

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DE PROBLEMAS
DIAGNOSTICADOS NA PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM
EM CRIANÇAS DE ZERO A DOZE MESES DE IDADE

Walderez Spencer Uebel

TESE SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANA NÉRI
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE DOS REQUISITOS
NECESSÁRIOS À OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Rio de Janeiro, RJ - BRASIL

NOVEMBRO, 1984

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DE PROBLEMAS
DIAGNOSTICADOS NA PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM
EM CRIANÇAS DE ZERO A DOZE MESES

Walderez Spencer Uebel

TESE SUBMETIDA AO CORPO DOCENTE DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANA NÉRI
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO COMO PARTE DOS REQUI-
SITOS NECESSÁRIOS À OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM.

Aprovada por:

Prof. *Maria Dolores Lins de Andrade*
(Presidente da Banca)

Prof. *Lizabel C. Santos*

Prof. *Maria Grone Soares Mauro*

Rio de Janeiro, RJ — BRASIL
NOVEMBRO, 1984

UEBEL, Walderez Spencer

Contribuição ao Estudo dos Problemas da Criança de zero a Doze Meses: Diagnosticados na primeira Consulta de Enfermagem, Rio de Janeiro, UFRJ, 1984.
xiv, 136 f.

Tese: Mestre em Enfermagem

1. Problemas da Criança 2. Enfermagem
3. Consulta de Enfermagem 4. Teses

I. Universidade Federal do Rio de Janeiro

II. Título.

ORIENTADORA

Dra. Haydêe Guanais Dourado

*A meu marido Carlos, companheiro
de todas as horas, pelo amor, carinho
e estímulo constantes.*

*A meus filhos, Juliane e Paulinho,
pelo novo mundo de amor e ternura que
me oferecem*

*A meus pais, Waldemar e Ely, pelo bem
maior que me ofereceram... a vida.*

AGRADECIMENTOS

- À Professora Dra. Haydêe Guanais Dourado, verdadeira Mestra, pela sabedoria e amizade com que me conduziu na elaboração deste trabalho.
- À sempre lembrada Professora Emirynha de Queiróz Maya Rheingantz (in memória), pela dedicação e amizade nunca esquecidas.
- À Professora Lourdes Maria Falavinha Boeira, amiga de todas as horas, pela sempre presente disponibilidade para qualquer ajuda.
- À Professora Sandra de Abreu Mendes, Chefe do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS, e demais colegas, pelo estímulo de prosseguir a fim de concluir este trabalho.
- À Professora Vera Petersen, Diretora da Escola de Enfermagem da UFRGS, pelo apoio e confiança sempre demonstrados.
- Aos irmãos Walter, Sandra, Walner e Rosa, companheiros de todas as lutas, pelo afeto e confiança que sempre depositaram em mim.

- A Nilo e Lilly Uebel, pelo apoio e carinho que nunca poderei agradecer o suficiente.

- A Nair Kremer, Olivia Iost e Nore Silva, pela dedicação no atendimento a meus filhos, permitindo-me a tranquilidade e o tempo para elaborar este trabalho.

- À Professora Lêa Muxfeldt, precursora do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e demais colegas que lá atuam, por acreditarem e prosseguirem na consulta de enfermagem.

- Às professoras do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem Ana Néri da UFRJ, pela abertura de caminhos.

- À equipe do Studio RCR, pela inestimável colaboração.

- A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente estudo foi realizado com o objetivo de identificar os problemas da criança de 0 a 12 m, a concomitância destes problemas e sua distribuição em relação a idade cronológica, sexo e ordem de nascimento; a fim de utilizar os achados para direcionar novas proposições de conteúdos e/ou técnicas educativas da consulta de enfermagem à criança sadia. Para isso, foram coletados em ficha específica, os dados de 904 crianças, atendidas em primeira consulta de enfermagem, no ambulatório de puericultura. Os resultados evidenciaram que o problema com maior frequência decorre de erro alimentar, em crianças de 0 a 2 m, de ambos os sexos e 1º filho. A mais frequente concomitância de dois problemas verifica-se com déficit ponderal-erro alimentar, em crianças de 0 a 2 m, de ambos os sexos e 1º filho. A simultaneidade de três problemas que mais ocorre é dermatite amoniacal-dermatite seborréica-obstrução nasal, em crianças de 0 a 2 m, de ambos os sexos e 1º filho. Dentre as conclusões ressalta-se a necessidade de reavaliar a consulta de enfermagem em função dos resultados obtidos, visto que muitos dos problemas detectados são passíveis de redução através de adequada orientação e educação dos pais ou responsáveis.

SUMMARY

The present study was carried out with the aim of identifying the problems of the infant from 0 to 12 m, the concomitance of such problems and their distribution in regard to chronological age, sex and order of birth. Therefore, data were collected on 904 infants on first call at the ward of the child health clinic. Results evidenced that the most frequent problem arose from feeding error with children from 0 to 2 m, of either sex and first child. The most frequent concomitance of two problems was verified to be weight deficit and feeding error, with children of either sex and first child. The simultaneity of three problems which most often arises is ammoniacal dermatitis - seborrheic dermatitis - nasal obstruction, with children from 0 to 2 m, of either sex and first child. Amongst the conclusions reached the necessity stands out of making a reappraisal of calls at the ward in view of the results obtained, inasmuch as many of the problems detected are liable to reduction by means of adequate guidance and education of the parents or of those responsible for the infants.

LISTA DE TABELAS

1 - Distribuição das crianças, quanto a idade cronológica	27
2 - Distribuição das crianças, segundo o sexo	29
3 - Distribuição das crianças, quanto a ordem de nascimento	29
4 - Distribuição das crianças, segundo idade cronológica e sexo	32
5 - Distribuição das crianças, quanto a idade cronológica e ordem de nascimento	33
6 - Distribuição das crianças, segundo número de problemas apresentados	35
7 - Distribuição das crianças, quanto a número de problemas apresentados e idade cronológica	37
8 - Distribuição das crianças, segundo número de problemas apresentados e sexo	39
9 - Distribuição das crianças, quanto a número de problemas apresentados e ordem de nascimento	41
10 - Distribuição dos problemas apresentados com maior frequência	45
11 - Distribuição dos problemas apresentados com maior frequência, segundo a idade cronológica	46
12 - Distribuição dos problemas apresentados com maior frequência, quanto a sexo	49
13 - Distribuição dos problemas apresentados com maior frequência, segundo a ordem de nascimento.....	51
14 - Distribuição das concomitâncias com dois problemas	55
15 - Distribuição das concomitâncias com dois problemas, quanto a idade cronológica	56
16 - Distribuição das concomitâncias com dois problemas, segundo o sexo	58

17 - Distribuição das concomitâncias com dois problemas, quanto a ordem de nascimento	60
18 - Distribuição das concomitâncias com três problemas	63
19 - Distribuição das concomitâncias com três problemas, segundo a idade cronológica	64
20 - Distribuição das concomitâncias com três problemas, quanto a sexo .	66
21 - Distribuição das concomitâncias com três problemas, segundo a ordem de nascimento	68

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

GRÁFICOS

- 1 - Histograma da primeira consulta de enfermagem à criança, frequência e idade cronológica, no ambulatório de puericultura de um hospital geral de Porto Alegre, nos anos de 1977 e 1978 28
- 2 - Histograma da primeira consulta de enfermagem à criança, frequência e ordem de nascimento, no ambulatório de puericultura de um hospital geral de Porto Alegre, nos anos de 1977 e 1978 31
- 3 - Histograma dos problemas, frequência e número, apresentados por crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, no ambulatório de puericultura de um hospital geral de Porto Alegre, nos anos de 1977 e 1978 36

QUADROS

- 1 - Problemas apresentados por crianças na faixa etária de 0 a 12 m, atendidas em primeira consulta de enfermagem, no ambulatório de puericultura de um hospital geral de Porto Alegre, no período de 01 de janeiro de 1977 a 31 de dezembro de 1978 43
- 2 - Concomitâncias de dois problemas, apresentados por crianças de 0 a 12 m, em primeira consulta de enfermagem, no ambulatório de puericultura de um hospital geral de Porto Alegre, no período de 01 de janeiro de 1977 a 31 de dezembro de 1978 54
- 3 - Concomitâncias com três problemas, apresentados por crianças de 0 a 12 m, em primeira consulta de enfermagem, no ambulatório de puericultura de um hospital geral de Porto Alegre, no período de 01 de janeiro de 1977 a 31 de dezembro de 1978 62

LISTA DE ANEXOS

1 - Roteiro da consulta de enfermagem à criança sadia	93
2 - Sistema de Weed	105
3 - Lista de problemas	117
4 - Ficha para coleta de dados	120

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	1
1.1 - O problema	4
1.2 - Objetivos do estudo	6
1.3 - Definição de termos	7
2 - REVISÃO DA LITERATURA	9
3 - METODOLOGIA	21
3.1 - População	21
3.2 - Amostra	21
3.3 - Instrumento	22
3.4 - Tratamento estatístico	24
4 - RESULTADOS	26
4.1 - Apresentação	26
4.2 - Discussão	70
5 - CONCLUSÕES E SUGESTÕES	83
BIBLIOGRAFIA	88
Bibliografia referenciada	88
Bibliografia consultada	91

ANEXO 1 - Roteiro da consulta de enfermagem à criança sadia	94
ANEXO 2 - Sistema de Weed	106
ANEXO 3 - Lista de problemas	118
ANEXO 4 - Ficha para coleta de dados	121

1 - INTRODUÇÃO

Nos primeiros períodos da infância, grande número de fatores mórbidos manifestam, com mais intensidade, os seus efeitos nocivos e, por vezes, fatais, ceifando muitas vidas ainda nos seus primórdios.

Por essa razão, acredita-se que a orientação para o grupo familiar e a assistência prestada à criança por intermédio dos serviços de saúde constitui um importante fator, não apenas para recuperação e reabilitação como também, para promoção, prevenção e diagnóstico precoce, particularmente, na faixa etária vulnerável dos doze primeiros meses de vida.

Importante ressaltar que a programação desenvolvida por estes serviços de saúde varia em função de fatores culturais, econômicos, de recursos técnicos de pessoal e equipamento e, sobretudo, em decorrência dos mais representativos problemas de saúde detectados na região em que está instalado o serviço.

Diante desta conscientização e após alguns contatos com profissionais da área de saúde infantil, considera-se válida a realização de um estudo sobre os problemas da criança por ocasião

da consulta de enfermagem.

Para esta pesquisa escolheu-se o Ambulatório de Puericultura do Hospital de Clínicas de Porto Alegre que possui algumas características peculiares, como prestação de assistência de puericultura através da consulta de enfermagem à criança sadia, serviço de vacinação e cursos de puericultura às mães, ministrado pelas próprias enfermeiras.

Ao ser inscrita no serviço, a criança passa por uma avaliação feita pelo pediatra, no Ambulatório de Pediatria. Sendo uma criança sadia, é encaminhada para a consulta de enfermagem no Ambulatório de Puericultura. Para cada criança inscrita são programadas nove consultas durante o primeiro ano de vida: seis com a enfermeira e três com o médico (Muxfeldt, 1972; Uebel e Boeira, 1976).

Na programação e implantação deste serviço, foram determinados alguns pressupostos como:

- "O Programa Materno-Infantil é dinâmico, isto é, a assistência deve ser prestada em termos de cuidados progressivos: todo paciente deve receber a atenção necessária, na intensidade desejável, no local adequado e utilizando-se o pessoal mais indicado.
- A enfermeira é elemento dinâmico na equipe de saúde e pode ser melhor utilizada a nível de assistência ambulatorial, prestando atenção de enfermagem direta aos pacientes sadios" (Muxfeldt,

1972).

A consulta de enfermagem, aqui mencionada, "é caracterizada como uma atividade sistemática e completa, realizada por enfermeira e relaciona-se com a supervisão direta de saúde da criança" (Muxfeldt, 1972).

Esta consulta é composta pelas seguintes ações (Anexo 1):

- Histórico de Enfermagem
 - Análise do prontuário da criança
 - Entrevista com a mãe ou responsável
 - Exame físico da criança
- Identificação de problemas
- Plano assistencial
- Registro.

De acordo com as normas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, o registro da consulta no prontuário é orientado, segundo o Sistema de Weed (Anexo 2), para a lista de problemas (Anexo 3), que é usada por toda a equipe de saúde.

Deste modo, todos os profissionais da equipe de saúde têm acentuada responsabilidade na execução de ações que visem à prevenção e promoção da saúde.

Este trabalho pretende acrescentar uma contribuição específica à assistência à criança, basicamente aos programas desenvolvidos, a nível ambulatorial, pela equipe de enfermagem.

1.1 - O problema

No Serviço de Enfermagem de Saúde Pública do HCPA, cada programa de saúde possui um Manual de Enfermagem, onde estão previstas as ações a serem realizadas pela enfermeira do Serviço, tanto em relação à consulta propriamente dita, como em relação às orientações que integram o plano assistencial (Freitas, 1972).

Neste Manual são previstas nove consultas para a criança no seu primeiro ano de vida, assim distribuídas: as de 1, 6 e 12 meses são realizadas pelo médico do serviço pediátrico; as de 2, 3, 4, 5, 7 e 9 meses, pela enfermeira do serviço de puericultura.

Dessa forma, o acompanhamento da criança é feito através de um mínimo de 9 consultas no primeiro ano de vida; não havendo delimitação de consultas em caso de doença, quando a criança poderá ser examinada e retornar quantas vezes forem necessárias.

A consulta de enfermagem é, portanto, uma atividade independente através da qual a enfermeira identifica e registra problemas da criança, fazendo a orientação e o encaminhamento adequados. Assim, parece oportuno identificar e estudar os problemas diagnosticados pela enfermeira, pois a frequência dos mesmos e/ou a concomitância de determinados problemas trarão subsídios importantes para a orientação da mãe e da criança, o que permitirá o desenvolvimento de novas abordagens e sua integração ao Manual de Normas do Serviço de Puericultura do HCPA, elaborado em 1972 e, atualmente, em fase de reestruturação.

Pressupondo-se que a consulta de enfermagem, enquadrada num processo dinâmico e evolutivo, deve, periodicamente, ser avaliada, analisada e reajustada às condições da época, da instituição, das características da região e da clientela, tornam-se necessários estudos que concorram para seu maior desenvolvimento e melhor sistematização.

À medida que os órgãos governamentais e os profissionais de saúde se conscientizam do que representa a população infantil para o futuro de uma nação, cresce, em nosso País, a importância dada ao programa de saúde da criança.

Também para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, órgão federal integrado ao Sistema Nacional de Saúde, com objetivos prioritários de assistência, ensino e pesquisa, julga-se proveitosa a realização de um estudo que contribua, mesmo que com pequena parcela, para a avaliação e reestruturação de seu Programa de Assistência de Enfermagem à Criança.

Acredita-se, ainda, como fator relevante desta pesquisa, o fato de o Serviço de Puericultura do HCPA ser campo de estágio, para estudantes de enfermagem, dos cursos de graduação, habilitação e especialização, cujos programas prevêm, como atividade para aprendizagem discente, a consulta de enfermagem à criança sadia (Silva, 1976; Nogueira, 1977; Rheingantz, 1979; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1980).

Para a elaboração deste trabalho utilizou-se um estudo retrospectivo do prontuário da criança no qual se encontra o

registro da primeira consulta de enfermagem.

Não se pretende, aqui, esgotar o assunto, mas contribuir para o encaminhamento e, talvez, para o levantamento de novas prioridades na educação para a saúde visando a população infantil, de modo que se possa oferecer à criança uma assistência cada vez mais eficaz e eficiente.

Atenuar os riscos e assegurar o mínimo dos direitos à vida e à saúde na infância é uma responsabilidade que deve ser assumida por todos nós, profissionais da saúde em estreita colaboração com os pais ou responsáveis.

1.2 - Objetivos do estudo

Este estudo tem por objetivos:

- 1 - Identificar os problemas apresentados pela criança, na faixa etária de 0 a 12 meses, diagnosticados pela enfermeira por ocasião da primeira consulta de enfermagem, no ambulatório de puericultura de um hospital geral de Porto Alegre.
- 2 - Verificar a frequência e a distribuição destes problemas em relação a idade cronológica da criança, sexo e ordem de nascimento.
- 3 - Verificar se há concomitância na incidência destes problemas e como esta simultaneidade se distribui.

- 4 - Utilizar os achados pra direcionar novas proposições de conteúdos e/ou técnicas educativas da consulta de enfermagem à criança sadia.

1.3 - Definição de termos

Consulta de enfermagem

"É caracterizada como uma atividade sistemática e completa, realizada por enfermeira, e relaciona-se com a supervisão direta da saúde da criança" (Muxfeldt, 1972).

Lista de problemas

"Consiste na listagem numerada dos problemas encontrados no paciente" (Lobo apud Aragón, 1976).

Problema

"É qualquer sintoma, achado físico ou laboratorial, síndrome ou diagnóstico médico social encontrado no paciente. Estes problemas podem ser identificados por qualquer um dos membros da equipe multiprofissional" (Lobo apud Aragón, 1976).

Evolução

"É o registro do acompanhamento e interpretação correspondente a cada problema listado. Constitui-se de informações objetivas, subjetivas, avaliações e planos da equipe multiprofissional" (Lobo apud Aragón, 1976).

Prontuário do paciente

"É o conjunto de registros de informações relativas a um indivíduo sadio ou doente, atendido em um serviço de saúde, para uso da equipe multiprofissional" (Lobo apud Aragón, 1976).

Sistema Weed

"É a maneira de focalizar os problemas identificados, após ouvir e examinar o paciente, listar os problemas apresentados tanto de ordem somática como de ordem psicológica e/ou social, indicando um plano de ação para cada problema identificado, reconhecendo e valorizando o trabalho em equipe que registra e analisa os dados do prontuário do paciente" (Lobo apud Aragón, 1976).

Hospital Geral

"É o hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas. Poderá ter sua ação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada de população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a finalidade específica (hospital de ensino)" (Brasil, 1977).

2 - REVISÃO DA LITERATURA

Segundo a Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (1978), "a incapacidade de sobrevivência durante o primeiro ano de vida constitui ainda um sério problema de saúde pública. Em regiões da África, estima-se que uma em cada seis crianças morre durante a infância; em regiões da Ásia e da América Latina, a proporção é de uma por dez".

Para Rodrigues (1967), "agentes causadores de infecção, carências alimentares, condições adversas do ambiente físico associadas à falta de equilíbrio ou desajustes emocionais a domicílio" são alguns dos riscos que ameaçam a vida da criança e que precisam ser devidamente atenuados, a fim de controlar a morbidade e a mortalidade infantil.

