

LUIZIANE SOUZA VASCONCELOS DE LIMA

**O OLHAR DO ENFERMEIRO SOBRE O
DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM NAS
CONSULTAS DE PUERICULTURA**

**RECIFE
2014**

LUIZIANE SOUZA VASCONCELOS DE LIMA

**O OLHAR DO ENFERMEIRO SOBRE O
DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM NAS CONSULTAS
DE PUERICULTURA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, orientada pela Prof^a. Dr^a. Bianca Arruda Manchester de Queiroga, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Iracema da Silva Frazão

Área de Concentração: Educação e Saúde

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde

RECIFE

2014

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida - CRB4-1662

- L732o Lima, Luiziane Souza Vasconcelos de.
 O olhar do enfermeiro sobre o desenvolvimento da linguagem nas
 consultas de puericultura / Luiziane Souza Vasconcelos de Lima. – Recife: O
 autor, 2014.
 74 f. : il. ; 30 cm.
- Orientadora: Bianca Arruda Manchester de Queiroga.
 Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
 Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2014.
 Inclui referências, apêndices e anexos.
1. Desenvolvimento da Linguagem. 2. Cuidado do Lactente. 3.
 Enfermagem Pediátrica. I. Queiroga, Bianca Arruda Manchester de
 (Orientadora). II. Título.

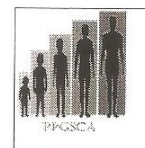
618.92

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2014-054)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE



Título:

O olhar do enfermeiro sobre o desenvolvimento da linguagem
nas consultas de puericultura.

Nome:

Luiziane Souza Vasconcelos de Lima

Dissertação aprovada em: 25 de fevereiro de 2014

Membros da Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos (Membro interno - UFPE).
Presidente

Prof^a. Dr^a. Cláudia Marina Tavares de Araújo (Membro interno - UFPE)

Prof^a. Dr^a. Jônia Alves Lucena (Membro externo - UFPE)

Recife
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dr. Silvio Romero Barros Marques

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Francisco de Souza Ramos

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)
Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Araújo (Vice-Coordenadora)
Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz
Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermitz
Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira
Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto
Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho
Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro
Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva
Profa. Dra. Maria Eugênia Farias Almeida Motta
Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima
Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes
Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira
Profa. Dra. Rosemary de Jesus Machado Amorim
Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli
Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho
Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann
(Leila Maria Álvares Barbosa - Representante discente - Doutorado)
(Catarine Santos da Silva - Representante discente - Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima
Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga
Profa. Dra. Cleide Maria Pontes
Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo
Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes
Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian
Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)
Juliene Gomes Brasileiro
Janaína Lima da Paz

Dedico este trabalho ao meu amado
filho Rafael, minha inspiração diária.

AGRADECIMENTOS

A toda Divindade por encher de bênçãos o meu viver e de paz meu coração.

Aos meus pais, Luiz Carlos e Joseane, pelo amor, dedicação e ensinamentos. Vocês serão sempre meus eternos mestres!

Ao meu marido, Leonardo, pelo companheirismo, afeto e compreensão. Sempre me incentivando. Amo você!

Ao meu filho, Rafael, por me proporcionar sentir o maior amor do mundo. Eu te amo filhinho!

Aos meus sogros, Valter e Carminha, pelo apoio e carinho.

À Viviane e Ricardo, pelo abrigo à Rafa nos momentos finais deste trabalho.

Aos meus tios, Claudino e Marineide pelo lar adotivo na graduação. Serei eternamente grata!

Aos meus familiares que torceram e torcem pelas minhas conquistas.

As amigas Adriana, Andreza e Nívea pelo incentivo, carinho e apoio, especialmente, nas horas difíceis.

A Aurino Lima pelo apoio psicológico e dicas valiosas desde a seleção do mestrado até conclusão dessa etapa. Não tenho palavras para te agradecer!

A George Santos pelas dicas de português!

Aos colegas de trabalho da Maternidade Arnaldo Marques pelas trocas de plantão e incentivo e à Bruna, coordenadora de enfermagem, pela compreensão.

Aos amigos da 27ª Turma de Mestrado com quem dividi sorrisos, lágrimas, desafios e conquistas. Vou sentir saudades!

A minha orientadora Bianca Queiroga e a minha coorientadora Iracema Frazão pelo carinho, paciência e ensinamentos. Aprendi muito com vocês!

Ao corpo docente da Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente pelos ensinamentos.

Aos funcionários da Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente pela organização.

Aos colegas de profissão pela disponibilidade e apoio que permitiram a realização desse trabalho.

Aos funcionários da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho, Educação e Saúde (DGGTES) e do Distrito Sanitário IV (DS IV) pela atenção e autorização do local de pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por conceder uma bolsa de estudo durante o período do mestrado.

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para realização desse sonho.

*É fundamental diminuir a distância
entre o que se diz e o que se faz, de tal forma
que sua fala seja sua prática.*

Paulo Freire

RESUMO

Os objetivos dessa pesquisa foram conhecer a abordagem de enfermeiros sobre o desenvolvimento da linguagem nas consultas de puericultura, desvelar sua percepção sobre a importância da observação do desenvolvimento da linguagem e compreender como essa observação é realizada. Trata-se, portanto, de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A pesquisa ocorreu nas Unidades de Saúde da Família (USFs) do Distrito Sanitário IV em Recife/PE. A amostra foi determinada pelo critério de exaustão. Os sujeitos foram 30 enfermeiros que atuam nas USFs, os quais responderam um questionário para caracterização e uma entrevista semiestruturada, com as seguintes perguntas norteadoras: Que aspectos são abordados na consulta de puericultura? Como você observa o desenvolvimento infantil? Para você qual a importância da observação do desenvolvimento da linguagem na consulta de puericultura? Posteriormente às entrevistas, foram avaliados 150 prontuários, por meio de um roteiro produzido para o presente estudo. As entrevistas foram analisadas pelo software *Alceste*, versão 2010. Quatro classes de respostas emergiram: *Avaliação do desenvolvimento da linguagem na consulta de puericultura*; *Avaliação do desenvolvimento infantil*; *Rotina de atendimento nas USFs*; *Consulta de enfermagem em puericultura*. Foi ressaltada, no discurso dos entrevistados, a importância da observação do desenvolvimento da linguagem na puericultura, apesar disso, nem sempre é prioridade na consulta ou o profissional não se sente capacitado. Quanto aos prontuários, 51,3% possuía registro sobre observação do desenvolvimento infantil e apenas em 4% houve registro de observação da linguagem. Ficou demonstrada a necessidade de investimentos na educação permanente dos profissionais que atuam na puericultura, a fim de conscientizá-los sobre a importância do desenvolvimento da linguagem para o desenvolvimento integral da criança.

Palavras-chaves: Desenvolvimento da Linguagem. Cuidado com Lactente. Assistência Primária à Saúde. Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

The purpose of this research is to find out the nurses approach on observing language development during childcare consultation; to unveil their perception about the importance of observing language development and to understand how this observation is performed. This is a qualitative descriptive study. The research took place in the Family Health Units (USFs) Health District IV in Recife / PE. This sample was determined by the exhaustion criteria. The subjects were 30 nurses working in USFs, who answered a questionnaire for characterization and a semistructured interview with the following guiding questions: What aspects are addressed during childcare consultation? How do you observe a child development? For you, what is the importance of observing the language development during childcare consultation? Following the interviews, 150 medical records were evaluated by means of a script produced for this study. The interviews were analyzed by Alceste software, version 2010. Four classes of responses emerged: Assessment of language development during childcare consultation; Assessment of child development; Routine care in USFs; Nursing consultation on childcare. The interviews stressed the relevance of observing the language development during the childcare consultation, although it was not always a priority and some personnel did not feel qualified for this observation. As for the records, 51.3 % had a record of observing child development and only 4.0% were recorded observing language development. This study demonstrates the need to invest in continued education for childcare professionals; it is crucial to raise awareness about the importance of language development in order to achieve the child development as a whole.

Keywords: Language Development. Beware Infant. Primary Health Care for Pediatric Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Classificação hierárquica descendente (dendograma) da análise das entrevistas aos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Recife, 2013. 37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Roteiro para observação do prontuário	62
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALCESTE	Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BR	Brasil
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DGGTES	Diretoria Geral de Gestão do Trabalho, Educação e Saúde
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
RPA	Regiões Político-Administrativas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	Unidades de Contextos Elementares
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
	2.1 PUERICULTURA.....	18
	2.2 PUERICULTURA E DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM.....	21
3	PERCURSO METODOLÓGICO	26
	3.1 ABORDAGEM DO ESTUDO.....	26
	3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	26
	3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	27
	3.4 COLETA DE DADOS	27
	3.5 ANÁLISE DOS DADOS	28
	3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	29
4	RESULTADOS: ARTIGO ORIGINAL	31
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICES	58
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	59
	APÊNDICE B – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	61
	APÊNDICE C – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DO PRONTUÁRIO	62
	ANEXOS	63
	ANEXO A – FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO.....	64
	ANEXO B – INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO.....	65
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	67
	ANEXO D – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO “CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA/REPORTS IN PUBLIC HEALTH (CSP)”	69

APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), no início da década de 80, criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil. No PAISC, cinco ações básicas foram elaboradas, dentre elas o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. O acompanhamento da saúde da criança é realizado por meio de consultas periódicas, denominadas de puericultura, as quais, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), são realizadas em geral por enfermeiros (BRASIL, 1997).

Na consulta de puericultura, o profissional deve, entre outras condutas, observar os principais marcos do crescimento e/ou desenvolvimento da criança, detectar e encaminhar precocemente as que estejam com risco de alterações para atendimento especializado. Como estratégia para uniformizar a observação durante a consulta de puericultura, o Ministério da Saúde oferece e recomenda a utilização da Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento e/ou do Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento, estando este último inserido na Caderneta de Saúde da Criança desde 2005. Esses roteiros servem como norteadores para observação e identificação de crianças com prováveis problemas de desenvolvimento, incluindo desenvolvimento da linguagem (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

Acredita-se que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família não observam, durante a consulta de rotina, todos os aspectos do desenvolvimento infantil, sendo o foco da observação do atendimento em puericultura aspectos do crescimento (medidas antropométricas), calendário vacinal e aspecto motor do desenvolvimento. A falha na identificação dos marcos do desenvolvimento dificulta a detecção precoce de problemas relacionados ao desenvolvimento infantil e impossibilita uma intervenção precoce (SAPAROLLI e ADAMI, 2007; MAXIMINO *et al.*, 2009).

Sabe-se que a linguagem é uma função que começa a se desenvolver a partir do momento em que a criança nasce e vive suas primeiras interações com o mundo que a cerca. De início, suas respostas são não verbais, mas é possível observar reações e respostas comunicativas no bebê muito antes do surgimento das primeiras palavras (ZORZI, 2010).

Nesse sentido, a identificação precoce de problemas no desenvolvimento da linguagem poderá evitar impactos que os atrasos de linguagem podem trazer para o desenvolvimento cognitivo e as aprendizagens futuras da criança. Por essa razão é importante

que os profissionais de saúde e/ou de educação que acompanham as ações relativas ao crescimento e desenvolvimento infantil atentem para a observação do desenvolvimento da linguagem (ZORZI, 2002).

Foi nessa perspectiva que surgiu a pergunta condutora desta dissertação: *Qual a percepção de enfermeiros que realizam a consulta de puericultura sobre a importância da observação do desenvolvimento da linguagem?*

Além do objetivo geral de conhecer a abordagem dos enfermeiros sobre o desenvolvimento da linguagem nas consultas de puericultura, o presente estudo possui três objetivos específicos: desvelar a percepção de enfermeiros que realizam a consulta de puericultura sobre a importância da observação do desenvolvimento da linguagem, compreender como é realizada a observação/avaliação do desenvolvimento da linguagem na consulta de puericultura realizada por enfermeiros e observar se há registro em prontuário sobre aspectos relacionados ao desenvolvimento da linguagem na consulta de puericultura realizada por esses profissionais.

