

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**EDMAR ROCHA ALMEIDA**

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE PUERICULTURA PARA**  
**ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE**  
**TAIOBEIRAS/MG**

**ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS**  
**2013**

**EDMAR ROCHA ALMEIDA**

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE PUERICULTURA PARA  
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE  
TAIOBEIRAS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sirley Alves Silva Carvalho

**ARAÇUAÍ – MINAS GERAIS**

**2013**

**EDMAR ROCHA ALMEIDA**

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE PUERICULTURA PARA  
ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE  
TAIOBEIRAS/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Sirley Alves Silva Carvalho

Banca examinadora

Profa. Dra. Sirley Alves Silva Carvalho – Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, em 26/11/2013

### **Dedico este trabalho**

À Deus pela chance de viver.

À Cinara Botelho, esposa, amiga, e companheira da caminhada acadêmica.

Aos meus pais, Clemente e Elizete, que no jeito simples de viver me oportunizaram a descoberta de um novo mundo.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos Enfermeiros da Atenção Primária de Taiobeiras, pela oportunidade de construção coletiva do conhecimento aqui organizado.

À minha orientadora Profa. Dra. Sirley Alves Silva Carvalho, pela paciência e perseverança.

## RESUMO

Para a Atenção Primária à Saúde (APS) responder as demandas sanitárias atuais é necessário fundamentar seus processos de trabalho em protocolos clínicos baseados em evidências científicas a fim de cuidar das pessoas com custo-efetividade. Assim, o objetivo deste trabalho foi propor a elaboração de um protocolo de puericultura para os enfermeiros da APS de Taiobeiras, Minas Gerais, na tentativa de adensar as práticas clínicas com forte conteúdo teórico, necessário para melhoria do cuidado das crianças. Para tanto, realizou-se revisão narrativa da literatura ao longo de 12 encontros do Grupo de Aperfeiçoamento da Prática dos Enfermeiros da APS de Taiobeiras (GAPE/APS) com discussão e pactuação de rotinas clínicas para a consulta de enfermagem em puericultura. A partir deste substrato teórico construiu-se um conjunto de 12 quadros, um para cada mês de vida da criança, a fim de organizar uma rotina clínica. Os quadros possuem uma estrutura padrão, dividida em seis momentos da consulta: (1) acolher; (2) perguntar; (3) avaliar; (4) checar sinais gerais de perigo; (5) estratificar o risco; e (6) diagnosticar e conduzir. Considera-se que o protocolo construído é de simples operacionalização, mas, também de elevada densidade teórica podendo contribuir para a melhora da performance clínica dos enfermeiros na puericultura. Observa-se ainda que a metodologia empregada para construção do protocolo clínico e educação permanente é eficaz e potencialmente capaz de promover mudanças positivas nos processos de trabalho.

**Palavras-chave:** Cuidado da Criança. Saúde da Criança. Enfermagem Pediátrica. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

For Primary Health Care to answer the demands sanitary current is necessary to base their work processes in clinical protocols based on scientific evidence in order to care for people with cost-effectiveness. The objective of this study was to propose the development of a protocol for childcare nurses Primary Health Care of Taiobeiras, Minas Gerais, in an attempt to thicken clinical practices with a strong theoretical content needed to improve the care of children. Therefore, there was a narrative review of the literature over 12 meetings of the Group Practice Improvement of Nurses of Primary Health Care Taiobeiras (GAPE/APS) with discussion and agreement of clinical routines for nursing consultation in childcare. From this theoretical basis has built up a set of 12 frames, one for each month of the child's life in order to organize a clinical routine. The tables have a standard structure, divided into six times the query: (1) accept, (2) ask, (3) evaluate, (4) check general signs of danger, (5) stratify risk, and (6) to diagnose and lead. It is considered that the protocol is constructed of simple operation, but also high theoretical density may contribute to improved clinical performance of nurses in childcare. It is also observed that the methodology used to construct the clinical protocol and continuing education is effective and potentially able to promote positive changes in the work process.

**Keywords:** Child Care. Child Health. Pediatric Nursing. Primary Health Care

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAPP</b>	Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional
<b>CIPESC</b>	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>CVVRS</b>	Centro Viva Vida de Referência Secundária
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>GAPE/APS</b>	Grupo de Aperfeiçoamento da Prática dos Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Taiobeiras
<b>HSA</b>	Hospital Santo Antônio
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	9
2	OBJETIVO .....	12
3	METODOLOGIA .....	13
4	DESENVOLVIMENTO .....	16
4.1	Revisitando a literatura sobre a puericultura no contexto da atenção primária à saúde .....	16
4.2	Os momentos da consulta de puericultura de Enfermagem: proposta de sistematização .....	18
5	PROTOCOLO DE PUERICULTURA DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE TAIÓBEIRAS .....	26
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	61
	REFERÊNCIAS .....	62

## 1 INTRODUÇÃO

Pode-se dizer que investir na saúde das crianças é uma decisão sábia, pois além de evitar a dor e o sofrimento causados pelo adoecimento e morte de um ser humano em processo de desenvolvimento, cumpre deveres éticos e legais da sociedade. Limitar o acesso de crianças aos cuidados primários de saúde com qualidade significa comprometer, por vezes de modo irreversível, o desenvolvimento pleno de um membro da coletividade. Assim, uma sociedade deve investir recursos econômicos e cognitivos na proteção da saúde das crianças caso aspire um futuro melhor (UNICEF, 2007).

No Brasil, apesar dos avanços dos últimos anos, ainda convive-se com uma elevada mortalidade infantil distribuída de forma heterogênea nos estados e municípios. Em Minas Gerais, mesmo com um acentuado declínio dos números relativos às mortes infantis, ainda são necessários esforços para reduzi-los a patamares compatíveis com países desenvolvidos. Quando analisamos o mapa da mortalidade infantil é possível identificar duas principais causas: a primeira ligada a agravos da gestação que levam a nascimentos prematuros ou complicações no parto e, a segunda, por doenças infecciosas sensíveis ao tratamento ambulatorial. Na maioria dos episódios seria possível evitar as mortes com cuidados simples e oportunos (MINAS GERAIS, 2004).

É consenso internacional que muitas vidas de crianças podem ser mantidas caso seja assegurado acesso a serviços de saúde de base comunitária, com retaguarda especializada e hospitalar adequada. Assim, torna-se necessário organizar intervenções primárias de saúde na comunidade com foco nas necessidades das mulheres, mães e crianças (UNICEF, 2007)

Neste contexto, no Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), entendida como porta de entrada das pessoas no Sistema Único de Saúde (SUS), assume o papel de oferecer cuidados primários de qualidade às crianças com foco na promoção e prevenção. Para tanto, baseia-se em princípios como a longitudinalidade e integralidade da assistência, primeiro contato e coordenação do cuidado. A APS atua em uma área territorial definida e, dessa forma, possui condições de identificar

e acompanhar as crianças sob sua responsabilidade, de modo a manter constante vigilância dos fatores determinantes e condicionantes da saúde. Uma ferramenta destaque neste processo longitudinal de cuidado é a puericultura (DEL CIAMPO *et al.*, 2006; STARFIELD, 2004).

De acordo com Del Ciampo *et al.* (2006), a puericultura é a área da pediatria que se dedica ao estudo dos aspectos de prevenção e promoção da saúde infantil. Tem por finalidade a manutenção da criança saudável para que no transcorrer do processo de desenvolvimento ela atinja a vida adulta sem interferências negativas de problemas de saúde. Segundo Silva, Rocha e Silva (2009), no contexto da APS a puericultura foi absorvida pelos Enfermeiros, pois, proporciona uma oportunidade de estimular o vínculo e corresponsabilização para com a saúde infantil. Geralmente é um momento agendado de encontro entre profissional e a família da criança, pauta-se no diálogo e na educação em saúde. Os atendimentos são organizados de forma a acompanhar a criança de maneira longitudinal, assim, a APS cumpre seu papel de desenvolver cuidados primários à saúde da criança. Entretanto, segundo Alves e Moulin (2008), os profissionais da APS vivenciam dificuldades objetivas na implementação de ações de promoção da saúde infantil.

Em Taiobeiras a rede municipal de serviços de saúde vinculada ao SUS se estrutura tendo como fundamento a APS, com uma cobertura de 100 % da população por meio de 11 equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na forma de apoio às ações de educação e promoção da saúde infantil atua também o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e na retaguarda clínica o município ainda dispõe do Centro Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS), parte da rede estadual de atenção à saúde da mulher e criança. No terceiro nível existe o Hospital Santo Antônio (HSA), instituição filantrópica conveniada ao SUS, que abriga o Pronto Socorro Municipal e brevemente uma maternidade de alto risco e leitos de Unidade de Terapia Intensiva neonatal de referência regional.

Entretanto, para praticar saúde com qualidade não basta existir pontos de atenção, pois, a maioria dos processos de cuidado envolve decisões que são tomadas a partir de certo conteúdo cognitivo (FARIA *et al.*, 2009). Estudos recentes apontam que a APS brasileira, de forma geral, tem como um dos vários “nós” críticos a baixa

densidade cognitiva dos processos de trabalho implantados, ou seja, as decisões clínicas tomadas nem sempre estão respaldadas em fundamentos científicos. Por outro lado, atualmente admite-se ser muito difícil manter um sistema de saúde efetivo sem ter como base uma APS de qualidade (MENDES, 2012). É por estes motivos, que os protocolos clínicos são considerados cruciais para um sistema de saúde, pois, padronizam condutas clínicas com base em evidências científicas, de forma que, promovem a proteção dos profissionais envolvidos no cuidado além de uma melhor assistência para a população (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Ainda segundo Werneck, Faria e Campos (2009), os protocolos podem surgir de uma demanda da gestão em melhor organizar os serviços de saúde, ou dos próprios profissionais ao tentar solucionar problemas concretos do cotidiano. Também, podem ser resultado de diretrizes oriundas do SUS em um determinado local ou momento. Deste modo, os protocolos podem ser úteis para organizar os processo de trabalho e elevar a resolubilidade das ações de saúde

Assim, diante da necessidade de estabelecer rotinas baseadas em evidências científicas e facilitar o acompanhamento e orientação da criança na APS surgiu a necessidade de desenhar um protocolo de puericultura para os enfermeiros. Portanto, percebe-se a legitimidade deste trabalho, pois, trata-se de uma tentativa de construir um protocolo de puericultura na APS, fundamentado na melhor evidência disponível a fim de adensar as equipes da ESF e melhorar os resultados na saúde das crianças do município.

## **2 OBJETIVO**

Construir um protocolo de Puericultura para uso dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Taiobeiras/MG.

### 3 METODOLOGIA

De acordo com Minayo (2007), a metodologia é o caminho percorrido ao se estudar certo objeto e é composta, de forma simplificada, pelos instrumentos e técnicas utilizados e, também, pela criatividade de quem produz um trabalho, impressa no movimento de articular teoria e prática. Dessa forma, para produzir o trabalho apresentado percorreu-se certo caminho que será descrito a seguir.

O cenário de desenvolvimento do trabalho foi o município de Taiobeiras, cidade localizada no Norte de Minas, com população de aproximadamente 31.000 habitantes que experimentou nos últimos anos notáveis avanços na sua rede de saúde, em especial, na destinada para o cuidado materno e infantil. O município possui cobertura total pela APS, representada por 11 equipes da ESF com estruturação de unidades e disponibilização de apoio diagnóstico adequado. É sede do CVVRS, que oferece cuidado de nível especializado para gestantes e crianças de alto risco e em breve receberá leitos de unidade de terapia intensiva neonatal no HSA. Mesmo assim, ainda convive-se com a insatisfação da população, óbitos infantis por causas evitáveis e a percepção, por parte dos profissionais, de um processo de trabalho não efetivo. Deste modo, percebeu-se a urgente necessidade de promover a mudança na rede de serviços de saúde, a começar pela APS que possui maior potencial de impactar na situação de saúde da população.

Uma dos projetos de enfrentamento da situação foi a criação do **Grupo de Aperfeiçoamento da Prática dos Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Taiobeiras/MG (GAPE/APS)**. Trata-se de um modelo de Educação Permanente em Saúde (EPS) baseado nos Ciclos de Aperfeiçoamento da Prática Profissional (CAPP), ferramenta de problematização do cotidiano de trabalho, agregadora de práticas, como: revisão de prontuários, discussão de casos clínicos e simulações. Nos CAPPs, o objetivo é aprender a aprender a partir do tópico/nó crítico selecionado, definindo seus pontos chave, buscando recursos nas evidências científicas, criando uma hipótese de solução (protocolo ou rotina de serviço), aplicando à realidade e avaliando o impacto (SILVÉRIO, 2008).