Também para Pareta (1976) a mortalidade infantil, representa um indicador global de saúde e o seu controle acarreta uma modificação social global. Para o autor, a gastroenterite é a responsável por quase 25% da mortalidade infantil em São Paulo, e, o tétano, o sarampo, a poliomielite, a difteria, a coqueluche, a desnutrição intra-uterina e a desnutrição conseqüente do desmame precoce são causadores de outro número apreciável de mortes.

Concorrem para este aumento da taxa de mortalidade e morbidade fatores pré-disponentes como status sócio-econômico, condições ambientais, estado nutricional da população e prevalência de doenças infecciosas e parasitárias. Ao comentar a morbidade neonatal, o autor ainda chama a atenção para alguns fatores que lhe podem ser associados, como idade da mãe, peso ao nascer e ordem de nascimento.

Já **Raya (1978)**, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, mostra que "de cada mil crianças nascidas em 1976, 105 morreram antes de completar um ano de idade, variando esse índice desde 40 mil em Aracaju, até 229 mil em Recife, com valores intermediários nas outras capitais".

A Organização Panamericana da Saúde (1975) realizou estudo em mais de 35.000 óbitos de crianças menores de um ano, por um período de 2 anos, em 15 áreas distintas da América, sendo 3 destas áreas, Recife, Ribeirão Preto e São Paulo, em território brasileiro. Em suas conclusões destacou como fatores pré-disponentes da mortalidade infantil o peso ao nascer, a idade materna e a ordem de nascimento.

Gestera (1974) classifica as causas da mortalidade infantil em diretas, que atuam sobre o organismo, e indiretas, que propiciam o estabelecimento das causas diretas. Estabelece 5 categorias para as causas diretas:

"A - Pré-natais, natais e neonatais

B - Digestivo/nutritivas

- C - Respiratórias
- D - Infecto/parasitárias
- E - Desconhecidas."

Para as causas indiretas, ou pré-disponentes, estabelece 5 fatores:

- "1 - Condições fisiológicas - idade, sexo, raça
- 2 - Condições geográficas e meteorológicas
- 3 - Condições higiênicas
- 4 - Situação financeira
- 5 - Situação cultural."

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, Ministério da Saúde (1975), declara que, em relação à população total do País, 70,98% pertencem ao grupo materno-infantil. No mesmo documento, as principais causas de óbitos da população infantil brasileira apontadas são "as doenças infecciosas, destacando-se como mais frequentes as gastroenterites, as doenças respiratórias, o sarampo, a coqueluche, o tétano, a difteria e a tuberculose".

Conforme a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (1972), a mortalidade infantil neste estado mostra uma alta incidência de gastroenterites, pneumonias e algumas outras moléstias que, se tratadas precocemente, são passíveis de redução.

Rheingantz (1979) ressalta que, apesar dos progressos da ciência e da técnica, o atendimento das necessidades de saúde da população infantil brasileira é bastante insuficiente, tanto

qualitativa como quantitativamente. Em relação à prevenção de doenças, responsáveis por grande número de óbitos infantis recomenda "educação sanitária, saneamento básico, orientação, recursos alimentares, aleitamento materno nos primeiros anos de vida, vacinações e outras ações de saúde".

Ainda sobre a problemática da criança, Pareta (1976), lembra que os primeiros cinco anos de vida merecem atenção especial. Nessa fase o controle de saúde deve ser precoce, contínuo e regular, com vistas à prevenção dos fatores de risco e detecção de problemas que devam receber soluções imediatas e corretas.

Segundo o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (1975), a assistência à criança deve ser precoce, contínua e periódica, com a finalidade de acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento, prevenindo os desvios, diagnosticando e tratando as possíveis intercorrências patológicas, particularmente, no controle das crianças menores de cinco anos.

Esta mesma preocupação é demonstrada pela OMS, no seu Plano Decenal de Saúde para as Américas (1973), quando determina a prioridade da assistência materno-infantil:

- "- Reduzir os riscos de enfermidade e morte a que estão expostos na atualidade a mãe e a criança.
- "- Alcançar uma cobertura de 60% de atenção pré-natal, de 60 a 90% de atenção adequada ao parto e de 60% de controle puerperal.

"- Alcançar uma cobertura de 90% das crianças menores de um ano, de 50 a 70% das de um ano a quatro anos, e de 50% das de cinco anos."

Cietto (1976) afirma que a assistência materno-infantil tem merecido absoluta prioridade também em nosso País.

Realmente, o Ministério da Saúde (1975), tem estabelecido normas para assistência do grupo materno-infantil e definido ações que visam ao controle preventivo da mãe e da criança.

Em nosso meio, a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (1972), seguindo a mesma orientação, define a área de assistência materno-infantil como responsável pelo conjunto de atividades que visam promover, proteger e recuperar a saúde da gestante, da puérpera, da nutriz e da criança.

Num estudo para diagnóstico de saúde de uma pequena comunidade (1976), na região sul do País, constata-se que, apesar das prioridades levantadas pelos órgãos centrais de saúde, a nível local, as unidades sanitárias não conseguem uma satisfatória cobertura no atendimento preventivo da criança sadia nem, tampouco, existem programas contínuos e sistemáticos de educação às mães, com objetivo de orientá-las em adequadas ações de saúde.

Conforme Rheingantz (1979), esta problemática tem grande repercussão no desenvolvimento nacional, uma vez que existe premissa em dinamizar e em ampliar os recursos assistenciais à criança.

O Departamento de Assuntos Universitários (DAU), do Ministério de Educação e Cultura (1976), realizou um estudo sobre a formação e utilização dos recursos humanos na área da saúde. Dentre os problemas levantados destaca-se uma grande lacuna na assistência à população pelos serviços de saúde, apesar dos progressos científicos e tecnológicos disponíveis. O equacionamento deste problema é de vital importância para o pleno êxito da implementação de programas de saúde, que carecem ou subutilizam recursos humanos e materiais.

Sobre esse aspecto, Muxfeldt (1972) afirma que a enfermeira, como membro da equipe de saúde, pode ser melhor utilizada a nível de assistência ambulatorial, prestando atenção de enfermagem direta aos pacientes. O mesmo autor (1978) ainda lembra que a enfermeira deve assumir, de modo contínuo e sistemático, a responsabilidade por atividades básicas na administração da assistência, abrangendo todos os níveis: prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Já Andrade e Adami (1976) apresentam a consulta de enfermagem como uma atividade correlata à prestação da assistência de enfermagem de saúde pública.

Eidt e Muxfeldt (1978), por sua vez, após análise dos dados coletados entre os enfermeiros pediátricos do RGS e SC, ressaltaram a importância da atuação deste profissional na orientação e educação sanitária da mãe e da família.

Complementando esta afirmação, Ross (1973) sustenta que

"a enfermeira, atualmente, é preparada para identificar problemas nos indivíduos e suas famílias, selecionar pacientes para diagnóstico e tratamento médico, agenciar pacientes para recursos da comunidade, fazer aconselhamento para saúde e supervisionar o cuidado de pessoas sadias e portadoras de danos crônicos".

Segundo Chaves (1972), a enfermeira, "assistente-pediátrica", está preparada para atuar em serviços de saúde, públicos ou privados. Cita, entre as atividades desta enfermeira, tomar anamnese pediátrica, fazer exames físicos completos, utilizar instrumentos como estetoscópio, otoscópio e oftalmoscópio. Além disso, administrar vacinas, controlar o estado de desenvolvimento da criança e aplicar testes para detectar defeitos visuais, auditivos e de fonação.

Castro (1975), em seu estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem, demonstra que esta atividade "surgiu em nosso País em 1968, como decorrência de um processo que tem suas raízes nos primórdios da profissão no Brasil". Relata, ainda, que a Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), em 1966 inclui no seu novo manual, como atividade de rotina, a consulta de enfermagem à criança sadia.

Em suas conclusões Castro (1977) afirma que a "consulta de enfermagem foi caracterizada como atividade de deliberação racional, baseada em metodologia própria, que inclui o exame físico do paciente, estabelece relações de confiança, tem objetivos complexos, imediatos e mediatos, com ênfase na prevenção. Constitui-se em uma atividade final, isto é, completa, acabada".

Adami (1976) descreve que, dentre as mais significativas atividades da enfermeira de saúde pública, prestadas nos períodos pré-patogênicos e patogênicos, em Centros de Saúde, encontra-se a consulta de enfermagem e o atendimento de enfermagem institucional. Prosseguindo, o autor define consulta de enfermagem como "um conjunto de ações prestadas pela enfermeira às pessoas sadias, de forma sistemática e completa, especificamente relacionadas com o controle da gestante de baixo risco e do crescimento e desenvolvimento da criança sadia".

No que tange às ações componentes da consulta, **Muxfeldt e cols. (1972)** incluem exame físico, controle de crescimento e desenvolvimento, tratamento de problemas leves, solicitação e encaminhamento de exames laboratoriais de rotina, orientação alimentar, imunizações, orientação quanto a hábitos e atitudes, suporte emocional e registro da consulta no prontuário.

Quanto as ações da consulta de enfermagem, **Nogueira (1975)** aponta anamnese, exame físico sumário, diagnóstico de enfermagem, prestação de cuidados imediatos como aplicação de testes e vacinas, coleta de material para laboratório, curativos e execução de tratamentos prescritos pelo médico, encaminhamentos para outros serviços ou profissionais ou recursos da comunidade, orientação sobre cuidados com a saúde, agendamento de novas consultas e registro de dados.

Por tudo isto, **Nogueira (1977)** salienta a validade da consulta de enfermagem à criança sadia, não só porque identifica problemas da criança e família, mas porque procura assistir a pro-

blemas de forma racional, utilizando recursos disponíveis nos serviços de saúde e na comunidade.

Castro (1975) afirma que atualmente a consulta de enfermagem à criança sadia é vista como atividade final da assistência de enfermagem e necessita, para tal, desenvolver uma metodologia específica.

Muxfeldt (1978), entretanto, considera bem definido o papel da enfermeira no desenvolvimento de programas de puericultura.

De acordo com o Plano Decenal de la Salud para las Americas (1973), na assistência materno-infantil, os serviços de saúde devem dedicar, de forma sistemática, contínua e progressiva, maior atenção à educação materna, propiciando às mães uma melhor compreensão do crescimento e do desenvolvimento de seus filhos.

Ehresman (1968), por sua vez, considera que a necessidade de levar o filho ao serviço de saúde para consulta médica ou de enfermagem deve ser inculcada na mãe através de cursos de orientação realizados de modo contínuo e sistemático onde sejam abordados aspectos de nutrição, higiene e planificação familiar. É um trabalho, afirma, de persuasão às mães.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (1976), é necessário que existam atividades educativas em diferentes níveis, é imperativo, no entanto, que elas estejam perfeitamente integradas às demais atividades assistenciais da área materno-infantil. Is-

to deve ser um fato natural e harmonioso no contexto de ações de saúde oferecidas à população, pois a educação para a saúde deve ser parte integrante da educação global que se inicia no lar e continua na escola em todos os níveis.

A população infantil, devido a sua importância biopsicosocial e ao fato de constituir o grupo mais vulnerável pelos riscos de adoecer e morrer, fez com que o **Ministério da Saúde (1975)** o destacasse como prioritário para efeito das ações integradas de saúde em comunidade. Por isso, dá especial importância às ações de caráter preventivo e educativo, particularmente à educação das mães.

Puffer e Serrano (1974), na análise da inter-relação de fatores que intervêm na mortalidade infantil, tecem considerações sobre o fato de que as condições de saúde das crianças sofrem interferência em relação ao grau de educação das mães, assim como os níveis de saúde de grupos distintos sofrem interferência em relação aos fatores sócio-econômicos.

Para que haja verdadeiro interesse pela saúde e para que as pessoas utilizem preceitos sanitários no seu dia-a-dia, **Costa (1977)** alerta para a necessidade de os setores responsáveis desenvolverem uma ação educativa inteligente, com base nas necessidades reais da população. Assim a coletividade poderá assumir conscientemente a sua responsabilidade na proteção e fomento da saúde.

Marcondes (1974) aborda o mesmo problema referindo-se à

nobre tarefa confiada aos especialistas da saúde infantil: a educação específica do povo, em relação aos cuidados com a infância; e a assistência direta a crianças sadias, para evitar que adoçam, ou a crianças doentes, para possibilitar a recuperação da saúde e evitar a morte.

Foi referido, também, por Marcondes (1974) que é indispensável ao profissional da saúde reconhecer a vulnerabilidade da criança, do caráter unitário de suas reações, da necessidade de investigar e interpretar os seus problemas, a fim de assisti-la globalmente, como pessoa em função de si mesma e de seu ambiente.

Pimont (1977) refere a educação como um patrimônio da comunidade e a educação para a saúde como um conhecimento embasado em valores e crenças próprias do grupo comunitário à que se destina.

Das considerações levantadas, sobre alguns pontos básicos da atenção ao grupo infantil, verifica-se como inexecutável a aplicação de modelos preestabelecidos que visem ao controle desta problemática. Conforme Pareta (1972), "os objetivos e metas a serem estabelecidos, se bem obedçam a parâmetros gerais, devem refletir as necessidades reveladas pelo meio e ser expressão de uma realidade local, seja nas características do risco, seja na estrutura de recursos a serem aplicados. Esta realidade define as atividades a serem implantadas, no sentido de adequá-las à demanda ou clientela". Prosseguindo, o autor ainda diz que: "a importação de informações e técnicas só contribuirá para o aper-

feição das atividades quando possam ser assimiladas e aplicadas dentro da realidade local que é revelada pela permanente posição de diagnóstico da situação de saúde".

Caracteriza-se assim a possibilidade de se estabelecer a relação diagnóstico-atividade, alimentando-a por avaliações e novas informações, o que permite a aplicação de novas abordagens e conseqüente aperfeiçoamento da assistência. É o que pretende o presente trabalho no sentido de trazer uma contribuição para a obtenção de subsídios que auxiliem no aperfeiçoamento da assistência de enfermagem à criança, pelo menos a nível local.

3 - METODOLOGIA

Neste item são apresentados os procedimentos metodológicos aplicados à presente investigação, no que se relaciona a população, amostra, instrumento e tratamento estatístico.

3.1 - População

A população alvo foi constituída por crianças na faixa etária de 0 a 12 meses que frequentaram o ambulatório de puericultura, onde desde fevereiro de 1972 se desenvolvem, através de uma equipe multiprofissional, assistência, individual e de grupo, à criança.

3.2 - Amostra

Foi estudada a totalidade dos prontuários das crianças, na faixa etária referida, que compareceram à primeira consulta de enfermagem no período de 01 de janeiro de 1977 a 31 de dezembro de 1978, perfazendo um total de 904 crianças.

3.3 - Instrumento

Os dados utilizados no presente trabalho foram obtidos a partir do registro da primeira consulta de enfermagem feito no prontuário da criança, mais especificamente nas folhas de identificação, lista de problemas e evolução.

Para a coleta destes dados foi elaborada uma ficha que, após testada, sofreu algumas modificações, resultando no anexo 4. Esta ficha foi repetida quantas vezes se fez necessário para completar a amostra.

A ficha constou de oito itens que visaram obter as seguintes informações:

- ano da realização da consulta;
- mês da realização da consulta;
- número de problemas apresentados na consulta (foram preenchidas fichas separadas para crianças com nenhum, um, dois, três, quatro, cinco e mais problemas);
- número de registro (identificação do prontuário da criança);
- ordem de nascimento da criança na constelação familiar;
- sexo;
- idade cronológica;
- problemas diagnosticados na primeira consulta de enfermagem (enumeração dos tipos de problemas apresentados pela criança, à medida que foram surgindo na pesquisa).

Neste estudo não foram consideradas algumas variáveis, co-

mo amamentação e classificação sócio-econômica, pelas seguintes razões: quanto à amamentação, estava registrado no histórico de enfermagem o tipo de alimentação recebida pela criança na época da consulta, se leite materno ou não; entretanto, não referia por quanto tempo a criança fora amamentada. Em relação à classificação sócio-econômica utilizada pelo hospital, as classes A, B, C ou D, são estabelecidas com base num comprovante de renda; como o preço da consulta varia segundo esta classificação, muitas vezes é apresentada a renda de somente um dos pais, o que não revela a real situação sócio-econômica da família.

Ao término da coleta dos dados de todos os prontuários, foram preenchidas 15 fichas para as crianças sem problemas; 8 para aquelas com um problema; 7 para as com dois problemas; 7 para as com três problemas; 3 para as com quatro problemas; 2 para as com cinco e mais problemas. Estes dados, compreendendo um total de 42 fichas em um universo de 904 crianças, foram trabalhados para a caracterização da amostra e para os estudos posteriores.

Foi elaborada uma folha à parte para relacionar e obter a frequência de todos os problemas identificados. Para melhor e mais correta visualização dos dados, os problemas foram colocados em ordem decrescente, segundo a frequência de suas ocorrências, resultando no Quadro 1.

A partir do Quadro 1, foram selecionados os problemas de maior frequência para dar continuidade à pesquisa.

Utilizando os dados das fichas-base, foram elaboradas no-

vas fichas para cada um dos 16 problemas selecionados. Assim, obtiveram-se os dados referentes aos problemas identificados na criança.

Em relação à concomitância destes problemas mais frequentes, utilizaram-se os dados das crianças com dois problemas para verificar a respectiva concomitância e assim sucessivamente para as crianças com três, quatro, cinco e mais problemas.

Com os dados das crianças com dois problemas resultou o Quadro 2; das com três problemas, foi elaborado o Quadro 3.

Entre as crianças com quatro problemas, bem como com as de cinco e mais problemas não houve simultaneidade dos 16 problemas mais frequentes, portanto estas concomitâncias não foram posteriormente analisadas.

Neste estudo os termos concomitância e simultaneidade foram compreendidos e utilizados como sinônimos.

3.4 - Tratamento estatístico

Considerando-se que a população estava dentro dos padrões exigidos para o estudo, foi iniciada a tabulação dos dados coletados.

Para o tratamento estatístico adotou-se o seguinte procedimento:

- Tabulação manual dos resultados correspondente às 904 crianças.
- Elaboração de tabelas simples e de dupla entrada, com os valores absolutos (n) e respectivos valores percentuais (%).

4 - RESULTADOS

4.1 - Apresentação

Os resultados deste estudo são apresentados e discutidos conforme a seqüência:

- dados referentes à caracterização da amostra;
- dados referentes aos problemas identificados na criança;
- dados referentes à concomitância de problemas apresentados pela criança.