Essa observação parece ser negligenciada pelos profissionais da saúde, de acordo com os estudos de Saparolli e Adami (2007) e de Maximino *et al.* (2009). Se isso de fato ocorre, há pouca valorização, por parte dos profissionais, das orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde através do PAISC e inobservância ao Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento infantil, que deveria ser utilizado de forma sistemática em todas as consultas, torna-se importante investigar essa problemática, a fim de alertar profissionais, bem como promover uma mudança de atitude ao realizar a consulta de puericultura com enfoque no desenvolvimento da linguagem.

Esta dissertação inclui-se na área de concentração de Educação e Saúde da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), na linha de pesquisa *Educação em Saúde*. Está estruturada com um capítulo de revisão sobre o tema, um capítulo com o percurso metodológico, um capítulo de resultados e uma discussão a ser apresentada na forma de artigo original. Este artigo será submetido à publicação no Caderno de Saúde Pública, estando, portanto, editado de acordo com as normas do referido periódico. E, por fim, há ainda o capítulo de considerações finais.

REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PUERICULTURA

No Brasil, a saúde da criança tem sido reconhecida pelo Ministério da Saúde (MS) como prioridade há algumas décadas. Prova disso foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) na década de 80, que objetivou a redução da morbimortalidade infantil. Esse programa foi elaborado com a finalidade de possibilitar a promoção em saúde da criança com até cinco anos de idade e sua família, enfatizando a importância das ações educativas no atendimento à criança, para promover a criação de elo entre a população e os serviços de saúde (BRASIL, 2002).

Com enfoque na integralidade, foram elaboradas no PAISC cinco ações básicas: Incentivo ao Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame, Controle da Diarreia, Controle das Doenças Respiratórias na Infância, Imunização e o Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é realizado por meio de consultas periódicas, uma forma de sistematizar a assistência à saúde da criança na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

De acordo com Blank (2003), o acompanhamento profissional da saúde infantil, puericultura, pode ser definido como uma ciência que reúne todas as noções (psicologia, higiene, sociologia) suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade.

Segundo Campos *et al.* (2011), a puericultura tem como finalidade, além de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento, incentivar o aleitamento materno, prevenir doenças mais comuns no primeiro ano de vida, observar a cobertura vacinal, orientar a introdução da alimentação complementar, higiene individual e ambiental e estratégias de prevenção de acidentes domésticos.

Para garantir a qualidade da assistência oferecida à criança, o MS propõe um calendário mínimo de consultas na puericultura, assim distribuídas: uma consulta na primeira semana de vida e as demais com um, dois, quatro, seis, nove, doze, dezoito e vinte quatro meses, totalizando, dessa maneira, nove consultas nos dois primeiros anos de vida e, a partir

do segundo ano de vida, consultas anuais, preferencialmente próximas ao mês do aniversário da criança (BRASIL, 2012).

Os profissionais de saúde que realizam a consulta de puericultura são médicos e enfermeiros. Na ESF, geralmente, as consultas são realizadas por enfermeiros. As atribuições dos profissionais de saúde na consulta de puericultura são: realizar o exame físico completo na criança, identificando riscos de desenvolvimento e/ou crescimento; encaminhamento desta para consulta com pediatra e/ou com demais profissionais – quando riscos de agravos à saúde forem encontrados; solicitação de busca ativa para os faltosos nas consultas por meio dos Agentes Comunitários de Saúde; preenchimento adequado do gráfico de peso e estatura na caderneta da criança; verificação e administração das vacinas, conforme o calendário básico de vacinação; incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até seis meses; orientação para a alimentação complementar após os seis meses; orientação sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; observação do desenvolvimento infantil; esclarecimento de dúvidas (se houver) levantadas pelos responsáveis pela criança (BRASIL, 2012).

Desde 2001, a Academia Americana de Pediatria, com o intuito de ter uma vigilância eficaz do desenvolvimento, sugere ao profissional que assiste a criança os seguintes procedimentos: manter os conhecimentos atualizados sobre técnicas de triagem na avaliação do desenvolvimento; realizar, na puericultura, a triagem do desenvolvimento; reconhecer os fatores de risco, buscando informação com familiares; referir toda criança com problemas no desenvolvimento, em tempo hábil, para serviços apropriados.

Nessa perspectiva, o profissional deve prestar à criança um atendimento sistemático, global e individualizado, compartilhando as informações com os familiares da criança, visando identificar precocemente agravos à saúde e uma intervenção apropriada e efetiva (CAMPOS *et al.*, 2011).

Entretanto, observa-se, no estudo de Figueiredo e Mello (2003), que teve por objetivo identificar as atuais ações de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de cinco anos de idade, enfoque à comunicação com as mães, tendo sido observado que os atendimentos eram rápidos e com portas abertas. Contudo, os diálogos foram fragmentados e as orientações incompletas, o que comprometia a comunicação entre os enfermeiros e as mães das crianças.

Noutro estudo realizado com o objetivo de identificar a percepção das mães sobre as ações preventivas do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, Araújo e Enders (2005), verificaram que 50% das 130 mães entrevistadas não souberam responder o

que significava crescimento e desenvolvimento, demonstrando que as ações educativas durante as consultas de puericultura não estavam sendo desenvolvidas de modo adequado.

Com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência prestada às crianças, otimizar a realização de encaminhamento para os serviços especializados e ajudar a nortear o profissional – especialmente o da ESF – que está realizando a consulta de puericultura, o MS disponibilizou um modelo de Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento (Anexo A) a ser utilizado como roteiro de observação e identificação de crianças com possíveis alterações do desenvolvimento. A Ficha é composta pelo nome da criança, data de nascimento, marcos do desenvolvimento das condutas motora (ampla e fina), visual, auditiva, linguagem e social. Cada marco tem indicador maturativo, psicomotor, social e psíquico. Há também uma tabela da idade da criança em meses com uma área sombreada correspondente ao período de incidência ou desaparecimento de determinado marco (BRASIL, 2002).

A Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento (Anexo A) deve ser anexada ao prontuário da criança e seguir a padronização na forma de observar os marcos do desenvolvimento, sugerida pelo manual do MS. O profissional deverá registrar sua observação no espaço relacionado entre a idade da criança e o marco do desenvolvimento esperado, utilizando P (presente), A (ausente) ou NV (não verificado). Durante a aplicação da ficha podem aparecer situações como: resposta esperada para idade, falha em alcançar algum marco do desenvolvimento para idade ou persistência do atraso por mais de duas consultas/ausência do marco. Na primeira situação, o profissional deverá seguir o calendário de consultas; na segunda, o profissional deverá antecipar a consulta, investigar como a criança está sendo estimulada e orientar a mãe (ou o cuidador) a brincar e conversar com a criança durante a prestação dos cuidados; e na última situação, a criança deverá ser encaminhada para o serviço de referência (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

A Caderneta de Saúde da Criança é outro instrumento importante no acompanhamento da Saúde Infantil. Desde a década de 90, vem sendo intensificado pelo MS seu uso por parte dos profissionais, deixando de ser apenas um local para registro de vacinas para se tornar um local para armazenar informações importantes sobre a saúde da criança. Além disso, possui um conteúdo educativo para os pais/responsáveis (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004).

A atual Caderneta de Saúde da Criança aponta dados ampliados sobre as condições de saúde desde a gravidez ao puerpério, do recém-nascido até os 10 anos de idade, o local para registro de peso, estatura, perímetro cefálico, marcos do desenvolvimento, triagem auditiva ou Teste da Orelhinha e calendário básico de vacinação. Apresenta ainda orientações importantes sobre saúde auditiva, visual e bucal, aleitamento materno entre outras (BRASIL, 2005).

O Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento (Anexo B), contido na Caderneta de Saúde da Criança, tem como objetivo ser guia para observação e acompanhamento dos profissionais de saúde, da família e de todos os que acompanham a criança, promovendo maior qualidade de vida – seja no curso esperado do desenvolvimento, seja quando existam agravos já instalados (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005).

Apesar da recomendação do MS para que o profissional utilize a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento ou o Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento durante a consulta de puericultura, verificou-se no estudo de Saporoli e Adami (2007) que nenhuma escala ou teste foi utilizado pelas 14 enfermeiras observadas nas 114 consultas de enfermagem. Constatou-se ainda que alguns dos principais marcos do desenvolvimento esperados no primeiro ano de vida eram observados pelas enfermeiras segundo seus próprios conhecimentos e experiências acerca do processo do desenvolvimento infantil.

Reforçando a ideia de que profissionais de saúde parecem negligenciar alguns aspectos na observação do desenvolvimento na consulta de puericultura, Maximino *et al.* (2009) conduziram um estudo com a finalidade de investigar conhecimentos e atitudes práticas de pediatras com relação à comunicação oral de crianças. No referido estudo, 79 pediatras foram entrevistados por meio de questionário específico e os resultados mostraram que 37,97% dos profissionais relataram que o atendimento à criança estava concentrado na queixa da família e a comunicação não era o foco na anamnese. O resultado é preocupante, uma vez que a linguagem é um marco importante para o desenvolvimento global da criança.

2.2 PUERICULTURA E DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM

Durante a vida da criança ocorrem muitos eventos que são indicativos de um desenvolvimento adequado, como, por exemplo, a sustentação da cabeça, o ato de engatinhar e o de andar. Todavia, as conquistas motoras por si só não indicam um desenvolvimento infantil adequado. Nesse caso, o indicador evolutivo mais adequado é o aparecimento da linguagem, pois essa conquista desponta aptidões sociais, comunicativas, intelectuais e afetivas significativamente complexas e evoluídas (ZORZI, 2000).

Os bebês têm preparação inata para aprender a linguagem. São capazes de transmitir sinais que envolvem os cuidadores em interações sociais. Nesse início, os lactentes aprendem a dar sinais não verbais, em geral respostas motoras aos estímulos verbais, e começam a

aprender os rudimentos da comunicação oral, com variações na frequência e no volume da voz e esperando sua vez para falar (KOSTELNIK *et al.*, 2012).

Segundo Zorzi (2010), o bebê mais reage ao mundo do que age sobre ele, pois ainda não é capaz de fazer diferenciação entre o mundo e ele mesmo, não obstante os adultos tendam a interpretar as reações do lactente como comportamentos (reações motoras) ou atos comunicativos. Embora o recém-nascido não faça essa distinção entre ele e o mundo, a comunicação existe, mas de modo não intencional.

Na mesma linha, Bee e Boyd (2011) afirmam que o processo de desenvolvimento da linguagem se inicia meses antes de a criança expressar sua primeira palavra, visto que a linguagem receptiva (compreensão da linguagem falada) antecede a linguagem expressiva (sons, sinais ou símbolos para comunicar significado). Durante todo o processo de desenvolvimento da linguagem, as crianças passam por diversas mudanças, tais como: o início de gestos significativos, a orientação do balbúcio para os sons da linguagem ouvida, a primeira participação em jogos gestuais imitativos e a primeira compreensão de palavras individuais.

As expressões verbais (fala) e não verbais (gestos e linguagem corporal usados de forma consistente pela criança para comunicar significado) são características da comunicação humana que podem ser percebidas durante toda a vida. Essas expressões devem ser observadas pelos profissionais de saúde, principalmente nas consultas de puericultura, pois existe uma relação estreita entre o desenvolvimento saudável da linguagem, a aprendizagem e a inserção social, bem como repercussões das dificuldades de linguagem no rendimento escolar e aprendizagem. Por conseguinte, a comunicação influencia diretamente o indivíduo e o meio no qual está inserido (PALANGANA, 2001; GOULART e CHIARI, 2012).