Os encontros foram conduzidos pelo autor deste trabalho e acontecem há mais de um ano, sendo que o primeiro foi realizado em julho de 2012 e desde então o grupo se reuniu por 14 vezes. Cada profissional participante tem horário mensal protegido em sua agenda de atividades na APS para participar das discussões que duram em média 4 horas. Mesmo sendo uma atividade institucional, reconhecida e apoiada pela gestão, a participação é voluntária, pois entende-se que para favorecer o aprendizado significativo o ciclo de aprendizagem deve ser espontâneo e não imposto. Participam do grupo os 11 enfermeiros da APS de Taiobeiras, com ausências ocasionais, além de outros profissionais convidados. Assim, as rotinas estabelecidas no protocolo apresentado foram discutidas e pactuadas durante os encontros do GAPE/APS e, para tanto, foram necessários 12 encontros conforme descrição a seguir:

**Quadro 1 – Tópicos Discutidos nos Encontros do GAPE/APS para Pactuação do Protocolo de Puericultura.**

<b>Mês do Encontro</b>	<b>Tópico discutido</b>
Julho de 2012	Programação do cuidado
Agosto de 2012	Crescimento infantil
Setembro de 2012 Outubro de 2012	Desenvolvimento infantil
Novembro de 2012 Dezembro de 2012 Janeiro de 2013 Abril de 2013	Exame físico pediátrico
Maio de 2013 Junho de 2013	Alimentação e nutrição infantil
Agosto de 2013 Setembro de 2013	Agravos comuns na infância e calendário vacinal

Deste modo, conforme recomenda Werneck, Faria e Campos (2009), o protocolo passou por um longo processo de construção coletiva e, para tanto, se utilizou da

revisão narrativa da literatura, que foi acontecendo a cada encontro. Para Rother (2007), esta modalidade de revisão trabalha com temáticas abertas, sem rigidez metodológica, com busca do material de análise sem sistematização. Portanto, atendeu os objetivos do trabalho, pois focou na busca de recomendações já consolidadas e aplicáveis a realidade do município. Neste sentido, concentrou-se na análise e discussão de recomendações do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e de outras entidades de relevância.

Durante o processo, optou-se em construir quadros, tendo como base a experiência apresentada por Santos (2011), na confecção destes instrumentos para orientar as consultas de puericultura de estudantes de medicina. Segundo Werneck, Faria e Campos (2009), os quadros são uma forma de representação gráfica de um protocolo, como um passo a passo, com as recomendações aos profissionais que facilitam sua compreensão.

O modelo esquemático possui um padrão organizado por seis momentos: (1) Acolher, (2) Perguntar, (3) Avaliar, (4) Checar Sinais Gerais de Perigo, (5) Estratificar o Risco, (6) Diagnosticar e Conduzir. O momento de “acolher” representa os procedimentos de recepção da mãe e da criança no consultório. “Perguntar” é o período do histórico de enfermagem, em que o profissional realiza diversas perguntas com a finalidade de investigar a história da família e da criança. “Avaliar” foi o termo escolhido para traduzir a etapa de realização do exame físico sistemático da criança. “Checar Sinais Gerais de Perigo” representa a etapa de verificação de condições clínicas que indicam intervenção médica imediata. “Estratificar o Risco” é o processo de identificação de fatores que vão determinar o itinerário da criança dentro da rede, ou seja, se ela será acompanhada somente pela APS ou se necessitará da referência secundária. Por fim, o esquema traz o “Diagnosticar e Conduzir” em que são definidos os diagnósticos de enfermagem e as intervenções, além do retorno da criança.



## **4 DESENVOLVIMENTO**

### **4.1 Revisitando a literatura sobre a puericultura no contexto da atenção primária à saúde**

Crescer e desenvolver de modo saudável durante a infância é considerado um dos indicadores mais sensíveis para medir a qualidade de vida de uma população e o patamar de organização dos serviços de saúde. Promover a superação da fase da primeira infância com vida e qualidade é um propósito das políticas públicas de saúde em todo mundo. No contexto de Minas Gerais, o enfrentamento da mortalidade infantil coloca-se como prioridade na agenda de todas as esferas da gestão e assistência à saúde o que tem promovido a modelagem da chamada Rede Viva Vida que tem como escopo o desenvolvimento de atenção à saúde qualificada para as mães e crianças mineiras (ALVES; MOULIN, 2008; UNICEF, 2007; MINAS GERAIS, 2004).

A rede Viva Vida foi construída como forma de enfrentar a problemática apresentada a partir da diminuição das disparidades regionais pelo desdobramento de ações voltadas para a melhoria da assistência à gestante, recém-nascido e criança no primeiro ano de vida. Um dos eixos de trabalho é o fortalecimento da APS, materializada pelo trabalho das equipes da ESF, com aquisição de equipamentos e capacitação de profissionais (MINAS GERAIS, 2003). O fortalecimento da APS tem sido apontado como proposta viável para melhorar a saúde da população, visto que as atuais evidências científicas na literatura internacional permitem concluir que uma APS forte é essencial para uma rede de saúde efetiva. No campo específico da saúde infantil, estudos recentes demonstram que a medida que aumenta a cobertura das equipes de ESF ocorre redução da mortalidade infantil (MENDES, 2012).

No contexto da ESF podem-se dividir os processos de trabalho em duas naturezas distintas: por um lado a vigilância de fatores de riscos individuais e, por outro, a intervenção preventiva, neste caso representada pela imunização, rastreamento de doenças e seguimento de pessoas por ciclo de vida, como a puericultura (MENDES, 2012).

Na compreensão apresentada por Del Ciampo *et al.* (2006), a puericultura é o desenvolvimento do cuidado integral da criança nos aspectos de prevenção e promoção da saúde, com o envolvimento da família. Assim, como complementa Alves e Moulin (2008), o foco do profissional puericultor está na saúde e não na doença, de modo que possa promover o atendimento das necessidades nutricionais, afetivas e socioculturais das crianças. Neste sentido, no contexto da ESF, a puericultura é citada como eixo central de todas as ações desenvolvidas para e com as crianças.

A puericultura caracteriza-se pela baixa densidade tecnológica, mas elevado conteúdo cognitivo com alta eficácia na prevenção de problemas nutricionais, na promoção de hábitos saudáveis e na vigilância de fatores de risco. Agrega intervenções simples, confiáveis, de baixo custo e contínuas que segundo a literatura, são capazes de reduzir mortes infantis. Por estes motivos, desde que a puericultura foi agregada ao processo de trabalho da ESF, vem impactando na morbimortalidade infantil (ALVES; MOULIN, 2008; UNICEF, 2007).

Apesar de ter sido concebida na prática médica, outros profissionais agregaram a consulta de puericultura no seu contexto de trabalho. É o caso do enfermeiro da ESF que desenvolve a técnica com o objetivo de prestar assistência sistemática, de modo global ou individualizado, para detectar problemas de saúde, implementar cuidados e avaliá-los. Assim, objetiva-se um acompanhamento sistematizado da criança, inserido na programação local da equipe e intercalado com outros profissionais (FUJIMORI; OHARA, 2009).

Segundo Blank (2003), estudos tem demonstrado que os enfermeiros investem mais tempo que os profissionais médicos nas ações de promoção da saúde infantil, com os mesmos resultados em nível de satisfação das famílias, papel que pode ser potencializado.

De acordo com Del Ciampo *et al.* (2006, p. 741) os objetivos da puericultura:

[...] contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações

antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes. Para ser desenvolvida em sua plenitude, deve conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida.

Deste modo, é importante destacar que a consulta de puericultura não deve ser conduzida apenas como um momento de coletar dados antropométricos, que são importantes, mas sozinhos apenas revelam o aspecto biológico da saúde da criança. Trata-se de uma oportunidade de promover cuidados indispensáveis como: o estímulo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida; orientação sobre o desmame e a alimentação complementar; monitoramento do calendário vacinal; acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor, afetivo e social da criança e crescimento; indicar a suplementação de vitaminas e micronutrientes; avaliar a saúde bucal e orientar acerca da higiene oral; fazer orientações antecipatórias para prevenir acidentes; avaliar a criança fisicamente de modo a reconhecer alterações que podem ser tratados precocemente (ALVES; MOULIN, 2008).

#### **4.2. Os momentos da consulta de puericultura de enfermagem: proposta de sistematização**

Sabe-se que a consulta de puericultura de enfermagem na APS deve ser um momento organizado, com olhar global e específico, cujo propósito é encontrar possíveis problemas de saúde e realizar intervenções no sentido de promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde da criança. Quando a puericultura está organizada em etapas bem definidas e imbricadas se aproxima da proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) apresentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (FUJIMORI; OHARA, 2009).

Segundo Fujimori e Ohara (2009), a Resolução COFEN 272/2002 estabelece que o cuidado de enfermagem deve ser sistemático, fundamentado cientificamente e aplicado para melhorar a saúde das pessoas, constituindo a SAE. Assim, a resolução propõe o histórico, diagnóstico, prescrição e evolução como etapas básicas de uma consulta de enfermagem. Por outro lado, ainda de acordo com as autoras, a experiência clínica no cuidado de enfermagem na APS permite que a

consulta de puericultura seja realizada em quatro etapas: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e avaliação da consulta.

Assim, na modelagem do protocolo de puericultura apresentado optou-se por desenhar uma estrutura que atenda a normatizações do COFEN, mas, também trabalhe na perspectiva dos princípios e atributos de uma APS forte, como apresentado por Starfield (2002) e Mendes (2012). Desse modo, organizou-se a consulta de puericultura em momentos que serão trabalhados na sequência.

#### **4.2.1 Acolher**

Na APS existe uma oportunidade muito rica de possibilidades representada pelo acompanhamento das famílias ao longo do tempo. Esta forma de organizar a atenção à saúde não apenas permite o reconhecimento oportuno de situações que demandam intervenções profissionais, mas, também favorecem o vínculo entre profissional de saúde e a família da criança (BRASIL, 2012; STARFIELD, 2002).

Pode-se dizer que o acolhimento está imerso em todas as práticas de cuidado, na interlocução entre profissional de saúde e usuário, ao receber e escutar as pessoas. De certo modo, à priori, não é uma prática boa ou ruim, pois existem várias formas de acolher o usuário. Trata-se de uma tecnologia cognitiva de cuidado, construída nas relações entre profissional e usuário, que pode promover o vínculo que é essencial para implementação de um cuidado efetivo (BRASIL, 2011).

No protocolo este é o momento destinado para receber cordialmente a família e a criança, realizar uma escuta qualificada e orientar sobre a importância do acompanhamento de puericultura e seus fundamentos científicos a fim de estabelecer uma parceria terapêutica entre a família/criança e o profissional enfermeiro (BRASIL, 2012). Em revisão da literatura realizada por Blank (2003), foram encontradas boas evidências que os profissionais que demonstram empatia, apoio e realizam escuta qualificada conseguem captar informações significativamente maiores da família, importantes para o seguimento da criança.

#### **4.2.2 Perguntar**

Esta etapa, também conhecida como anamnese ou histórico de enfermagem, representa o momento em que é possível avaliar as condições de nascimento da criança, intercorrências durante o período de gestação e os antecedentes familiares (BRASIL, 2012). Para Blank (2003), em seu já citado trabalho, não existem estudos que demonstrem a efetividade da coleta de dados durante puericultura como forma de detectar problemas precocemente. Mesmo assim, é consenso que a sistematização da entrevista é essencial para uma puericultura de qualidade.

Assim, é útil ter perguntas facilitadoras para conduzir o processo de coleta de dados e introduzir, de acordo com a faixa etária, assuntos pertinentes como: eliminações, nutrição, padrão de sono, comportamento, situações de risco entre outros. Também, é recomendável que este roteiro seja estruturado de forma sistemática para avaliar fatores de risco (BRANK, 2003).

Diante dessas considerações, o roteiro básico presente no protocolo foi desenvolvido a partir da revisão das propostas de Brasil (2012), Minas Gerais (2004), Fujimori e Ohara (2009) e da OPAS (2005). Optou-se pela construção de um roteiro simplificado e focado em perguntas abertas, a fim de melhor avaliar a história da criança e da família, e, para tanto, utilizou-se como exemplo o instrumento da OPAS (2005), pela simplificação dos termos utilizados e enfoque na investigação de fatores de risco para o desenvolvimento e vínculo entre criança e cuidador. Divide-se em três blocos: história perinatal e atual, história familiar e cuidados e percepção do cuidador.

#### **4.2.3 Avaliar**

No protocolo o bloco referente a avaliação da criança engloba quatro etapas. A primeira, denominada examinar, representa o momento do exame físico sistemático realizado pelo enfermeiro. A segunda e terceira etapas referem-se à observação dos marcos do desenvolvimento e da mamada, respectivamente. Por fim, existe a etapa analisar que prevê a utilização da caderneta de saúde da criança.

A primeira etapa é o momento em que o profissional enfermeiro desenvolve o exame físico sistemático e completo a fim de analisar as condições de saúde da criança. No contexto da enfermagem, deve-se considerar um exame físico caracterizado pela elevada acuidade e baixa especificidade. Isso significa que o principal objetivo da abordagem não é identificar a natureza da alteração orgânica, mas reconhecê-la e referenciá-la para o profissional que implementará a terapêutica adequada. Para tanto, faz uso de técnicas básicas como a inspeção, palpação, percussão e ausculta (FUJIMORI; OHARA, 2009).