4.1.1 - Caracterização da amostra

Tabela 1 - Distribuição do número e percentual de crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, quanto à idade cronológica

Idade cronológica	n	%
0 — 2 m	571	63
2 — 4 m	178	20
4 — 6 m	67	8
6 — 8 m	36	4
8 — 10 m	30	3
10 — 12 m	22	2
TOTAL	904	100

Conforme os dados encontrados, 571 (63%) das crianças enquadram-se na faixa etária de 0 a 2 m; 178 (20%), na de 2 a 4 m; 68 (8%), na de 4 a 6 m; 35 (4%), na de 6 a 8 m; 30 (3%) na de 8 a 10 m; 22 (2%), na de 10 a 12 m, num total de 904 (100%) crianças.

Para melhor visualizar os resultados, apresenta-se esta distribuição no gráfico 1.

Gráfico 1 - Histograma da primeira consulta de enfermagem à criança, frequência e idade cronológica, no ambulatório de puericultura de um hospital geral de Porto Alegre, nos anos de 1977 e 1978

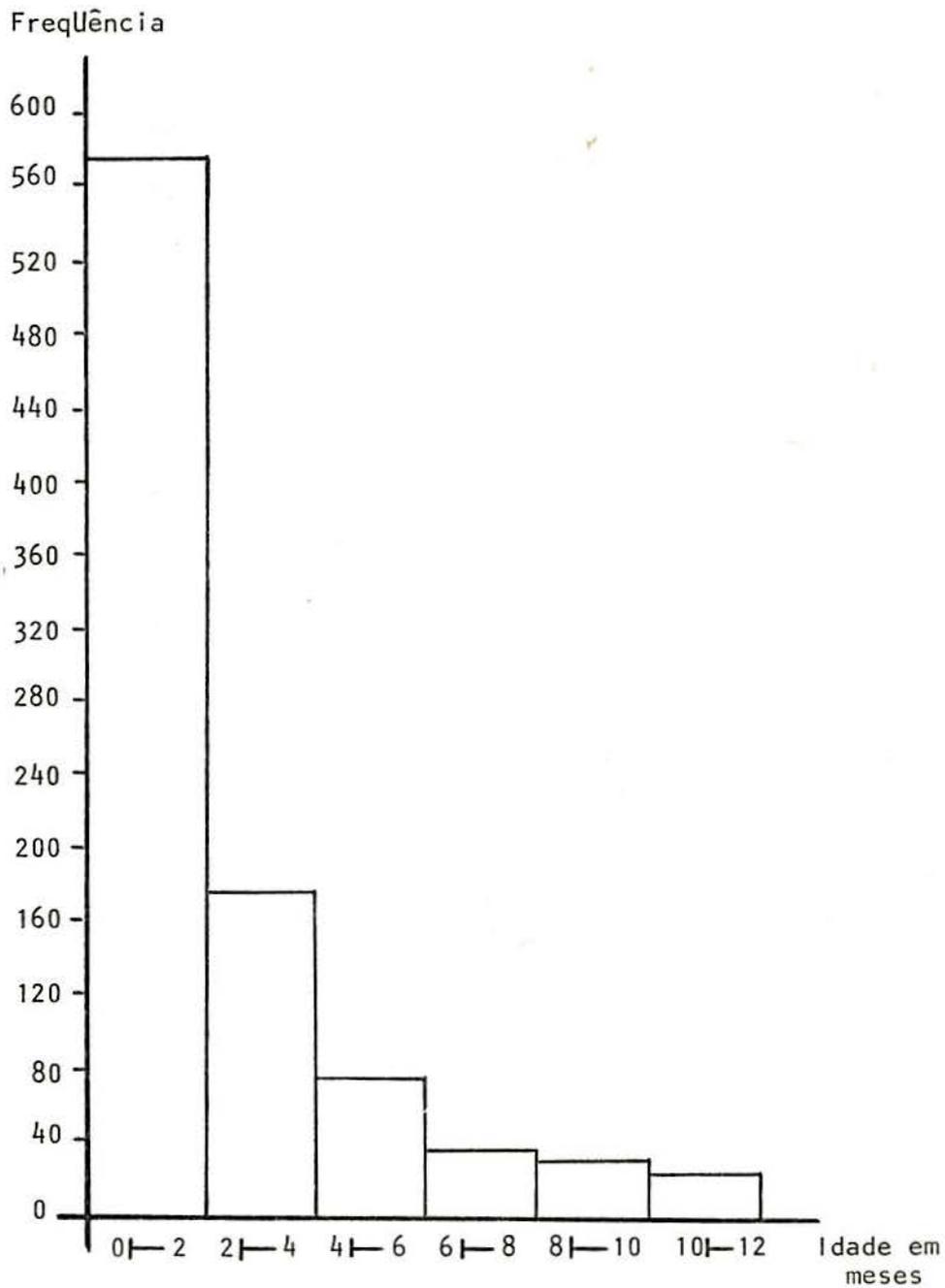


Tabela 2 - Distribuição do número e percentual de crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, segundo o sexo

Sexo	n	%
Feminino	452	50
Masculino	452	50
TOTAL	904	100

Os dados evidenciam que 452 (50%) das crianças pertencem ao sexo feminino e 452 (50%), ao sexo masculino, com total de 904 (100%) crianças.

Tabela 3 - Distribuição do número e percentual de crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, quanto à ordem de nascimento

Ordem de nascimento	n	%
1º filho	547	60,51
2º filho	227	25,11
3º filho	72	7,96
4º filho	28	3,10
5º e acima	30	3,32
TOTAL	904	100,00

Verifica-se que 547 (60,51%) das crianças enquadram-se como 1º filho; 227 (25,11%), como 2º filho; 72 (7,96%), como 3º filho; 28 (3,10%), como 4º filho; 30 (3,32%), como 5º filho e aci-

ma; num total de 904 (100%) crianças.

Para visualizar melhor este resultado é apresentado o gráfico 2.

Gráfico 2 - Histograma da primeira consulta de enfermagem à criança, frequência e ordem de nascimento, no ambulatório de puericultura de um hospital geral de Porto Alegre, nos anos de 1977 e 1978

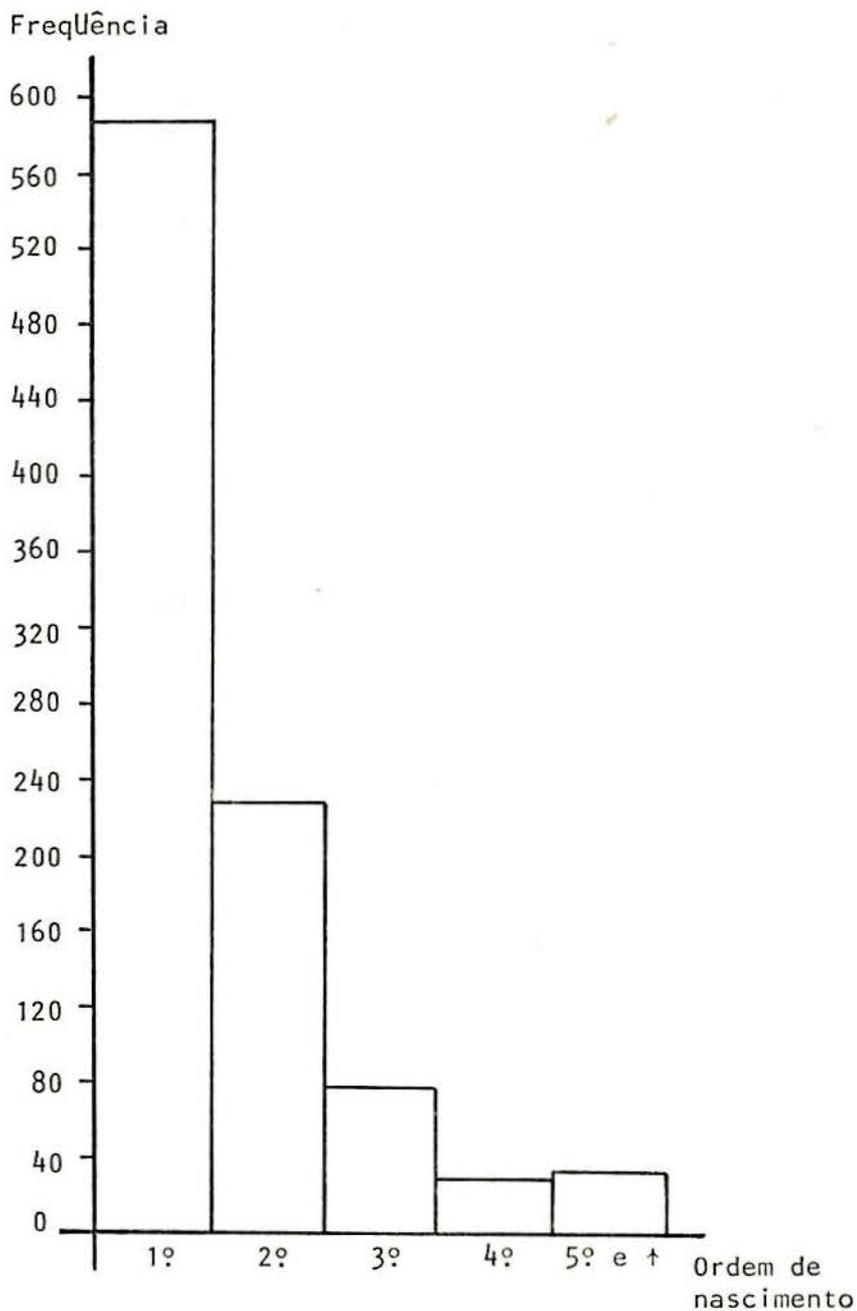


Tabela 4 - Distribuição do número e percentual de crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, segundo a idade cronológica e sexo

Idade cronológica	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
0 — 2 m	300	33,19	271	29,98	571	63,17
2 — 4 m	80	8,85	98	10,84	178	19,69
4 — 6 m	33	3,66	34	3,75	67	7,41
6 — 8 m	14	1,54	22	2,43	36	3,98
8 — 10 m	14	1,54	16	1,77	30	3,31
10 — 12 m	11	1,22	11	1,22	22	2,44
TOTAL	452	50,00	452	50,00	904	100,00

Os dados demonstram que, do sexo feminino, 300 (33,19%) crianças estão na faixa etária de 0 a 2 m; 80 (8,85%), na de 4 a 6 m; 14 (1,54%), na de 6 a 8 m; 14 (1,54%), na de 8 a 10 m e 11 (1,22%), na de 10 a 12 m; num total de 452 (50%) crianças.

Para as crianças do sexo masculino, há 271 (29,98%) pertencentes à faixa etária de 0 a 2 m; 98 (10,84%), à de 2 a 4 m; 34 (3,75%), à de 4 a 6 m; 22 (2,43%), à de 6 a 8 m; 16 (1,77%), à de 8 a 10 m e 11 (1,22%), à de 10 a 12 m; com total de 452 (50%) crianças.

Tabela 5 - Distribuição do número e percentual de crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, quanto a idade cronológica e ordem de nascimento

Idade cronológica		Ordem de nascimento										Total	
		1º		2º		3º		4º		5º e +		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
0	2 m	392	43,36	126	13,94	35	3,87	7	0,77	11	1,23	571	63,17
2	4 m	90	9,96	61	6,75	17	1,88	5	0,55	5	0,55	178	19,69
4	6 m	32	3,54	21	2,33	8	0,88	4	0,44	2	0,22	67	7,41
6	8 m	15	1,66	7	0,77	6	0,67	4	0,44	4	0,44	36	3,98
8	10 m	7	0,77	9	0,99	3	0,33	6	0,67	5	0,55	30	3,31
10	12 m	11	1,23	3	0,33	3	0,33	2	0,22	3	0,33	22	2,44
TOTAL		547	60,52	227	25,11	72	7,96	28	3,04	30	3,32	904	100,00

De acordo com os dados levantados, entre as crianças que se enquadram como 1º filho, 392 (43,36%) encontram-se na faixa etária de 0 a 2 m; 90 (9,96%), na de 2 a 4 m; 32 (3,54%), na de 4 a 6 m; 15 (1,66%), na de 6 a 8 m; 7 (0,77%), na de 8 a 10 m e 11 (1,23%) na de 10 a 12 m; num total de 547 (60,52%) crianças.

Em relação ao 2º filho, verifica-se que 126 (13,94%) das crianças estão na faixa etária de 0 a 2 m; 61 (6,75%), na de 2 a 4 m; 21 (2,33%), na de 4 a 6 m; 7 (0,77%), na de 6 a 8 m; 9 (0,99%), na de 8 a 10 m e 3 (0,33%) na de 10 a 12 m; com total de 227 (25,11%) crianças.

Quanto ao 3º filho, evidencia-se que 35 (3,87%) das crianças pertencem à faixa etária de 0 a 2 m; 17 (1,88%), à de 2 a 4 m; 8 (0,88%), à de 4 a 6 m; 6 (0,67%), à de 6 a 8 m; 3 (0,33%), à de 8 a 10 m e 3 (0,33%), à de 10 a 12 m; total de 72 (7,96%) crianças.

No que se refere ao 4º filho, 7 (0,77%) encontram-se na faixa etária de 0 a 2 m; 5 (0,55%), na de 2 a 4 m; 4 (0,44%), na de 4 a 6 m; 4 (0,44%), na de 6 a 8 m; 6 (0,67%), na de 8 a 10 m e 2 (0,22%), na de 10 a 12 m; com total de 28 (3,09%) crianças.

No que se relaciona ao 5º filho e acima está demonstrado que 11 (1,23%) das crianças estão na faixa etária de 0 a 2 m; 5 (0,55%), na de 2 a 4 m; 2 (0,22%), na de 4 a 6 m; 4 (0,44%), na de 6 a 8 m; 5 (0,55%), na de 8 a 10 m e 3 (0,33%), na de 10 a 12 m; completando um total de 30 (3,32%) crianças.

Tabela 6 - Distribuição do número e percentual de crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, segundo o número de problemas apresentados

Número de problemas	Crianças	
	n	%
Nenhum	578	63,94
Um	137	15,16
Dois	91	10,07
Três	64	7,08
Quatro	23	2,54
Cinco e mais	11	1,21
TOTAL	904	100,00

Esta tabela demonstra que 578 (64%) das crianças não apresentam problemas; 137 (15%) apresentam um problema; 91 (10%), dois problemas; 64 (7%), três problemas; 23 (3%), quatro problemas; 11 (1%), cinco problemas e acima.

Para melhor visualização deste resultado, é apresentado o Gráfico 3.

Gráfico 3 - Histograma dos problemas, freqüência e número, apresentados por crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, no ambulatório de puericultura de um hospital geral de Porto Alegre, nos anos de 1977 e 1978

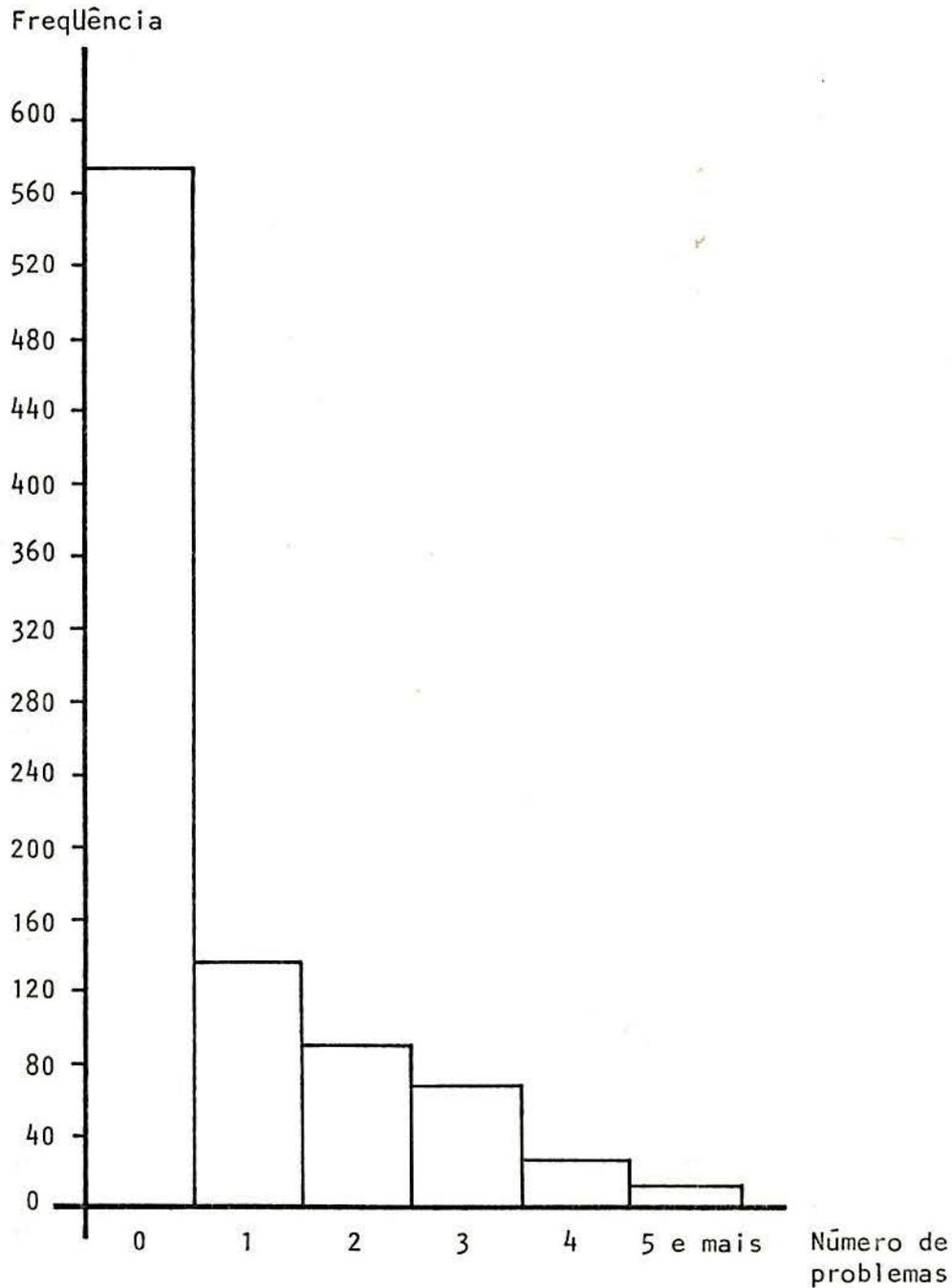


Tabela 7 - Distribuição do número e percentual de crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, quanto a número de problemas apresentados e idade cronológica

Número de problemas	Idade cronológica										Total			
	0 - 2 m		2 - 4 m		4 - 6 m		6 - 8 m		8 - 10 m		10 - 12 m		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nenhum	408	45,13	96	10,62	33	3,65	16	1,77	15	1,66	10	1,11	578	63,94
Um	63	6,97	41	4,54	14	1,56	8	0,88	6	0,66	5	0,55	137	15,16
Dois	51	5,65	17	1,89	8	0,88	7	0,77	3	0,33	5	0,55	91	10,07
Três	34	3,76	17	1,89	8	0,88	1	0,11	3	0,33	1	0,11	64	7,08
Quatro	11	1,22	3	0,33	4	0,44	2	0,22	2	0,22	1	0,11	23	2,54
Cinco e mais	4	0,44	4	0,44	1	0,11	1	0,11	1	0,11	-	-	11	1,21
TOTAL	571	63,17	178	19,69	68	7,42	35	3,98	30	3,31	22	2,43	904	100,00

Os dados evidenciam que, entre as crianças da faixa de 0 a 2 m, 408 (45,13%) não apresentam problemas; 63 (6,97%), apresentam um problema; 51 (5,65%), dois problemas; 34 (3,76%), três problemas; 11 (1,22%), quatro problemas; 4 (0,44%), cinco problemas e acima; num total de 571 (63,17%) crianças.

