

Conhecimento familiar no cuidado do lactente para crescimento e desenvolvimento saudáveis

Familiar knowledge relative to infant care for healthy development and growth

Manoel Cristiano Barbosa de Sousa¹, Maria Rita Rodrigues Vieira², Patrícia do Vale Arias, Larissa Karla da Silva³, Alexandre Lins Werneck⁴.

¹ Acadêmico de Graduação em Enfermagem, Curso de Graduação em Enfermagem, FAMERP

² Docente do Departamento de Enfermagem Especializada, Disciplina Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente, da FAMERP.

³ Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem, FAMERP

⁴ Doutor e Pós-Doutorando no Programa de Pós-Graduação Strictu sensu da FAMERP.

Resumo **Introdução:** A instituição familiar representa, desde o nascimento, a base primordial para construção dos valores, noções de cuidado e higiene e da responsabilidade de formar o indivíduo pertencente ao mundo coletivo. **Objetivo:** Verificar o conhecimento familiar em relação ao cuidado do lactente com o objetivo de proporcionar crescimento e desenvolvimento saudáveis. **Casuística e Métodos:** Estudo analítico, descritivo e prospectivo com abordagem quantitativa. Desenvolvido com 94 familiares acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde, vinculadas como campos de ensino prático da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Os dados foram coletados por meio de um instrumento elaborado pelo pesquisador, contendo questionamentos referentes aos cuidados realizados pela família aos filhos nessa faixa etária. As respostas foram agrupadas em categorias semelhantes, tratadas em função de índices absolutos e percentuais e apresentadas na forma descritiva ou em tabelas. **Resultados:** Dos 94 familiares analisados, 44% (n=41) possuem média de idade de 29 anos e três meses (DP \pm sete anos e seis meses 7,5); 48% (n=45) são católicos; 46% (n=43) têm ensino médio completo; 73% (n=69) são casados; 52% (n=49) não exercem atividade remunerada; 47% (n=44) têm renda familiar de três ou mais salários mínimos; 61% (n=57) têm quatro ou mais coabitantes; 52% (n=49) moram em residência alugada. A maioria dos familiares tinha conhecimento do peso e altura ao nascer, porém, destaca-se a alta taxa de partos cesáreos e o desconhecimento de ações básicas necessárias para um crescimento e desenvolvimento saudáveis como higiene bucal, prevenção de acidentes domésticos e higiene das mãos, justificados pela baixa adesão aos grupos de orientações na unidade básica de saúde. **Conclusão:** O presente trabalho possibilitou identificar as maiores dificuldades dos familiares para o cuidado com o lactente. Devem-se priorizar ações educativas e incentivar a participação das gestantes nos grupos de orientação, desde o momento da concepção até o puerpério, visando maior esclarecimento e segurança em vivenciar este processo.

Descritores Conhecimento Familiar; Cuidado do Lactente; Crescimento e Desenvolvimento.

Abstract **Introduction:** From birth, the family institution represents the primary basis for the development of values, concepts of care and hygiene, as well as the responsibility of moulding the individual to the collective world he/she belongs. **Objective:** The aim of the present study was to verify the family knowledge regarding the care of infants aiming at providing healthy growth and development. **Patients and Methods:** We carried out an analytical prospective descriptive study with a quantitative approach. The study included 94 family members followed-up at the Basic Health Units, which are entailed as fields of practical teaching of the Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Data were collected using an instrument designed by the researcher with questions regarding the care provided by the family to the children in this age group. The answers were grouped into similar categories and treated according to absolute indexes and percentages. They were presented in a descriptive form or in tables. **Results:** Of the 94 families analyzed, 44% (n = 41) have a mean age of 29 years and 3 months (standard deviation: 7,5), 48% (n = 45) are Catholic, 46% (n = 43) have completed high school, 73% (n = 69) are married, 52% (n = 49) are unemployed, 47% (n = 44) had a family

income of three minimum wages or more, 61% (n = 57) live with four or more cohabitants, 52% (n = 49) live in rented houses. Most of the family members were aware of their children's weight and height at birth. However, we highlight the high rate of cesarean sections and the family members' unfamiliarity with the basic actions necessary to promote a healthy growth and development, such as oral hygiene, prevention of home accidents, and hand hygiene. This lack of knowledge is justified due to the low compliance/adherence of family members to counseling and guidance groups at the basic health unit. **Conclusion:** The present study allowed us to identify the major difficulties of family members to care for the infant. Educational activities must be prioritized. We should encourage women's participation in counseling and guidance groups, from the moment of conception to the postpartum period, seeking further clarification and safety experience in this process.