O surgimento da linguagem é um dos aspectos mais importantes no acompanhamento da criança, sendo suas alterações, problemas mais frequentes no desenvolvimento infantil, atingindo cerca de 3 a 15% das crianças (MAXIMINO *et al.*, 2009).

Na revisão sobre os distúrbios da comunicação oral em crianças, Vitto e Feres (2005) afirmam que, por intermédio de uma boa observação dos marcos do desenvolvimento infantil, é possível detectar precocemente risco para um desenvolvimento inadequado da linguagem.

A variação do ritmo nas etapas do desenvolvimento da linguagem está intrinsecamente relacionada ao ambiente em que a criança vive os estímulos, os cuidados dos pais e até a alimentação, sendo tais fatores parte significativa do processo de maturação da criança, o que pode levar à dependência ou não desta nas fases subsequentes do desenvolvimento infantil (BRASIL, 2002).

Os marcos relacionados ao desenvolvimento da linguagem descritos tanto na Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento (Anexo A) quanto na Caderneta de Saúde da Criança (Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento, Anexo B) contêm aspectos e expressões verbais e não verbais a serem observados pelos profissionais, a saber: a criança olhar para a pessoa que a observa, demonstrar prazer (sorrir) e desconforto (resmungar ou chorar), emitir sons, vocalizar vogais prolongadas, responder com balbucios quando alguém fala com ela, virar a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro, imitar pequenos gestos ou brincadeira, empregar pelo menos uma palavra com sentido, combinar duas ou mais palavras, dizer o próprio nome e nomear objetos como sendo seu, usar frases, imitar pessoas da vida cotidiana e capacidade de expressar preferências e ideias próprias (BRASIL, 2002).

O profissional deve observar a mãe, atentando para a forma como ela se relaciona com o filho, se conversa com ele e se está atenta às suas manifestações. Observar a criança, identificando a sequência do desenvolvimento através dos marcos, utilizando a ficha de acompanhamento para ter uma abordagem sistemática analisando os avanços da criança e registrar os achados na ficha e na caderneta da criança (BRASIL, 2002).

No entanto, Leite (2008), em estudo realizado para conhecer a percepção dos pediatras, bem como a sua prática profissional ao realizar o encaminhamento de crianças com sintomas de alterações na aquisição e desenvolvimento da linguagem para intervenção fonoaudiológica, constatou que 93,4% dos 91 pediatras entrevistados relataram que costumam observar as etapas do desenvolvimento da linguagem durante a consulta pediátrica. Além disso, e os recursos utilizados para tal eram perguntas dirigidas aos pais com observação direta dos comportamentos comunicativos. Desse percentual, apenas 49,5% realizavam orientações aos pais. Verificou-se ainda que 50,5% dos pediatras entrevistados consideraram ser necessário realizar encaminhamento das crianças entre o primeiro e segundo ano de vida para avaliação fonoaudiológica, quando estas não apresentavam expressão verbal no referido período.

De acordo com Schirmer *et al.* (2004), em estudo que teve por objetivo instrumentalizar os profissionais da saúde – em especial o pediatra – para agirem no diagnóstico e na prevenção primária dos distúrbios de linguagem oral e escrita, as dificuldades de aprendizagem estão intimamente ligadas à história prévia de atraso na aquisição da linguagem. As dificuldades de linguagem referem-se a alterações no processo de desenvolvimento da expressão e recepção verbal e/ou escrita. Por isso, constata os pesquisadores, para a necessidade de identificação precoce dessas alterações no curso normal do desenvolvimento evitar posteriores consequências educacionais e sociais desfavoráveis.

Segundo Goulart e Chiari (2012), em estudo que visava avaliar a atuação fonoaudiológica para a promoção e manutenção da saúde da criança, foi observado que os profissionais de saúde envolvidos no atendimento às crianças deveriam estar mais atentos ao desenvolvimento da linguagem, pois crianças com problemas detectados precocemente e encaminhadas para intervenção têm mais chance de recuperação, reabilitação e repercussões futuras positivas, como vida independente e bom desempenho escolar.

Assim, as intervenções tardias, além de serem mais onerosas para a sociedade, no sentido econômico, acarretam grande esforço individual com uma desvantagem significativa para uma recuperação total (ESTADOS UNIDOS, 2007).

Acredita-se, desse modo, que parte dos problemas que alteram o desenvolvimento da linguagem poderiam ser resolvidos caso fossem prontamente detectados e tratados de modo conveniente. A intervenção precoce tem-se mostrado efetiva no sentido de amenizar as consequências ou prejuízos dessas alterações. Sendo assim, informações a respeito das alterações da linguagem infantil devem estar ao alcance de todos os profissionais que trabalham com crianças, nas diversas áreas – especialmente na saúde –, a fim de que esses possam orientar e encaminhar as famílias cujos filhos, por algum motivo, não estejam conseguindo evoluir satisfatoriamente (ZORZI, 2010).

PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 ABORDAGEM DO ESTUDO

O estudo realizado foi do tipo descritivo exploratório, conduzido pela abordagem qualitativa, que se propõe a analisar e compreender experiências de determinado indivíduo ou grupo social que orienta suas ações permitindo alcançar a realidade social (MINAYO, 2004). Essas experiências podem ser relacionadas à prática profissional ou cotidiana e podem ser tratadas mediante análise de relatos ou conhecimento (FLICK, 2009).

O método qualitativo permite obter detalhes sobre fenômenos como sentimentos, processo de pensamento, permitindo uma aproximação com o universo de atitudes, valores e crenças, baseados no contexto e na realidade cotidiana/profissional de um grupo social ou indivíduo (STRAUSS e CORBIN, 2008; FLICK, 2009).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo ocorreu na cidade de Recife, capital do Estado de Pernambuco. Essa Cidade detém uma população de 1.537.704 pessoas, dividida em 94 bairros, aglutinados em seis Regiões Político-Administrativas (RPA). Para o setor de saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS). Recife tem 251 equipes de Saúde da Família e cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e algumas equipes também possuem odontólogo. A pesquisa se concentrou no DS IV, onde existiam 20 Unidades de Saúde da Família (USF), abrangendo 12 bairros. Cada USF abrigava de 1 a 4 Equipes de Saúde da Família, perfazendo um total de 40 equipes (BRASIL, 2010A; BRASIL, 2010B).

A escolha pelas Unidades de Saúde do DS IV se deve ao fato de a UFPE estar localizada geograficamente nesse distrito sanitário e por ser o distrito com que a instituição tem parceria na área de pesquisa e campo de prática para diversos cursos de graduação, residência e pós-graduação, favorecendo o acesso da pesquisadora ao campo de pesquisa.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Fizeram parte desse estudo enfermeiros que atuam nas USFs do DS IV da cidade de Recife.

De um total de 40 enfermeiros que fazem parte das Equipes de Saúde da Família, a população constituiu-se de 30 entrevistados, sendo 10 enfermeiros excluídos por estarem afastados de suas atividades laborais por férias ou licenças médicas durante o período da coleta de dados.

Para delimitar a amostra, foi utilizado o critério de amostragem por exaustão em que são incluídos todos os indivíduos disponíveis (TURATO, 2011).

Os sujeitos do estudo foram identificados com a letra E, seguida do número de ordem da entrevista, por exemplo, E1, E2..., a fim de manter a privacidade e anonimato dos participantes.

3.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente, todos os participantes que concordaram participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Só após a assinatura, a coleta de dados foi iniciada. A coleta foi realizada por meio de um questionário para caracterização dos sujeitos e por uma entrevista semiestruturada (Instrumentos de Coleta de Dados, Apêndice B), composta pelas seguintes questões norteadoras:

- Que aspectos são abordados na consulta de puericultura?
- Como você observa o desenvolvimento infantil?
- Para você qual a importância da observação do desenvolvimento da linguagem na consulta de puericultura?

A entrevista semiestruturada permite que ambos os integrantes tenham momentos para direcionar de alguma forma o contexto. O entrevistado se sente mais livre para discorrer sobre o tema, seguindo, entretanto, os objetivos e pressupostos idealizados pelo estudo (TURATO, 2011).

As entrevistas ocorreram no consultório de atendimento dos enfermeiros, na própria USF, ambiente em que ficavam mais à vontade para conversar. Foram pré-agendadas de acordo com a disponibilidade de horário do profissional, com o intuito de não prejudicar a rotina do serviço e gravadas com auxílio de um gravador digital. Esse material será guardado, por no mínimo cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora, na forma de arquivos digitalizados. A escolha pela gravação ocorreu a fim de favorecer a transcrição na íntegra e evitar a perda de detalhes como risos, hesitações, silêncios, assim como os estímulos da entrevistadora (BARDIN, 2011). E foram transcritas no mesmo dia da coleta ou, mais tardar, no dia seguinte para permitir a pesquisadora recordar dos detalhes (TURATO, 2011).

Após a entrevista, foi utilizado um roteiro para observação dos prontuários (Apêndice C), produzido pela pesquisadora, baseado nos marcos do desenvolvimento da linguagem existentes na Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento (Anexo A), bem como na Caderneta da Criança, ambos disponibilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Foram analisados cinco prontuários de crianças atendidas na puericultura pelos 30 profissionais entrevistados, perfazendo um total de 150 prontuários, com a finalidade de se verificar se existia registro da observação do desenvolvimento da linguagem. Os prontuários analisados foram escolhidos de forma aleatória, apenas priorizando os que foram atendidos na puericultura no mesmo dia ou na mesma semana da entrevista, por serem os registros mais recentes do profissional.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram analisadas por meio do software *Alceste* (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto), versão 2010. Trata-se de um programa que utiliza associação estatística entre os léxicos contidos nos discursos, de forma a organizar e sumarizar informações consideradas mais relevantes, possuindo como referência em sua base metodológica a abordagem conceitual dos “mundos lexicais”, que permite realizar análise do conteúdo presente nas entrevistas por meio de técnicas quali-quantitativas de tratamento de dados textuais (análise lexical mecanizada) (CAMARGO, 2005; GOMES e OLIVEIRA, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O programa é útil para textos longos com mais de 10.000 palavras e tem como vantagem o fato de o pesquisador, em um curto intervalo de tempo, conseguir obter uma visão

geral do *corpus* de dados. O *Alceste* segmenta o material a ser analisado em grandes unidades denominadas Unidades de Contextos Iniciais (UCI), que podem consistir de entrevistas de diferentes sujeitos reunidas em um mesmo *corpus*. Contudo, os textos (*corpus* de dados) devem ser coerentes e homogêneos, produzidos sob condições similares e focar o mesmo tópico (BAUER e GASKELL, 2002; GOMES e OLIVEIRA, 2010).

Durante a análise do *corpus*, o *Alceste* faz a formatação e divisão do texto completo em segmentos de algumas linhas, esses segmentos são denominados Unidades de Contextos Elementares (UCE) e correspondem às frases que são discriminadas pela sua pontuação natural, referentes à formação das classes. Cada classe é composta por várias UCEs. Assim, o programa fornece o número de classes resultantes da análise, o contexto semântico e as UCEs características de cada classe consolidada. O *Alceste* faz um estudo dos resultados gerando representações gráficas, como o dendrograma. A lista de palavras do dendrograma é a fonte básica para construção das classes (CAMARGO, 2005).

Diante de todas as informações fornecidas pelo *software*, foi realizada pela pesquisadora a denominação e a interpretação de cada classe.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 11106112.6.0000.5208). O TCLE encontra-se no Apêndice A, e o Parecer Consubstanciado, no Anexo C.