No que se relaciona à faixa etária de 2 a 4 m, 96 (10,62%) crianças não apresentam problemas; 41 (4,54%) apresentam um problema; 17 (1,89%), dois problemas; 17 (1,89%), três problemas; 3 (0,33%), quatro problemas; 4 (0,44%), cinco problemas e acima; com total de 178 (19,69%) crianças.

Quanto à faixa etária de 4 a 6 m, 33 (3,65%) crianças não apresentam problemas; 14 (1,56%) apresentam um problema; 8 (0,88%), dois problemas; 8 (0,88%), três problemas; 4 (0,44%), quatro problemas; 1 (0,11%), cinco problemas e acima, dando total de 68 (7,42%) crianças.

Na faixa etária de 6 a 8 m, 16 (1,77%) crianças não apresentam problemas; 8 (0,88%) apresentam um problema; 7 (0,77%), dois problemas; 1 (0,11%), três problemas; 2 (0,22%), quatro problemas; 1 (0,11%) cinco problemas e acima com total de 35 (3,98%) crianças.

Para a faixa etária de 8 a 10 m, 15 (1,66%) crianças não apresentam problemas; 6 (0,66%) apresentam um problema; 3 (0,33%), dois problemas; 3 (0,33%), três problemas; 2 (0,22%), quatro problemas; 1 (0,11%), cinco problemas e acima; completando um total de 30 (3,31%) crianças.

No que tange à faixa etária de 10 a 12 m, 10 (1,11%) crianças não apresentam um problema; 5 (0,55%) apresentam um problema; 5 (0,55%), dois problemas; 1 (0,11%), três problemas; 1 (0,11%), quatro problemas; compreendendo um total de 22 (2,43%) crianças.

Tabela 8 - Distribuição do número e percentual de crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, segundo o número de problemas apresentados e sexo

Número de problemas	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Nenhum	289	31,97	289	31,97	578	63,94
Um	73	8,08	64	7,08	137	15,16
Dois	44	4,87	47	5,20	91	10,07
Três	32	3,54	32	3,54	64	7,08
Quatro	9	0,99	14	1,55	23	2,54
Cinco e mais	5	0,55	6	0,66	11	1,21
TOTAL	452	50,00	452	50,00	904	100,00

Nesta tabela verifica-se que, entre as crianças do sexo feminino, 289 (31 (31,97%) não apresentam problemas; 73 (8,08%), apresentam um problema; 44 (4,87%), dois problemas; 32 (3,54%), três problemas; 9 (0,99%), quatro problemas; 5 (0,55%), cinco problemas e acima; num total de 452 (50%) crianças.

Para as crianças do sexo masculino, 289 (31,97%) não apresentam problemas; 64 (7,08%), apresentam um problema; 47 (5,20%),

dois problemas; 32 (3,54%), três problemas; 14 (1,55%), quatro problemas; 6 (0,66%), cinco problemas e acima; com total de 452 (50%) crianças.

Tabela 9 - Distribuição do número e percentual de crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, quanto a número de problemas apresentados e ordem de nascimento

Número de problemas	Ordem de nascimento										Total	
	1º		2º		3º		4º		5º e ↑		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nenhum	366	40,48	138	15,25	43	4,77	12	1,33	19	2,11	578	63,94
Um	78	8,64	35	3,88	11	1,21	8	0,88	5	0,55	137	15,16
Dois	49	5,43	29	3,21	6	0,66	3	0,33	4	0,44	91	10,07
Três	33	3,65	19	2,11	8	0,88	3	0,33	1	0,11	64	7,08
Quatro	14	1,55	4	0,44	3	0,33	1	0,11	1	0,11	23	2,54
Cinco e mais	7	0,77	2	0,22	1	0,11	1	0,11	-	-	11	1,21
TOTAL	547	60,52	227	25,11	72	7,96	28	3,09	30	3,32	904	100,00

Os dados demonstram que, entre as crianças enquadradas como 1º filho, 366 (40,48%) não apresentam problemas; 78 (8,64%) apresentam um problema; 49 (5,43%), dois problemas; 33 (3,65%), três problemas; 14 (1,55%), quatro problemas; 7 (0,77%), cinco problemas e acima; num total de 547 (60,52%) crianças.

Para o 2º filho, 138 (15,25%) não apresentam problemas; 35 (3,88%) apresentam um problema; 29 (3,21%), dois problemas; 19 (2,11%), três problemas; 4 (0,44%), quatro problemas; 2 (0,22%), cinco problemas e acima; com total de 227 (25,11%) crianças.

No que se relaciona ao 3º filho, 43 (4,77%) não apresentam problemas; 11 (1,21%) apresentam um problema; 6 (0,66%), dois problemas, 8 (0,88%), três problemas; 3 (0,33%), quatro problemas; 1 (0,11%), cinco problemas e acima; com total de 72 (7,96%) crianças.

Quanto ao 4º filho, 12 (1,33%) não apresentam problemas; 8 (0,88%) apresentam um problema; 3 (0,33%) dois problemas; 3 (0,33%), três problemas; 1 (0,11%), quatro problemas; 1 (0,11%), cinco problemas e acima; dando total de 28 (3,09%) crianças.

Para o 5º filho e acima, 19 (2,11%) crianças não apresentam problemas; 5 (0,55%) apresentam um problema; 4 (0,44%), dois problemas; 1 (0,11%), três problemas; 1 (0,11%), quatro problemas; completando um total de 30 (3,32%) crianças.

4.1.2 - Dados referentes aos problemas identificados na criança

Quadro 1 - Problemas apresentados por crianças na faixa etária de 0 a 12 m, atendidas em primeira consulta de enfermagem, no ambulatório de puericultura de um hospital geral de Porto Alegre, no período de 01 de janeiro de 1973 a 31 de dezembro de 1978

Nº	Problema	Freqüência
01	Erro alimentar	83
02	Vacinas atrasadas	77
03	Dermatite amoniaca	67
04	Dermatite seborréica	57
05	Constipação intestinal	47
06	Cólicas abdominais	39
07	Déficit ponderal	33
08	Obstrução nasal	32
09	Estado gripal	29
10	Monilíase oral	28
11	Conjuntivite	20
12	Diarréia	20
13	Hipertermia	20
14	Otite média	18
15	Brotoejas	14
16	Hérnia umbilical	11
17	Fimose fisiológica	9
18	Rinofaringite	6
19	Dermatite de contato	5
20	Estrôfalo	4
21	Otite externa	4
22	Anemia	3
23	Choro noturno	3
24	Contato com tuberculose	3
25	Eczema retroauricular	3
26	Hemangioma	3
27	Hérnia inguinal	3
28	Granuloma umbilical	2
29	Vômitos	2

continua

Nº	Problema	Freqüência
30	Abscesso no MID	1
31	Amigdalite	1
32	Bossa serosanguinolenta	1
33	Catapora	1
34	Diástase de retos abdominais	1
35	Escoliose	1
36	Freio lingual curto	1
37	Intertrigo axilar	1
38	Micrognatia	1
39	Nódulo na região cervical	1
40	Obstrução de canal lacrimal E	1
41	Prematuridade	1
42	Sopro cardíaco	1
TOTAL		658

Neste quadro constata-se um total de 658 problemas apresentados por 904 crianças em primeira consulta. Os problemas enumerados de 17 a 42 não sofrerão análise posterior, considerando sua pouca representação. Serão trabalhados os dezesseis problemas mais comuns, que representam 595 freqüências das 658 apresentadas, correspondendo a 90,43% do total de problemas.

Tabela 10 - Distribuição do número e percentual de problemas apresentados com maior frequência, por crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem

Problemas	n	%	% de crianças
01 - Erro alimentar	83	13,96	9,18
02 - Vacinas atrasadas	77	12,94	8,54
03 - Dermatite amoniaca	67	11,26	7,41
04 - Dermatite seborréica	57	9,58	6,31
05 - Constipação intestinal	47	7,90	5,20
06 - Cólicas abdominais	39	6,55	4,31
07 - Déficit ponderal	33	5,55	3,65
08 - Obstrução nasal	32	5,38	3,54
09 - Estado gripal	29	4,86	3,21
10 - Monilíase oral	28	4,70	3,10
11 - Conjuntivite	20	3,36	2,21
12 - Diarréia	20	3,36	2,21
13 - Hipertermia	20	3,36	2,21
14 - Otite média	18	3,04	1,99
15 - Brotoejas	14	2,35	1,55
16 - Hérnia umbilical	11	1,85	1,22
TOTAL	595	100,00	-

Nesta tabela verifica-se que 83 (13,96%) das crianças apresentam erro alimentar; 77 (12,94%), vacinas atrasadas; 67 (11,26%), dermatite amoniaca; 57 (9,58%) dermatite seborréica; 47 (7,90%) constipação intestinal; 39 (6,55%), cólicas abdominais; 33 (5,55%), déficit ponderal; 32 (5,38%) obstrução nasal; 29 (4,86%), estado gripal; 28 (7,70%), monilíase oral; 20 (3,36%), conjuntivite; 20 (3,36%) diarréia; 20 (3,36%), hipertermia; 18 (3,04%), otite média; 14 (2,35%), brotoejas; 11 (1,85%) hérnia umbilical; num total de 595 (100%) crianças.

Tabela 11 - Distribuição do número e percentual de problemas apresentados com maior frequência, por crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, segundo a idade cronológica

Problemas	Idade cronológica										Total			
	0 2 m		2 4 m		4 6 m		6 8 m		8 10 m		10 12 m		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
01 - Erro alimentar	35	5,88	21	3,52	14	2,37	8	1,34	4	0,68	1	0,17	83	13,96
02 - Vacinas atrasadas	-	-	30	5,05	15	2,50	12	2,02	12	2,02	8	1,35	77	12,94
03 - Dermatite amoniaca	45	7,55	12	2,02	4	0,68	3	0,50	2	0,34	1	0,17	67	11,26
04 - Dermatite seborréica	39	6,55	9	1,51	6	1,01	2	0,34	1	0,17	-	-	57	9,58
05 - Constipação intestinal	30	5,05	7	1,18	5	0,83	1	0,17	3	0,50	1	0,17	47	7,90
06 - Cólicas abdominais	28	4,70	8	1,34	1	0,17	2	0,34	-	-	-	-	39	6,55
07 - Déficit ponderal	14	2,37	6	1,01	7	1,17	5	0,83	1	0,17	-	-	33	5,55
08 - Obstrução nasal	24	4,04	7	1,17	-	-	1	0,17	-	-	-	-	32	5,38
09 - Estado gripal	13	2,17	8	1,35	3	0,50	-	-	3	0,50	2	0,34	29	4,86
10 - Monilíase oral	20	3,36	5	0,83	2	0,34	-	-	1	0,17	-	-	28	4,70
11 - Conjuntivite	13	2,17	4	0,68	1	0,17	1	0,17	-	-	1	0,17	10	3,36
12 - Diarréia	8	1,34	5	0,83	4	0,68	1	0,17	2	0,34	-	-	20	3,36
13 - Hipertermia	13	2,17	1	0,17	2	0,34	-	-	2	0,34	2	0,34	20	3,36
14 - Otite média	10	1,68	2	0,34	2	0,34	1	0,17	2	0,34	1	0,17	18	3,04
15 - Brotoejas	5	0,83	6	1,01	2	0,34	-	-	1	0,17	-	-	14	2,35
16 - Hérnia umbelical	7	1,17	4	0,68	-	-	-	-	-	-	-	-	11	1,85
TOTAL	304	51,03	135	22,69	68	11,44	37	6,22	34	5,74	17	2,88	595	100,00

Nesta tabela evidencia-se para a faixa etária de 0 a 12 m, por ordem decrescente, que 45 (7,55%) crianças apresentam dermatite amoniaca; 39 (6,55%), dermatite seborréica; 35 (5,88%) erro alimentar; 30 (5,05%), constipação intestinal; 28 (4,70%), cólicas abdominais; 24 (4,04%), obstrução nasal; 20 (3,36%), monilíase oral; 14 (2,37%), déficit ponderal; 13 (2,17%), estado gripal, conjuntivite e hipertermia respectivamente; 10 (1,68%), otite média; 8 (1,34%), diarréia; 7 (1,17%), hérnia umbelical; 5 (0,83%), brotoejas; num total de 304 (51,03%) crianças.

Quanto à faixa etária de 2 a 4 m, constata-se que 30 (5,05%) crianças apresentam vacinas atrasadas; 21 (3,52%), erro alimentar; 12 (2,02%), dermatite amoniaca; 9 (1,51%), dermatite seborréica; 8 (1,34%), cólicas abdominais e estado gripal; 7 (1,18%), constipação intestinal e obstrução nasal; 6 (1,01%), obstrução nasal e brotoejas; 5 (0,83%), monilíase oral e diarréia; 4 (0,68%), conjuntivite e hérnia umbelical; 2 (0,34%), otite média; 1 (0,17%), hipertermia; com total de 135 (22,69%) crianças.

Em relação à faixa etária de 4 a 6 m, verifica-se que 15 (2,50%) crianças apresentam vacinas atrasadas; 14 (2,37%), erro alimentar; 7 (1,17%), déficit ponderal; 6 (1,01%), dermatite seborréica; 5 (0,83%), constipação intestinal; 4 (0,68%), dermatite amoniaca e diarréia; 3 (0,50%), estado gripal; 2 (0,34%), monilíase oral, hipertermia, otite média e brotoejas; 1 (0,17%), cólicas abdominais e conjuntivite; dando um total de 68 (11,44%) crianças.

Constata-se, para a faixa etária de 6 a 8 m, que 12 (2,02%)

crianças apresentam vacinas atrasadas; 8 (1,34%), erro alimentar; 5 (0,83%), déficit ponderal; 3 (0,50%) dermatite amoniacal; 2 (0,34%), dermatite seborréica e cólicas abdominais; 1 (0,17%), constipação intestinal, obstrução nasal, conjuntivite, diarreia e otite média; com um total de 37 (6,22%) crianças.

Verifica-se, para a faixa etária de 8 a 10 m, que 12 (2,02%) crianças apresentam vacinas atrasadas; 4 (0,68%), erro alimentar; 3 (0,50%), constipação intestinal e estado gripal; 2 (0,34%), dermatite amoniacal, diarreia, hipertermia e otite média; 1 (0,17%), dermatite seborréica, déficit ponderal, monilíase oral e brotoejas; compreendendo um total de 34 (5,74%) crianças.

Para a faixa etária de 10 a 12 m, 8 (1,35%) crianças apresentam vacinas atrasadas; 2 (0,34%), estado gripal e hipertermia; 1 (0,17%) erro alimentar, dermatite amoniacal, constipação intestinal, conjuntivite e otite média; completando um total de 17 (2,88%) crianças.

Tabela 12 - Distribuição do número e percentual de problemas apresentados, com maior frequência, por crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, quanto ao sexo

Problemas	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
01 - Erro alimentar	40	6,73	43	7,23	83	13,96
02 - Vacinas atrasadas	28	4,71	49	8,23	77	12,94
03 - Dermatite amoniacal	38	6,39	29	4,87	67	11,26
04 - Dermatite seborréica	26	4,37	31	5,21	57	9,58
05 - Constipação intestinal	24	4,03	23	3,87	47	7,90
06 - Cólicas abdominais	24	4,03	15	2,52	39	6,55
07 - Déficit ponderal	13	2,19	20	3,36	33	5,55
08 - Obstrução nasal	17	2,85	15	2,53	32	5,38
09 - Estado gripal	10	1,68	19	3,18	29	4,86
10 - Monilíase oral	17	2,85	11	1,85	28	4,70
11 - Conjuntivite	10	1,68	10	1,68	20	3,36
12 - Diarréia	11	1,85	9	1,51	20	3,36
13 - Hipertermia	11	1,85	9	1,51	20	3,36
14 - Otite média	11	1,85	7	1,19	18	3,04
15 - Brotoejas	9	1,51	5	0,84	14	2,35
16 - Hérnia umbilical	7	1,19	4	0,66	11	1,85
TOTAL	296	49,77	299	50,23	595	100,00

Os dados demonstram para as crianças do sexo feminino que, em ordem decrescente, 40 (6,73%) apresentam erro alimentar; 38 (6,39%), dermatite amoniacal; 28 (4,71%), vacinas atrasadas; 26 (4,37%), dermatite seborréica; 24 (4,03%), constipação intestinal e cólicas abdominais; 17 (2,85%), obstrução nasal e monilíase oral; 13 (2,19%), déficit ponderal; 11 (1,85%), diarréia, hipertermia e otite média; 10 (1,68%), estado gripal e conjuntivite; 9

(1,51%), brotoejas; 7 (1,19%), hérnia umbilical; dando um total de de 296 (49,77%) meninas.

Para as crianças do sexo masculino, 49 (8,23%) apresentaram vacinas atrasadas; 43 (7,23%), erro alimentar; 31 (5,21%), dermatite seborr eica; 29 (4,87%), dermatite amoni al; 23 (3,87%), constipa o intestinal; 20 (3,36%), déficit ponderal; 19 (3,18%), estado gripal; 15 (2,52%), cólicas abdominais e obstru o nasal; 11 (1,85%), monilíase oral; 10 (1,68%), conjuntivite; 9 (1,51%), diarreia e hipertermia; 7 (1,19%), otite média; 5 (0,84%), brotoejas; 4 (0,66%), hérnia umbilical; compreendendo um total de 299 (50,23%) meninos.