Segundo Blank (2003), a realização de exames físicos completos em todas as consultas de puericultura não é recomendada, pois, esta conduta eleva pouco a sensibilidade para identificação de problemas nos primeiros meses de vida. Assim, conforme recomenda o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), o protocolo foi estruturado para um exame físico completo somente na primeira consulta da criança. Nas consultas subseqüentes, ainda fundamentando-se em Blank (2003), os roteiros objetivam otimizar a utilização do tempo, enfocando durante o exame físico aspectos mais importantes.

Deve-se ressaltar que a identificação de alterações no exame físico se baseia na comparação entre achados e normas padronizadas com suas variações, sem desconsiderar a individualidade e o contexto. Para uniformizar as condutas, tendo em vista que os parâmetros mudam de acordo com a literatura consultada, optou-se em incluir no protocolo parâmetros clínicos para avaliação da criança (FUJIMORI; OHARA, 2009).

Na segunda etapa prevê-se a avaliação do desenvolvimento da criança. De forma simplificada, pode-se dizer que desenvolvimento é o processo de aquisição de habilidades mais complexas, que tornam a criança independente e autônoma. Entretanto, esse conceito é limitado, pois, de acordo com a área de estudo é possível dar ênfase a outros aspectos, também importantes, como os emocionais e cognitivos (ALVES; MOULIN, 2008). Para realizar a vigilância do desenvolvimento infantil com qualidade na APS é preciso que os profissionais possuam fundamento científico básico e reconheçam os aspetos normais e os comportamentos que possam sugerir algum problema (OPAS, 2005).

Na visão de Alves e Moulin (2008), acompanhar o desenvolvimento da criança é um aspecto complexo e requer instrumentos de avaliação que sejam objetivos, mas, também, que contemplem fatores de risco biológico, social e econômico. Segundo a OPAS (2005), os instrumentos de vigilância do desenvolvimento devem basear-se em metodologias simples, praticáveis, socialmente aceitas e com fundamento científico.

Existem muitos instrumentos de vigilância do desenvolvimento que se diferenciam pelo nível de complexidade e a grande maioria trabalha com os chamados marcos do desenvolvimento infantil. Refletem o desenvolvimento de comportamentos adaptativos, que nos seres humanos costumam ter uma sequência relativamente padronizada de aquisição na população geral. Contudo, estudos têm demonstrado a variação na aquisição em função de fatores como gênero, população estudada o que reforça que os instrumentos padronizados são apenas teste de screening (triagem) (ALVES; MOULIN, 2008).

Assim, no protocolo padronizou-se o instrumento de vigilância do desenvolvimento apresentado na Caderneta de Saúde da Criança. O instrumento preconiza a investigação de fatores de risco, a escuta da opinião dos pais e avaliação de possíveis alterações fenotípicas. A praticidade de trabalhar o instrumento e a facilidade de acesso foram fatores determinantes na escolha (BRASIL, 2013).

A terceira etapa do momento de avaliação da criança é voltada especificamente para a situação do aleitamento materno. As evidências científicas da atualidade são claras sobre o benefício do aleitamento materno para a mãe e criança, também sobre o efeito da abordagem correta do profissional da saúde na manutenção da amamentação. Por estes motivos foi incluída uma lista de verificação dos principais sinais de uma técnica de sucção adequada até o fluxograma da consulta de seis meses (BRASIL, 2009).

O momento de avaliar finaliza com a etapa analisar, que corresponde ao preenchimento e apreciação de gráficos. Até o momento, a forma mais adequada de acompanhar o crescimento infantil é o registro periódico dos dados antropométricos

na Caderneta de Saúde da Criança. Deste modo, as medidas vão sendo colocadas como pontos nos gráfico de modo longitudinal e quando unidas formam uma linha que traduz o crescimento da criança. Os pontos de corte dos gráficos estão em escores z, indicações de unidades de desvio-padrão do valor da mediana, conforme recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS). Aconselha-se o preenchimento e avaliação dos gráficos perímetro cefálico x idade, peso x idade e comprimento x idade. Os dados antropométricos que devem ser registrados no gráfico são coletados durante o exame físico (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

No quadro avaliar o protocolo recomenda a análise sistemática da situação vacinal da criança. A puericultura é uma oportunidade de promover a imunização das crianças de forma a melhorar a cobertura vacinal (BRASIL, 2012).

#### **4.2.4 Checar sinais gerais de perigo**

O primeiro ano de vida de uma criança é um período considerado crítico, pois, a imaturidade do sistema imunológico pode propiciar a evolução desfavorável e rápida de infecções bacterianas fúngicas e virais. Quando não é implementado o tratamento em tempo oportuno, a criança pode morrer precocemente. Neste sentido, é interessante que os profissionais de saúde tenham um olhar atento, pois, os quadros infecciosos graves têm evolução insidiosa e sinais clínicos gerais. Para facilitar a identificação das crianças que necessitam de cuidado precoce desenvolveram-se os chamados sinais gerais de perigo, que são indicativos de avaliação médica imediata. No protocolo, pode-se observar que os sinais gerais de perigo são diferenciados para crianças menores de 2 meses e maiores. Assim, trata-se de mais uma ferramenta que objetiva instrumentalizar o enfermeiro na identificação de crianças que merecem atenção rápida (MINAS GERAIS, 2004).

#### **4.2.5 Estratificar o risco**

Uma APS de qualidade deve, necessariamente, estratificar o risco da população para a qual presta cuidados. Isso significa separar pessoas e grupos com necessidades semelhantes, que demandam recursos específicos. Assim, é possível realizar um manejo clínico diferenciado das pessoas de acordo com seu risco e



racionalizar a agenda dos profissionais, de modo que as pessoas com maior risco recebam atenção diferenciada (MENDES, 2012).

No protocolo proposto adotou-se a estratificação de risco proposta por Minas Gerais (2004), que identifica algumas condições da população infantil como de risco e que demandam um acompanhamento mais próximo ou até compartilhamento do cuidado com especialistas. Destarte, as crianças são divididas em três estratos de risco: grupo I configura situações que impõe um cuidado de APS com maior atenção; grupo II em que o seguimento é compartilhado entre APS e especialistas; e sem risco são crianças que não demandam cuidado especial.

#### **4.2.6 Diagnosticar e conduzir**

Trata-se do último quadro de cada fluxograma e engloba a definição do diagnóstico de enfermagem, as orientações e o agendamento do retorno. Entende-se por diagnóstico de enfermagem a interpretação de dados colhidos durante a consulta que resulta na tomada de decisão sobre conceitos diagnósticos de forma a subsidiar a seleção de intervenções para alcançar melhoria na saúde do indivíduo, família ou coletividade (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS, 2010).

A taxonomia de diagnóstico selecionada para ser incorporada no protocolo foi estabelecida pela Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), a partir da experiência produzida no contexto da APS de Curitiba, no estado do Paraná (CUBAS *et al.*, 2006). Portanto, o objetivo da adoção da CIPESC no protocolo foi de melhor organizar o raciocínio clínico dos enfermeiros, visto que, no contexto da APS são profissionais com atuação clínica importante e efetiva, conforme evidência diversos estudos (MENDES, 2012).

No quadro “diagnosticar e conduzir” existe outro momento que aborda especificamente o aconselhamento antecipado. Para Blank (2003), existem incertezas sobre sua efetividade, mas trata-se de um elemento chave da puericultura, pois, a maioria dos pais espera receber recomendações do profissional de saúde. Por outro lado, segundo o mesmo autor, a literatura documenta

efetividade da orientação antecipada na melhora de habilidades sociais e desenvolvimento cognitivo da criança, aumento do vínculo entre pais e filhos, melhora nos cuidados com a saúde bucal, incorporação de alimentação saudável e promoção do aleitamento materno. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), existem sólidas evidências que justificam orientações acerca da posição para dormir, prevenção de infecção viral respiratória, hábitos alimentares e prevenção de lesões não intencionais. Por estes motivos, no protocolo foram incorporadas diversas orientações, inclusive, as consagradas pela prática da puericultura como imunizações, cuidados com o bebê e estimulação precoce do desenvolvimento.

Por fim, o quadro finaliza com a definição do retorno da criança que levará em consideração todas as etapas discutidas anteriormente, mas, principalmente a estratificação de risco de forma a garantir um cuidado com densidade tecnológica certa, no lugar certo, com a qualidade adequada e de forma humanizada (MENDES, 2012).

## 5 PROTOCOLO DE PUERICULTURA DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE TAIÓBEIRAS



## A CONSULTA DE RECÉM-NASCIDO

(entre 0 e 30 dias de vida)

### ESTRATIFICAR O RISCO<sup>3</sup>

#### Grupo I

- Mães com baixa escolaridade, adolescente ou deficiente mental
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa.
- Morte materna ou história de óbito de menores de 1 ano na família.
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis.
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Nascida de parto domiciliar não assistido.
- Recém-nascido retido na maternidade.
- Desmame precoce (< 6° mês) ou desnutrição.
- Internação prévia ou criança com vacinação atrasada.

#### Grupo II

- Baixo peso ao nascer ou prematuridade.
- Desnutrição grave.
- Triagem neonatal positiva.
- Doenças verticais (toxoplasmose, sífilis e AIDS) ou diagnóstico não concluído.
- Problemas importantes no período neonatal.
- Crescimento e desenvolvimento inadequados.
- Evolução desfavorável de qualquer patologia.

#### Sem Risco

- Não apresenta nenhum dos critérios descritos.

### DIAGNÓSTICAR E CONDUZIR<sup>1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12</sup>

#### Definir Diagnóstico de Enfermagem (CIPESC)

- Respiração alterada.
- Risco para dispnéia na criança.
- Desidratação.
- Ingestão alimentar inadequada no lactente.
- Desmame precoce do lactente.
- Amamentação inadequada.
- Sobrepeso.
- Emagrecimento.
- Desnutrição.
- Diarréia.
- Constipação.
- Sono inadequado.
- Higiene corporal alterada.
- Integridade da pele comprometida na criança.
- Estado vacinal atrasado.
- Dor.
- Risco para acidente doméstico (criança).
- Desenvolvimento da criança inadequado.
- Crescimento da criança inadequado.
- Vínculo mãe e filho comprometido.

#### Orientar

##### Alimentação:

- Aleitamento materno exclusivo sob livre demanda e suas vantagens.
- Desaconselhar o uso de bicos e mamadeiras.

##### Vacinação:

- Aconselhar antecipadamente (TABELA II).

##### Estímulos:

- Conversar com a criança e manter contato olho no olho.
- Estimular a criança (movimentar objetos coloridos a 30 cm da face).
- Colocar a criança em decúbito ventral, para estímulo cervical, e estimulá-la visual e auditivamente.

##### Cuidados:

- Lavagem das mãos antes de tocar a criança.
- Evitar fumaça de cigarro no ar.
- Manter a criança limpa e seca, cuidar do coto umbilical, não utilizar talcos.
- Colocar para dormir de "barriga para cima".
- Limpeza oral diária.
- Banho de sol (17 minutos/dia de roupa).

##### Prevenção de acidentes:

- Quedas (do berço), queimaduras e afogamentos (água do banho), sufocação (talco, lençol) e automedicação.