RESULTADOS:
ARTIGO ORIGINAL

4 RESULTADOS: ARTIGO ORIGINAL

CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA

DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA

RESUMO

Os objetivos dessa pesquisa foram conhecer a abordagem de enfermeiros sobre o desenvolvimento da linguagem nas consultas de puericultura, desvelar sua percepção sobre a importância da observação do desenvolvimento da linguagem e compreender como essa observação é realizada. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo e exploratório. A pesquisa ocorreu nas Unidades de Saúde da Família (USFs) do Distrito Sanitário IV em Recife/PE. Participaram do estudo 30 enfermeiros que atuam nas USFs, os quais responderam um questionário para caracterização e uma entrevista semi estruturada. A amostra foi determinada pelo critério de exaustão. Posteriormente às entrevistas, foram avaliados 150 prontuários por meio de um roteiro. As entrevistas foram analisadas pelo software *Alceste*, versão 2010. No depoimento dos entrevistados foi ressaltada a importância da observação do desenvolvimento da linguagem na puericultura. Apesar disso, essa observação nem sempre é prioridade na consulta ou o profissional não se sente capacitado. Quanto aos prontuários, 51,3% possuíam algum registro sobre observação do desenvolvimento infantil e apenas 4,0% apresentaram registro de observação da linguagem. Foi demonstrada a necessidade de investimentos na educação permanente dos profissionais que atuam na puericultura, a fim de conscientizá-los sobre a importância do desenvolvimento da linguagem para o desenvolvimento integral da criança.

Palavras-chave: Desenvolvimento da Linguagem, Cuidado com Lactente, Assistência Primária à Saúde, Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

The purpose of this research is to find out the nurses approach on observing language development during childcare consultation; to unveil their perception about the importance of observing language development and to understand how this observation is performed. This is a qualitative descriptive study. The research took place in the Family Health Units (USFs) Health District IV in Recife / PE. This sample was determined by the exhaustion criteria. The subjects were 30 nurses working in USFs, who answered a questionnaire for characterization and a semistructured interview. Following the interviews, 150 medical records were evaluated by means of a script produced for this study. The interviews were analyzed by *Alceste* software, version 2010. The interviews stressed the relevance of observing the language development during the childcare consultation, although it was not always a priority and some personnel did not feel qualified for this observation. As for the records, 51.3 % had a record of observing child development and only 4.0% were recorded observing language development. This study demonstrates the need to invest in continued education for childcare professionals; it is crucial to raise awareness about the importance of language development in order to achieve the child development as a whole.

Keywords: Language Development. Beware Infant. Primary Health Care for Pediatric Nursing.

RESUMEN

Los objetivos de este enfoque de investigación de las enfermeras sobre el desarrollo del lenguaje se conocieron durante las visitas de rutina, al presentar su percepción de la importancia de observar el desarrollo del lenguaje y comprender cómo se realiza esta observación. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo. La investigación se llevó a cabo en las Unidades de Salud de la Familia (USF) de Salud del Distrito IV en Recife/PE. Se estudiaron 30 enfermeras que trabajan en los USF, que respondieron a un cuestionario para la caracterización y una entrevista semi estructurada. La muestra fue determinada por el criterio de agotamiento. Después de las entrevistas, 150 cartas fueron evaluadas por medio de un script. Las entrevistas fueron analizadas por el software Alceste, versión 2010. Los entrevistados en el testimonio se hizo hincapié en la importancia de observar el desarrollo del lenguaje en el cuidado de los niños. Sin embargo, esta observación no siempre es una prioridad en la consulta o el profesional no se siente empoderado. En cuanto a los registros, el 51,3% tienen un registro de observación del desarrollo del niño y sólo el 4,0% tienen registro de observación del lenguaje. La necesidad de invertir en la educación continua para los profesionales que trabajan en el cuidado de niños se demostró con el fin de que tomen conciencia de la importancia del desarrollo del lenguaje para el desarrollo integral del niño.

Palabras clave: Desarrollo del Lenguaje, Cuidado Infantil, Atención Primaria, Enfermería Pediátrica.

INTRODUÇÃO

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil, o MS criou em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Nele, cinco ações básicas na atenção à saúde da criança foram preconizadas, dentre elas o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Esse acompanhamento é feito por meio de consultas periódicas de puericultura que, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), é realizada, em geral, por enfermeiros¹.

Na consulta de puericultura, o profissional deve, entre outras condutas, observar os principais marcos do desenvolvimento (emitir sons, balbuciar, sustentar a cabeça, entre outros), detectar e encaminhar precocemente as crianças com risco de alterações do crescimento e/ou desenvolvimento para atendimento especializado².

Como estratégia para uniformizar a observação durante a consulta, o Ministério da Saúde (MS) oferece e recomenda a utilização da Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento e/ou do Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento; este último,

inserido na Caderneta de Saúde da Criança desde 2005. Esses roteiros servem como norteadores para observação e identificação de crianças com prováveis problemas de desenvolvimento, incluindo desenvolvimento da linguagem ^{2,3}.

Estudo realizado com a finalidade de testar a confiabilidade e a validade do instrumento de triagem de desenvolvimento para as crianças de até 36 meses em Taiwan ⁴ mostra que um instrumento de avaliação do desenvolvimento de fácil aplicação, confiável e válido é fundamental para a detecção precoce de desvios do desenvolvimento infantil em seus diversos aspectos.

Apesar disso, estudos realizados por Saparolli e Adami ⁵ com enfermeiros e Maximino, Ferreira *et al.* ⁶ com médicos apontam que a observação do desenvolvimento da linguagem, durante as consultas de puericultura, nem sempre é realizada como preconizada pelo MS. O foco da avaliação na consulta contempla, em geral, os aspectos do crescimento (medidas antropométricas), verificação do calendário vacinal e observação dos marcos do desenvolvimento motor. Observou-se que a falha na identificação dos marcos do desenvolvimento dificulta a detecção precoce de problemas relacionados ao desenvolvimento infantil e impossibilita uma intervenção precoce.

Alguns problemas que alteram o desenvolvimento da linguagem poderiam ser resolvidos, caso esses fossem prontamente detectados e tratados de modo conveniente. A intervenção precoce mostra-se efetiva no sentido de amenizar as consequências ou prejuízos dessas alterações. Sendo assim, informações a respeito das alterações da linguagem infantil devem estar ao alcance de todos os profissionais que trabalham com crianças, nas diversas áreas, especialmente em saúde, a fim de que estes possam orientar e encaminhar as famílias cujos filhos, por algum motivo, não estejam conseguindo evoluir satisfatoriamente ⁷.

Considerando essa problemática, o presente artigo teve como objetivos conhecer a abordagem de enfermeiros sobre o desenvolvimento da linguagem nas consultas de puericultura, desvelar sua percepção sobre a importância da observação do desenvolvimento da linguagem e compreender como é realizada essa observação.

MÉTODO

O estudo foi do tipo descritivo, exploratório, conduzido pela abordagem qualitativa, que se propõe analisar e compreender experiências de determinado indivíduo ou grupo social que orienta suas ações permitindo alcançar a realidade social ⁸. Essas experiências podem ser

relacionadas à prática profissional ou cotidiana e podem ser tratadas mediante análise de relatos ou conhecimento⁹.

Como elemento norteador para as análises e discussões utilizaram-se as orientações do PAISC, por ser o programa que norteia todas as ações de saúde da criança no Brasil. Ele é dirigido a crianças menores de cinco anos e tem o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil, tendo como enfoque ações no processo de crescimento e desenvolvimento, metodologia proposta para organização da assistência à criança por propiciar identificação oportuna, favorecendo intervenções precoces^{2, 10}.

O cenário de estudo foram as Unidades de Saúde da Família do DS IV da cidade de Recife/PE, onde existiam 20 Unidades de Saúde da Família, abrangendo 12 bairros. Cada USF abrigava de uma a quatro Equipes de Saúde da Família, perfazendo um total de 40 equipes^{11, 12}.

A amostragem se deu pelo critério de exaustão, em que foram incluídos todos os indivíduos disponíveis¹³. Essa disponibilidade ocorreu com trinta dos quarenta enfermeiros das unidades.

Utilizou-se questionário de caracterização dos sujeitos e a técnica da entrevista individual semiestruturada, que foi aplicada aos enfermeiros, tendo sido abordadas as seguintes perguntas norteadoras: Que aspectos são abordados na consulta de puericultura? Como você observa o desenvolvimento infantil? Para você qual a importância da observação do desenvolvimento da linguagem na consulta de puericultura? (APÊNDICE B)

As entrevistas ocorreram nas USFs, conforme pré-agendamento de acordo com a disponibilidade de horário do profissional, sendo as mesmas gravadas. Essas gravações foram transcritas no mesmo dia da coleta ou no dia seguinte para permitir que o pesquisador recordasse de todos os detalhes possíveis¹³. Os entrevistados foram identificados com a letra E, seguida do número de ordem da entrevista, para preservar o anonimato. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a entrevista, foi utilizado um roteiro de observação dos prontuários (APÊNDICE C), produzido para o presente estudo, baseado no roteiro de avaliação dos marcos do desenvolvimento elaborado pelo MS, para analisar cinco prontuários, escolhidos de forma aleatória, de crianças atendidas na puericultura dos 30 profissionais entrevistados, perfazendo um total de 150 prontuários analisados. Houve preferência dos prontuários utilizados no mesmo dia ou na mesma semana da entrevista, por serem os registros mais recentes do profissional, com a finalidade de verificar se existia registro da observação do desenvolvimento da linguagem. Essa análise foi guiada pelos marcos do desenvolvimento da

linguagem existentes na Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento, bem como na Caderneta da Criança, ambos disponibilizados pelo MS ².

Após realizadas, as entrevistas foram analisadas por meio do *software Alceste* (Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto), versão 2010, programa que utiliza associação estatística entre os léxicos contidos nos discursos, de forma a organizar e sumarizar informações consideradas mais relevantes, possuindo como referência em sua base metodológica a abordagem conceitual dos “mundos lexicais”, permitindo realizar análise do conteúdo presente nas entrevistas por meio de técnicas quali-quantitativas de tratamento de dados textuais (análise lexical mecanizada) ^{14, 15, 16}.

Assim, o *Alceste* faz um estudo dos resultados, gerando representações gráficas, como o dendrograma. A lista de palavras do dendrograma é a fonte básica para construção das classes ¹⁴. E, diante de todas as informações fornecidas pelo *software*, foi realizada pela pesquisadora a denominação e a interpretação de cada classe.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CAAE nº 11106112.6.0000.5208).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que tange à caracterização dos sujeitos, no total de 30 entrevistados, a média de idade foi 39,4 anos, variando de 29 a 59 anos, sendo que 93,0% (28/30) eram do sexo feminino.

Quanto à formação, a média de tempo de conclusão da graduação foi 15,3 anos variando de 5 a 38 anos; 80,0% (24/30) cursaram universidade pública; todos os enfermeiros eram especialistas, sendo que 97,0% (29/30) fizeram especialização na área de saúde pública, saúde coletiva ou saúde da família e 13,0% (4/30) tinham mestrado completo ou em andamento. Com relação ao tempo de atuação na ESF, em média trabalhavam 8,4 anos, variando de 2,5 a 15 anos. Em se tratando de estratégias de educação permanente, 80,0% (24/30) participaram nos últimos doze meses de palestra/curso/capacitação em temas relacionados à ESF, porém nenhum entrevistado participou de palestra/curso/capacitação que abordasse puericultura.