Tabela 13 - Distribuição do número e percentual de problemas apresentados, com maior frequência, por crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, segundo a ordem de nascimento

Problemas	Ordem de nascimento										Total	
	1º		2º		3º		4º		5º e +		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
01 - Erro alimentar	43	7,24	28	4,71	9	1,51	3	0,50	-	-	83	13,96
02 - Vacinas atrasadas	39	6,57	19	3,19	5	0,84	8	1,34	6	1,00	77	12,94
03 - Dermatite amoniaca	37	6,21	14	2,37	8	1,34	5	0,84	3	0,50	67	11,26
04 - Dermatite seborréica	30	5,04	15	2,52	8	1,34	4	0,68	-	-	57	9,58
05 - Constipação intestinal	28	4,72	13	2,17	1	0,17	5	0,84	-	-	47	7,90
06 - Cólicas abdominais	26	4,37	9	1,51	3	0,50	-	-	1	0,17	39	6,55
07 - Déficit ponderal	17	2,87	9	1,51	6	1,00	-	-	1	0,17	33	5,55
08 - Obstrução nasal	27	4,54	-	-	5	0,84	-	-	-	-	32	5,38
09 - Estado gripal	18	3,01	8	1,34	2	0,34	1	0,17	-	-	29	4,86
10 - Monilíase oral	13	2,17	10	1,68	4	0,68	1	0,17	-	-	28	4,70
11 - Conjuntivite	12	2,00	4	0,68	2	0,34	-	-	2	0,34	20	3,36
12 - Diarréia	13	2,17	2	0,34	2	0,34	1	0,17	2	0,34	20	3,36
13 - Hipertermia	10	1,68	6	1,00	1	0,17	1	0,17	2	0,34	20	3,36
14 - Otite média	7	1,19	6	1,00	2	0,34	1	0,17	2	0,34	18	3,04
15 - Brotoejas	5	0,84	6	1,00	2	0,34	1	0,17	-	-	14	2,35
16 - Hérnia umbilical	6	1,00	4	0,68	1	0,17	-	-	-	-	11	1,85
TOTAL	331	55,62	153	25,70	61	10,26	31	5,22	19	3,20	595	100,00

Nesta tabela evidencia-se, para as crianças classificadas como 1º filho, que, em ordem decrescente, 43 (7,24%) apresentam erro alimentar; 39 (6,57%), vacinas atrasadas; 37 (6,21%), dermatite amoniaca; 30 (5,04%), dermatite seborréica; 28 (4,72%), constipação intestinal; 27 (4,54%), obstrução nasal; 26 (4,37%), cólicas abdominais; 18 (3,01%), estado gripal; 17 (2,87%), déficit ponderal; 13 (2,17%), monilíase oral e diarreia; 12 (2,00%), conjuntivite; 10 (1,68%), hipertermia; 7 (1,19%), otite média; 6 (1,00%), hérnia umbilical; 5 (0,84%), brotoejas; dando um total de 331 (55,62%) crianças.

Em relação ao 2º filho, constata-se que 28 (4,71%) crianças apresentam erro alimentar; 19 (3,19%), vacinas atrasadas; 15 (2,52%), dermatite seborréica; 14 (2,37%), dermatite amoniaca; 13 (2,17%), constipação intestinal; 10 (1,68%), monilíase oral; 9 (1,51%), cólicas abdominais e déficit ponderal; 8 (1,34%), estado gripal; 6 (1,00%), hipertermia, otite média e brotoejas; 4 (0,68%), conjuntivite e hérnia umbilical; 2 (0,34%), diarreia; com um total de 153 (25,70%) crianças.

Quanto ao 3º filho, observa-se que 9 (1,51%) crianças apresentam erro alimentar; 8 (1,34%), dermatite amoniaca e seborréica; 6 (1,00%), déficit ponderal; 5 (0,84%), vacinas atrasadas e obstrução nasal; 4 (0,68%), monilíase oral; 3 (0,50%), cólicas abdominais; 2 (0,34%), estado gripal, conjuntivite, diarreia, otite média e brotoejas; 1 (0,17%), constipação intestinal, hipertermia e hérnia umbilical; num total de 61 (10,26%) crianças.

Para o 4º filho, verifica-se que 8 (1,34%) crianças apresentam vacinas atrasadas; 5 (0,84%), dermatite amoniaca e constipação intestinal; 4 (0,68%), dermatite seborréica; 3 (0,50%), erro alimentar; 1 (0,17%), estado gripal, monilíase oral, diarreia, hipertermia, otite média, brotoejas; com total de 31 (5,22%) crianças.

Verifica-se para o 5º filho e acima que 6 (1,00%) crianças apresentam erro alimentar; 3 (0,50%), dermatite amoniaca; 2 (0,34%), conjuntivite, diarreia, hipertermia e otite média; 1 (0,17%), cólicas abdominais e déficit ponderal; compreendendo um total de 19 (3,20%) crianças.

4.1.3 - Dados referentes a concomitância de problemas apresentados pela criança

Quadro 2 - Concomitâncias de dois problemas, apresentados por crianças de 0 a 12 m, em primeira consulta de enfermagem, no ambulatório de puericultura de um hospital geral de Porto Alegre, no período de 01 de janeiro de 1977 a 31 de dezembro de 1978

Nº	Concomitâncias de dois problemas	Frequência
01	Déficit ponderal Erro alimentar	17
02	Dermatite amoniacal Dermatite seborréica	15
03	Constipação intestinal Erro alimentar	14
04	Hipertermia Otite média	9
05	Estado gripal Hipertermia	7
06	Dermatite amoniacal Vacinas atrasadas	3
07	Diarréia Erro alimentar	3
08	Diarréia Vacinas atrasadas	2
09	Estado gripal Vacinas atrasadas	2
10	Obstrução nasal Otite média	2
11	Monilíase oral Vacinas atrasadas	2
	TOTAL	74

O quadro demonstra um total de 74 simultaneidades com dois problemas. Serão analisados somente as concomitâncias enumeradas de 1 a 5, haja visto a pouca representatividade das restantes. As cinco concomitâncias mais comuns representam 62 frequências das 74 existentes, compreendendo 83,78% do total de simultaneidades com dois problemas.

Tabela 14 - Distribuição do número e percentual das concomitâncias com dois problemas, apresentados por crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem

Concomitâncias com dois problemas	n	%
01 - Déficit ponderal Erro alimentar	17	27,42
02 - Dermatite amoniaca Dermatite seborréica	15	24,19
03 - Constipação intestinal Erro alimentar	14	22,58
04 - Hipertermia Otite média	9	14,52
05 - Estado gripal Hipertermia	7	11,29
TOTAL	62	100,00

Nesta tabela verifica-se que 17 (27,42%) crianças apresentam simultaneamente déficit ponderal-erro alimentar; 15 (24,19%), dermatite amoniaca-seborréica; 14 (22,58%), constipação intestinal-erro alimentar; 9 (14,52%), hipertermia-otite média; 7 (11,29%), estado gripal-hipertermia; completando um total de 62 (100%) crianças.

Tabela 15 - Distribuição do número e percentual das concomitâncias com dois problemas, apresentados por crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, quanto a idade cronológica

Concomitâncias com dois problemas	Idade cronológica												Total	
	0 - 2 m		2 - 4 m		4 - 6 m		6 - 8 m		8 - 10 m		10 - 12 m		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
01 - Déficit ponderal Erro alimentar	9	14,51	4	6,45	2	3,23	2	3,23	-	-	-	-	17	27,42
02 - Dermatite amoniaca Dermatite seborréica	12	19,36	1	1,61	1	1,61	1	1,61	-	-	-	-	15	24,19
03 - Constipação intestinal Erro alimentar	7	11,29	5	8,07	1	1,61	1	1,61	-	-	-	-	14	22,58
04 - Hipertermia Otite média	6	9,68	1	1,61	-	-	-	-	2	3,23	-	-	9	14,52
05 - Estado gripal Hipertermia	4	6,45	-	-	2	3,23	-	-	-	-	1	1,61	7	11,29
TOTAL	38	61,29	11	17,74	6	9,68	4	6,45	2	3,23	1	1,61	62	100,00

Esta tabela demonstra que, para a faixa etária de 0 a 2 m, por ordem decrescente, 12 (19,36%) crianças apresentam simultaneamente dermatite amoniacal-dermatite seborréica; 9 (14,51%), déficit ponderal-erro alimentar; 7 (11,29%), constipação intestinal-erro alimentar; 6 (9,68%), hipertermia-otite média; 4 (6,45%), estado gripal-hipertermia; num total de 38 (61,29%) crianças.

Quanto à faixa etária de 2 a 4 m, 5 (8,07%) crianças apresentam constipação intestinal-erro alimentar; 4 (6,45%), déficit ponderal-erro alimentar; 1 (1,61%), dermatite amoniacal-dermatite seborréica e hipertermia-otite média; com total de 11 (17,74%) crianças.

No que se relaciona à faixa etária de 4 a 6 m, 2 (3,27%) crianças apresentam déficit ponderal-erro alimentar e estado gripal-hipertermia; 1 (1,61%), dermatite amoniacal-dermatite seborréica e hipertermia-otite média; dando um total de 6 (9,68%) crianças.

Para a faixa etária de 6 a 8 m, 2 (3,23%) crianças apresentam déficit ponderal-erro alimentar; 1 (1,61%), dermatite amoniacal-dermatite seborréica e constipação intestinal-erro alimentar; completando um total de 4 (6,45%) crianças.

Para a faixa etária de 8 a 10 m, 2 (3,23%) crianças apresentam hipertermia-otite média, sendo este o número total desta faixa.

Para a faixa etária de 10 a 12 m, 1 (1,61%) criança apre-

sendo estado gripal-hipertermia, sendo este o total desta faixa etária.

Tabela 16 - Distribuição do número e percentual das concomitâncias com dois problemas, apresentados por crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, segundo sexo

Concomitâncias com dois problemas	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
01 - Déficit ponderal Erro alimentar	6	9,68	11	17,74	17	27,42
02 - Dermatite amoniacal Dermatite seborréica	8	12,90	7	11,29	15	24,19
03 - Constipação intestinal Erro alimentar	6	9,68	8	12,90	14	22,58
04 - Hipertermia Otite média	7	11,29	2	3,23	9	14,52
05 - Estado gripal Hipertermia	3	4,84	4	6,45	7	11,29
TOTAL	30	48,39	32	51,61	62	100,00

Evidencia-se, nesta tabela, que, para as crianças do sexo feminino, as simultaneidades se dão em 8 (12,90%) crianças que apresentam dermatite amoniacal-dermatite seborréica; 7 (11,29%), hipertermia-otite média; 6 (9,68%), déficit ponderal-erro alimentar e constipação intestinal-erro alimentar respectivamente; 3 (4,84%), hipertermia-estado gripal; com total de 30 (48,39%) meninas.

Para as crianças do sexo masculino, 11 (17,74%) crianças apresentam déficit ponderal-erro alimentar; 8 (12,90%), constipação intestinal-erro alimentar; 7 (11,29%), dermatite amoniacal-dermatite seborréica; 4 (6,45%), estado gripal-hipertermia; 2 (3,23%), hipertermia-otite média; compreendendo um total de 32 (51,61%) meninos.

Tabela 17 - Distribuição do número e percentual das concomitâncias com dois problemas, apresentados por crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, quanto a ordem de nascimento

Concomitâncias com dois problemas	Ordem de nascimento										Total	
	1º		2º		3º		4º		5º e +		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
01 - Déficit ponderal Erro alimentar	9	14,51	5	8,07	3	4,84	-	-	-	-	17	27,42
02 - Dermatite amoniaca Dermatite seborrêica	10	16,12	5	8,07	-	-	-	-	-	-	15	24,19
03 - Constipação intestinal Erro alimentar	8	12,90	4	6,45	-	-	2	23,23	-	-	14	22,58
04 - Hipertermia Otite média	5	8,07	1	1,61	1	1,61	-	-	2	3,23	9	14,52
05 - Estado gripal Hipertermia	2	3,23	4	6,45	-	-	1	1,61	-	-	7	11,29
TOTAL	34	54,83	19	30,65	4	6,45	3	4,84	2	3,23	62	100,00

Esta tabela demonstra que, para as crianças classificadas como 1º filho, as simultaneidades são da seguinte ordem: 10 (16,12%) crianças apresentam dermatite amoniacal-dermatite seborréica; 9 (14,51%), déficit ponderal-erro alimentar; 8 (12,90%), constipação intestinal-erro alimentar; 5 (8,07%), hipertermia-otite média; 2 (3,23%), estado gripal-hipertermia; dando um total de 34 (54,83%) crianças.

Quanto ao 2º filho, verifica-se que 5 (8,07%) crianças apresentam déficit ponderal-erro alimentar e dermatite amoniacal-dermatite seborréica; 4 (6,45%), constipação intestinal-erro alimentar e estado gripal-hipertermia; 1 (1,61%), hipertermia-otite média; com total de 19 (30,65%) crianças.

No que se relaciona ao 3º filho, constata-se que 3 (4,84%) crianças apresentam déficit ponderal-erro alimentar; 1 (1,61%), hipertermia-otite média; compreendendo um total de 4 (6,45%) crianças.

Para o 4º filho, verifica-se que 2 (3,23%) crianças apresentam constipação intestinal-erro alimentar; 1 (1,61%), estado gripal-hipertermia; num total de 3 (4,84%) crianças.

Para o 5º filho e acima, observa-se que 2 (3,23%) crianças apresentam hipertermia-otite média; sendo este número o total desta categoria.

Quadro 3 - Concomitâncias com três problemas apresentados por crianças de 0 a 12 m, em primeira consulta de enfermagem, no ambulatório de puericultura de um hospital geral de Porto Alegre, no período de 01 de janeiro de 1977 a 31 de dezembro de 1978

Nº	Concomitâncias com três problemas	Frequência
01	Dermatite amoniaca Dermatite seborréica Obstrução nasal	9
02	Déficit ponderal Erro alimentar Vacinas atrasadas	7
03	Constipação intestinal Dermatite amoniaca Erro alimentar	6
04	Constipação intestinal Déficit ponderal Erro alimentar	5
05	Cólicas abdominais Dermatite amoniaca Vacinas atrasadas	3
06	Diarréia Erro alimentar Vacinas atrasadas	3
07	Cólicas abdominais Conjuntivite Vacinas atrasadas	2
08	Dermatite amoniaca Estado gripal Monilíase oral	2
09	Cólicas abdominais Erro alimentar Vacinas atrasadas	2
TOTAL		39

O quadro evidencia um total de 29 concomitâncias com três problemas. As enumeradas de 5 a 9 não serão estudadas posteriormente devido a sua pouca representatividade. As quatro simultaneidades mais comuns representam 27 frequências das 39 existentes, correspondendo a 59,23% do total de concomitâncias com três problemas.

Tabela 18 - Distribuição do número e percentual das concomitâncias com três problemas, apresentados por crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem

Concomitâncias com três problemas	n	
01 - Dermatite amoniacal Dermatite seborréica Obstrução nasal	9	33,33
02 - Déficit ponderal Erro alimentar Vacinas atrasadas	7	25,93
03 - Constipação intestinal Dermatite amoniacal Erro alimentar	6	22,22
04 - Constipação intestinal Déficit ponderal Erro alimentar	5	18,52
TOTAL	27	100,00

A tabela evidencia que 9 (33,33%) crianças apresentam simultaneamente dermatite amoniacal-dermatite seborréica-obstrução nasal; 7 (25,93%), déficit ponderal-erro alimentar-vacinas atrasadas; 6 (22,22%), constipação intestinal-dermatite amoniacal-erro alimentar; 5 (18,52%), constipação intestinal-déficit ponderal-erro alimentar; compreendendo um total de 27 crianças.

Tabela 19 - Distribuição do número e percentual das concomitâncias com três problemas, apresentados por crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, segundo a idade cronológica

Concomitâncias com três problemas	Idade cronológica												Total	
	0 2 m		2 4 m		4 6 m		6 8 m		8 10 m		10 12 m		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
01 - Dermatite amoniacal Dermatite seborrêica Obstrução nasal	5	18,52	4	14,81	-	-	-	-	-	-	-	-	9	33,33
02 - Déficit ponderal Erro alimentar Vacinas atrasadas	-	-	2	7,41	4	14,81	1	3,71	-	-	-	-	7	25,93
03 - Constipação intestinal Dermatite amoniacal Erro alimentar	4	14,81	-	-	2	7,41	-	-	-	-	-	-	6	22,22
04 - Constipação intestinal Déficit ponderal Erro alimentar	4	14,81	-	-	-	-	-	-	1	3,71	-	-	5	18,52
TOTAL	12	48,14	6	22,22	6	22,22	1	3,71	1	3,71	-	-	27	100,00

Para a faixa etária de 0 a 2 m evidencia-se que 5 (18,52%) crianças apresentam simultaneamente dermatite amoniacal-dermatite seborréica-obstrução nasal; 4 (14,81%), constipação intestinal-dermatite amoniacal-erro alimentar e constipação intestinal-déficit ponderal-erro alimentar; num total de 12 crianças.

Quanto à faixa etária de 2 a 4 m, 4 (14,81%) crianças apresentam dermatite amoniacal-dermatite seborréica-obstrução nasal; 2 (7,41%), déficit ponderal-erro alimentar-vacinas atrasadas, com total de 6 (22,22%) crianças.

Para a faixa etária de 4 a 6 m, constata-se que 4 (14,81%) crianças apresentam déficit ponderal-erro alimentar-vacinas atrasadas; 2 (7,41%), constipação intestinal-dermatite amoniacal-erro alimentar; dando o total de 6 (22,22%) crianças.

Relativo à faixa etária de 6 a 8 m, 1 (3,71%) criança apresenta déficit ponderal-erro alimentar-vacinas atrasadas; sendo este número o total desta faixa.

Para a faixa etária de 8 a 10 m, 1 (3,71%) criança apresenta constipação intestinal-déficit ponderal-erro alimentar; sendo este o total desta faixa.

Para a faixa etária de 10 a 12 m não foi detectada nenhuma simultaneidade de três problemas.

Tabela 20 - Distribuição do número e percentual das concomitâncias com três problemas, apresentadas por crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, quanto a sexo

Concomitâncias com três problemas	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
01 - Dermatite amoniacal Dermatite seborréica Obstrução nasal	4	14,81	5	18,52	9	33,33
02 - Déficit ponderal Erro alimentar Vacinas atrasadas	5	18,52	2	7,41	7	25,93
03 - Constipação intestinal Dermatite amoniacal Erro alimentar	3	11,11	3	11,11	6	22,22
04 - Constipação intestinal Déficit ponderal Erro alimentar	3	11,11	2	7,41	5	18,52
TOTAL	15	55,55	12	44,45	27	100,00

Verifica-se, nesta tabela, para as crianças do sexo feminino que 5 (18,52%) crianças apresentam simultaneamente déficit ponderal-erro alimentar-vacinas atrasadas; 4 (14,81%), dermatite seborréica-dermatite amoniacal-obstrução nasal; 3 (11,11%), constipação intestinal-dermatite amoniacal-erro alimentar e constipação intestinal-déficit ponderal-erro alimentar; num total de 15 (55,55%) meninas.