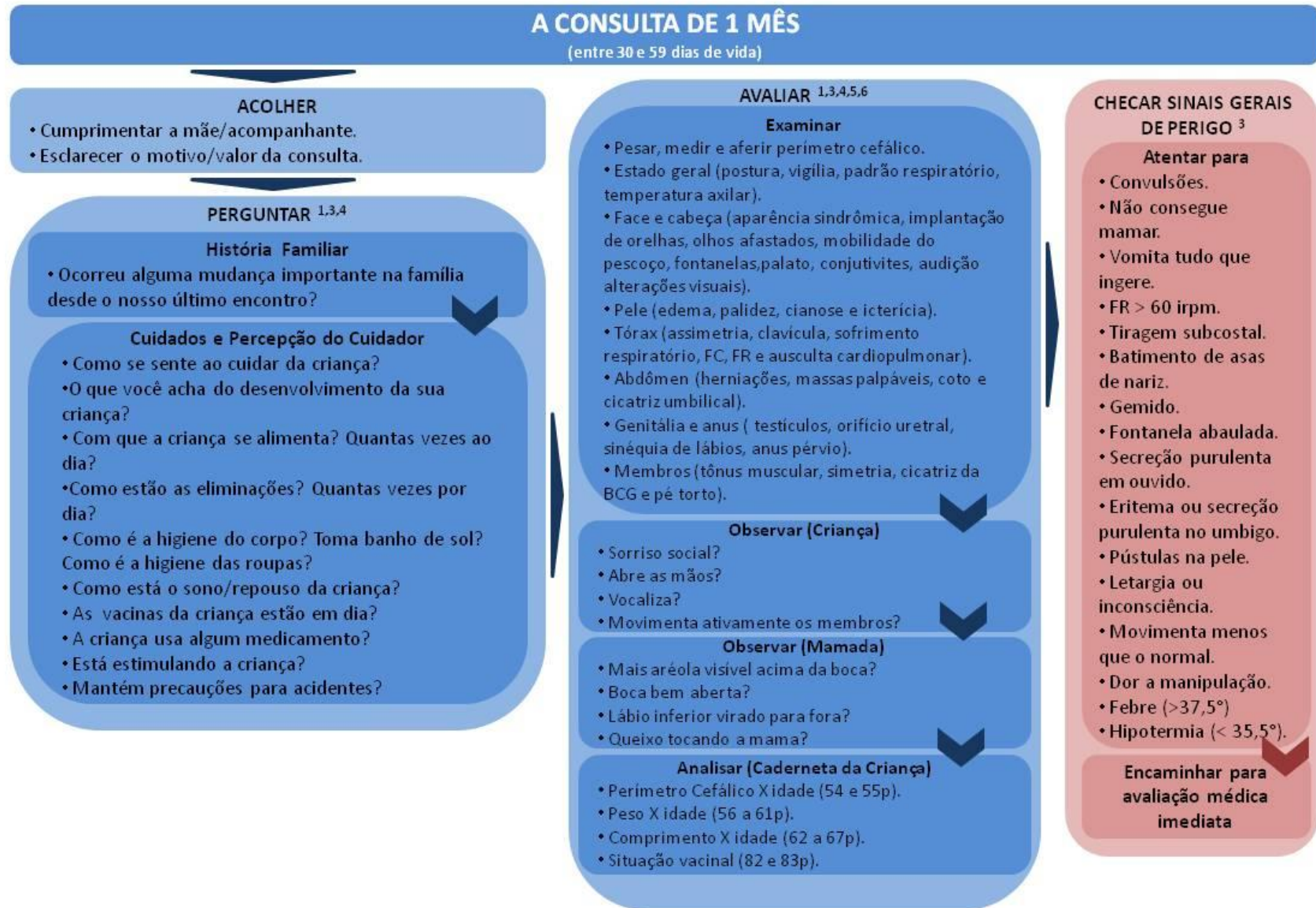
#### Agendar Retorno

Grupo I ► Retorno precoce.

Grupo II ► Encaminhar ao CVVRS.

Sem Risco ► Retorno rotineiro.





## A CONSULTA DE 1 MÊS

(entre 30 e 59 dias de vida)

### ESTRATIFICAR O RISCO<sup>3</sup>

#### Grupo I

- Mães com baixa escolaridade, adolescente ou deficiente mental
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa.
- Morte materna ou história de óbito de menores de 1 ano na família.
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis.
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Nascimento de parto domiciliar não assistido.
- Recém-nascido retido na maternidade.
- Desmame precoce (< 6º mês) ou desnutrição.
- Internação prévia ou criança com vacinação atrasada.

#### Grupo II

- Baixo peso ao nascer ou prematuridade.
- Desnutrição grave.
- Triagem neonatal positiva.
- Doenças verticais (toxoplasmose, sífilis e AIDS) ou diagnóstico não concluído.
- Problemas importantes no período neonatal.
- Crescimento e desenvolvimento inadequados.
- Evolução desfavorável de qualquer patologia.

#### Sem Risco

- Não apresenta nenhum dos critérios descritos.

### DIAGNÓSTICAR E CONDUZIR<sup>1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12</sup>

#### Definir Diagnóstico de Enfermagem (CIPESC)

- Respiração alterada.
- Risco para dispnéia na criança.
- Desidratação.
- Ingestão alimentar inadequada no lactente.
- Desmame precoce do lactente.
- Amamentação inadequada.
- Sobrepeso.
- Emagrecimento.
- Desnutrição.
- Diarréia.
- Constipação.
- Sono inadequado.
- Higiene corporal alterada.
- Integridade da pele comprometida na criança.
- Estado vacinal atrasado.
- Dor.
- Risco para acidente doméstico (criança).
- Desenvolvimento da criança inadequado.
- Crescimento da criança inadequado.
- Vínculo mãe e filho comprometido.

#### Orientar

##### Alimentação:

- Aleitamento materno exclusivo sob livre demanda e suas vantagens.

- Desaconselhar o uso de bicos e mamadeiras.

##### Vacinação:

- Aconselhar antecipadamente (TABELA II).

##### Estímulos:

- Conversar com a criança e manter contato olho no olho.
- Estimular a criança (movimentar objetos coloridos a 30 cm da face).
- Colocar a criança em decúbito ventral, para estímulo cervical, e estimulá-la visual e auditivamente.

##### Cuidados:

- Lavagem das mãos antes de tocar a criança.
- Evitar fumaça de cigarro no ar.
- Colocar para dormir de "barriga para cima".
- Limpeza oral diária.
- Banho de sol (17 minutos/dia de roupa).

##### Prevenção de acidentes:

- Quedas (do berço), queimaduras e afogamentos (água do banho), sufocação (talco, lençol) e automedicação.

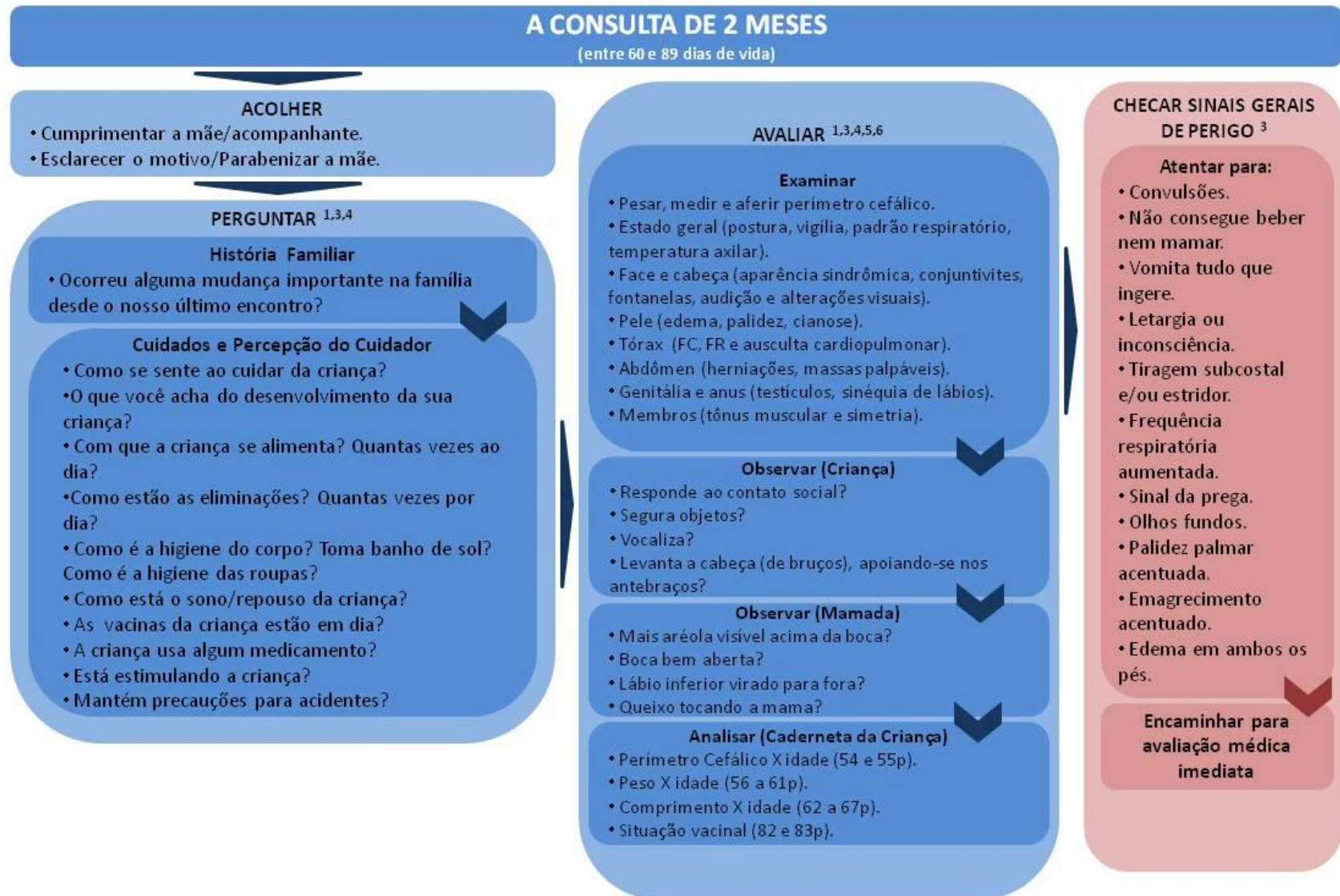
#### Agendar retorno

Grupo I ► Retorno precoce.

Grupo II ► Encaminhar ao CVVRS.

Sem Risco ► Retorno rotineiro.





## A CONSULTA DE 2 MESES

(entre 60 e 89 dias de vida)

### ESTRATIFICAR O RISCO<sup>3</sup>

#### Grupo I

- Mães com baixa escolaridade, adolescente ou deficiente mental
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa.
- Morte materna ou história de óbito de menores de 1 ano na família.
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis.
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Nascimento de parto domiciliar não assistido.
- Recém-nascido retido na maternidade.
- Desmame precoce (< 6º mês) ou desnutrição.
- Internação prévia ou criança com vacinação atrasada.

#### Grupo II

- Baixo peso ao nascer ou prematuridade.
- Desnutrição grave.
- Triagem neonatal positiva.
- Doenças verticais (toxoplasmose, sífilis e AIDS) ou diagnóstico não concluído.
- Problemas importantes no período neonatal.
- Crescimento e desenvolvimento inadequados.
- Evolução desfavorável de qualquer patologia.

#### Sem Risco

- Não apresenta nenhum dos critérios descritos.

### DIAGNÓSTICAR E CONDUZIR<sup>1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12</sup>

#### Definir Diagnóstico de Enfermagem (CIPESC)

- Respiração alterada.
- Risco para dispnéia na criança.
- Desidratação.
- Ingestão alimentar inadequada no lactente.
- Desmame precoce do lactente.
- Amamentação inadequada.
- Sobrepeso.
- Emagrecimento.
- Desnutrição.
- Diarréia.
- Constipação.
- Sono inadequado.
- Higiene corporal alterada.
- Integridade da pele comprometida na criança.
- Estado vacinal atrasado.
- Dor.
- Risco para acidente doméstico (criança).
- Desenvolvimento da criança inadequado.
- Crescimento da criança inadequado.
- Vínculo mãe e filho comprometido.

#### Orientar

##### Alimentação:

- Aleitamento materno exclusivo sob livre demanda e suas vantagens.
- Desaconselhar o uso de bicos e mamadeiras.

##### Vacinação:

- Aconselhar antecipadamente (TABELA II).

##### Estímulos:

- Conversar com a criança e manter contato visual e auditivo.
- Colocar a criança na posição sentada, com apoio, para exercitar o controle da cabeça.
- Tocar as mãos da criança com pequenos objetos, estimulando-a a segurá-los.

##### Cuidados:

- Lavagem das mãos antes de tocar a criança.
- Evitar fumaça de cigarro no ar.
- Colocar para dormir de "barriga para cima".
- Limpeza oral diária.
- Banho de sol (17 minutos/dia de roupa).

##### Prevenção de acidentes:

- Quedas (do berço), queimaduras e afogamentos (água do banho), sufocação (talco, lençol) e automedicação.

#### Agendar retorno

Grupo I ► Retorno precoce.

Grupo II ► Encaminhar ao CVVRS.

Sem Risco ► Retorno rotineiro.



## A CONSULTA DE 3 MESES

(entre 90 e 119 dias de vida)

### ACOLHER

- Cumprimentar a mãe/acompanhante.
- Esclarecer o motivo/Parabenizar a mãe.

### PERGUNTAR 1,3,4

#### História Familiar

- Ocorreu alguma mudança importante na família desde o nosso último encontro?

#### Cuidados e Percepção do Cuidador

- Como se sente ao cuidar da criança?
- O que você acha do desenvolvimento da sua criança?
- Com que a criança se alimenta? Quantas vezes ao dia?
- Como estão as eliminações? Quantas vezes por dia?
- Como é a higiene do corpo? Toma banho de sol? Como é a higiene das roupas?
- Como está o sono/repouso da criança?
- As vacinas da criança estão em dia?
- A criança usa algum medicamento?
- Está estimulando a criança?
- Mantém precauções para acidentes?

### AVALIAR 1,3,4,5,6

#### Examinar

- Pesar, medir e aferir perímetro cefálico.
- Estado geral (postura, vigília, padrão respiratório, temperatura axilar).
- Face e cabeça (aparência sindrômica, conjuntivites, fontanelas, audição e alterações visuais).
- Pele (edema, palidez, cianose).
- Torax (FC, FR e ausculta cardiopulmonar).
- Abdômen (herniações, massas palpáveis).
- Genitália e anus (testículos, sinéquia de lábios).
- Membros (tônus muscular e simetria).

#### Observar (Criança)

- Responde ativamente ao contato social?
- Segura objetos?
- Vocaliza?
- Levanta a cabeça (de bruços), apoiando-se nos antebraços?