Descriptors Family Knowledge; Infant Care; Growth and Development.

Introdução

A instituição familiar representa, desde o nascimento, a base primordial para construção dos valores, noções de cuidados e higiene e da responsabilidade de formar o indivíduo pertencente ao mundo coletivo. O primeiro vínculo a ser criado é com a mãe, o que proporciona segurança, permitindo afetividade e sustentação para os primeiros passos rumo à vida independente ⁽¹⁾.

É por meio do cuidado materno que tais valores são repassados e o caráter do indivíduo tem sua formação iniciada. O puerpério, período de 45 dias após o nascimento do bebê, é caracterizado por transformações físicas e psíquicas, em que a mãe adentra um mundo repleto de mitos e crenças passados de geração em geração, e que, se não avaliado por um profissional competente, traz prejuízos para a saúde e desenvolvimento do recém-nascido. Reconhecer e saber interpretar corretamente os sinais que o recém-nascido emite é imprescindível para a sua saúde e bem-estar. A Enfermagem, como a ciência responsável pelo cuidar, tem papel fundamental na orientação às mães ou cuidadores, de forma a garantir uma maior segurança e estabelecer vínculo para que a assistência seja eficiente e eficaz ⁽²⁾.

O bebê é classificado como recém-nascido (RN) nos primeiros 28 dias de vida. Logo ao nascer, o bebê necessita fazer adaptações para sobreviver, pois quando estava no útero da mãe suas necessidades eram atendidas automaticamente. Assim que nasce, passa a depender de seus próprios meios para satisfazer suas necessidades básicas como, por exemplo, alimentação, excreção, oxigenação e circulação ⁽²⁾.

As políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) para a saúde da criança consistem no aumento da cobertura vacinal, introdução de novas vacinas, terapia de reidratação oral, aumento da cobertura do pré-natal, aumento da adesão ao aleitamento materno, melhoria do padrão nutricional da população infantil e implantação da estratégia de saúde da família, fatores indispensáveis para a redução da taxa de mortalidade infantil e, conseqüente, da promoção da saúde no âmbito familiar, contribuindo para o desenvolvimento biopsicossocial da criança ⁽³⁻⁴⁾. O Ministério da Saúde (MS) determina como norma, o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, complementado com outros alimentos a partir dessa idade e mantido até o segundo ano de vida ou mais ⁽³⁾.

Um estudo realizado com 60 puérperas entrevistadas, em uma maternidade no Rio de Janeiro, relata que 58% foram orientadas quanto à prática da amamentação e 42% sentiram dificuldade

para amamentar. As mães que não receberam orientação sentiram insegurança e falta de confiança para amamentar, identificando descompromisso e desinteresse por parte dos profissionais de saúde ⁽⁵⁾. Em Florianópolis, ao entrevistar 18 indivíduos pertencentes à equipe de saúde, dentre eles médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, em uma UBSF no ano de 2010, verificou-se que cada vez mais as mães chegam à unidade sem ter realizado procedimentos básicos relacionados à saúde e ao desenvolvimento do recém-nascido, mostrando o despreparo e a falta de orientações durante a gestação ⁽⁶⁾. Em São Paulo, no ano de 2006, uma pesquisa realizada com 60 puérperas primíparas, no Ambulatório do Hospital Maternidade Interlagos, identificou as dificuldades em cuidar do recém-nascido no domicílio, apresentando como maior dificuldade a amamentação relacionado ao ingurgitamento mamário, a pega correta e em acordar o lactente durante o sono para amamentar ⁽⁷⁾.