Em se tratando dos dados encontrados nos registros dos 150 prontuários analisados, em 51,3% (77/150) havia uma consulta com registro sobre marcos do desenvolvimento infantil e apenas 4,0% (6/150) sobre desenvolvimento da linguagem.

Quanto aos dados da entrevista, a análise lexical realizada pelo *Alceste* identificou 60 unidades de contexto iniciais (UCI), que equivalem ao número duplicado de entrevistas incluídas no *corpus* de análise. Houve necessidade de duplicar o *corpus* (entrevistas), por ter ocorrido na primeira análise um aproveitamento de apenas 51,0%, considerado um aproveitamento baixo do material. Após a duplicação, o *corpus* foi dividido em 550 unidades de contexto elementar (UCE), dimensionadas pelo programa a partir da pontuação do discurso. Foram classificadas para análise 402 UCEs, representando um aproveitamento de 74% do material. A riqueza do vocabulário foi de 97,1%.

As UCEs foram divididas em cinco classes que apontaram as seguintes temáticas:

- Classe 1 (184 UCE – 46%): - Avaliação do desenvolvimento da linguagem na consulta de puericultura;
- Classe 2 (54 UCE – 13%): Avaliação do desenvolvimento infantil;
- Classe 3 (64 UCE – 16%): Rotina de atendimento na Unidade de Saúde da Família;
- Classe 4 (64 UCE – 16%): Elementos da consulta de puericultura;
- Classe 5 (36 UCE – 9%): Ações de enfermagem na consulta de puericultura.

O dendrograma (Figura 1) mostra que as UCEs foram divididas em dois conjuntos de dados; o primeiro conjunto sofreu uma divisão, originando as classes 1, 2 e 3, sendo as duas últimas fruto de uma nova divisão. O segundo conjunto de dados também sofreu divisão, deste emergindo as classes 4 e 5.

Portanto, a classe 1 correspondeu à terceira pergunta norteadora, as classes 2 e 3 corresponderam à segunda pergunta norteadora e as classes 4 e 5 corresponderam à primeira pergunta norteadora.

Como houve similaridade entre as classes 4 e 5, optou-se por analisá-las no eixo, antes da divisão. Assim, para fins de análise, restaram quatro classes (**Figura 1**).

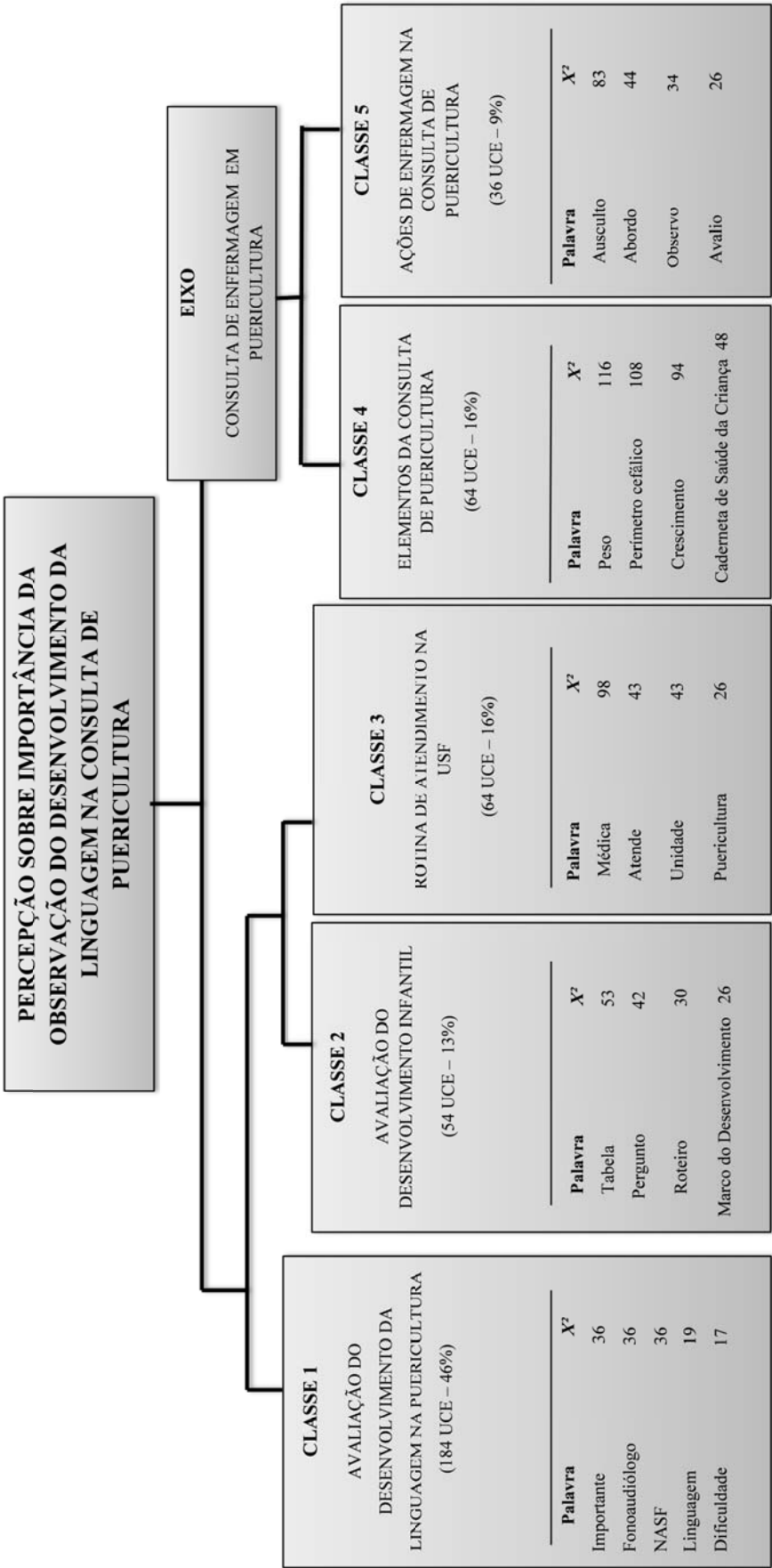


Figura 1 – Classificação hierárquica descendente (dendograma) da análise das entrevistas aos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Recife, 2013.

Na **classe 1, Avaliação do desenvolvimento da linguagem na puericultura**, o que prevaleceu no depoimento dos enfermeiros foi a importância da observação do desenvolvimento da linguagem durante a consulta de puericultura, a dificuldade para perceber problemas de linguagem e o reconhecimento da falta de capacidade para avaliar o desenvolvimento da linguagem.

“Eu acho importante, mas realmente eu não abordo muito, a não ser que eu perceba algo gritante.” (E6)

“É importante, mas meu foco maior é no desenvolvimento motor” (E23)

Vale ressaltar que, durante a aplicação do questionário para caracterização dos sujeitos, todos os entrevistados verbalizaram a falta de preparação (formação) para atuação em puericultura.

“É difícil pra gente que é enfermeira, isso é para fonoaudiologia, não sei se tenho capacidade de avaliar corretamente o desenvolvimento da linguagem.” (E24)

“Eu tenho dificuldade de avaliar, não me acho capacitada” (E28)

O atendimento à criança deve ser de forma integral e pluridimensional, conforme recomenda o PAISC, que também preconiza que o desenvolvimento da linguagem é um aspecto importante a ser avaliado nas consultas de puericultura. No entanto, isso não tem sido observado como deveria ser, conforme apontado nas falas acima.

De certo modo, apesar de preconizar a avaliação do desenvolvimento da linguagem, o próprio MS, em seu último Manual de Crescimento e Desenvolvimento, prioriza a observação dos marcos de aspectos motores no primeiro ano de vida, a exemplo do quadro de Aspectos do Desenvolvimento da Criança, a serem observados de 0 a 10 anos, em que o marco do desenvolvimento da linguagem só é citado na consulta de dois anos ¹⁷. Esse fato pode

prejudicar a qualidade da vigilância do desenvolvimento durante a consulta de puericultura, pois o profissional pode inferir que os marcos do desenvolvimento da linguagem só aparecerão após um ano de vida.

De modo diferente, estudos defendem que o bebê tem respostas não verbais, em geral motoras, antes das respostas verbais, podendo esse aspecto ser observado nos primeiros meses de vida. O lactente, antes de se expressar pela fala, já compreende e se expressa de formas não verbais¹⁸. Antes do primeiro ano de vida, a criança já possui indícios de linguagem e, se o aparecimento da fala não ocorrer no período esperado, o profissional deve avaliar a capacidade de compreensão, comunicação e atenção⁶.

É importante ressaltar que os aspectos do desenvolvimento da linguagem estão intrinsicamente ligados a alguns aspectos do desenvolvimento motor. Quando a criança apresenta a sustentação da cabeça para poder virar em direção ao objeto ou interlocutor, para expressar choro ou sorriso, ela está usando os mecanismos fisiológicos da articulação, respiração e fonação, que também são utilizados na aquisição da linguagem⁷.

Um dos fatores que pode interferir na qualidade da assistência à saúde da criança é a falta de educação permanente que enfoque a atuação em puericultura, fato ressaltado, neste estudo, por meio do depoimento dos entrevistados E24 e E28.

De acordo com o estudo que teve por objetivo analisar os resultados proporcionados pela educação permanente na atenção à criança na ESF, foi constatada a efetividade da educação permanente, sendo elemento importante para reduzir a vulnerabilidade da população infantil e melhorando a qualidade da atenção à saúde da criança¹⁹.

Sendo assim, a educação permanente é fundamental para que os profissionais não só reconheçam a importância da observação integral do desenvolvimento infantil, mas também o façam²⁰.

Os enfermeiros reconhecem os prejuízos causados à criança que tem problema no desenvolvimento da linguagem e que não é detectado precocemente para encaminhamento e tratamento adequado.

“... porque a criança vai ter problema pro resto da vida se não tiver esse desenvolvimento inicial com cuidado...” (E1)

*“É a partir da infância que é identificado se tem algum problema ou não e quanto mais cedo melhor é o tratamento e o desenvolvimento da criança.”
(E8)*

É importante que os profissionais de saúde conheçam o desenvolvimento normal, suas alterações e o impacto do desenvolvimento inicial para as etapas futuras do desenvolvimento infantil, a fim de que possam proporcionar esclarecimentos à família e identificar a criança em risco ou com maior vulnerabilidade, priorizando o atendimento e, quando for necessário, encaminhando para diagnóstico e intervenção o mais precocemente possível ^{2, 21}.

Nessa perspectiva, a consulta de puericultura revela-se, mais uma vez, como um instrumento de triagem na detecção precoce de riscos e agravos ao desenvolvimento da linguagem ²².

Na **classe 2, Avaliação do desenvolvimento infantil**, prevaleceu a descrição da avaliação do desenvolvimento infantil durante a consulta. As formas de avaliação expressadas foram as queixas trazidas pela mãe ou responsável sobre o desenvolvimento, a observação da criança durante a consulta e o exame físico. E, quando não havia queixas ou o profissional não conseguia observar algo durante a consulta, a mãe/família era questionada sobre o desenvolvimento da criança em casa.

“Tudo é a partir do relato da mãe, ela é que traz as queixas e as maiores informações.” (E3)

Esse aspecto também foi observado em estudo que investigou as práticas dos pediatras quanto ao desenvolvimento da linguagem, que afirma que, rotineiramente, o atendimento dos profissionais de saúde concentra-se na queixa da família; a observação do desenvolvimento da linguagem não é foco de investigação. Só nos casos em que ocorre queixa por parte do responsável é realizada anamnese e observado o comportamento para constatação da referida queixa ⁶.