#### Observar (Mamada)

- Mais aréola visível acima da boca?
- Boca bem aberta?
- Lábio inferior virado para fora?
- Queixo tocando a mama?

#### Analisar (Caderneta da Criança)

- Perímetro Cefálico X idade (54 e 55p).
- Peso X idade (56 a 61p).
- Comprimento X idade (62 a 67p).
- Situação vacinal (82 e 83p).

### CHECAR SINAIS GERAIS DE PERIGO <sup>3</sup>

#### Atentar para:

- Convulsões.
- Não consegue beber nem mamar.
- Vomita tudo que ingere.
- Letargia ou inconsciência.
- Tiragem subcostal e/ou estridor.
- Frequência respiratória aumentada.
- Sinal da prega.
- Olhos fundos.
- Palidez palmar acentuada.
- Emagrecimento acentuado.
- Edema em ambos os pés.

Encaminhar para avaliação médica imediata

## A CONSULTA DE 3 MESES

(entre 90 e 119 dias de vida)

### ESTRATIFICAR O RISCO<sup>3</sup>

#### Grupo I

- Mães com baixa escolaridade, adolescente ou deficiente mental
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa.
- Morte materna ou história de óbito de menores de 1 ano na família.
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis.
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Nascida de parto domiciliar não assistido.
- Recém-nascido retido na maternidade.
- Desmame precoce (< 6<sup>o</sup> mês) ou desnutrição.
- Internação prévia ou criança com vacinação atrasada.

#### Grupo II

- Baixo peso ao nascer ou prematuridade.
- Desnutrição grave.
- Triagem neonatal positiva.
- Doenças verticais (toxoplasmose, sífilis e AIDS) ou diagnóstico não concluído.
- Problemas importantes no período neonatal.
- Crescimento e desenvolvimento inadequados.
- Evolução desfavorável de qualquer patologia.

#### Sem Risco

- Não apresenta nenhum dos critérios descritos.

### DIAGNÓSTICAR E CONDUZIR<sup>1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12</sup>

#### Definir Diagnóstico de Enfermagem (CIPESC)

- Respiração alterada.
- Risco para dispnéia na criança.
- Desidratação.
- Ingestão alimentar inadequada no lactente.
- Desmame precoce do lactente.
- Amamentação inadequada.
- Sobrepeso.
- Emagrecimento.
- Desnutrição.
- Diarréia.
- Constipação.
- Sono inadequado.
- Higiene corporal alterada.
- Integridade da pele comprometida na criança.
- Estado vacinal atrasado.
- Dor.
- Risco para acidente doméstico (criança).
- Desenvolvimento da criança inadequado.
- Crescimento da criança inadequado.
- Vínculo mãe e filho comprometido.

#### Orientar

##### Alimentação:

- Aleitamento materno exclusivo sob livre demanda e suas vantagens.
- Desaconselhar o uso de bicos e mamadeiras.

##### Vacinação:

- Aconselhar antecipadamente (TABELA II).

##### Estímulos:

- Conversar com a criança e manter contato visual e auditivo.
- Colocar a criança na posição sentada, com apoio, para exercitar o controle da cabeça.
- Tocar as mãos da criança com pequenos objetos, estimulando-a a segura-los.

##### Cuidados:

- Lavagem das mãos antes de tocar a criança.
- Evitar fumaça de cigarro no ar.
- Colocar para dormir de "barriga para cima".
- Limpeza oral diária.
- Banho de sol (17 minutos/dia de roupa).

##### Prevenção de acidentes:

- Quedas (do berço), queimaduras e afogamentos (água do banho), sufocação (talco, lençol) e automedicação.

#### Agendar retorno

Grupo I ► Retorno precoce.

Grupo II ► Encaminhar ao CVVRS.

Sem Risco ► Retorno rotineiro.



## A CONSULTA DE 4 MESES

(entre 120 e 149 dias de vida)

### ACOLHER

- Cumprimentar a mãe/acompanhante.
- Esclarecer o motivo/Parabenizar a mãe.

### PERGUNTAR<sup>1,3,4</sup>

#### História Familiar

- Ocorreu alguma mudança importante na família desde o nosso último encontro?

#### Cuidados e Percepção do Cuidador

- Como se sente ao cuidar da criança?
- O que você acha do desenvolvimento da sua criança?
- Com que a criança se alimenta? Quantas vezes ao dia?
- Como estão as eliminações? Quantas vezes por dia?
- Como é a higiene do corpo? Toma banho de sol? Como é a higiene das roupas?
- Como está o sono/repouso da criança?
- As vacinas da criança estão em dia?
- A criança usa algum medicamento?
- Está estimulando a criança?
- Mantém precauções para acidentes?

### AVALIAR<sup>1,3,4,5,6</sup>

#### Examinar

- Pesar, medir e aferir perímetro cefálico.
- Estado geral (postura, vigília, padrão respiratório, temperatura axilar).
- Face e cabeça (conjuntivites, fontanelas, teste de cobertura, teste de Hirschberg (TABELA III) e avaliação da audição).
- Pele (edema, palidez, cianose).
- Torax (FC, FR e ausculta cardiopulmonar).
- Abdômen (herniações, massas palpáveis).
- Genitália e anus (testículos, sinéquia de lábios).
- Membros (tônus muscular e simetria).

#### Observar (Criança)

- Realiza busca ativa de objetos?
- Leva objetos à boca?
- Localiza o som?
- Muda de posição ativamente (rola)?

#### Observar (Mamada)

- Mais aréola visível acima da boca?
- Boca bem aberta?
- Lábio inferior virado para fora?
- Queixo tocando a mama?

#### Analisar (Caderneta da Criança)

- Perímetro Cefálico X idade (54 e 55p).
- Peso X idade (56 a 61p).
- Comprimento X idade (62 a 67p).
- Situação vacinal (82 e 83p).

### CHECAR SINAIS GERAIS DE PERIGO<sup>3</sup>

#### Atentar para:

- Convulsões.
- Não consegue beber nem mamar.
- Vomita tudo que ingere.
- Letargia ou inconsciência.
- Tiragem subcostal e/ou estridor.
- Frequência respiratória aumentada.
- Sinal da prega.
- Olhos fundos.
- Palidez palmar acentuada.
- Emagrecimento acentuado.
- Edema em ambos os pés.

Encaminhar para avaliação médica imediata

## A CONSULTA DE 4 MESES

(entre 120 e 149 dias de vida)

### ESTRATIFICAR O RISCO<sup>3</sup>

#### Grupo I

- Mães com baixa escolaridade, adolescente ou deficiente mental
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa.
- Morte materna ou história de óbito de menores de 1 ano na família.
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis.
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Nascimento de parto domiciliar não assistido.
- Recém-nascido retido na maternidade.
- Desmame precoce (< 6<sup>o</sup> mês) ou desnutrição.
- Internação prévia ou criança com vacinação atrasada.

#### Grupo II

- Baixo peso ao nascer ou prematuridade.
- Desnutrição grave.
- Triagem neonatal positiva.
- Doenças verticais (toxoplasmose, sífilis e AIDS) ou diagnóstico não concluído.
- Problemas importantes no período neonatal.
- Crescimento e desenvolvimento inadequados.
- Evolução desfavorável de qualquer patologia.

#### Sem Risco

- Não apresenta nenhum dos critérios descritos.

### DIAGNÓSTICAR E CONDUZIR<sup>1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12</sup>

#### Definir Diagnóstico de Enfermagem (CIPESC)

- Respiração alterada.
- Risco para dispnéia na criança.
- Desidratação.
- Ingestão alimentar inadequada no lactente.
- Desmame precoce do lactente.
- Amamentação inadequada.
- Sobrepeso.
- Emagrecimento.
- Desnutrição.
- Diarréia.
- Constipação.
- Sono inadequado.
- Higiene corporal alterada.
- Integridade da pele comprometida na criança.
- Estado vacinal atrasado.
- Dor.
- Risco para acidente doméstico (criança).
- Desenvolvimento da criança inadequado.
- Crescimento da criança inadequado.
- Vínculo mãe e filho comprometido.

#### Orientar

##### Alimentação:

- Aleitamento materno exclusivo sob livre demanda e suas vantagens. No caso de desmame iniciar sulfato ferroso (TABELA IV E V) e orientar (TABELA VI e QUADRO I).

##### Vacinação:

- Aconselhar antecipadamente (TABELA II).

##### Estímulos:

- Oferecer brinquedos para a criança a pequenas distâncias, para que ela tente pegá-los. Dar objetos na mão da criança.
- Proporcionar estímulos sonoros para que a criança possa localizar o som.
- Estimular a criança lateralmente, visando a mudança de decúbito.

##### Cuidados:

- Lavagem das mãos antes de tocar a criança.
- Evitar fumaça de cigarro no ar.
- Colocar para dormir de "barriga para cima".
- Limpeza oral diária.
- Banho de sol (17 minutos/dia de roupa).

##### Prevenção de acidentes:

- Quedas (do berço), queimaduras e afogamentos (água do banho), sufocação (talco, lençol) e automedicação.

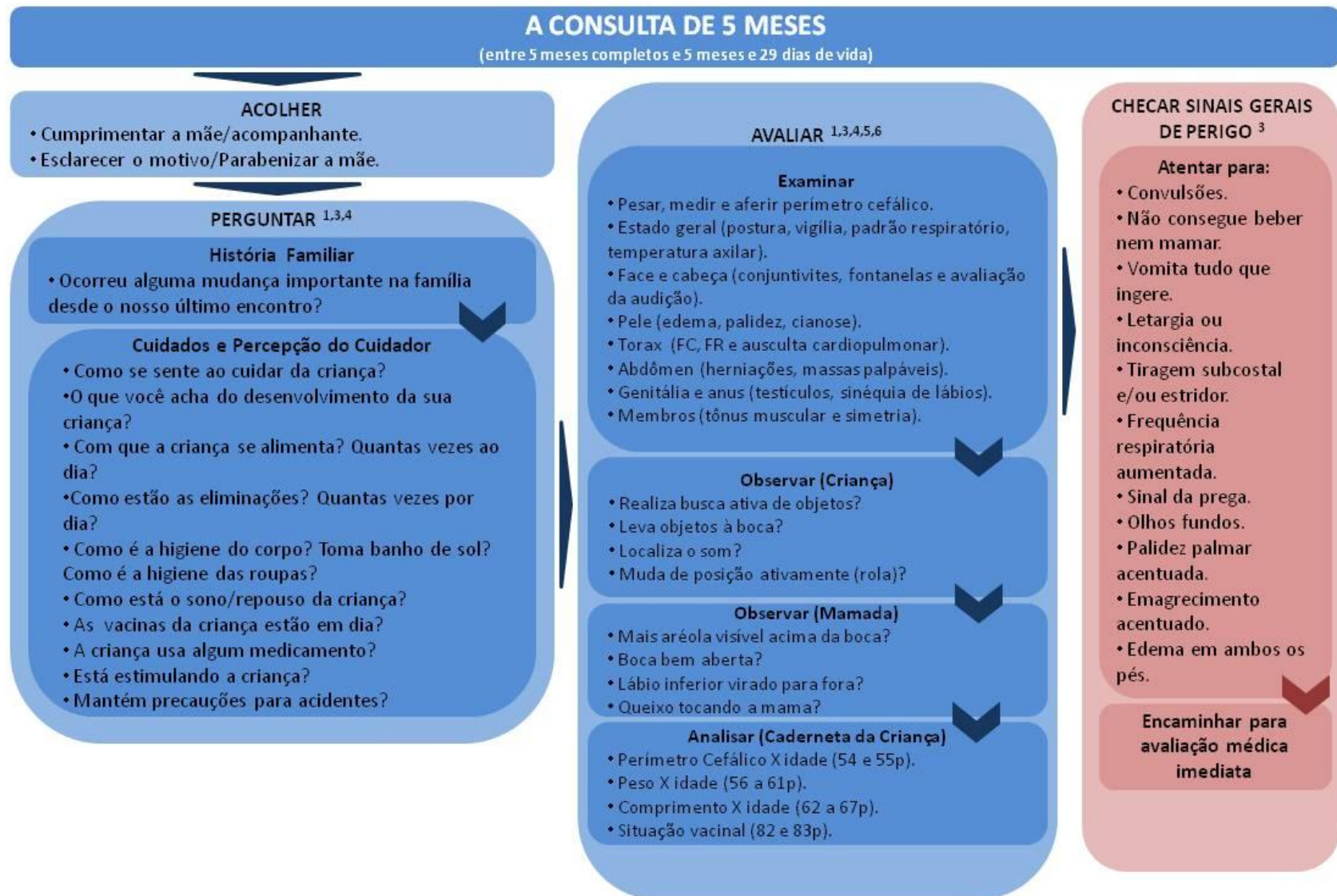
#### Agendar retorno

Grupo I ► Retorno precoce.

Grupo II ► Encaminhar ao CVVRS.

Sem Risco ► Retorno rotineiro.