Para as do sexo masculino, 5 (18,52%) crianças apresentam dermatite amoniacal-dermatite seborréica-obstrução nasal; 3 (11,11%), constipação intestinal-dermatite amoniacal-erro alimentar; 2 (7,41%), déficit ponderal-erro alimentar-vacinas atrasadas e cons-

tipação intestinal-déficit ponderal-erro alimentar, respectivamente; dando um total de 12 (44,45%) meninos.

Tabela 21 - Distribuição do número e percentual das concomitâncias com três problemas, apresentados por crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem, segundo a ordem de nascimento

Concomitâncias com três problemas	Ordem de nascimento										Total	
	1º		2º		3º		4º		5º e +		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
01 - Dermatite amoniaca Dermatite seborréica Obstrução nasal	5	18,52	-	-	4	14,81	-	-	-	-	9	33,33
02 - Déficit ponderal Erro alimentar Vacinas atrasadas	3	11,11	2	7,41	2	7,41	-	-	-	-	7	25,93
03 - Constipação intestinal Dermatite amoniaca Erro alimentar	3	11,11	3	11,11	-	-	-	-	-	-	6	22,22
04 - Constipação intestinal Déficit ponderal Erro alimentar	4	14,81	-	-	1	3,71	-	-	-	-	5	18,52
TOTAL	15	55,55	5	18,52	7	25,93	-	-	-	-	27	100,00

Esta tabela demonstra que, para as crianças classificadas como primeiro filho, 5 (18,52%) delas apresentam simultaneamente dermatite amoniacal-dermatite seborréica-obstrução nasal; 4 (14,81%), constipação intestinal-déficit ponderal-erro alimentar; 3 (11,11%), déficit ponderal-erro alimentar-vacinas atrasadas e constipação intestinal-déficit ponderal-erro alimentar; num total de 15 (55,55%) crianças.

Verifica-se para o 2º filho, que 3 (11,11%) crianças apresentam constipação intestinal-dermatite amoniacal-erro alimentar; 2 (7,41%), déficit ponderal-erro alimentar-vacinas atrasadas; com total de 5 (18,52%) crianças.

Quanto ao 3º filho, 4 (14,81%) crianças apresentam dermatite amoniacal-dermatite seborréica-obstrução nasal; 2 (7,41%), déficit ponderal-erro alimentar-vacinas atrasadas; 1 (3,71%), constipação intestinal-déficit ponderal-erro alimentar; dando um total de 7 (25,93%) crianças.

Para as crianças enquadradas como 4º filho, bem como, para o 5º filho e acima, não foi encontrada nenhuma simultaneidade com três problemas.

4.2 - Discussão dos resultados

Conforme especificação anterior, os resultados obtidos foram examinados a partir da caracterização da amostra, através da análise dos problemas identificados nas crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem e das simultaneidades dos problemas de maior frequência.

Os resultados demonstram (Tabela 1) que a grande maioria das crianças, ou seja 63%, pertencem à faixa etária de 0 a 2 m, por ocasião da 1ª consulta de enfermagem. A seguir, na faixa etária de 2 a 4 m, encontra-se 20% das crianças; 8%, na de 4 a 6 m; 4%, na de 6 a 8 m; 3%, na de 8 a 10 m e 2%, na de 10 a 12 m (Gráfico 1).

Conforme previsão existente no Manual de Normas e Rotinas do Serviço de Puericultura (Freitas et alii), a criança deve inscrever-se no programa de saúde infantil em seu primeiro mês de vida. Portanto, este resultado vai ao encontro do que é proposto pelo serviço.

Quanto ao sexo da criança, a pesquisa revela casualidade, visto que exatamente 50% pertencem ao sexo feminino e 50%, ao masculino (Tabela 2). Quanto à ordem de nascimento (Tabela 3), mais da metade das crianças, ou seja, 60,51%, enquadram-se como 1º filho; seguindo-se, em ordem decrescente, o 2º filho com 25,11%; o 3º com 7,96%, o 5º e acima com 3,32% e o 4º com 3,10%. Este resultado pode ser melhor visualizado no Gráfico 2.

Face ao apontado acima, parece que o fator ordem de nascimento, principalmente 1º filho, influi na procura do Serviço.

Isto é consequência da insegurança e/ou inexperiência da mãe de 1º filho? De sua maior necessidade de apoio e assistência? Ocorrerá o mesmo com todas as mães, independente da classe social? Será que o serviço oferece poucas ou óbvias ações educativas para as mães com maior número de filhos? Ou essas mães não têm interesse ou tempo para procurar o Serviço?

Estas questões, apesar de altamente relevantes, não são aqui respondidas pelo fato de não constituírem objeto de preocupação desta pesquisa. Fica a sugestão para estudos posteriores.

Na relação entre a idade cronológica, em que a criança chega ao serviço, e o sexo (Tabela 4), observa-se maior presença do sexo feminino na faixa etária de 0 a 2 m, com 33,19%; quanto ao sexo masculino, há maior concentração na faixa de 2 a 4 m; com 10,84%.

Quanto à relação da idade cronológica com a ordem de nascimento (Tabela 5), evidencia-se, dentro das categorias do 1º, 3º, 4º e 5º filho e acima, o maior percentual de presenças para a faixa etária de 0 a 2 m. Para o 2º filho, o maior percentual de presenças (0,99%) ocorre na faixa de 8 a 10 m.

Quanto ao número de problemas apresentados pela criança, nesta primeira consulta (Tabela 6), a maioria, ou seja 63,94%, não apresenta problemas. Observa-se ainda que o percentual res-

tante decresce à medida que aumenta o número de problemas, indo de 15,16% para crianças com um problema até 1,21% para aquelas que têm cinco ou mais problemas (Gráfico 3).

Este resultado confirma os propósitos do serviço de puericultura, o qual se propõe a realizar a supervisão do crescimento e desenvolvimento da criança sadia, visto que o controle da criança doente é realizado no ambulatório de pediatria (Freitas et alii, 1972).

Relacionando o número de problemas apresentados e a idade cronológica (Tabela 7), aproximadamente metade das crianças, em cada uma das respectivas faixas etárias, não apresentam problemas. Na faixa de 0 a 2 m, encontra-se o mais alto percentual de crianças sadias, isto é, 45,13%. Talvez isto se deva ao fato de, no serviço, haver maior número de crianças nesta faixa de idade.

De acordo com a relação do número de problemas e o sexo (Tabela 8), a percentagem de crianças sem problemas é de 31,97%, tanto para o sexo feminino como para o masculino. Mesmo entre as crianças com problemas, a diferença de frequência entre os dois sexos é muito pequena.

Segundo a ordem de nascimento e o número de problemas apresentados (Tabela 9), verifica-se que, em cada categoria do 1º ao 5º filho e acima, aproximadamente metade das crianças não apresentam problemas. A maior percentagem de crianças sem problemas, 40,48%, enquadra-se como 1º filho; cabe lembrar, que na Tabela 3 esta categoria apresenta maior frequência no serviço.

No Quadro 1, é relacionado o total de problemas apresentados pelas crianças atendidas em primeira consulta de enfermagem. Estão registrados 42 diferentes problemas compreendendo um total de 658 situações diversas diagnosticadas em consulta.

A amplitude de frequência dos problemas é de 1 a 83.

Segundo Chaves (1977), "quanto mais frequente é uma doença como causa de morbidade ou mortalidade, tanto maior seu significado social". Concordando com a afirmação este trabalho se limita a estudar os problemas com um mínimo de 10 ocorrências. Portanto, são estudados os 16 problemas mais frequentes, que correspondem a 90,42% do total relacionado.

A ordem de frequência dos problemas encontrados não coincide com a ordem que os autores apresentam, talvez por serem problemas de ordem geral, isto é, levantados em serviços de pediatria e não especificamente de puericultura.

Na Tabela 10, destacam-se esses 16 problemas, por ordem decrescente, de acordo com a incidência apresentada.

Como os dois problemas de maior frequência, erro alimentar (13,96%) e vacinas atrasadas (12,94%), não são identificados em listagem de outros autores, pelo menos com essa terminologia, cumpre aqui caracterizá-los de acordo com o definido pelo serviço.

Por erro alimentar, entendam-se todos os desvios de uma alimentação adequada ao peso e à idade da criança, como desmame

precoce ou cardápio inadequado, seja em quantidade ou qualidade de alimentos.

Conforme **Pareta (1976)**, "o componente nutricional em programas de saúde infantil não deve ser menosprezado, especialmente em regiões em desenvolvimento, como é o caso do Brasil".

Como vacinas atrasadas entendam-se aqueles casos em que a criança não iniciou o esquema de vacinações na data correta ou quando não foi observado o intervalo adequado entre as doses previstas.

De acordo com **Leavell (1976)**, "imunizações padronizadas, para as quais existe prova de que conferem proteção adequada, são aquelas contra varíola, poliomielite, sarampo, difteria, tétano e coqueluche. Quando as três últimas são combinadas e dadas durante os primeiros seis meses de idade, todas as crianças desenvolvem níveis adequados de proteção contra tétano; a grande maioria, contra difteria (mais do que quando o toxóide diftérico é dado sozinho após o sexto mês); e mais da metade, contra coqueluche. Estes níveis não serão tão duráveis como quando a imunização é iniciada após o sexto mês, mas podem ser reforçados pronta e eletivamente com doses estimulantes".

Na relação entre os problemas mais frequentes e a idade cronológica (Tabela 11), evidencia-se uma incidência maior destes problemas na faixa etária de 0 a 2 m, com execução das vacinas atrasadas que apresentam maior percentual na faixa de 2 a 4 m. A não-existência de criança com vacinas atrasadas na faixa de 0 a

2 m se prende ao fato de que, no serviço referido, não há vacina prevista para esta idade.

Quanto aos problemas mais frequentes relacionados ao sexo da criança (Tabela 12), destacam-se para o sexo feminino, dermatite amoniaca, constipação intestinal, cólicas abdominais, obstrução nasal, monilíase oral, diarreia, hipertermia, otite media, brotoejas e hérnia umbilical.

Para o sexo masculino, destacam-se erro alimentar, vacinas atrasadas, dermatite seborréica, déficit ponderal e estado gripal.

Nos casos de conjuntivite, há igual percentagem (1,68%) para os dois sexos, respectivamente.

Quanto à ordem de nascimento da criança e os problemas mais incidentes (Tabela 13), tanto o 1º, como o 2º e o 3º filho apresentam erro alimentar como problema de maior frequência. Isto poderia nos levar a pensar em falta de experiência e preparo da mãe de 1º filho? Mas o que dizer das mães de 2º e 3º filho? Para o 5º filho não houve frequência para erro alimentar. Será que a esta altura a mãe já adquiriu experiência? Já foi muitas vezes orientada? Estas questões abrem caminho para novos estudos que podem ser efetivados nessa área.

As vacinas atrasadas e dermatite amoniaca são problemas que ocupam segundo e terceiro lugar, respectivamente, na frequência de todas as crianças, ou seja, do 1º ao 5º filho. Cabe des-

tacar que, na categoria 5º filho e acima, a incidência desses problemas é de mais de 50%.

Conforme os resultados evidenciados, o 1º filho apresenta maior incidência de todos os problemas, com excessão para os casos de brotoejas que são mais frequentes no 2º filho (1,00%).

Resumindo tudo que foi até aqui desenvolvido em relação à frequência dos problemas, pode-se verificar, pelas três últimas tabelas, que a predominância de problemas ocorre em crianças de 0 a 2 m, de ambos os sexos e 1º filho.

No Quadro 2, destaca-se o total de concomitâncias com dois problemas, entre os dezesseis mais frequentes. São enumerados 11 diferentes simultaneidades, perfazendo um total de 74 situações.

A amplitude de frequência das concomitâncias com dois problemas é de 2 a 17.

Para dar continuidade ao estudo foram selecionadas as simultaneidades com mais de cinco ocorrências.

Verifica-se, na Tabela 14, que a concomitância mais frequente é de déficit ponderal-erro alimentar com 27,42%.

Este fato é confirmado por Rocha (1968) ao citar, que influem na progressão do peso do lactente, o "volume subnormal das quotas alimentares e "déficit" calórico, reiteradas dispepsias, carência de líquido, deficiência específica principalmente de

protídeos, excessiva diluição do leite".

A respeito do mesmo assunto, **Marahovsehi (1978)** cita, como a causa mais comum do déficit de crescimento, no lactente e pré-escolar, a deficiência alimentar, em todas as suas diferentes formas.

Blake (1971), por sua vez, diz que "quando a ingestão defeituosa de calorias dura certo tempo, se produz desnutrição" a qual pode originar-se por pobreza, por alimentação insuficiente ou por ignorância das necessidades alimentares.

Também **Gesteira (1974)**, ao destacar o fator nutrição como elemento extrínseco de alta influência no crescimento e desenvolvimento da criança, afirma que, "para que o crescimento se faça de modo harmonioso e normal, cada um dos elementos nutritivos de per si deve figurar em quantidade adequada, bastando haver insuficiência de um deles para que o crescimento se prejudique, embora todos os outros estejam em quantidades normais: cada elemento comporta-se como o elo de uma cadeia (Meyer), que estando enfraquecido oferece o risco de quebrar-se, não obstante estarem os outros normais ou mesmo reforçados".

Dessa maneira, conforme mencionaram esses autores, os problemas déficit ponderal-erro alimentar podem estar interligados. Tal fato evidencia a importância da prevenção e/ou detecção precoce destas ocorrências, bem como da orientação segura e precisa para saná-los.

A segunda concomitância mais frequente é dermatite amoniacal-dermatite seborréica, com 24,19%. Estes problemas são referidos por **Blake (1971)**, **Marahovschi (1978)**, **Souza (1978)**, como peculiares às crianças no primeiro ano de vida, não havendo referência, contudo, quanto a frequência ou simultaneidade dos mesmos.

A concomitância que se encontra em terceiro lugar é constipação intestinal-erro alimentar, com 22,58%.

Sobre esse assunto, **Souza (1978)** cita, entre outros fatores, a alimentação como causa da constipação intestinal "por insuficiência alimentar (pouco leite), pelo uso de leites artificiais com baixo teor de gordura, adição de hidratos de carbono e alta concentração de proteínas".

Rocha (1968), por sua vez, refere a constipação intestinal como um sintoma muito frequente nos primeiros anos de vida, ao qual se deve dar a merecida atenção, visto que existe a possibilidade de esse problema persistir por toda a vida. Saliencia, ainda, entre os fatores desencadeantes da constipação intestinal as "causas alimentares: por deficiência de alimentos; por volume diminuído pelos vômitos; por absorção deficiente-erro alimentar".

Verifica-se, assim, que a simultaneidade se confirma na literatura, mostrando que este sintoma deve ser devidamente detectado e orientado para a cura e/ou prevenção.

Hipertermia-otite média, com 14,52%, é a quarta maior fre-

quência entre os problemas simultâneos.

Vários autores como **Marahovschi (1978)**, **Rocha (1968)** e **Souza (1978)** referem que as crianças pequenas são particularmente propensas a otite média, sendo esta uma afecção muito frequente em lactentes e mesmo em crianças maiores. Citam, entre os sintomas mais comuns, febre, dor, choro persistente, irritabilidade, infecção das vias aéreas superiores, diarreia, vômitos e inapetência.

O diagnóstico e o tratamento desses problemas devem ser bem orientados, a fim de prevenir possíveis complicações.

Ocupando o quinto lugar na frequência de dois problemas concomitantes, encontra-se estado gripal-hipertermia, com 11,29%.

Tanto **Marahovschi (1978)** como **Souza (1978)** referem, como sintomas mais comuns do estado gripal, febre, coriza, prostração, tosse, anorexia, dor de cabeça. Especificam que o quadro febril é geralmente curto, num máximo de 72 h. Quando este sintoma persiste, pode haver alguma infecção concorrente.

Na relação de concomitâncias com dois problemas e a idade cronológica (Tabela 15), todas as simultaneidades são mais incidentes na faixa etária de 0 a 2 m, abrangendo um total de 61,29%.

Segundo o sexo da criança e a presença de concomitâncias com dois problemas (Tabela 16), os resultados obtidos são distintos. Para o sexo feminino, há maior incidência de dermatite amo-

niacal-dermatite seborrêica (12,90%) e de hipertermia-otite média (11,29%).

Para o sexo masculino, a maior frequência de simultaneidades é déficit ponderal-erro alimentar (17,74%); constipação intestinal-erro alimentar (12,90%), e, por último, estado gripal-hipertermia (6,45%).

Em relação ao total de concomitâncias, há uma pequena variação para o sexo masculino (51,61%) em relação ao feminino (48,39%).

Na ordem de nascimento relacionada às concomitâncias com dois problemas, existe maior incidência para o 1º filho nos casos de déficit ponderal-erro alimentar (14,51%); dermatite amoniacal-dermatite seborrêica (16,12%); constipação intestinal-erro alimentar (12,90%) e hipertermia-otite média (8,07%).

Somente na simultaneidade de estado gripal-hipertermia há maior frequência para o 2º filho, com 6,45%.

Com estes resultados, verifica-se que a maioria das concomitâncias com dois problemas se apresentam em crianças de 0 a 2 m, de ambos os sexos e 1º filho.

No Quadro 3, está demonstrado o total de concomitâncias com três problemas, entre as dezesseis mais frequentes. São registradas 9 diferentes simultaneidades, compreendendo um total de 39 situações.

A frequência das concomitâncias com três problemas é de 2 a 9.

Foram relacionadas as simultaneidades com mais de 5 ocorrências para a continuação do estudo.

Na Tabela 18, evidencia-se que a concomitância de três problemas com maior frequência é dermatite amoniacal-dermatite seborréica-obstrução nasal (33,33%); seguindo-se déficit ponderal-erro alimentar-vacinas atrasadas (25,93%); constipação intestinal-dermatite amoniacal-erro alimentar (22,22%); constipação intestinal-déficit ponderal-erro alimentar (18,52%).

Verifica-se que erro alimentar aparece em três das quatro situações de simultaneidade; assim como déficit ponderal e constipação intestinal estão em duas das concomitâncias.

Na relação da idade cronológica com as concomitâncias de três problemas (Tabela 19), a faixa de 0 a 2 m apresenta maior incidência dos casos de dermatite amoniacal-dermatite seborréica-obstrução nasal (18,52%); constipação intestinal-dermatite amoniacal-erro alimentar (14,81%); constipação intestinal-déficit ponderal-erro alimentar (14,81%).

Apenas nos casos de déficit ponderal-erro alimentar-vacinas atrasadas é que existe maior frequência para a faixa etária de 4 a 6 m, com 14,81%.

Na Tabela 20, que relaciona sexo e simultaneidade de três

problemas, verifica-se que o sexo feminino apresenta maior incidência nos casos de déficit ponderal-erro alimentar-vacinas atrasadas (18,52%), assim como, nos casos de constipação intestinal-déficit ponderal-erro alimentar (11,11%).