A Estratégia Mundial para Alimentação do Lactante e da Criança Pequena, assinada pelos países-membros da Organização Mundial de Saúde (2002), pede que todos os governos desenvolvam e implantem uma ampla política sobre alimentação do lactante e da criança pequena. Estes serviços devem ser estendidos às comunidades por meio de treinamento de assistentes. Os governos devem rever os progressos obtidos com a implantação, a nível nacional, do Código Internacional do Mercado de Substitutos do Leite Materno e considerar a necessidade de novas leis e medidas adicionais destinadas a proteger as famílias da influência da propaganda desses produtos. Os governos devem adotar leis que protejam os direitos das mulheres trabalhadoras de amamentar e estabelecer meios para que este direito seja reforçado ⁽⁴⁾.

O Ministério da Saúde, por meio da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, lançou em 2004, as linhas de cuidado como forma de reduzir a mortalidade infantil e promover a saúde, constituindo na promoção do nascimento saudável com atenção humanizada e qualificada desde o pré-natal; acompanhamento do recém-nascido de risco; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; imunizações; promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável; atenção aos distúrbios nutricionais e às anemias carenciais; abordagem das doenças respiratórias e infecciosas; manejo adequado das doenças diarreicas e da desidratação; atenção à saúde bucal; atenção à

saúde mental; prevenção de acidentes, de maus tratos/violência e trabalho infantil; atenção à criança portadora de deficiência (4).

O objetivo do presente estudo é verificar o conhecimento familiar sobre o cuidado do lactente para proporcionar um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Casuística e Métodos

A partir do projeto-mãe realizou-se um estudo analítico, descritivo e prospectivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados após parecer favorável, n. 34908, do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – SP, conforme Resolução 196/96 do CNS. Os

participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa foi desenvolvida com 94 familiares que se encontravam nas Unidades Básicas de Saúde, vinculadas como campo de ensino prático da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). As unidades de saúde são compostas pelo Centro de Saúde Escola Parque Estoril, UBS São Francisco, UBSF CAIC, UBSF Engenheiro Schmitt, UBSF Vila Toninho e UBSF Cidade Jardim, de São José do Rio Preto. São 25 unidades básicas de saúde, das quais seis estão incluídas nos distritos III e IV, considerados distritos-escolas, pela parceria com a instituição de ensino superior. O trabalho foi realizado no período de março de 2012 a junho de 2013 e a coleta

Tabela 1- Caracterização dos sujeitos segundo idade, religião, escolaridade, estado civil, atividade remunerada, renda familiar, coabitantes, colaboradores na renda e moradia. UBS e UBSF dos Distritos III e IV de São José do Rio Preto, 2013

Variáveis	n (%)
Idade	
14-25	35 (37)
26-35	41 (44)
36-50	18 (19)
Religião	
Católica	45 (48)
Evangélico	37 (39)
Adventista	2 (2)
Testemunha de Jeová	2 (2)
Espírita	4 (4)
Não possui	4 (4)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	36 (38)
Ensino Médio	43 (46)
Ensino Superior	15 (16)
Estado Civil	
Solteiro	6 (6)
Casado	69 (73)
União Consensual	17 (18)
Viúvo	2 (2)
Atividade remunerada	
Sim	45 (48)
Não	49 (52)
Renda Familiar	
Até 1 SM	15 (16)
1 a 2 SM	35 (37)
3 ou mais SM	44 (47)
Coabitantes	
2	2 (2)
3	35 (37)
4 ou mais	57 (61)
Colaboradores na renda	
1	37 (39)
2	50 (53)
3	7 (7)
Moradia	
Própria	38 (40)
Alugada	49 (52)
Emprestada	7 (7)
Total	94 (100)

dos dados de agosto de 2012 a janeiro de 2013.

Fizeram parte 94 sujeitos responsáveis pelo cuidado domiciliar do lactente que se encontravam nas Unidades de Saúde em estudo, aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os sujeitos eram familiares que cuidavam do lactente. Os sujeitos com mais de um filho nessa idade preencheram dois formulários. Assim, a amostra foi composta por 98 formulários. Amostra foi constituída por mães, pais e avós.