## A CONSULTA DE 5 MESES

(entre 5 meses completos e 5 meses e 29 dias de vida)

### ESTRATIFICAR O RISCO<sup>3</sup>

#### Grupo I

- Mães com baixa escolaridade, adolescente ou deficiente mental
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa.
- Morte materna ou história de óbito de menores de 1 ano na família.
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis.
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Nascimento de parto domiciliar não assistido.
- Recém-nascido retido na maternidade.
- Desmame precoce (< 6º mês) ou desnutrição.
- Internação prévia ou criança com vacinação atrasada.

#### Grupo II

- Baixo peso ao nascer ou prematuridade.
- Desnutrição grave.
- Triagem neonatal positiva.
- Doenças verticais (toxoplasmose, sífilis e AIDS) ou diagnóstico não concluído.
- Problemas importantes no período neonatal.
- Crescimento e desenvolvimento inadequados.
- Evolução desfavorável de qualquer patologia.

#### Sem Risco

- Não apresenta nenhum dos critérios descritos.

### DIAGNÓSTICAR E CONDUZIR<sup>1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12</sup>

#### Definir Diagnóstico de Enfermagem (CIPESC)

- Respiração alterada.
- Risco para dispnéia na criança.
- Desidratação.
- Ingestão alimentar inadequada no lactente.
- Desmame precoce do lactente.
- Amamentação inadequada.
- Sobrepeso.
- Emagrecimento.
- Desnutrição.
- Diarréia.
- Constipação.
- Sono inadequado.
- Higiene corporal alterada.
- Integridade da pele comprometida na criança.
- Estado vacinal atrasado.
- Dor.
- Risco para acidente doméstico (criança).
- Desenvolvimento da criança inadequado.
- Crescimento da criança inadequado.
- Vínculo mãe e filho comprometido.

#### Orientar

##### Alimentação:

- Aleitamento materno exclusivo sob livre demanda e suas vantagens. No caso de desmame iniciar sulfato ferroso (TABELA IV E V) e orientar (TABELA VI e QUADRO I).

##### Vacinação:

- Aconselhar antecipadamente (TABELA II).

##### Estímulos:

- Oferecer brinquedos para a criança a pequenas distâncias, para que ela tente pegá-los. Dar objetos na mão da criança.
- Proporcionar estímulos sonoros para que a criança possa localizar o som.
- Estimular a criança lateralmente, visando a mudança de decúbito.

##### Cuidados:

- Lavagem das mãos antes de tocar a criança.
- Evitar fumaça de cigarro no ar.
- Colocar para dormir de "barriga para cima".
- Limpeza oral diária.
- Banho de sol (17 minutos/dia de roupa).

##### Prevenção de acidentes:

- Quedas (do berço), queimaduras e afogamentos (água do banho), sufocação (talco, lençol) e automedicação.

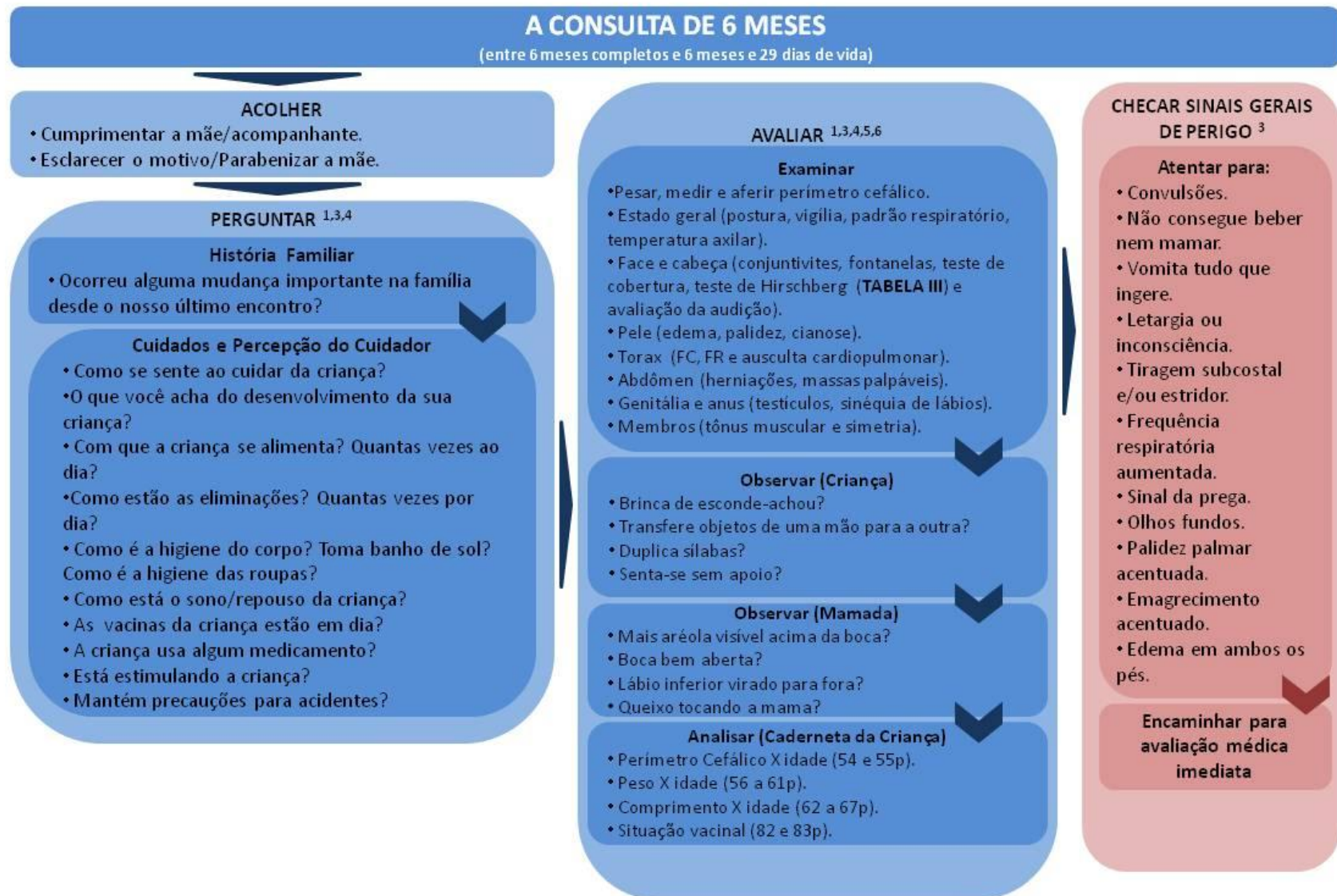
#### Agendar retorno

Grupo I ► Retorno precoce.

Grupo II ► Encaminhar ao CVVRS.

Sem Risco ► Retorno rotineiro.





## A CONSULTA DE 6 MESES

(entre 6 meses completos e 6 meses e 29 dias de vida)

### ESTRATIFICAR O RISCO<sup>3</sup>

#### Grupo I

- Mães com baixa escolaridade, adolescente ou deficiente mental
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa.
- Morte materna ou história de óbito de menores de 1 ano na família.
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis.
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Nascimento de parto domiciliar não assistido.
- Recém-nascido retido na maternidade.
- Desmame precoce (< 6º mês) ou desnutrição.
- Internação prévia ou criança com vacinação atrasada.

#### Grupo II

- Baixo peso ao nascer ou prematuridade.
- Desnutrição grave.
- Triagem neonatal positiva.
- Doenças verticais (toxoplasmose, sífilis e AIDS) ou diagnóstico não concluído.
- Problemas importantes no período neonatal.
- Crescimento e desenvolvimento inadequados.
- Evolução desfavorável de qualquer patologia.

#### Sem Risco

- Não apresenta nenhum dos critérios descritos.

### DIAGNÓSTICAR E CONDUZIR<sup>1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12</sup>

#### Definir Diagnóstico de Enfermagem (CIPESC)

- Respiração alterada.
- Risco para dispnéia na criança.
- Desidratação.
- Ingestão alimentar inadequada no lactente.
- Desmame precoce do lactente.
- Amamentação inadequada.
- Sobrepeso.
- Emagrecimento.
- Desnutrição.
- Diarréia.
- Constipação.
- Sono inadequado.
- Higiene corporal alterada.
- Integridade da pele comprometida na criança.
- Estado vacinal atrasado.
- Dor.
- Risco para acidente doméstico (criança).
- Desenvolvimento da criança inadequado.
- Crescimento da criança inadequado.
- Vínculo mãe e filho comprometido.

#### Orientar

##### Alimentação:

- Aleitamento materno + 2 papas de frutas e 1 papa salgada (TABELA VII e QUADRO II). Iniciar sulfato ferroso (TABELA IV e V). Primeira dose de vitamina A (TABELA VIII).

##### Vacinação:

- Aconselhar antecipadamente (TABELA II).

##### Estímulos:

- Brinque com a criança de "esconde-achou".
- Dar para a criança brinquedos fáceis de manusear.
- Manter diálogo com a criança, introduzindo palavras com sílabas duplicas.
- Deixar a criança brincar sentada no chão.

##### Cuidados:

- Estilos de criação.
- Evitar fumaça de cigarro no ar.
- Limpeza oral duas vezes ao dia.
- Banho de sol (17 minutos/dia de roupa).

##### Prevenção de acidentes:

- Tomadas (uso de protetores), quedas no ambiente domiciliar, queimaduras (fogão, ferro), sufocação (plásticos e cordas), afogamentos (banheira, balde) e intoxicação (produtos de limpeza).

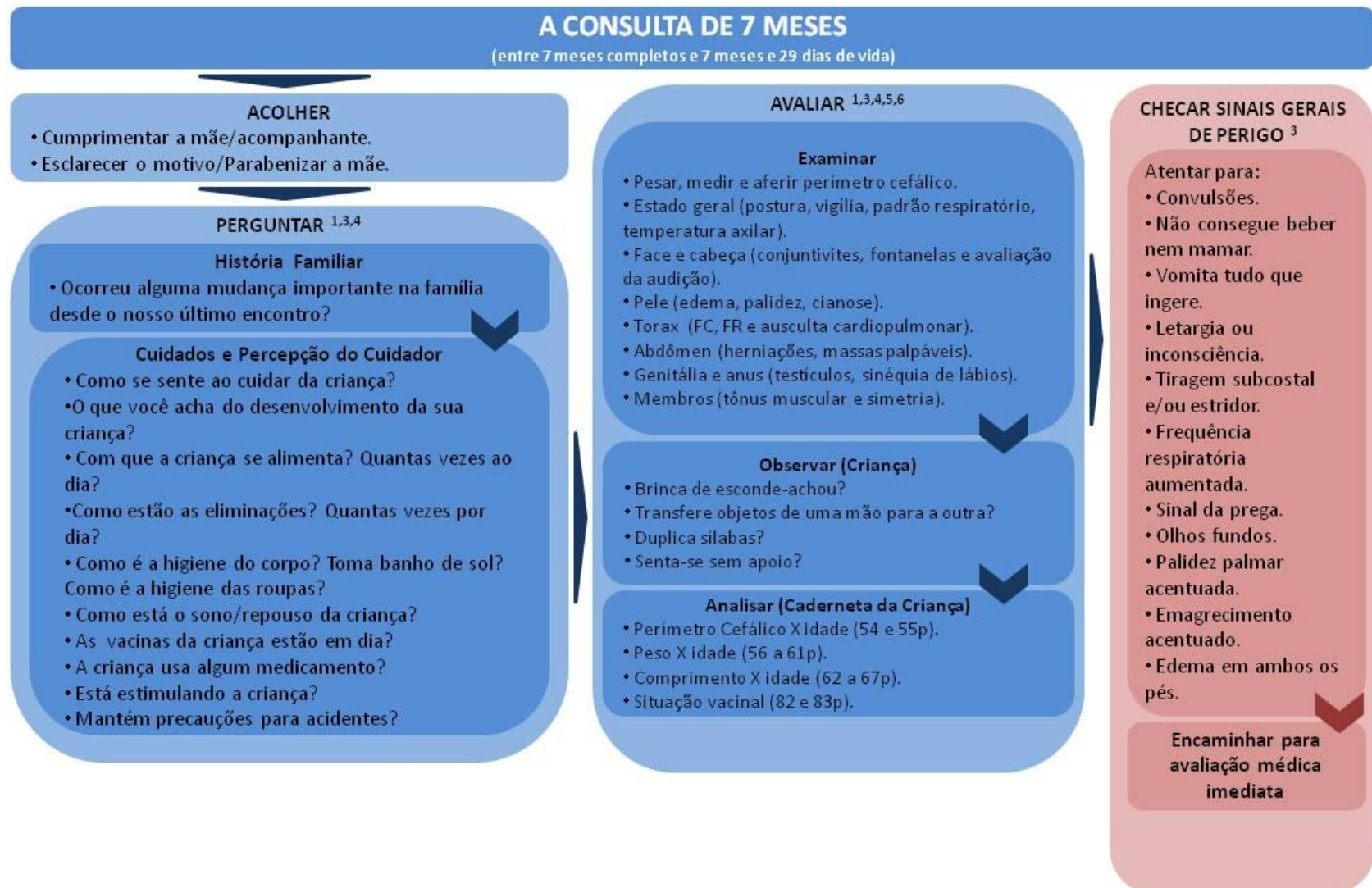
#### Agendar retorno

Grupo I ► Retorno precoce.