Para o sexo masculino existe maior frequência nas simultaneidades dermatite amoniacal-dermatite seborréica-obstrução nasal (18,52%).

Nos casos de constipação intestinal-dermatite amoniacal-erro alimentar, há igual percentagem (11,11%) para ambos os sexos, respectivamente.

Em referência à ordem de nascimento e concomitâncias com três problemas constata-se, em todos casos, maior incidência em crianças classificadas como 1º filho. Talvez isto se deva ao facto de ser o 1º filho a presença mais representativa neste serviço.

Em vista do apresentado, pode-se dizer que as simultaneidades de três problemas são mais frequentes em crianças de 0 a 2 m, de ambos os sexos e 1º filho.

5 - CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Os resultados do estudo realizado em 904 crianças, atendidas em consulta de enfermagem no ambulatório de puericultura de um hospital geral de Porto Alegre, conduzem às seguintes conclusões:

- o serviço de puericultura tem, como sua maior clientela, crianças de 0 a 2 m; de sexo masculino e feminino, em igual proporção; e 1º filho;
- o fator ordem de nascimento influi na procura do serviço, 50,51% das crianças pertencem a categoria 1º filho;
- a maioria das crianças (63,94%), não apresentam problemas;
- nas variáveis estudadas, as crianças sem problemas são mais encontradas na faixa etária de 0 a 2 m; sendo 50% do sexo feminino e 50% masculino; e 1º filho;
- os problemas são mais frequentes em crianças de 0 a 2 m, de ambos os sexos, 1º filho e decorrem de:

• Erro alimentar	13,96%
• Vacinas atrasadas	12,94%
• Dermatite amoniacaal	11,26%
• Dermatite seborréica	9,58%
• Constipação intestinal	7,90%
• Cólicas abdominais	6,55%
• Déficit ponderal	5,55%
• Obstrução nasal	5,38%
• Estado gripal	4,86%
• Monilíase oral	4,70%
• Conjuntivite	3,36%
• Diarréia	3,36%
• Hipertermia	3,36%
• Otite média	3,04%
• Brotoejas	2,35%
• Hérnia umbilical	1,85%

- as concomitâncias com dois problemas têm maior frequência em crianças de 0 a 2 m, de ambos os sexos, 1º filho e ocorrem com:

• Déficit ponderal-erro alimentar	27,42%
• Dermatite amoniacaal-dermatite seborréica	24,19%
• Constipação intestinal-erro alimentar	22,58%
• Hipertermia-otite média	14,52%
• Estado gripal-hipertermia	11,19%

- as simultaneidades de três problemas são prevalentes em crianças de 0 a 2 m, de ambos os sexos, 1º filho e se apresentam com:

• Dermatite amoniaca-dermatite seborréica-obstrução nasal	33,33%
• Déficit ponderal-erro alimentar-vacinas atrasadas	25,93%
• Constipação intestinal-dermatite amoniaca-erro alimentar	22,22%
• Constipação intestinal-déficit ponderal-erro alimentar	18,52%

- a consulta de enfermagem deve ser reavaliada em função dos resultados obtidos, visto que muitos dos problemas detectados são passíveis de solução através de adequada orientação e educação dos pais ou responsáveis.

Tendo em vista estes achados, faz-se imprescindível que a enfermeira esteja atenta e devidamente treinada em relação às peculiaridades da problemática infantil, a fim de coordenar, orientar e executar eficientemente as tarefas de educação e assistência infantil, ajustando-as às condições locais ou regionais da criança.

Para assim proceder, é necessário um planejamento anterior aos problemas; uma análise permanente das condições da criança dentro do seu meio-ambiente, bem como uma busca de melhores níveis de promoção e manutenção da saúde infantil.

Para tanto, é dever realçar a importância e conseqüente responsabilidade envolvida no planejamento de tais programas, visto que a assistência prestada será um fator condicionante para fomentar, preservar e recuperar a saúde da criança, com intrínse-

ca repercussão na família e na comunidade.

Um programa de saúde infantil, conforme Pareta (1976) deve levar em conta, entre outros fatores, o conhecimento sobre a prevalência dos principais problemas da criança. No entanto, o programa não é apenas um meio de prestar serviços à comunidade, mas um valioso campo de pesquisa derivado da própria prestação destes serviços, o que muito contribui para o aprimoramento técnico-científico dos profissionais de saúde.

De acordo com estas considerações julga-se importante na reestruturação do Manual de Enfermagem, do Programa de Assistência à Criança, analisar os problemas apresentados com vistas a prevenção e recuperação da saúde infantil, objetivando, assim, uma consulta de enfermagem mais dirigida às reais necessidades das nossas crianças.

Ressaltando os resultados apresentados nesta investigação, deve merecer especial atenção o problema alimentar na criança.

Parece válido sugerir que sejam amplamente pesquisados, estudados e debatidos, tanto as manifestações clínicas precoces como o tratamento e a prevenção dos vários graus de desnutrição.

A prevenção de desnutrição infantil é altamente complexa, haja vista sua relação com a elevação do padrão geral de vida. Mesmo assim, pode-se sugerir, como medida profilática para as crianças de 0 a 12 m, a elaboração e execução de um subprograma de implementação do aleitamento materno.

A respeito deste assunto, é importante citar a posição de Pareta (1976) quando mostra que "a prática deste hábito tem permitido demonstrar o excelente grau de desenvolvimento da criança durante os seis primeiros meses de vida e a incidência muito rara da má nutrição calórica-protéica no primeiro ano de vida".

Considera-se válida, também, a realização de outros estudos com a finalidade de responder indagações relevantes, surgidas no decorrer da pesquisa, como a influência do fator ordem de nascimento na procura do Serviço. A que se deve esta maior frequência de 1º filho? será resultante da inexperiência ou insegurança da mãe? será que isto ocorre com todas as mães, independente do grau de instrução ou classe social? será que as mães com maior número de filhos não possuem interesse ou tempo de procurar o Serviço? são questões que merecem uma investigação detalhada.

Espera-se que este estudo possa servir de subsídio para a reavaliação dos conteúdos ou técnicas educativas da consulta de enfermagem à criança, no ambulatório de puericultura, visando sempre uma assistência cada vez mais eficaz e eficiente.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia referenciada

- 1 - ADAMI, Nilce Piva. A enfermagem na saúde pública na assistência progressiva do paciente. *Enf. em Novas Dimensões*, São Paulo, 2(1):17-23, mar./abr. 1976.
- 2 - ANDRADE, Odete Barros & ADAMI, Nilce. Configuração das funções da enfermeira de saúde pública; modelo programático de preparo requerido para o exercício. *Enf. em Novas Dimensões*, São Paulo, 2(6):308-418, dez. 1978.
- 3 - ARAGÓN, Dirce Pessoa de Brum. Registro do processo de enfermagem em prontuário de paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 1(2):74-81, set. 1976.
- 4 - BLAKE, Florence G. et alii. *Enfermeira Pediatrica*. 8. ed. México, Interamericana, 1971. p. 207-24.
- 5 - BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de saúde materno-infantil*. Secretaria Nacional de Saúde, 1975.
- 6 - ————. *Conceito e definição em saúde*. Brasília, 1977, p. 9-18.
- 7 - BRASIL. Ministério de Educação e Cultura. Departamento de Assuntos Universitários. *Estudo sobre a formação e utilização dos recursos humanos na área da saúde*. Brasília, Departamento de Documentação e Divulgação, 1976.
- 8 - CASTRO, Ieda Barreira. *Aspectos críticos do desempenho de funções próprias da enfermeira na assistência ao paciente não hospitalizado*. Rio de Janeiro, UFRJ, 1977 (Dissertação de Mestrado apresentada na Escola de Enfermagem Ana Néri, Rio de Janeiro).
- 9 - ————. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 28(4):76-94, out./dez. 1975.

- 10 - CHAVES, Mario M. *Odontologia Social*. Petrópolis, Vozes, 1977. 447p.
- 11 - ————. *Saúde e Sistemas*. 2.ed. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1978. 205p.
- 12 - CIETTO, Luiz. Pesquisa e desenvolvimento da enfermagem, considerações sobre sua importância na área materno-infantil. *Enf. em Novas Dimensões*, São Paulo, 2(2):93-7, mai./jun. 1976.
- 13 - COSTA, M.M. Programas educativos em enfermagem perinatológica. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 30(3): 286-93, jul./set. 1977.
- 14 - EHRESMAN, Ellen. Cuidados de enfermagem e la madre y al niño. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Whashington, 64(4):322-7, abr. 1968.
- 15 - EIDT, O.R. & MUXFELDT, L.C. Contribuição da enfermagem pediátrica na elevação da saúde da comunidade. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, (1):27-34, jun. 1978.
- 16 - FREITAS, Ariel Gomes de et alii. *Manual de Normas e Rotinas do Serviço de Puericultura do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Porto Alegre, HCPA, 1972.
- 17 - GESTERA, Raymundo Martagão. *A nova puericultura*. São Paulo, Bik-Prociencx, 1974. p. 441-60.
- 18 - LEAVELL, Hugh Rodman & CLARK, E. Gurney. *Medicina Preventiva*. São Paulo, McGraw do Brasil, 1976. p. 366-419.
- 19 - MARAHOVSCHI, Jayme. *Pediatria: Diagnóstico + Tratamento*. São Paulo, Sarvier, 1978. p. 104-118, 271-275.
- 20 - MARCONDES, Eduardo. *Doutrina e Ação*. São Paulo, Sarvier, 1974.
- 21 - MUXFELDT, Léa. C.T. *Contribuição para o planejamento do serviço de enfermagem em saúde pública no Hospital de Clínicas de Porto Alegre - Análise da atenção de enfermagem de saúde pública*. São Paulo, USP, 1978. 550p. (Dissertação de Mestrado apresentada na Escola de Saúde Pública, São Paulo).
- 22 - MUXFELDT, Léa C.T. et alii. *O papel da enfermeira na assistência a criança sadia. Programa Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Porto Alegre, 1972. Mimeografado.
- 23 - NOGUEIRA, Maria Jacyra de Campos. Uma experiência com consulta de enfermagem para crianças. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, 30:295, 1977.

- 24 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Ensenanza de enfermaria en salud comunitaria.* Informe do Comitê de livro texto nº 32. Washington, 1976.
- 25 - ————. *Plano Decenal de salud para las Américas.* Informe final. III Reunión especial de Ministros de salud de las Américas (Chile, 2-9 octubre, 1972), Washington, D.C. Documento Oficial de la OPS/OMS 118, 1973.
- 26 - ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *El peso al nacer, la edad materna y el orden de nacimiento: tres importantes determinantes de la mortalidad infantil.* Puvlicación Científica nº 294. Washington, 1975.
- 27 - PARETA, José Maria Marlet et alii. *Saúde da Comunidade.* São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, 1976. p. 145-222.
- 28 - PIMONT, R.P. Educação em saúde; conceitos, definições e objetivos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,* Washington, 82(1):14-22, jun. 1977.
- 29 - PUFFER, R.R. & SERRANO, e V. Inter-relación de varios factores que intervienen en la mortalidad infantil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,* Washington, 76(6): 509-33, dec. 1974.
- 30 - RAYA, Luis Carlos. *Da infância à adolescência; da teoria à prática.* Rio Claro, Franciscana, 1978. 18p.
- 31 - RELATÓRIO DE ESTUDO PARA DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE DE VIAMÃO. R.S., s. ed. 1976. (Trabalho elaborado pelas alunas do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da UFRGS).
- 32 - RHEINGANTZ, Emirynha de Queiróz Maya. *Tempo médio da atividade consulta de enfermagem em um programa de saúde da criança num hospital geral de Porto Alegre.* São Paulo, USP, 1979. 67p. (Dissertação de Mestrado apresentada na Escola de Saúde Pública, São Paulo).
- 33 - RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. *Análise Institucional e programação de atividades, 1972-74.* Porto Alegre, 1972. p. 100-8.
- 34 - ROCHA, José Martinho da. *Do Sintoma ao Diagnóstico em Pediatria.* Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1968. p. 34-35, 210-3, 269-71.
- 35 - RODRIGUES, Dr. Bichat de Almeida. *Fundamentos de Administração Sanitária.* Rio de Janeiro, Freitas Bastos, 1967, 259p.

- 36 - ROOS, Shirley A. The clinical nurse practitioners in ambulatory care service. *Bulletin New York Academy of Medicine*, 49(5):393-401, May, 1973.
- 37 - SILVA, Leopoldina Vieira. Projeto de currículo integrado para o curso de graduação em enfermagem. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 1(3):191, dez. 1976.
- 38 - SOUZA, Ronald Pagnocelli de et alii. *Nossos filhos a eterna preocupação*. Porto Alegre, Globo, 1978. p. 159-61, 169-89.
- 39 - UEBEL, Walderez S. & BOEIRA, Lourdes M.T. O programa materno-infantil. *Revista Médica do Hospital Ernesto Dornelles*, Porto Alegre, 5(1-2):11-4, mar./jun. 1976.
- 40 - UNICEF/OMS. *Tendências na amamentação e seu impacto na saúde das crianças*. Brasil, UNICEF/OMS, 1978. Mimeografado.
- 41 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. *Plano de Ensino da disciplina de Assistência de Enfermagem à Criança Sadia*. Porto Alegre, Escola de Enfermagem, 1980.

Bibliografia consultada

- 1 - ADAMI, Nilce Piva. Problemas de saúde pública no Brasil e implicações para a enfermagem de Saúde Pública. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 1(4):249-63, mar. 1977.
- 2 - ALCÂNTARA, R. Martins & SILVA, V. Alonso. Coordenação e definição de responsabilidades. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 39(9-10):272-84, set./out. 1974.
- 3 - ————. Experiência sobre a atuação da enfermagem na atenção primária de saúde. *Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 4(4):212-21, jul/ago. 1978.
- 4 - BRUNETTO, Eleanor & BIRK, Peter. *O cuidado primário de enfermagem - a generalista numa equipe estruturada de assistência à saúde*. Porto Alegre, Escola de Enfermagem da UFRGS/MEC, s.d. p. 2-3.
- 5 - CHAPPELL, J.A. & DROGOS, P.A. Evaluation of infant health care by a nurse practitioner. *Pediatrics*, USA, 49(6):871-7, 1972.
- 6 - CONCEIÇÃO, J. Augusto et alii. Modelo para atendimento Global à criança em um Hospital Escola. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 17(7):28-37, jul. 1969.

- 7 - CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, XXIX. Recomendações. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 30(4):429-35, out./dez. 1977.
- 8 - DAVIS, Elizabeth. Funding rural nurse practitioner care. *Nursing Outlook*, New York, 25(10):629, october, 1977.
- 9 - DÍGER, Dolores de. Enfermagem em ambulatório. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 10(2):163-5, jun. 1957.
- 10 - FORATINI, Oswaldo P. *Epidemiologia geral*. Edgar Blücher, Ed. da Universidade de São Paulo, 1976.
- 11 - HORTA, Vanda de Aguiar. Necessidades humanas básicas: considerações gerais. *Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 1(5):226-68, 1975.
- 12 - ————. O processo de enfermagem - fundamentação e aplicação. *Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 1(1):10-6, 1975.
- 13 - KING, Carla et alii. The PNP in a University Hospital Pediatric, group practice. *Pediatric Nursing*, New Jersey, 3(1):29-33, Jan./Feb. 1977.
- 14 - MANUAL PARA ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIOS. Porto Alegre, HCPA, jun. 1973. 21p.
- 15 - MATOS, Adalgisa Vieira. Assistência primária de saúde. Implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 31(1):13-22, jan./fev./mar. 1978.
- 16 - NORMAS E ROTINAS AMBULATÓRIO. Porto Alegre, HCPA, 1976. 30p. (Edições HCPA - 10).
- 17 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Nuevas tendencias y métodos de assistência maternoinfantil em los servicios de salud*. Informes Técnicos 600. Genebra, 1976.
- 18 - PAIM, Lygia. *A Prescrição de Enfermagem - Unidade Valorativa do Plano de Cuidados*. Rio de Janeiro, UFRJ, 1976. (Dissertação de Mestrado apresentada na Escola de Enfermagem Ana Néri, Rio de Janeiro).
- 19 - PAIM, Lygia; HOELTZ, Lia Martins; CASTRO, Ieda Barreira. *Iniciamento à metodologia do processo de enfermagem - uma abordagem centrada nas necessidades humanas básicas*. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Enfermagem (Secção Guanabara), 1974. 47p.
- 20 - PAIM, Rosalda Cruz N. et. alii. A disciplina Enfermagem Materno-Infantil num programa de assistência integrada - "ensino, pesquisa e extensão". *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 31(4):417-42, out./nov./dez. 1978.

- 21 - SAVASTANO, Helena et alii. *Seu filho de 0 a 12.* São Paulo, Ibrasa, 1977.
- 22 - THE NURSE PRACTITIONER QUESTION. *American Journal of nursing.* New York, 74(12):2188-91, dez. 1974.
- 23 - VERDERESE, Maria de Lourdes. La nueva enfermera. *Salud Panamericana,* Washington, D.C., 9(3):17-20, 1977.

ANEXO 1

ROTEIRO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA SADIA

CONSULTA DE ENFERMAGEM

I - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- 1) Análise de Prontuário
- 2) Entrevista
- 3) Exame Físico

II - IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS

III - PLANO ASSISTENCIAL

IV - REGISTRO

ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA SÁDIA

I - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1 - Análise de Prontuário:

- a) Leitura dos dados registrados (identificação, anamnese, evolução, lista de problemas).
- b) Avaliação de exames complementares (laboratório, RX, etc.).

2 - Entrevista para 1ª Consulta:

2.1 - Hábitos da Criança

2.1.1 - Alimentação

- 1) Qual o leite usado? Como é preparado? Em que quantidade? Mama de quantas em quantas horas? Qual a quantidade aceita nos diversos horários?

- 2) Que outros alimentos recebe? Como são preparados? Em que horários?
- 3) Recebe líquidos? Quais? Em que horários?
- 4) Existe problema com alguns dos alimentos já oferecidos?
- 5) Alergia alimentar?
- 6) Coloca a criança em posição para arrotar? Como?
- 7) A criança costuma regurgitar? Quando?

2.1.2 - Eliminações (intestinal e urinária)

- 1) Quantas vezes evacua por dia? Qual a consistência e a cor das fezes?
- 2) De quanto em quanto tempo troca as fraldas? Estão sempre molhadas? Qual é a cor e o cheiro da urina? O jato urinário é contínuo ou interrompido?
- 3) Avisa quando está molhado ou sujo?
- 4) Controle das esfíncteres em que idade?
- 5) Urina na cama?