O uso de instrumentos para observar/avaliar, de forma sistemática, os principais marcos do desenvolvimento durante a consulta foi mencionado na presente pesquisa, mas os entrevistados relataram dificuldade em utilizar os instrumentos sugeridos pelo MS para avaliar o desenvolvimento infantil (caderneta da criança e a ficha de acompanhamento), alegando falta de tempo e a própria rotina de trabalho.

“Eu acho que até é importante utilizar a caderneta da criança pra isso, mas não faço, porque é tanta coisa que não dá tempo.” (E2)

“Eu não uso o cartão para me guiar porque tanto tempo fazendo isso que acaba sendo uma rotina de trabalho.” (E22)

“Uso o roteiro do MS que tem na caderneta da criança. No exame físico vou observando e botando se está presente ou não.” (E6)

Estudo realizado nos EUA, com o objetivo de descrever o uso de testes de triagem de desenvolvimento entre pediatras, constatou que os médicos que aplicaram testes de triagem do desenvolvimento na consulta de puericultura tiveram tempo suficiente para fazê-lo ²³.

Também nos EUA em outro estudo, que teve por objetivo analisar a viabilidade e eficácia da implementação da triagem do desenvolvimento, foi destacado que os profissionais ganhavam tempo na consulta ao aproveitar para investigar os marcos do desenvolvimento utilizando algum teste e observar o comportamento da criança no momento de diálogo informal com os pais ²⁴. Diante disso, embora em contextos de saúde pública diferente em relação ao presente estudo e não se tratando da avaliação com enfermeiros, percebe-se que o argumento utilizado no discurso de E2 pode não ser justificado segundo as pesquisas supracitadas.

Ainda nos EUA, um estudo com 646 pediatras evidenciou que 61% destes faziam a avaliação clínica sem utilizar um instrumento de triagem para identificar as crianças com atrasos de desenvolvimento ²³.

No Brasil, foi identificado que profissionais de saúde não utilizaram testes e/ou escalas para avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil e os principais marcos esperados no primeiro ano de vida foram observados a partir do conhecimento e da experiência sobre o processo do desenvolvimento infantil desses profissionais ⁵.

Na Bahia, foi identificado que em 77,9% das cadernetas avaliadas não havia preenchimento da curva do desenvolvimento ²⁵. A não utilização da Caderneta de Saúde da Criança como instrumento de registro sistemático de informações relevantes se opõe às recomendações do MS ²⁶.

No estudo que teve como objetivo analisar os fatores associados à qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança em Belo Horizonte foi verificado que apenas 18,9% das Cadernetas analisadas tinham pelo menos três anotações sobre desenvolvimento neuropsicomotor²⁰. Tal situação pode comprometer a qualidade do acompanhamento e da vigilância do desenvolvimento infantil, pois o profissional pode deixar de observar algum marco, por não utilizar um instrumento que permita uma avaliação sistemática e integral, visto que a consulta de puericultura é uma atividade complexa, onde o profissional deve avaliar e observar, além do desenvolvimento, aspectos ligados a crescimento, imunização, alimentação, higienização e educação em saúde^{27, 28}.

A Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento proposta pelo Manual do MS para Vigilância do Desenvolvimento Infantil constitui-se em um instrumento de triagem de fácil aplicação, de baixo custo operacional e capaz de realizar a detecção precoce dos atrasos, devendo, portanto, fazer parte das ações do enfermeiro na consulta de puericultura²².

Portanto, a utilização de instrumentos de triagem do desenvolvimento infantil é importante porque ajuda a aumentar a precisão do processo de vigilância do desenvolvimento. Quando o profissional usa apenas o exame físico – ao invés de uma avaliação com instrumento padronizado –, corre o risco de estimar o desenvolvimento de maneira equivocada. Por esse motivo, os benefícios da triagem e a vigilância do desenvolvimento não estão limitados à criança com problemas no desenvolvimento, mas a todas as crianças, bem como aos profissionais, por ser um guia antecipatório da condição da saúde infantil²⁹.

Constatou-se na presente pesquisa que, em apenas 2 dos 150 prontuários analisados, havia a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento infantil anexada. Essa falta pode prejudicar a avaliação/observação dos marcos do desenvolvimento durante a consulta de puericultura.

Na **classe 3, Rotina de atendimento na USF**, foi evidenciado que, durante a puericultura, há consultas médicas e de enfermagem, mas cada equipe fazia seu cronograma quanto à frequência e quantidade dessas consultas, não havendo uma rotina padronizada entre as unidades.

“A médica da unidade atende a criança no primeiro mês de vida, doze consultas subsequentes de puericultura comigo [enfermeiro] e depois volta para ela”. (E29)

“... a médica da unidade tem a participação na puericultura em duas consultas, no primeiro e no oitavo mês”. (E21)

A falta de um protocolo referente à rotina da puericultura (ou seja, um documento que possa nortear as ações dos profissionais de saúde) dificulta a assistência integral à saúde da criança ²¹, o que vai de encontro às diretrizes do PAISC, que preconiza que o atendimento deve ser integral e contínuo ¹⁷.

Por fim, o **eixo Consulta de enfermagem em puericultura**, que representa a junção das classes 4 e 5, demonstrou as ações de enfermagem realizadas na consulta de puericultura, os elementos da consulta e como esta é executada. As medidas mais efetuadas durante a consulta foram as antropométricas, tendo sido os reflexos pouco observados.

Foi identificado que existe ênfase na avaliação do crescimento por parte dos entrevistados. Verificou-se, ainda, que a amamentação foi um ponto destacado por todos os enfermeiros, mas nenhum destes abordou as repercussões para a linguagem e sim as repercussões para o peso e a estatura da criança.

“Eu uso um roteirozinho, idade, medidas antropométricas, imunização, alimentação, eliminações, queixas e condutas de enfermagem.” (E12)

“O exame físico com as medidas antropométricas. Uso a caderneta da criança para registrar o crescimento e principalmente para registrar a vacina.” (E29)

Segundo Alves e Moulin ³⁰, há facilidade em acompanhar o crescimento, pelo fato de a mensuração ser algo palpável. As medidas antropométricas são verificadas por meio de instrumentos, como fita métrica e balança. No entanto, para acompanhar o desenvolvimento infantil, é preciso, além da ficha de triagem do desenvolvimento, identificar fatores de risco a que pode criança estar exposta, conhecer costumes e mitos de sua comunidade e sobretudo suas relações pessoais (especialmente as de sua família).

O MS só a partir da década de 90, em seus manuais e diretrizes, inseriu na assistência um instrumento de vigilância do desenvolvimento; trata-se de uma ficha contendo marcos do desenvolvimento¹⁷. Possivelmente, esse fato e as afirmações de Alves, Moulin *et al.*³¹ podem justificar a atuação dos profissionais de saúde que priorizam o acompanhamento do crescimento na puericultura, como verificado nos discursos supracitados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa alertam para o fato de que os enfermeiros sabem da importância da observação do desenvolvimento da linguagem durante as consultas de puericultura. No entanto, em geral, não assumem essa conduta. Alegam, todavia, a falta de conhecimento para detectar os possíveis desvios de normalidade do desenvolvimento da linguagem e, por vezes, acham desnecessário utilizar algum instrumento para avaliar de forma sistemática os principais marcos do desenvolvimento, considerando suficiente, para a observação, apenas sua experiência.

Essa prática da não observação, do não registro nos prontuários e da não utilização de um instrumento de observação dos marcos do desenvolvimento pode causar prejuízos à própria criança e à vigilância em saúde, pois não está havendo acompanhamento integral em conformidade com as diretrizes do PAISC.

Além desses aspectos, o presente estudo aponta a necessidade de se desenvolverem ações de educação permanente sobre a importância da avaliação global da criança, incluindo-se o acompanhamento do desenvolvimento da linguagem na puericultura e os impactos causados à vida da criança quando não há detecção e tratamento precoce. Para tanto, fazem-se necessário não apenas inclusão do tema em disciplinas de saúde da criança, mas a construção de espaços de diálogo entre profissionais, na academia e nos serviços. Assim, será possível proporcionar atendimento integral que enfoque a promoção da saúde durante a puericultura, consoante preconizado pelo PAISC.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade (BR). Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf (acessado em 09/Out/2013).
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf (acessado em 09/Out/2013).
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno (BR). Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf> (acessado em 09/Out/2013).
4. Lung F-W, Chiang T-L, Lin S-J, Lee M-C, Shu B-C. Child developmental screening instrument from six to thirty-six months in Taiwan Birth Cohort Study. *Early Human Development* 2010;86 Suppl 1:17-21.
5. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem* 2007;20 Suppl:55-61.
6. Maximino LP, Ferreira MV, Oliveira DT, *et al.* Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras quanto ao desenvolvimento da comunicação oral. *Revista CEFAC* 2009;11 Suppl:267-73.
7. Zorzi JL. Aspectos básicos para compreensão, diagnóstico e prevenção dos distúrbios de linguagem na infância. *Revista CEFAC* 2000;2 Suppl 1:11-5.
8. Minayo MCdS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
9. Flick U. Qualidade na pesquisa qualitativa. Flick U, (Org.). Porto Alegre: Bookman; 2009. 196 p.
10. Castro IRRd. Vigilância alimentar e nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995. <http://static.scielo.org/scielobooks/v9/pdf/castro-9788575412947.pdf> (acessado em 14/Out/2013).

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo 2010: contagem populacional. 2010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/> (acessado em 10/Ago/2012).
12. Secretaria Municipal de Saúde do Recife (BR). Plano Municipal de saúde de Recife 2010/2013. Recife: 2010. <http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf> (acessado em 22/Jul/2013).
13. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 5 ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
14. Camargo BV. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SMd, (Orgs.). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Editora Universitária; 2005. p. 511-39.
15. Gomes AMT, Oliveira DCd. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2005;13 Suppl:1011-8.
16. Oliveira DCd, Sá CPd, Gomes AMT, Ramos RdS, Pereira NA, Santos WCRd. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. *Cadernos de Saúde Pública* 2008;24 Suppl:197-206.
17. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde., Departamento de Atenção Básica (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> (acessado em 09/Out/2013).
18. Zorzi JL. Falando e escrevendo: desenvolvimento e distúrbios da linguagem oral e escrita. Curitiba: Editora Melo; 2010. 192 p.
19. Feliciano KVdO, Kovacs MH, Costa IERd, Oliveira MdG, Araújo AMS. Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2008;8 Suppl 1:45-53.
20. Alves CRL, Lasmar LMdLBF, Goulart LMHF, *et al.* Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2009;25 Suppl 3:583-95.
21. Vieira VCdL, Fernandes CA, Demitto MdO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem* 2012;17 Suppl 1:119-25.

22. Santos MEA, Quintão NT, Almeida RXd. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. *Escola Anna Nery* 2010;14 Suppl:591-8.
23. Sand N, Silverstein M, Glascoe FP, Gupta VB, Tonniges TP, O'Connor KG. Pediatricians' reported practices regarding developmental screening: Do guidelines work? Do they help? *Pediatrics* 2005;116 Suppl 1:174-9.
24. Schonwald A, Huntington N, Chan E, Risko W, Bridgemohan C. Routine Developmental Screening Implemented in Urban Primary Care Settings: More Evidence of Feasibility and Effectiveness. *Pediatrics* 2009;123 Suppl 2:660-8.
25. Vieira GO, Vieira TdO, Costa MCO, Santana Netto PV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2005;5 Suppl:177-84.
26. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Sub-Secretaria de Promoção Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Superintendência de Atenção Primária, Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais (BR). Linha de cuidado da atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: 2010. <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/485.pdf> (acessado em 10/Out/2013).
27. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf (acessado em 09/Out/2013).
28. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf (acessado em 09/Out/2013).
29. Earls MF, Hay SS. Setting the Stage for Success: Implementation of Developmental and Behavioral Screening and Surveillance in Primary Care Practice - The North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project. *Pediatrics* 2006;118 Suppl 1:e-183-8.
30. Alves CRL, Moulin ZS. Saúde da criança e adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação. 2008. In: Caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF/NESCON/FM/UFGM) [Internet]. Belo Horizonte: Coopmed; [111 p.]. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1572.pdf> (acessado em 09/Out/2013).