Grupo II ► Encaminhar ao CVVRS.

Sem Risco ► Retorno rotineiro.





## A CONSULTA DE 7 MESES

(entre 7 meses completos e 7 meses e 29 dias de vida)

### ESTRATIFICAR O RISCO<sup>3</sup>

#### Grupo I

- Mães com baixa escolaridade, adolescente ou deficiente mental
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa.
- Morte materna ou história de óbito de menores de 1 ano na família.
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis.
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Nascimento de parto domiciliar não assistido.
- Recém-nascido retido na maternidade.
- Desmame precoce (< 6<sup>o</sup> mês) ou desnutrição.
- Internação prévia ou criança com vacinação atrasada.

#### Grupo II

- Baixo peso ao nascer ou prematuridade.
- Desnutrição grave.
- Triagem neonatal positiva.
- Doenças verticais (toxoplasmose, sífilis e AIDS) ou diagnóstico não concluído.
- Problemas importantes no período neonatal.
- Crescimento e desenvolvimento inadequados.
- Evolução desfavorável de qualquer patologia.

#### Sem Risco

- Não apresenta nenhum dos critérios descritos.

### DIAGNÓSTICAR E CONDUZIR<sup>1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12</sup>

#### Definir Diagnóstico de Enfermagem (CIPESC)

- Respiração alterada.
- Risco para dispnéia na criança.
- Desidratação.
- Ingestão alimentar inadequada no lactente.
- Desmame precoce do lactente.
- Amamentação inadequada.
- Sobrepeso.
- Emagrecimento.
- Desnutrição.
- Diarréia.
- Constipação.
- Sono inadequado.
- Higiene corporal alterada.
- Integridade da pele comprometida na criança.
- Estado vacinal atrasado.
- Dor.
- Risco para acidente doméstico (criança).
- Desenvolvimento da criança inadequado.
- Crescimento da criança inadequado.
- Vínculo mãe e filho comprometido.

#### Orientar

##### Alimentação:

- Aleitamento materno + 2 papas de frutas e 2 papa salgadas (TABELA VII e QUADRO II). Manter sulfato ferroso (TABELA IV e V).

##### Vacinação:

- Aconselhar antecipadamente (TABELA II).

##### Estímulos:

- Brinque com a criança de "esconde-achou".
- Dar para a criança brinquedos fáceis de manusear.
- Manter diálogo com a criança, introduzindo palavras com sílabas duplicadas.
- Deixar a criança brincar sentada no chão.

##### Cuidados:

- Estilos de criação.
- Evitar fumaça de cigarro no ar.
- Limpeza oral duas vezes ao dia.
- Banho de sol (17 minutos/dia de roupa).

##### Prevenção de acidentes:

- Tomadas (uso de protetores), quedas no ambiente domiciliar, queimaduras (fogão, ferro), sufocação (plásticos e cordas), afogamentos (banheira, balde) e intoxicação (produtos de limpeza).

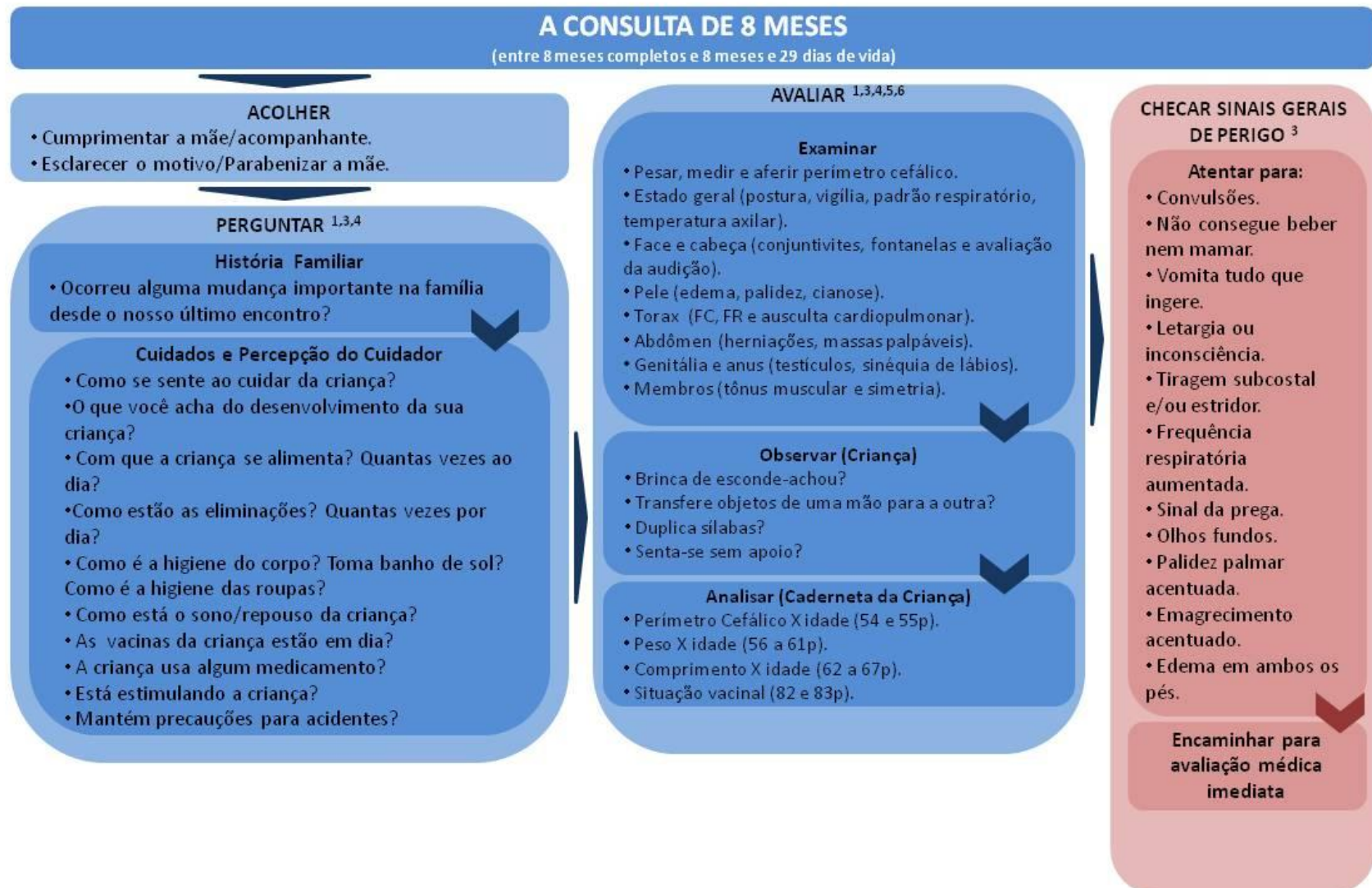
#### Agendar retorno

Grupo I ► Retorno precoce.

Grupo II ► Encaminhar ao CVVRS.

Sem Risco ► Retorno rotineiro.





## A CONSULTA DE 8 MESES

(entre 8 meses completos e 8 meses e 29 dias de vida)

### ESTRATIFICAR O RISCO<sup>3</sup>

#### Grupo I

- Mães com baixa escolaridade, adolescente ou deficiente mental
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa.
- Morte materna ou história de óbito de menores de 1 ano na família.
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis.
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Nascimento de parto domiciliar não assistido.
- Recém-nascido retido na maternidade.
- Desmame precoce (< 6º mês) ou desnutrição.
- Internação prévia ou criança com vacinação atrasada.

#### Grupo II

- Baixo peso ao nascer ou prematuridade.
- Desnutrição grave.
- Triagem neonatal positiva.
- Doenças verticais (toxoplasmose, sífilis e AIDS) ou diagnóstico não concluído.
- Problemas importantes no período neonatal.
- Crescimento e desenvolvimento inadequados.
- Evolução desfavorável de qualquer patologia.

#### Sem Risco

- Não apresenta nenhum dos critérios descritos.

### DIAGNÓSTICAR E CONDUZIR<sup>1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12</sup>

#### Definir Diagnóstico de Enfermagem (CIPESC)

- Respiração alterada.
- Risco para dispnéia na criança.
- Desidratação.
- Ingestão alimentar inadequada no lactente.
- Desmame precoce do lactente.
- Amamentação inadequada.
- Sobrepeso.
- Emagrecimento.
- Desnutrição.
- Diarréia.
- Constipação.
- Sono inadequado.
- Higiene corporal alterada.
- Integridade da pele comprometida na criança.
- Estado vacinal atrasado.
- Dor.
- Risco para acidente doméstico (criança).
- Desenvolvimento da criança inadequado.
- Crescimento da criança inadequado.
- Vínculo mãe e filho comprometido.

#### Orientar

##### Alimentação:

- Aleitamento materno + 2 papas de frutas e 2 comidas da casa (amassada) (TABELA VII e QUADRO II). Manter sulfato ferroso (TABELA IV E V).

##### Vacinação:

- Aconselhar antecipadamente (TABELA II).

##### Estímulos:

- Brinque com a criança de "esconde-achou".
- Dar para a criança brinquedos fáceis de manusear.
- Manter diálogo com a criança, introduzindo palavras com sílabas duplicadas.
- Deixar a criança brincar sentada no chão.

##### Cuidados:

- Estilos de criação.
- Evitar fumaça de cigarro no ar.
- Limpeza oral duas vezes ao dia.
- Banho de sol (17 minutos/dia de roupa).

##### Prevenção de acidentes:

- Tomadas (uso de protetores), quedas no ambiente domiciliar, queimaduras (fogão, ferro), sufocação (plásticos e cordas), afogamentos (banheira, balde) e intoxicação (produtos de limpeza).

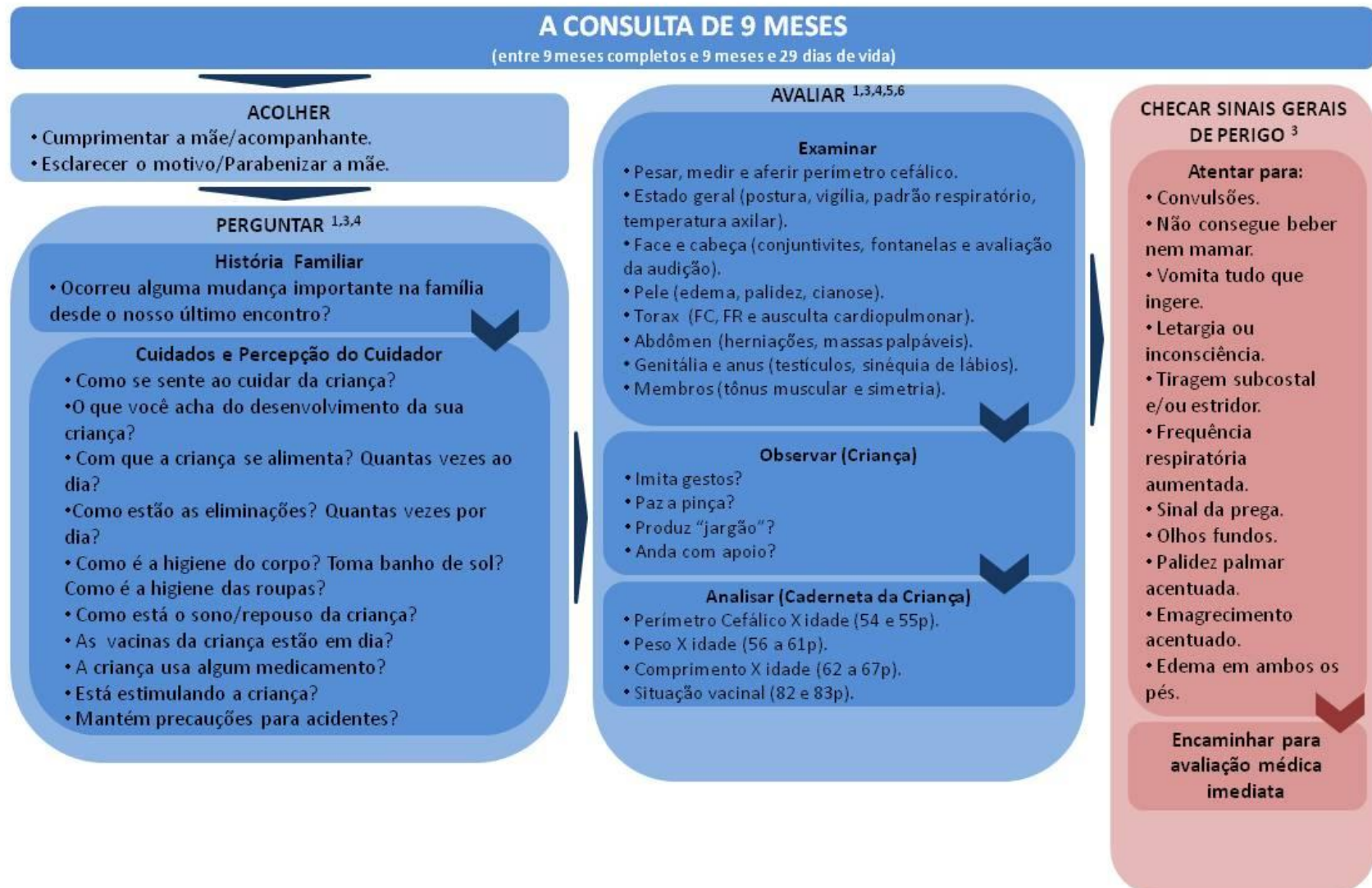
#### Agendar retorno

Grupo I ► Retorno precoce.