2.1.3 - Sono e repouso

- 1) A que horas dorme e acorda? À noite o sono é sem interrupção? Durante o dia, quantas horas dorme?
- 2) O ambiente é propício ao repouso?
- 3) Tem cama com grades e quarto próprio? Dorme no quarto dos pais? No quarto tem TV, rádio ou interferências de sons externos?

2.1.4 - Recreação

- 1) Qual o tipo de recreação que costuma oferecer à criança?
- 2) Que tipo de brinquedos prefere?
- 3) Gosta de brincar com outras crianças? Da mesma idade? Ou de i-

dades diferentes? Que tipo de atividade a criança pratica (futebol, corda, bicicleta, etc.)?

4) Costuma receber banho de sol? Em qual horário.

2.1.5 - Higiene

1) Toma banho diário? Tem banheira própria?

2) Onde e como lava as fraldas?

3) Onde e como lava as mamadeiras?

2.1.6 - Imunizações

1) Quais as vacinas que já recebeu? Quando? Apresentou reações?

2.1.7 - Passado mórbido

1) Quais as doenças que já apresentou? Quando?

2.1.8 - Medicamentos

1) Toma ou usa algum medicamento? Qual? Por quê? Indicado por quem?

2.1.9 - Escolaridade

1) Gosta da Escola?

2) Tem bom relacionamento com a prof. e colegas?

3) Tem dificuldade no aprendizado?

2.2 - Condições sócio-econômicas e culturais

2.2.1 - Referente à família

1) Qual a profissão do pai? Como é sua saúde? Faz controle periódico da saúde? Fuma? Quantos cigarros por dia? Toma álcool? Com

que frequência e em que quantidade?

- 2) Qual a profissão da mãe? Se trabalha fora, em que horário? Com quem fica a criança neste período? Normalmente, quem cuida da criança?
- 3) Como é a saúde da mãe? Faz controle periódico da saúde? Controle pré-natal? Revisão pós-natal? Fuma? Quantos cigarros por dia? Toma álcool? Em que quantidade e frequência? Escolaridade dos pais?
- 4) Qual é a idade dos irmãos? Como é a saúde deles? Fazem controle de saúde?
- 5) Além dos pais e irmãos, quem mais vive na mesma casa em que a criança? Como é a saúde deles?
- 6) Tem alguém doente na família ou entre os amigos?

2.2.2 - Relacionados ao ambiente

- 1) Qual o tipo de habitação em que mora? Tem pátio? Possui luz elétrica? Água encanada e esgoto? Instalações sanitárias dentro ou fora de casa? Em que parte da casa bate sol? Em que horário?
- 2) Tem insetos? Possui animais domésticos? São vacinados?

Obs.: Nas reconsultas a entrevista será refeita segundo as necessidades do paciente e avaliação dos problemas identificados anteriormente.

3 - EXAME FÍSICO

3.1 - Introdução

O 1º passo para o exame objetivo da criança consiste em captar-lhe a amizade, a confiança e pleitear a sua colaboração.

O processo ideal no exame físico é no sentido **céfalo-caudal**, mas, dependendo do comportamento da criança, poderá haver modificações.

3.2 - Facies

Observar: vivacidade, euforia, alerta, obnubilada, prostrada, agitada, apreensiva, inquieta, consciente ou não (poderá ser observado durante a entrevista).

3.3 - Peso, medidas e sinais vitais

Verificar; peso, estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar, pressão arterial (na 1ª consulta, no início da pré-escolaridade e quando necessário).

3.4 - Cabeça

3.4.1 - Crânio

Observar forma (cilíndrica, redonda ou ovóide) e consistência.

3.4.2 - Fontanelas bregmática e lambdóide

Observar: diâmetro, fechamento e tensão ou depressão.

3.4.3 - Couro cabeludo

Observar: integridade, vigor e distribuição dos cabelos.

4.4.4 - Face

Observar: integridade, simetria e coloração.

3.4.5 - Olhos

Observar: espaço interocular, posição e orientação da íris, midríase e miose, exoftalmia e noftalmia. Observar: integridade e coloração das mucosas e conjuntivas.

3.4.6 - Nariz

Observar: coanas, secreção, congestão e ventilação.

3.4.7 - Boca

Observar: lábios e cavidade bucal, cor e umidade das mucosas, integridade da língua e do freio, gengivas, dentição, integridade do palato, volume, coloração e integridade das amígdalas.

3.4.8 - Ouvidos

Observar: pavilhão, implantação, secreção, audição e condições peri-auriculares.

3.5 - Pescoço

Observar: tonicidade muscular, flexão, palpação ganglionar e de nódulos.

3.6 - Tórax

Observar: configuração, particularidades e diferenças acentuadas na respiração.

3.6.1 - Mamas

Observar: tamanho, consistência e secreção.

3.6.2 - Panículo adiposo

Observar: quantidade (normal, excessiva ou abundante).

3.6.3 - Ausculta pulmonar

Observar: tipo e frequência respiratória.

3.6.4 - Ausculta cardíaca apical

Observar: frequência e ritmo cardíaco. Verificar presença de arritmias.

3.7 - Abdôme

Observar: a forma (globulosa, depressiva ou normal).

3.7.1 - Tônus

Observar: Turgor ou flacidez.

3.7.2 - Panículo adiposo

Observar: quantidade (normal, escassa ou abundante).

3.7.3 - Umbigo

Observar: cicatrização ou presença de hérnia.

3.7.4 - Região inguinal

Observar: presença de hérnias, gânglios ou outra massa. Observar: reação dolorosa ou de desconforto durante a palpação, lo-

calização e intensidade da dor.

3.8 - Genitais

3.8.1 - Feminino

Observar: grandes e pequenos lábios, clitóris, meato urinário, intróito vaginal e períneo, verificando coloração, higiene, forma e secreção, integridade.

3.8.2 - Masculino

Observar: pênis, verificando tamanho, condições de retração do prepúcio, integridade, coloração, secreção. Observar: localização do meato urinário. Observar: tamanho e simetria da bolsa escrotal e localização dos testículos.

3.9 - Dorso

Observar: forma e vértebras dorsais.

3.10 - Ânus e reto

Observar: higiene e integridade

3.11 - Pele e mucosas

Observar: cor, consistência, umidade, elasticidade, turgor, integridade, manchas, higiene.

3.12 - Extremidades

3.12.1 - Membros superiores

Observar: tamanho, simetria e motricidade.

3.12.2 - Mãos

Observar: número de dedos, forma, movimentos e posição.

3.12.3 - Membros inferiores

Observar: simetria, forma, pregas inguinais e movimentos (extensão, abdução e rotação).

3.12.4 - Pés

Observar: número de dedos, forma, posição e arcos plantares.

3.13 - Desenvolvimento psico-motor

Pesquisar os reflexos; moro, Babinski e sucção. Observar: apresentação de desenvolvimento compatível com a idade cronológica:

- quando sorriu
- quando firmou a cabeça
- quando sentou
- quando engatinhou

- quando se firmou em pé
- quando andou.

3.14 - Outros dados (não citados) que julgar necessário.

AUTORES

- Léa Cecília Muxfeldt
- Lourdes Falavinha Boeira
- Walderez Spencer Uebel

ANEXO 2
SISTEMA DE WEED

GRUPO DE ENFERMAGEM
SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA
REGISTO ORIENTADO PARA O PROBLEMA,
SEGUNDO O SISTEMA DE WEED

1 - Considerações iniciais

Os profissionais médicos, enfermeiros e estudantes estão confrontados com uma contradição aparente; cada um é solicitado, como "enfermeira global" ou médico global", a aceitar as obrigações de encarar problemas simultaneamente e, ainda mais, a dar a todos a atenção fundamental para desenvolver e mobilizar seu entusiasmo e sua habilidade, porque essas duas virtudes surgem quando há possibilidade de uma concentração organizada sobre um sujeito em particular.

Esta multiplicidade de problemas com os quais os profissionais devem lidar em seu trabalho cotidiano constitui a principal característica de sua atividade.

Por este motivo, é importante que a instrução dos profissionais se baseie em um sistema que os auxilie a definir e a seguir os problemas do paciente um por um e, então, sistematicamente, relacioná-los e resolvê-los. A avaliação do trabalho do profissional está baseada na forma como ele identifica os problemas dos pacientes e organiza-os para chegar à solução.

Evitando exposições irrelevantes do fato, no registro o-

orientado, o profissional deve continuamente enfatizar a enumeração, avaliação, integração e auditoria dos problemas dos pacientes.

O sistema de Weed, portanto, é uma maneira de promover a objetividade, aguçar as habilidades e permitir a auto-avaliação progressiva.

O registro orientado para problemas é extraordinariamente adequado como um veículo para ensinar abordagens e habilidades essenciais, deixando às bibliotecas e computadores a tarefa de fornecerem a crua e rápida recuperação da informação.

2 - Elementos básicos do registro

Para organizar o registro do paciente de forma lógica e eficiente, quatro são os elementos básicos que devem ser reconhecidos:

a) Os Dados Básicos

Comumente presentes na nota de admissão, podem incluir alguns ou todos entre os seguintes dados: queixa principal, perfil do paciente e dados sociais relacionados, doença atual, história pregressa e revisão de sistemas, exame físico e laudos do laboratório.

b) Lista de Problemas

Na admissão do paciente no hospital, é elaborada uma lista nu-

merada, contendo todos os problemas identificados através da história do paciente, progressa e presente. Novos problemas deverão ser acrescentados conforme forem identificados.

c) Plano Inicial

O passo seguinte é a preparação de uma lista de planos, composta por um número relacionado com a lista de problemas originais e suas respectivas ordens terapêuticas.

d) Notas de Progresso

Notas Narrativas - Cada nota de progresso é relacionada diretamente com a lista de problemas e deve ser numerada e rotulada de acordo. Notas operatórias, notas das enfermeiras e do pessoal para-médico devem ser incluídas.

Diagramas - Os diagramas, contendo todos os parâmetros móveis, devem ser mantidos sobre todos os problemas, nos quais as relações tempo e dados são complexos.

Os diagramas e as notas narrativas constituem a fase de observação do processo e, como tal, são centro dinâmico do registro médico.

Sumário de Alta - Nenhum paciente deve receber alta até que tenha sido registrada uma nota retrospectiva sobre cada problema enumerado na lista do paciente.

Estes elementos podem, esquematicamente, serem representados como segue:

1 - Estabelecimento de Dados Básicos

História

Exame Físico

Exames Laboratoriais de admissão

2 - Formulação de todos problemas

Lista de problemas

3 - Planos para cada problema

Coleta de dados adicionais

Tratamento

Educação do Paciente

4 - Observação de cada problema

Notas de progressos rotuladas e numeradas.

3 - Os dados básicos

Os dados básicos definem-se como:

a - queixa principal;

b - perfil do paciente (uma descrição de como ele passa seu dia em média) e dados sociais;

c - doença ou doenças atuais;

d - história pregressa e revisão dos sistemas baseada em uma série de perguntas explícitas e logicamente preparadas em **um padrão**;

e - exame físico de conteúdo definitivo e exames laboratoriais rotineiros.

A coleta inicial de dados deve ser tão completa quanto possível. As únicas limitações devem ser desconforto, riscos e despesas para o paciente.

Uma vez definidos os dados básicos desejados, não devem ser permitidas modificações individuais, mesmo procedentes de limitações de tempo ou de outras circunstâncias profissionais.

A uniformidade nos dados básicos, essencial para o bem-estar do paciente, está entre os fatores importantes, tendendo a permitir comparação apurada.

4 - Lista de problemas

A lista de problemas é uma lista de conteúdos e um índice combinado. O cuidado com o qual ela é construída determina a qualidade de todo o registro.

Conceito de Problema - A formulação de um problema pode enquadrar-se em qualquer dos seguintes níveis:

- 1) um diagnóstico;
- 2) perturbações fisiológicas;
- 3) achados morfológicos;
- 4) sintoma, sinal ou anormalidade laboratorial.

Para elaborar a lista de problemas devem ser observadas ações como:

- cada problema deve ser listado e numerado de acordo com a sequência em que é identificado;
- todo problema é registrado na lista de problemas, em folha colocada na 1ª página do prontuário;
- a lista de problemas deve incluir não somente problemas ativos, mas também inativos ou resolvidos. Esta última categoria inclui qualquer dificuldade significativa prévia que pode reincidir ou pode levar a uma complicação. Por exemplo: remoção de uma mama, cirurgia de vesícula biliar ou colicistite. Uma fratura de braço, ocorrida quando o paciente adulto era uma criança, pode ser omitida, se a cicatrização foi completa e nenhum problema significativo pode ser racionalmente atribuído a ela;
- todo o problema listado deve ter dados que o fundamentem na folha de evolução;
- embora o tempo do profissional seja limitado, ele não deve abandonar a idéia de uma lista completa de problemas. Em vez disso, deve intitular a lista abreviada que é capaz de formular com "Problemas ainda não completamente delineados" e especificar um ou dois problemas que ele realmente reconhece e sobre os quais se propõe a agir;
- devem ser relacionados todos os problemas do paciente, sejam

- sociais, psiquiátricos ou demográficos. Ex. de problemas demográficos: agravos à saúde por acidentes, fumo, dieta, poluição, conflito social, "stress", hereditariedade, obesidade;
- problema social deve ser definido honesta e precisamente. Ex.: gravidez não aceita, falência ou delinquência na escola;
 - as notas de progresso podem ser separadas quando um diagnóstico tem diversas manifestações principais e cada uma necessita tratamento individual;
 - quando diversos problemas resultam em manifestações separadas de um único problema, então estas podem ser agrupadas juntas e designadas pelo diagnóstico, usando número e posição do primeiro dos dois problemas e datando na coluna "Data de mudança de título". O número não usado torna-se inativo para todas as admissões e consultas subsequentes.
 - pode-se escolher em manter achados separados para propósito de boa conduta e para notas de progresso satisfatórias; nesse caso deve ser claramente relatada, na lista de problemas, que cada achado é secundário ao problema principal.
 - a precisão de titular as conclusões e notas orientadas para o problema está diretamente relacionada com a precisão e integridade com que os problemas são inicialmente definidos.
 - À medida em que o problema é esclarecido, alterado ou diagnosticado, a lista original deve ser modificada. Esta modificação

não é realizada por rasura, mas simplesmente pela inserção de uma seta, seguida pelo novo diagnóstico ou pela palavra "pendente" ou "resolvido".

- cada mudança na lista de problema deve ser datada.
- deve ser previsto o prazo de 24 horas para reformular a **lista de problema inicial**, quando necessário;
- quando, no curso de uma doença, surgem episódios menores, pode haver hesitação em definir imediatamente os problemas significativos em uma lista de problemas principais. Nesta situação, a nota de progresso pode ser intitulada "problema temporário" e o achado ou sintoma apropriado, seguir o título.
- quando for descrita nova nota de progresso, o problema temporário deve ser transferido para a lista de problemas ou deixado como um episódio passageiro.
- não se deve escrever na Lista de Problemas expressões tais como: "a excluir" ou "provavelmente". Tais observações devem ser relatadas no item "Interpretação e Plano".
- O profissional que organiza a lista numerada de todos os problemas do paciente (presentes e passados, ativos e inativos, incluindo também problemas sociais e psiquiátricos), no caso de haver mais de nove (9) problemas, usa o verso da folha até o número vinte (20) e, a partir deste número, usará outra folha (continuação) antepondo o número correspondente ao já impresso

(Manual para Organização de Prontuários, HCPA, p. 8, 1973);

- sempre que o problema reincidir poderá ser reaberto novamente. Nessa situação é colocada a nova data de abertura no espaço correspondente ao problema;
- deve ser proporcionado a cada paciente uma lista total de problemas, não importando a hierarquia do conhecimento, da qual os dados se originaram. Com isto, a ação terapêutica refletirá uma perspectiva adequada sobre as necessidades totais do paciente.

5 - Plano inicial

Cada problema tem seu próprio plano, composto por um número relacionado com a lista de problemas original.

O plano inicial compõe-se de 3 elementos:

- a - **investigação diagnóstica** - é quando se interrogam possíveis diagnósticos. A cada suspeita de diagnóstico devem corresponder determinadas medidas de investigação, para confirmar ou afastar a suspeita diagnóstica;
- b - **tratamento**;
- c - **educação do paciente** - deve incluir todos os fatos, relacionados com o problema identificado, que envolvem ação educativa.

6 - Notas do progresso

São descritas na folha de evolução do prontuário e, ao contrário do que ocorre no prontuário tradicional, não se escreve desorganizadamente sobre os vários problemas do paciente.

a) Notas Narrativas

Cada problema, titulado e datado, deve ser registrado na seguinte seqüência: subjetivo, objetivo, avaliação, plano, (SOAP).

Os dados subjetivos

Dizem respeito a informações fornecidas pelo paciente.

Weed estipulou que os dados subjetivos fossem registrados primeiro, porque há uma tendência por parte dos profissionais em concentrar-se nos dados radiológicos e laboratoriais e deixar passar a descrição dos sintomas do paciente.

O fato de ter que separar dados subjetivos e objetivos também auxilia o profissional a identificar e, portanto, a usar mais terapêuticamente as suas próprias respostas emocionais quando zangados, frustrados ou satisfeitos em um encontro com o paciente. "O que o paciente realmente disse" é subjetivo, "o que eu pensei que ele quis dizer" é avaliação.

Os dados objetivos

Referem-se a dados do exame físico, resultados de testes laboratoriais, exames complementares.

Avaliação

Reflete a condição do paciente antes e depois de ser dado o tratamento imediato e que se refletirá em mudanças eventuais do plano.

Plano

Mostra qual tratamento ou observações são projetados para o futuro muito próximo.

b) Diagramas

Cada serviço poderá propor os diagramas, segundo normas e rotinas. Quando a condição de um paciente está mudando muito rapidamente, o diagrama pode ser a única nota de progresso.

Os dados objetivos registrados em um diagrama não devem ser repetidos em uma nota narrativa (evolução). De preferência, deve-se escrever Obj.: "ver diagrama".

ANEXO 3
LISTA DE PROBLEMAS

Nº	PROBLEMAS ATUAIS E ATIVOS	DATA		PROBLEMAS RELEVANTES PASSADOS
		Inicial ou da Mudança do Título	Resolução dos Problemas	
1	O número 1 corresponde na Folha de Evolução à ROTINA DE PRESCRIÇÕES iniciais NÃO relacionadas a problemas específicos, inclusive Exames Complementares.			INCLUA doenças passadas de vulto, operações ou hipersensibilidade. NÃO INCLUA problemas para os quais você irá indicar tratamento.
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

LISTA DE PROBLEMAS

Nº	PROBLEMAS ATUAIS E ATIVOS	DATA		PROBLEMAS RELEVANTES PASSADOS
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

ANEXO 4
FICHA PARA COLETA DE DADOS