Os dados foram coletados por meio de um instrumento, elaborado e aplicado pelo próprio pesquisador, contendo questionamentos referentes aos cuidados realizados pela família às crianças nessa faixa etária. As entrevistas foram realizadas individualmente na sala de espera da unidade. Ao término da entrevista houve a confirmação das respostas pelo sujeito, não sendo necessária visita domiciliar.

Os dados obtidos foram agrupados e relacionados segundo os objetivos deste estudo, isto é, em relação ao cuidado familiar

do lactente. Assim, as respostas estão agrupadas em categorias semelhantes, tratadas em função de índices absolutos e percentuais e apresentadas na forma de tabelas e, para aquelas que não se adequaram a tal forma de apresentação, usamos a forma descritiva.

Resultados

Em relação ao perfil sociodemográfico dos sujeitos, 44% (n=41) dos sujeitos possuem idade entre 26 e 35 anos (média de 29 anos e três meses, DP \pm 7,5); 48% (n=45) são católicos; 46% (n=43) têm ensino médio completo; 73% (n=69) são casados; 52% (n=49) não exercem atividade remunerada, ficando sob responsabilidade dos pais; 47% (n=44) têm renda familiar de três ou mais salários mínimos; 53% (n=50) possuem duas pessoas que colaboram na renda; 61% (n=57) convivem com quatro ou mais coabitantes; 52% (n=49) moram em residência alugada (Tabela 1).

Tabela 2. Conhecimento familiar em relação à idade, sexo, peso ao nascer, peso atual, estatura ao nascer e altura atual dos lactentes. UBS e UBSF dos Distritos III e IV de São José do Rio Preto. 2013

Variáveis	n (%)
Idade	
< 1 mês	6 (6)
1 à 6	32 (33)
7 à 12	26 (27)
13 à 18	12 (12)
19 à 24	22 (22)
Sexo	
Masculino	54 (55)
Feminino	44 (45)
Peso ao nascer (gramas)	
< 2.500 g	13(13)
2.501 – 3.600 g	65(66)
3.601 – 4.600 g	19(19)
Não sabe	1(2)
Peso atual (Kg)	
2-6 Kg	32(33)
7-11 Kg	41(42)
12-16 Kg	18(18)
17-21 Kg	2(2)
Não sabe	5(5)
Estatura ao nascer	
31-41cm	4(4)
42-56 cm	86(88)
Não sabe	8(8)
Altura atual	
46-66 cm	36(38)
67-87 cm	25(25)
88-100 cm	12(12)
Não sabe	25(25)
Total	98 (100)

Em relação ao conhecimento familiar sobre as características dos lactentes, nota-se que a idade prevalente foi entre um e seis meses (33%; n=32); 55% (n=54) eram homens e 45% (n=44) mulheres. A maioria dos sujeitos tinha conhecimento do peso de nascimento dos filhos (98%; n=97) e o peso atual (95%; n=93); a maioria 8% (n=8) não sabia o comprimento ao nascer e

25% (n=25) não sabiam a altura atual (Tabela 2). Quanto à gestação, 99% (n=97) realizaram o pré-natal; 53% (n=50) participaram do grupo de gestantes; 17% (n=16) participaram do grupo de aleitamento materno; 79% (n=74) realizaram cesárea; 73% (n=69) dos lactentes nasceram a termo (Tabela 3).

Tabela 3. Conhecimento familiar sobre gestação, segundo realização de pré-natal, participação no grupo de gestante, participação no grupo de aleitamento materno, tipo de parto, gestação a termo. UBS e UBSF dos Distritos III e IV de São José do Rio Preto, 2013.