31. Alves CRL, Moulin ZS, Santos LCd. Atenção à Saúde da criança: aspectos básico. Belo Horizonte: NESCON/UFMG; 2013.

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3998.pdf#page=1&zoom=auto,0,77>

3 (acessado em 09/Out/2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta dissertação permitiu desvelar a percepção dos enfermeiros que realizam a consulta de puericultura sobre a observação do desenvolvimento da linguagem, o que representa um importante passo para a construção de estratégias que melhorem a qualidade da assistência prestada por esses profissionais, bem assim para que haja, com efeito, a promoção da saúde infantil.

Ademais, na construção da revisão foi possível observar a carência de trabalhos científicos que abordem essa temática. As pesquisas encontradas não apresentavam metodologias semelhantes para comparar os resultados obtidos. Essa constatação demonstrou a importância e motivação para realização deste trabalho.

Aplicar o *software Alceste* foi essencial para efetivação da análise de conteúdo dos discursos, não apenas por permitir um número significativo de entrevistas, mas também por fornecer dados importantes que, possivelmente, não seriam percebidos com o uso de grelhas (análise manual); como exemplo, a lista com as palavras mais frequentes em cada classe, o que forneceu informações importantes e uma análise mais imparcial dos resultados.

Por meio desse estudo foi possível verificar que a observação do desenvolvimento da linguagem é considerada importante, porém não foi priorizada pelos sujeitos entrevistados. Ainda foi observado que a consulta de puericultura é centrada no Acompanhamento do Crescimento e a Vigilância do Desenvolvimento, em geral, não é feita de forma sistemática, isto é, não é utilizado instrumento para observação dos marcos do desenvolvimento. O acompanhamento de saúde da criança não foi realizado de acordo com as diretrizes do PAISC, no qual se orienta que o acompanhamento seja feito de forma integral e pluridimensional.

Adicionalmente, na observação de prontuários foi verificado que há pouco registro da avaliação do desenvolvimento infantil e quase nenhum sobre observação dos marcos do desenvolvimento da linguagem.

Portanto, os resultados desta pesquisa alertam sobre a necessidade de os manuais e diretrizes serem revisados, pois neles existe uma subvalorização para observação do desenvolvimento da linguagem, o que pode ser compreendido pelo profissional, para quem o desenvolvimento motor, por exemplo, representa bem o desenvolvimento global da criança.

Como limitações do presente estudo, houve pouca exploração do prontuário, no sentido de avaliar todas as consultas de puericulturas contidas nele e não apenas a última consulta, como foi feito. Poder-se-ia ter analisado as cadernetas das crianças para verificar se havia preenchimento ou não dos marcos do Desenvolvimento Infantil e observação da consulta de puericultura, com o objetivo de verificar como é realizado o acompanhamento do desenvolvimento. Além disso, não houve tempo para desenvolver atividades de educação permanente que proporcionassem reflexão sobre a importância da observação sistemática do desenvolvimento infantil, em especial, da linguagem.

Em vista do exposto, é necessário desenvolver ações de educação permanente sobre a importância da avaliação global da criança, incluindo o Acompanhamento do Desenvolvimento da Linguagem na puericultura e os impactos causados à vida da criança quando não há detecção e tratamento precoce. Para isso, faz-se mister não apenas inclusão do tema nas disciplinas que abordem saúde da criança, mas a construção de espaços de diálogo entre profissionais e familiares, na academia e nos serviços. Desse modo, será possível proporcionar um atendimento que enfatize a promoção da saúde durante a puericultura, com foco na integralidade do cuidado.

Sugerem-se trabalhos futuros voltados à realização de ações educativas com os profissionais da ESF, que abordem a importância da observação global do desenvolvimento infantil, incluindo o desenvolvimento da linguagem, a importância da detecção, encaminhamento e tratamento precoces e as repercussões na vida futura da criança com o desenvolvimento da linguagem comprometido.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALVES, C. R. L.; LASMAR, L. M. d. L. B. F.; GOULART, L. M. H. F.; ALVIM, C. G.; MACIEL, G. V. R.; VIANA, M. R. d. A.; COLOSIMO, E. A.; CARMO, G. A. A. d.; COSTA, J. G. D. d.; MAGALHÃES, M. E. N.; MENDONÇA, M. L. d.; BEIRÃO, M. M. d. V.; MOULIN, Z. S. **Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados**. Cad. Saúde Pública, 25 (3), 583-595, 2009.

ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da criança e adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF/NESCON/FM/UFMG). Belo Horizonte: Coopmed: 111 p., 2008

ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S.; SANTOS, L. C. d. **Atenção à Saúde da criança: aspectos básico**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG: 145 p., 2013

ARAÚJO, M. O. d.; ENDERS, B. C. **A mãe nas ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Revista Baiana de Enfermagem, 19-20 (1/2/3), 93-103, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 288 p., 2011.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 516 p., 2002.

BEE, H.; BOYD, D. **A criança em desenvolvimento**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, p., 2011.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. Jornal de Pediatria, 79, S13-S22, 2003.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010: contagem populacional**. 2010a. p. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 10/Ago/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencia**. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. 36 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 09/Out/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 38 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf>>. Acesso em: 09/Out/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 80 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 09/Out/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 09/Out/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 09/Out/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 100 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 09/Out/2013.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde do Recife. **Plano Municipal de saúde de Recife 2010/2013**. Recife: 2010b. 99 p. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/5916.pdf>>. Acesso em: 22/Jul/2013.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Sub-Secretaria de Promoção Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Superintendência de Atenção Primária, Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais (BR). **Linha de cuidado da atenção integral à saúde da criança**. Rio de Janeiro: 2010. 90 p. Disponível em: <<http://www.enfp.fiocruz.br/portal-enfp/judicializacao/pdfs/485.pdf>>. Acesso em: 10/Out/2013.

CAMARGO, B. V. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. João Pessoa: Editora Universitária, 511-539, 2005

CAMPOS, R. M. C.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V. d.; SAPAROLLI, E. C. L. **Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, **45**, 566-574, 2011.

CASTRO, I. R. R. d. Vigilância alimentar e nutricional: limitações e interfaces com a rede de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: 108 p., 1995

EARLS, M. F.; HAY, S. S. Setting the Stage for Success: Implementation of Developmental and Behavioral Screening and Surveillance in Primary Care Practice - The North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project. Pediatrics, **118** (1), e-183-188, 2006.

ESTADOS UNIDOS. National Scientific Council on the Developing Child. **The Timing and Quality of Early Experiences Combine to Shape Brain Architecture: Working Paper No. 5.**: 2007. 12 p. Disponível em:
<http://developingchild.harvard.edu/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp5/>. Acesso em.

FELICIANO, K. V. d. O.; KOVACS, M. H.; COSTA, I. E. R. d.; OLIVEIRA, M. d. G.; ARAÚJO, A. M. S. **Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família**. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., **8** (1), 45-53, 2008.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. d. **A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, **11**, 544-551, 2003.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 196 p., 2009.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. d. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. Revista Latino-Americana de Enfermagem, **13**, 1011-1018, 2005.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. d. **Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros**. Revista Brasileira de Enfermagem, **63**, 608-615, 2010.

GOULART, B. N. G. d.; CHIARI, B. M. Comunicação humana e saúde da criança: reflexão sobre promoção da saúde na infância e prevenção de distúrbios fonoaudiológicos. Revista CEFAC, **14**, 691-696, 2012.

KOSTELNIK, M. J.; GREGORY, K. M.; SODERMAN, A. K.; WHIREN, A. P. **Guia de aprendizagem e desenvolvimento social da criança**. São Paulo: CENGAGE Learning, 511 p., 2012.

- LEITE, R. d. C. D. **O olhar pediátrico no diagnóstico das alterações específicas do desenvolvimento da linguagem**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde, 94 p. Belo Horizonte, UFMG. 2008.
- LUNG, F.-W.; CHIANG, T.-L.; LIN, S.-J.; LEE, M.-C.; SHU, B.-C. **Child developmental screening instrument from six to thirty-six months in Taiwan Birth Cohort Study**. Early Human Development, **86** (1), 17-21, 2010.
- MAXIMINO, L. P.; FERREIRA, M. V.; OLIVEIRA, D. T.; LAMÔNICA, D. A. C.; FENIMAN, M. R.; SPINARDI, A. C. P.; LOPES-HERRERA, S. A. **Conhecimentos, atitudes e práticas dos médicos pediatras quanto ao desenvolvimento da comunicação oral**. Revista CEFAC, **11**, 267-273, 2009.
- MINAYO, M. C. d. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, p., 2004.
- OLIVEIRA, D. C. d.; SÁ, C. P. d.; GOMES, A. M. T.; RAMOS, R. d. S.; PEREIRA, N. A.; SANTOS, W. C. R. d. **A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais**. Cadernos de Saúde Pública, **24**, 197-206, 2008.
- PALANGANA, I. C. Desenvolvimento e aprendizagem em Piaget e Vygotsky a relevância do social. 3. ed. São Paulo: SUMMUS, p., 2001.
- SAND, N.; SILVERSTEIN, M.; GLASCOE, F. P.; GUPTA, V. B.; TONNIGES, T. P.; O'CONNOR, K. G. **Pediatricians' reported practices regarding developmental screening: Do guidelines work? Do they help?** Pediatrics, **116** (1), 174-179, 2005.
- SANTOS, M. E. A.; QUINTÃO, N. T.; ALMEIDA, R. X. d. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Escola Anna Nery, **14**, 591-598, 2010.
- SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. Acta Paulista de Enfermagem, **20**, 55-61, 2007.
- SCHIRMER, C. R.; FONTOURA, D. R.; NUNES, M. L. **Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem**. Jornal de Pediatria, **80**, 95-103, 2004.
- SCHONWALD, A.; HUNTINGTON, N.; CHAN, E.; RISKO, W.; BRIDGEMOHAN, C. Routine Developmental Screening Implemented in Urban Primary Care Settings: More Evidence of Feasibility and Effectiveness. Pediatrics, **123** (2), 660-668, 2009.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. M. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 288 p., 2008.

TURATO, E. R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. 5. ed. Petrópolis: Vozes, p., 2011.

VIEIRA, G. O.; VIEIRA, T. d. O.; COSTA, M. C. O.; SANTANA NETTO, P. V.; CABRAL, V. A. **Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, **5**, 177-184, 2005.

VIEIRA, V. C. d. L.; FERNANDES, C. A.; DEMITTO, M. d. O.; BERCINI, L. O.; SCOCHI, M. J.; MARCON, S. S. **Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro.** Cogitare Enfermagem, **17** (1), 119-125, 2012.

VITTO, M. M. P. d.; FERES, M. C. L. C. **Distúrbios da comunicação oral em crianças.** Medicina, **38** (3/4), 229-234, 2005.

ZORZI, J. L. A Intervenção Fonoaudiológica nas Alterações da Linguagem Infantil. 2. ed. São Paulo: Revinter, 154 p., 2002.

ZORZI, J. L. Aspectos básicos para compreensão, diagnóstico e prevenção dos distúrbios de linguagem na infância. Revista CEFAC, **2** (1), 11-15, 2000.

