostas cardiovasculares/pulmonares)

5.1. Tipo de sono: () ininterrupto () interrompido () agitado

Justificar: _____

5.2. Interrupção do sono: S () N () N° vezes: _____

Justificar: _____

5.3. Horas de sono/dia: () 6 horas () mais 6 horas () menos 6 horas

Justificar: _____

5.4. Início do sono/repouso:

() imediatamente após deitar () 1 hora após deitar () mais de 1 hora após deitar

Justificar: _____

5.5. Condições ao despertar: () alegre () chorosa () irritada

Justificar: _____

5.6. Consegue engatinhar? S () N ()

5.7. Consegue andar? S () N ()

5.8. Com ajuda? S () N ()

5.9. Algum problema relativo à mobilidade: S () N () Justificar _____

5.10. Realizou cirurgia: S () N ()

5.11. Caso sim, teve alguma seqüela: S () N ()

5.12. Alguma alteração na respiração: S () N () Justificar: _____

6. Domínio 5: Percepção/cognição (atenção, orientação, sensação/percepção, cognição, comunicação)

6.1. A criança apresenta alguma dificuldade para:

Balbuciar S () N () Especificar e Justificar: _____

Ver S () N () Especificar e Justificar: _____

Tato S () N () Especificar e Justificar: _____

Ouvir S () N () Especificar e Justificar: _____

Engatinhar / Andar S () N () Especificar e justificar: _____

7. Domínio 7. Relacionamento de Papel (papéis do cuidador, relações familiares, desempenho de papel)



1. Como você se sente em cuidar da criança? Feliz () Capacitada () Cansada () Angustiada ()
Sozinha () Medo () ansiedade () outro ()

Especificar _____

2. Como você se sente como mãe? _____

3. Como é a relação da mãe com os familiares

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Observação
pai da criança						
filho						
outros filhos						
outros						

4. Ocorreu alguma mudança na dinâmica familiar: S () N () Especificar e justificar: _____

5. Na sua percepção, como é a relação do pai com a criança? Ótima () Boa () Regular () Ruim ()
Péssima () Justificar _____

6. Criança em aleitamento materno regular: S () N ()

7. Interrompeu aleitamento materno por conta própria? S () N ()
Justificar: _____

8. Satisfação com o ato de amamentar: S () N () Justificar: _____

Domínio 9: Enfrentamento /Tolerância ao Estresse (respostas pós-trauma, respostas de enfrentamento, estresse neuro-comportamental)

1. Irritabilidade: S () N () Especificar: _____

2. Se assusta com facilidade: S () N () Especificar: _____

3. Reage quando estimulado: S () N () Especificar: _____

5. Apresenta sentimento de medo? S () N () Especificar: _____

Domínio 11. Segurança/Proteção (infecção, lesão física, violência, riscos ambientais, processos defensivos, termorregulação)

1. Realizou algum procedimento cirúrgico: S () N () Especificar: _____

2. Faz uso de medicação imunossupressora: S () N () Especificar: _____

- 3. Apresenta lesão no corpo? S() N() Especificar: _____
- 4. Apresenta lesão oral? S() N() Especificar _____
- 5. Apresenta dentição: S() N()
- 5. Alguma alteração na erupção dentária? S() N() Especificar: _____
- 7. Apresenta problemas nos pés? S() N() Especificar: _____
- 8. Apresenta dificuldade visual? S() N() Especificar: _____
- 9. Presença de piso escorregadio, tomada sem proteção, criança só em móveis, fios soltos e outras situações de risco para queda no domicílio? S() N() Especificar: _____
- 10. Apresenta alguma imobilização de membro? S() N() Especificar: _____
- 11. Criança dorme com muitos panos? S() N()
- 12. Apresenta problema de deglutição? S() N() Especificar: _____
- 13. Apresenta tosse produtiva: S() N() Especificar: _____
- 14. Apresenta vômito: S() N() Especificar: _____
- 15. Obstrução nasal: S() N() Especificar _____
- 16. Guarda medicamentos, venenos e/ou produtos químicos em armários destrancados? S() N() Especificar _____
- 17. Apresenta algum sinal de desidratação? S() N() Especificar _____
- 18. Apresenta alteração de temperatura corporal frequentemente? S() N() Especificar _____
- 19. Apresenta **temperatura corporal** abaixo dos parâmetros normais? S() N() Especificar _____
- 20. Apresenta **temperatura corporal** acima dos parâmetros normais? S() N() Especificar _____

10. Domínio 12. Conforto (conforto físico, conforto ambiental, conforto social)

- 10.1 Queixa de dor: S() N()
- 10.2 Há quanto tempo? _____
- 10.3 Queixas de dor: () anterior () **no momento**
- 10.4 Especificar:
 - Localização: _____ Freqüência: _____
 - Duração: _____ Irradiação: _____
 - Fatores precipitadores _____
- 10.5. Tem início: () Súbito () **insidioso**

1.6. Outros sintomas associados à dor: S() N() Qual(is): _____

1. Domínio 13. Crescimento / Desenvolvimento (crescimento / desenvolvimento)

1.1. Quadro de desenvolvimento

Marcos do Desenvolvimento (Resposta esperada)	Idade (meses)												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (reflexo de postura - barriga para cima. Pernas e braços fletidos, cabeça olha para as pessoas que a observa													
Dá mostras de prazer e desconforto													
Fixa e acompanha objetos em seu campo visual													
Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente													
Arrulha e sorri espontaneamente													
Começa a diferenciar dia e noite													
Postura - Passa da posição lateral para linha média													
Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no													
Emitte sons - balbucia													
Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva													
Rola da posição supina para prona													
Levantada pelos braços, ajuda com o corpo													
Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro													
Reconhece quando se dirigem a ela senta-se sem apoio													
Senta-se sem apoio													
Segura e transfere objetos de uma mão para outra													
Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos													
Imita pequenos gestos ou brincadeiras													
Arrasta-se ou engatinha													
Pega objetos usando o polegar e indicador													
Emprega pelo menos uma palavra com sentido													
Faz gestos com a mão e a cabeça (chau, não, bate palmas, etc.)													
Anda sozinho, raramente cai													

Fonte: CEARA, 2002

P- apresenta A- Ausente NV - Não verificado

1.1.2. Apresenta retardo de desenvolvimento: S() N() Especificar e justificar _____

FICHA DE EXAME FÍSICO

Peso: _____ Comprimento: _____ IMC: _____ Temperatura: _____ °C

FR _____ FC: _____

Aparência e higiene: Adequada () Inadequada () Especificar: _____

Visão: () Normal () Anormal Especificar: _____

Dentição: () Presente () Ausente Especificar: _____

Pele: () Normal () presença de lesões ou deformidades Especificar: _____

MMSS () Coloração normal () Coloração alterada () Dor () Deformidades () Edema

() Outros Especificar: _____

MMII () Coloração normal () Coloração alterada () Dor () Deformidades () Edema

() Outros Especificar: _____

Apresenta queixas: () S () N Especificar: _____

Visão do entrevistador: _____