Variáveis	n (%)
Pré-Natal	
Sim	93 (99)
Não	1 (1)
Participou do Grupo de Gestantes	
Sim	50(53)
Não	44(47)
Participou do Grupo de Aleitamento Materno	
Sim	16 (17)
Não	78 (83)
Tipo de parto	
Normal	20(21)
Cesárea	74(79)
Gestação a termo	
Sim	69(73)
Não	25(27)
Total	94(100)

Quanto ao conhecimento familiar sobre hábitos alimentares dos lactentes, 64% (n=63) recebem aleitamento materno exclusivo e

61% recebem leite materno em livre demanda (Tabela 4). Em relação à higiene do lactente, 58% (n=57) tomam banho três

Tabela 4. Conhecimento familiar em relação aos cuidados com alimentação e frequência das refeições. UBS e UBSF dos Distritos III e IV de São José do Rio Preto, 2013.

Variáveis	n (%)
Aleitamento Materno	
Sim	35 (36)
Não	63 (64)
Alimentação complementar	
Sim	13(13)
Não	85(87)
Leite (animal/artificial)+Verdura+Legumes+Frutas	
Sim	50(51)
Não	48(49)
Frequência das refeições	
Livre demanda	60(61)
2 em 2 horas	9(9)
3 em 3 horas	22(22)
4 em 4 horas	7(8)
Total	98(100)

vezes ao dia; porém, apenas 21% (n=21) realizam higiene bucal três vezes ao dia ou mais e 36% (n=35) não realizam; 71% (n=70) realiza troca de fralda sempre que apresenta urina ou fezes; 75%

(n=73) realizam higiene das mãos sempre que entram em contato com o lactente, 17% (n=17) realizam no horário das refeições (Tabela 5).

Tabela 5. Cuidado familiar em relação à banho, higiene bucal, troca de fralda e lavagem das mãos. UBS e UBSF dos Distritos III e IV de São José do Rio Preto, 2013.

Variáveis	n (%)
Banho	
1x ao dia	9(9)
2x ao dia	32(33)
3x ao dia	57(58)
Higiene bucal	
1x ao dia	12(12)
2x ao dia	30(31)
3x ou mais	21(21)
Não realiza	35(36)
Troca de fralda	
Sempre que apresenta urina ou fezes	70(71)
1 a 3 vezes ao dia	5(6)
4 à 8 vezes ao dia	16(16)
Não usa fralda	7(7)
Lavagem das mãos	
Sempre que entra em contato com o lactente	73(75)
No horário das refeições	17(17)
Na hora do banho	5(6)
Total	98(100)

Quanto ao conhecimento familiar em relação à atualização do calendário vacinal e às medidas de prevenção de acidentes domésticos, 100% (n=98) apresentaram a carteira de vacina em

dia e apenas 58% (n=57) afirmaram possuir conhecimento sobre medidas de prevenção de acidentes domésticos (Tabela 6).

Tabela 6. Conhecimento familiar em relação ao calendário vacinal em dia e medidas de prevenção de acidentes domésticos. UBS e UBSF dos Distritos III e IV de São José do Rio Preto, 2013.

Variáveis	n (%)
Vacina em dia	
Sim	98(100)
Não	0(0)
Conhecimento sobre medidas de prevenção de acidentes domésticos	
Sim	57(58)
Não	41(42)
Total	98(100)

Discussão

O processo saúde-doença, caracterizado pela integralidade da qualidade de vida social juntamente com a economia, política, família e saneamento, interfere diretamente no cuidado prestado. Por se tratar de um fenômeno complexo, torna-se um desafio para os profissionais de saúde adentrar as realidades sociais e interferir, de maneira objetiva e positiva, na dinâmica familiar, a fim de gerenciar, de maneira indireta, visando à independência do indivíduo quanto à sua saúde⁽⁸⁾.