ZORZI, J. L. Falando e escrevendo: desenvolvimento e distúrbios da linguagem oral e escrita. Curitiba: Editora Melo, 192 p., 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Nº CAAE:

Cara(o) enfermeira(o), convido você para participar, como voluntária(o), da pesquisa intitulada: **O olhar do enfermeiro para o desenvolvimento da linguagem nas consultas de puericultura**, que está sob responsabilidade da pesquisadora Luiziane Souza Vasconcelos de Lima, cujo email é luiziane.lima@gmail.com, instituição a que pertence a pesquisadora de Pós-graduação em Saúde da criança e adolescente – UFPE. Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária, Recife-PE. Telefones para contato: (81) 2126-8514/9610-3520. Ela está sob orientação da Prof^a. Bianca Arruda Manchester de Queiroga.

Após ser esclarecida (o) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. No caso de recusa, o (a) Sr.(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

A pesquisa será realizada com enfermeiros que atuem na Estratégia de Saúde da Família do DS IV da cidade do Recife e tem como objetivo desvelar a percepção de enfermeiros que realizam a consulta de puericultura sobre a importância da observação do desenvolvimento da linguagem. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados, divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em você que trabalha.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial; quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista semi-estruturada. A entrevista será gravada em gravador digital para posterior transcrição – que será guardada por cinco (05) anos, sob domínio da pesquisadora em seu computador pessoal. A Sr^a(Sr.) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Poderá haver um risco de constrangimento por ser entrevistado em seu local de trabalho e por falar sobre sua vivência profissional, além do fato de responder as

perguntas com uso de um gravador de voz e poderá haver risco de quebra de sigilo em relação aos prontuários. No que diz respeito aos benefícios esperados (da pesquisa e individuais), haverá possibilidade de uma reflexão sobre a importância da observação do desenvolvimento da linguagem na consulta de puericultura, bem como haverá benefícios quando for distribuído um material educativo, elaborado pela pesquisadora, para auxiliar na consulta de puericultura, no que diz respeito ao desenvolvimento da linguagem, e quando for realizado um momento educativo ministrado pela pesquisadora e orientadora, contemplando o tema do estudo. Quanto aos benefícios sociais, por meio desta pesquisa, será possível realizar um diagnóstico da situação sobre a observação do desenvolvimento da linguagem, promovendo uma reflexão sobre o tema e melhorando a qualidade da consulta de puericultura. A Sr^a(Sr.) receberá uma cópia deste termo onde constam os dados do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE, no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81)2126-8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

Luiziane Souza Vasconcelos de Lima

(Pesquisadora Responsável)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, RG/ CPF/ _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **O olhar do enfermeiro para o desenvolvimento da linguagem nas consultas de puericultura**, como voluntária (o). Fui devidamente informada(o) e esclarecida(o) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Recife, de de 2013.

Nome e Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunha(1)

Testemunha(2)

APÊNDICE B – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

– CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:

- | | |
|--|---|
| <p>1) IDADE:</p> <p>2) SEXO:</p> <p>3) FORMAÇÃO:</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Graduação. Onde?</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Especialização. Qual? _____</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Mestrado</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Doutorado</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Pós-doutorado</p> <p>4) ANO DE CONCLUSÃO DA/DO:</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Graduação _____</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Especialização _____</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Mestrado _____</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Doutorado _____</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Pós-doutorado _____</p> <p>5) HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NA ESF?</p> <p>6) É SEU ÚNICO EMPREGO?</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ sim</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ não</p> | <p>7) SEMPRE TRABALHOU NA ESF OU JÁ ATUOU/ATUA EM OUTRAS ÁREAS:</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Sempre trabalhou na ESF</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Atua em outras áreas. Quais?</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Já atuou em outras áreas. Quai?</p> <p>8) PARA APRIMORAMENTO DE SEU TRABALHO NA ESF TEM FREQUENTADO NOS ÚLTIMOS 12MESES:</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Palestras</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Cursos de capacitação</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Congressos</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Outros meios de aprimoramento. Quais? _____</p> <p>9) PARA APRIMORAMENTO DE SEU TRABALHO NA PUERICULTURA TEM FREQUENTADO NOS ÚLTIMOS 12MESES:</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Palestras</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Cursos de capacitação</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Congressos</p> <p style="padding-left: 20px;">☐ Outros meios de aprimoramento. Quais? _____</p> |
|--|---|

– QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Que aspectos são abordados na consulta de puericultura?
2. Como você observa o desenvolvimento infantil?
3. Para você qual a importância da observação do desenvolvimento da linguagem na consulta de puericultura?

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DO PRONTUÁRIO

Tabela 1 – Roteiro para observação do prontuário

Idade	Marco do desenvolvimento esperado	Registro no prontuário
1 a 3 meses	Olhar para pessoa que a observa	
1 a 3 meses	Demonstrar prazer (sorrir) e desconforto (resmungar ou chorar)	
2 a 5 meses	Emitir sons – balbucios	
4 a 9 meses	Virar a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro	
6 a 12 meses	Imitar pequenos gestos ou brincadeira	
9 a 15 meses	Empregar pelo menos uma palavra com sentido	
13 a 24 meses	Combinar 2 ou mais palavras	
21 meses a 3 anos	Dizer o próprio nome e nomear objetos como sendo seu	
21 meses a 4 anos	Usar frases	
2 a 5 anos	Imitar pessoas da vida cotidiana	
3 a 6 anos	Capacidade de expressar preferências e ideias próprias	

Fonte: Baseado na Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento do MS (BRASIL, 2002).

Roteiro da consulta:

ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

Ficha de acompanhamento do desenvolvimento																
Registro:		Nome:														
Data de nascimento _/_/	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (<i>Reflexo de Moro</i>)															
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada															
	Olha para a pessoa que a observa															
	Dá mostras de prazer e desconforto															
	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual															
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente															
	Arrulha e sorri espontaneamente															
	Começa a diferenciar dia/noite															
	Postura: passa da posição lateral para linha média															
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço															
	Emite sons - Balbucia															
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva															
	Rola da posição supina para prona															
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo															
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro															
	Reconhece quando se dirigem a ela															
	Senta-se sem apoio															
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra															
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos															
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras															
	Arrasta-se ou engatinha															
	Pega objetos usando o polegar e o indicador															
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido															
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)															
Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)		Idade (meses)														
		10	11	13	14	15	18	21	2	3	4	5	6			
	Anda sozinha, raramente cai															
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário															
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras															
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista															
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão															
	Corre e/ou sobe degraus baixos															
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente															
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu															
	Veste-se com auxílio															
	Fica sobre um pé, momentaneamente															
	Usa frases															
	Começa o controle esfinteriano															
	Reconhece mais de duas cores															
	Pula sobre um pé só															
	Brinca com outras crianças															
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)															
	Veste-se sozinha															
	Pula alternadamente com um e outro pé															
	Alterna momentos cooperativos com agressivos															
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias															

☐ Período em que 90% das crianças adquirem o marco
☐ Presentes até o 4º mês

P = presente; A = ausente; NV = não verificado
 Elaborado por Brant, J. A. C.; Jerusalinsky, A. N. e Zannon, C. M.L.C.

ANEXO B – INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO

INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO	
Registre na escala: P = marco presente A=marco ausente NV=marco não verificado	
Marcos do desenvolvimento	Como pesquisar
Postura: barriga para cima, pernas e braços flexidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.
Observe um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança e observe se ela olha para você, de forma evidente.
Reage ao som	Bata palma ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.
Eleve a cabeça	Posicione a criança de bruço e observe se ela levanta a cabeça, levantando (atitando) o queixo da superfície, sem virar-se para um dos lados.
Sorriso social quando estimulada	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.
Abre as mãos	Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente.
Emita sons	Observe se a criança emite algum som que não seja choro. Caso não seja observado, pergunte ao acompanhante se ela faz em casa.
Movimenta ativamente os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.
Resposta ativa ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ela. Observe se ela responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse "conversando" com você. Pode pedir que a mãe/cuidador o faça.
Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.
Emita sons	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (guia, aaaa, etc.).
De bruço levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços	Coloque a criança de bruço, numa superfície firme. Chame sua atenção à frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.
Busca ativa de objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.
Leva objetos à boca	Coloque um objeto na mão da criança e observe se ela leva-o à boca.
Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocalho, etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto.
Muda de posição ativamente (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a a virar para a posição de bruço.
Brinca de esconde-a-chou	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás de outra pessoa.
Transfere objetos de uma mão para outra	Ofereça um objeto para a criança segurar. Observe se ela transfere-o de uma mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para outra mão.
Duplica sílabas	Observe se a criança fala "papa", "dada", "mama". Se não o fizer pergunte à mãe/cuidador se ela o faz em casa.
Senta-se sem apoio	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para ela segurar e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.
Imita gestos	Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça à mãe/cuidador para estimulá-la.
Faz pinça	Coloque próximo à criança uma jujuba ou uma bolinha de papel. Chame atenção da criança para que ela a pegue. Observe se ao pegá-la ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.
Produz "jargão"	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe/cuidador (jargão). Caso não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa.
Anda com apoio	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.

* Créditos: Adaptação da tabela contida no Manual de Crescimento do Ministério da Saúde/2002 por Amira Figueras, Ricardo

Nota: as áreas amarelas indicam as faixas de idade em que é esperado que a criança desenvolva as habilidades testadas.

[illegible]

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
--	---	---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O olhar do enfermeiro para o desenvolvimento da linguagem nas consultas de puericultura

Pesquisador: Luiziane Souza Vasconcelos de Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11106112.6.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa:

Data do Envio: 03/02/2014

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 520.335

Data da Relatoria: 10/02/2014

Apresentação da Notificação:

A notificação foi apresentada para avaliação do relatório final da pesquisa

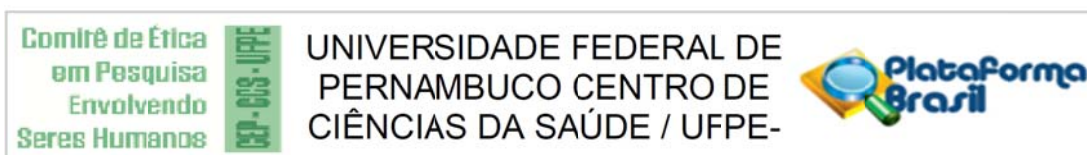
Objetivo da Notificação:

O pesquisador solicita a aprovação do relatório final da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador indicou a utilização do TCLE e informando os Riscos e Benefícios.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS			
Bairro: Cidade Universitária		CEP: 50.740-600	
UF: PE	Município: RECIFE		
Telefone: (81)2126-8588	Fax: (81)2126-8588	E-mail: cepccs@ufpe.br	



Continuação do Parecer: 520.335

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A notificação foi apresentada com o relatório final e o mesmo está adequado, com a indicação dos resultados e conclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram considerados adequados

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer da notificação do relatório final da pesquisa, tendo o mesmo sido avaliado e o protocolo aprovado de forma definitiva.

RECIFE, 04 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

ANEXO D – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO “CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA/REPORTS IN PUBLIC HEALTH (CSP)”

Instruções para Autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

- 1.1 - Revisão:** revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 - Artigos:** resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 - Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 - Debate:** artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.5 - Fórum:** seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;
- 1.6 - Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras);
- 1.7 - Questões Metodológicas:** artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para essa seção obedecendo preferencialmente às regras de **Comunicação Breve** (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.8 - Resenhas:** resenha em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

- 2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);**
- 1.9 - Cartas:** crítica a artigo publicado submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de

um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- o Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- o ClinicalTrials.gov
- o International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- o Netherlands Trial Register (NTR)
- o UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- o WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou

análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (*Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em:

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.