No presente estudo constatou-se o aumento de famílias numerosas e com condições econômicas básicas, uma vez que o planejamento familiar nas Unidades Básicas de Saúde da Família é deixado de lado. Tal fato interfere na rotina familiar e passa a ser um obstáculo para que o cuidado, visando um desenvolvimento e crescimento saudáveis, seja implantado. Segundo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o peso considerado adequado para o recém-nascido

é e” 2.500g. Neste estudo, 66% dos nascidos estavam no peso adequado. As altas taxas de não adesão ao grupo de gestante (47%) e de aleitamento materno (83%) é fator que apresenta dificuldade no processo de crescimento saudável, uma vez que as orientações quanto à frequência das alimentações e os alimentos necessários à saúde do bebê são realizados nesse momento. Outro fator é a não adesão às orientações, uma vez que mitos e rituais são passados de geração em geração. Tais ações exercem efeito placebo, porém, caso não interfira no processo saúde-doença do lactente, deve ser assegurado pelo profissional, como forma de integrar-se à cultura de sua comunidade, firmando maior vínculo e garantindo uma maior troca de experiências durante o desenvolvimento ⁽⁹⁾.

A alta taxa de cesarianas (79%) é reafirmada ao analisarmos o Painel de Monitoramento do Município de São José do Rio Preto, dos distritos III e IV, que apresentam taxas acima de 80%. ⁽¹⁰⁾ É sabido que o parto normal, além de estabelecer maior vínculo entre mãe e recém-nascido, auxilia de maneira efetiva na adaptação do feto à vida extrauterina. ⁽¹¹⁾ Durante o pré-natal, a escolha em relação ao tipo de parto da mulher sofre diversas influências, desde suas vivências anteriores até a compreensão familiar em relação ao processo da gravidez. Todos os profissionais de saúde, enquanto educadores e formadores de opinião, tornam-se responsáveis por conscientizar a população dos benefícios do parto normal e esclarecer a mãe em relação aos medos e mitos do procedimento ⁽¹²⁾.

Na população estudada, apenas 36% recebem aleitamento exclusivo e 13% alimentação complementar (leite materno com complemento). A maioria (51%) ingere leite animal ou artificial, além de verduras, frutas e legumes. Novamente, a baixa adesão aos grupos de gestante e de aleitamento materno dificulta maior adesão a essas práticas, uma vez que são desencorajadas pela cadeia de apoio (pai, avós). Deve-se orientar a mãe sobre a necessidade e a importância do leite materno para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, pois é por meio dele que serão transmitidos os primeiros anticorpos, o primeiro fortalecimento dos músculos da face, além de contribuir para o completo desenvolvimento do sistema digestório do recém-nascido ⁽⁹⁾.

Destaca-se também a alta taxa na não realização da higiene bucal (36%). Mesmo sem a dentição formada, o leite materno é meio para cultura de bactérias que prejudicarão a dentição. Tal problematização também é solucionada com a maior adesão aos grupos de orientações e à participação efetiva do Odontologista desde o nascimento, para que as ações transformem-se em rotina e garantam a saúde bucal da criança ⁽¹³⁾.

A lavagem incorreta das mãos ao entrar em contato com o lactente (23% afirmam lavar as mãos somente no horário das refeições e na hora do banho) também indica falhas no processo de orientação. Em função da fragilidade do sistema imunológico da criança, deve-se dobrar o cuidado com a transmissão cruzada de bactérias para o lactente ⁽¹⁴⁾. São ações básicas, mas que exercem uma enorme importância na adaptação do bebê no ambiente domiciliar.

A Portaria nº 597, de 8 de abril de 2004, torna obrigatório o calendário vacinal em dia para que sejam feitas matrículas em

escolas e creches da rede pública e privada⁽¹⁵⁾, o que proporciona uma cobertura próxima a 100% em todas as regiões do país. Aliado à amamentação, o calendário constitui ferramenta primordial para o lactente, permitindo que se adapte ao meio social, garantindo sua saúde e diminuindo os índices de mortalidade infantil.

Outro fato que é deixado de lado é quanto à prevenção de acidentes domésticos. A análise dos dados revela que 42% dos sujeitos não possuem conhecimento sobre medidas de prevenção, o que provoca uma falha no processo saúde-doença da criança. Deve-se ensinar diariamente aos cuidadores e aumentar o conhecimento da população em geral quanto aos cuidados que necessitam ter para que não proporcionem risco para o lactente e para o seu crescimento e desenvolvimento, uma vez que este está apenas iniciando a sua adaptação e ambientalização no domicílio. ⁽¹⁶⁾ Tal fato é reforçado a cada consulta no grupo de gestante, grupo de aleitamento e no acompanhamento da puericultura, garantindo à mãe segurança para vivenciar, da melhor maneira possível, as etapas do desenvolvimento de seu filho.

Conclusão

Com relação à população atendida pelo SUS, seja pela ESF ou não, é de responsabilidade do Enfermeiro assegurar o cuidado à criança e a segurança do familiar em vivenciar esse processo, uma vez que nesse momento ocorrem, simultaneamente, e de maneira rápida, mudanças com a mãe e com o bebê. Quanto às dificuldades ao acesso às orientações básicas de lavagem das mãos, importância da amamentação e vacinação, medidas de prevenção de acidentes domésticos, baixa adesão ao parto normal, baixa adesão à higiene bucal, identificou-se a não adesão aos grupos de orientação nas unidades de saúde. Faz-se necessário conscientizar a mãe e o familiar, desde o momento da concepção, sobre a responsabilidade pelo cuidado efetivo com o indivíduo, uma vez que a família torna-se a referência para o desenvolvimento sócio-cultural do indivíduo, além de sua personalidade, que também são fatores condicionantes para que ocorra um crescimento e desenvolvimento saudável.

O presente trabalho possibilitou identificar as maiores dificuldades familiar para o cuidado com o lactente, para que tenha um crescimento e desenvolvimento saudáveis, além de priorizar ações educativas, visando maior esclarecimento dos familiares.

Referências

1. Nistschke RG, Silva LWS, Teixeira MA. A prática da amamentação no cotidiano familiar – um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14(3), ISSN 2176-901X, São Paulo, junho 2011: 205-221
2. Marcon SS, Tomeleri KR. Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):272-80
3. Ministério da Saúde (BR), Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. AIDPI Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: curso de

capacitação: introdução: módulo 1. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003

4. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Melhorando a saúde das crianças: o enfoque integrado. Brasília, DF: OPAS/OMS; 2000

5. Barreto CA, Christoffei MM, Silva LR. Aleitamento materno: a visão das puérperas. Rev Eletr Enf [Internet] 2009; 11(3):605-11. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a18.htm>

6. Boehs AE, Gristti M, Ribeiro EM, Rumor PCF, Saccol AP. A Percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados das mães de crianças entre 0 a 6 anos usuárias da Estratégia de Saúde da Família. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [3]:1005-1021, 2011

7. Okasak ELFJ, Terra DLH. Compreensão de puérperas primíparas sobre os cuidados domiciliares com o recém-nascido. Rev Enferm UNISA 2006; 7,15-20

8. Freitas MLA, Mandu ENT. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. Acta Paul Enferm 2010;23(2):200-5.

9. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde / [Andressa Araújo Fagundes et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004

10. Painel de Monitoramento – Prefeitura de São José do Rio Preto. 17/07/2012

11. Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):479-86.

12. Conill EM, Cordova FP, Fertoni HP, Matos TA, Mazur CS, Pires D. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar socio antropológico na saúde suplementar brasileira. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10(2):191-197 abr/jun,2010.

13. Rocha AML, Nascimento RM, Pereira VAS. Saúde oral em bebês entre 0 e 6 meses de idade. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2004; 7(36):204-10.

14. Almeida MS, Moraes AC, Quirino MD. O cuidado da criança prematura no domicílio. Acta Paul Enferm 2009;22(1):24-30.

15. BRASIL. Portaria nº. 597 de 8 de abril de 2004 – Institui, em todo o território nacional, os calendários de vacinação. Brasília: BRASIL, 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-597.htm>

16. Acker JIBV, Cartana MHF. Construção da participação comunitária para a prevenção de acidentes domésticos infantis. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jan-fev; 62(1):64-70.

Pesquisa financiada pelo Programa de Iniciação Científica da FAMERP - BIC

Endereço para correspondência:

Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416, São José do Rio Preto – SP.
Email: manoelcbsouza@gmail.com