Grupo II ► Encaminhar ao CVVRS.

Sem Risco ► Retorno rotineiro.





## A CONSULTA DE 9 MESES

(entre 9 meses completos e 9 meses e 29 dias de vida)

### ESTRATIFICAR O RISCO<sup>3</sup>

#### Grupo I

- Mães com baixa escolaridade, adolescente ou deficiente mental
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa.
- Morte materna ou história de óbito de menores de 1 ano na família.
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis.
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Nascimento de parto domiciliar não assistido.
- Recém-nascido retido na maternidade.
- Desmame precoce (< 6º mês) ou desnutrição.
- Internação prévia ou criança com vacinação atrasada.

#### Grupo II

- Baixo peso ao nascer ou prematuridade.
- Desnutrição grave.
- Triagem neonatal positiva.
- Doenças verticais (toxoplasmose, sífilis e AIDS) ou diagnóstico não concluído.
- Problemas importantes no período neonatal.
- Crescimento e desenvolvimento inadequados.
- Evolução desfavorável de qualquer patologia.

#### Sem Risco

- Não apresenta nenhum dos critérios descritos.

### DIAGNÓSTICAR E CONDUZIR<sup>1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12</sup>

#### Definir Diagnóstico de Enfermagem (CIPESC)

- Respiração alterada.
- Risco para dispnéia na criança.
- Desidratação.
- Ingestão alimentar inadequada no lactente.
- Desmame precoce do lactente.
- Amamentação inadequada.
- Sobrepeso.
- Emagrecimento.
- Desnutrição.
- Diarréia.
- Constipação.
- Sono inadequado.
- Higiene corporal alterada.
- Integridade da pele comprometida na criança.
- Estado vacinal atrasado.
- Dor.
- Risco para acidente doméstico (criança).
- Desenvolvimento da criança inadequado.
- Crescimento da criança inadequado.
- Vínculo mãe e filho comprometido.

#### Orientar

##### Alimentação:

- Aleitamento materno + 2 papas de frutas e 2 comidas da casa (amassada) (TABELA VII e QUADRO II). Manter sulfato ferroso (TABELA IV E V).

##### Vacinação:

- Aconselhar antecipadamente (TABELA II).

##### Estímulos:

- Brincar com a criança por meio de músicas e gestos.
- Proporcionar contato da criança com objetos pequenos (sob supervisão).
- Conversar e ensinar para criança os nomes das pessoas próximas e objetos do convívio.
- Deixar a criança em locais que ela possa levantar e deslocar-se com apoio.

##### Cuidados:

- Estilos de criação.
- Evitar fumaça de cigarro no ar.
- Limpeza oral duas vezes ao dia.
- Banho de sol (17 minutos/dia de roupa).

##### Prevenção de acidentes:

- Tomadas (uso de protetores), quedas no ambiente domiciliar, queimaduras (fogão, ferro), sufocação (plásticos e cordas), afogamentos (banheira, balde) e intoxicação (produtos de limpeza).

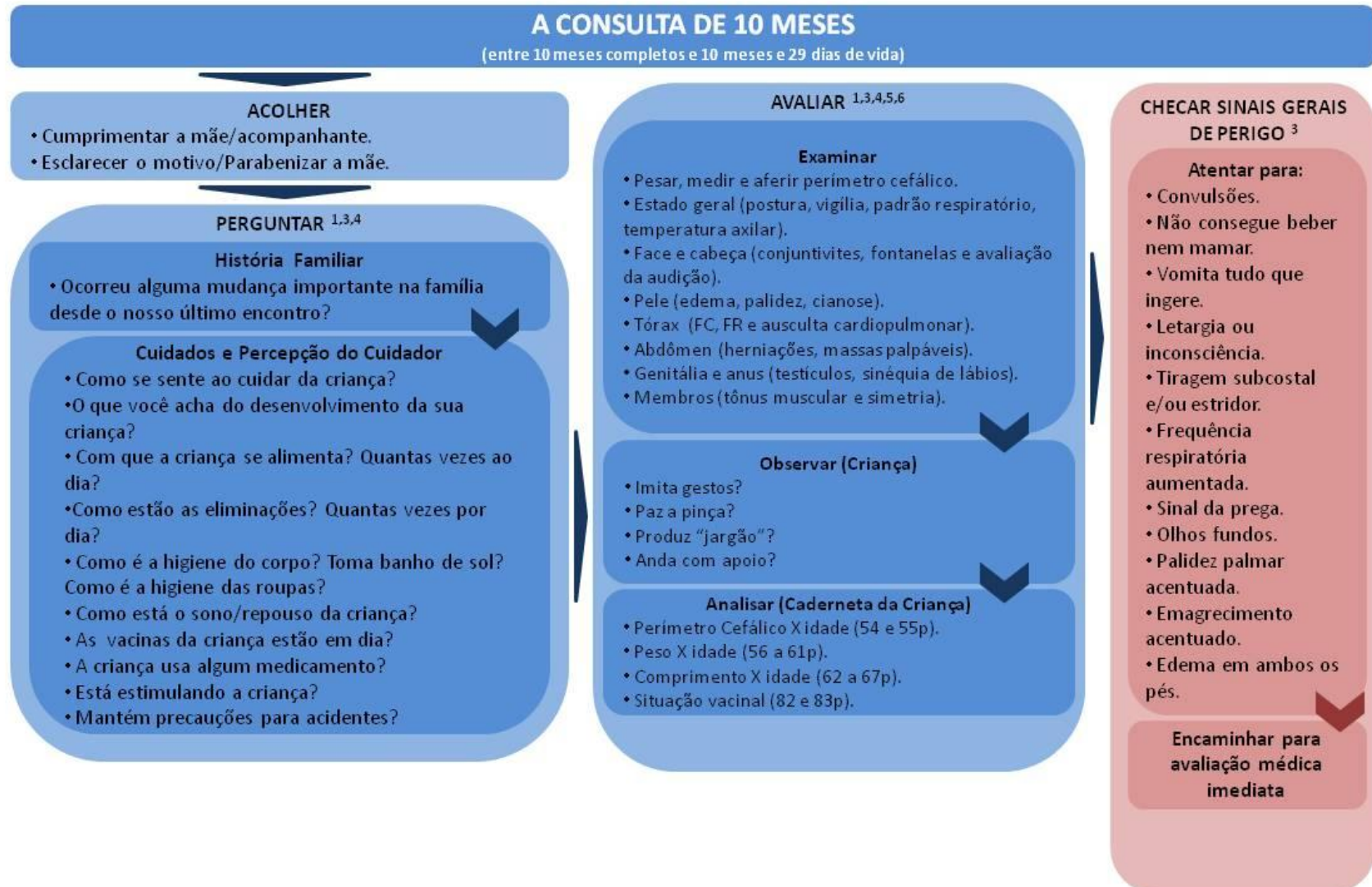
#### Agendar retorno

Grupo I ► Retorno precoce.

Grupo II ► Encaminhar ao CVVRS.

Sem Risco ► Retorno rotineiro.





## A CONSULTA DE 10 MESES

(entre 10 meses completos e 10 meses e 29 dias de vida)

### ESTRATIFICAR O RISCO<sup>3</sup>

#### Grupo I

- Mães com baixa escolaridade, adolescente ou deficiente mental
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa.
- Morte materna ou história de óbito de menores de 1 ano na família.
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis.
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Nascimento de parto domiciliar não assistido.
- Recém-nascido retido na maternidade.
- Desmame precoce (< 6° mês) ou desnutrição.
- Internação prévia ou criança com vacinação atrasada.

#### Grupo II

- Baixo peso ao nascer ou prematuridade.
- Desnutrição grave.
- Triagem neonatal positiva.
- Doenças verticais (toxoplasmose, sífilis e AIDS) ou diagnóstico não concluído.
- Problemas importantes no período neonatal.
- Crescimento e desenvolvimento inadequados.
- Evolução desfavorável de qualquer patologia.

#### Sem Risco

- Não apresenta nenhum dos critérios descritos.

### DIAGNÓSTICAR E CONDUZIR<sup>1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12</sup>

#### Definir Diagnóstico de Enfermagem (CIPESC)

- Respiração alterada.
- Risco para dispnéia na criança.
- Desidratação.
- Ingestão alimentar inadequada no lactente.
- Desmame precoce do lactente.
- Amamentação inadequada.
- Sobrepeso.
- Emagrecimento.
- Desnutrição.
- Diarréia.
- Constipação.
- Sono inadequado.
- Higiene corporal alterada.
- Integridade da pele comprometida na criança.
- Estado vacinal atrasado.
- Dor.
- Risco para acidente doméstico (criança).
- Desenvolvimento da criança inadequado.
- Crescimento da criança inadequado.
- Vínculo mãe e filho comprometido.

#### Orientar

##### Alimentação:

- Aleitamento materno + 2 papas de frutas e 2 comidas da casa (amassada) (TABELA VII e QUADRO II). Manter sulfato ferroso (TABELA IV E V).

##### Vacinação:

- Aconselhar antecipadamente (TABELA II).

##### Estímulos:

- Brincar com a criança por meio de músicas e gestos.
- Proporcionar contato da criança com objetos pequenos (sob supervisão).
- Conversar e ensinar para criança os nomes das pessoas próximas e objetos do convívio.
- Deixar a criança em locais que ela possa levantar e deslocar-se com apoio.

##### Cuidados:

- Estilos de criação.
- Evitar fumaça de cigarro no ar.
- Limpeza oral duas vezes ao dia.
- Banho de sol (17 minutos/dia de roupa).

##### Prevenção de acidentes:

- Tomadas (uso de protetores), quedas no ambiente domiciliar, queimaduras (fogão, ferro), sufocação (plásticos e cordas), afogamentos (banheira, balde) e intoxicação (produtos de limpeza).

#### Agendar retorno

Grupo I ► Retorno precoce.

Grupo II ► Encaminhar ao CVVRS.

Sem Risco ► Retorno rotineiro.





## A CONSULTA DE 11 MESES

(entre 11 meses completos e 11 meses e 29 dias de vida)

### ESTRATIFICAR O RISCO<sup>3</sup>

#### Grupo I

- Mães com baixa escolaridade, adolescente ou deficiente mental
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa.
- Morte materna ou história de óbito de menores de 1 ano na família.
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis.
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Nascimento de parto domiciliar não assistido.
- Recém-nascido retido na maternidade.
- Desmame precoce (< 6º mês) ou desnutrição.
- Internação prévia ou criança com vacinação atrasada.

#### Grupo II

- Baixo peso ao nascer ou prematuridade.
- Desnutrição grave.
- Triagem neonatal positiva.
- Doenças verticais (toxoplasmose, sífilis e AIDS) ou diagnóstico não concluído.
- Problemas importantes no período neonatal.
- Crescimento e desenvolvimento inadequados.
- Evolução desfavorável de qualquer patologia.

#### Sem Risco

- Não apresenta nenhum dos critérios descritos.

### DIAGNÓSTICAR E CONDUZIR<sup>1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12</sup>

#### Definir Diagnóstico de Enfermagem (CIPESC)

- Respiração alterada.
- Risco para dispnéia na criança.
- Desidratação.
- Ingestão alimentar inadequada no lactente.
- Desmame precoce do lactente.
- Amamentação inadequada.
- Sobrepeso.
- Emagrecimento.
- Desnutrição.
- Diarréia.
- Constipação.
- Sono inadequado.
- Higiene corporal alterada.
- Integridade da pele comprometida na criança.
- Estado vacinal atrasado.
- Dor.
- Risco para acidente doméstico (criança).
- Desenvolvimento da criança inadequado.
- Crescimento da criança inadequado.
- Vínculo mãe e filho comprometido.

#### Orientar

##### Alimentação:

- Aleitamento materno + 2 papas de frutas e 2 comidas da casa (amassada) (TABELA VII e QUADRO II). Manter sulfato ferroso (TABELA IV E V).

##### Vacinação:

- Aconselhar antecipadamente (TABELA II).

##### Estímulos:

- Brincar com a criança por meio de músicas e gestos.
- Proporcionar contato da criança com objetos pequenos (sob supervisão).
- Conversar e ensinar para criança os nomes das pessoas próximas e objetos do convívio.
- Deixar a criança em locais que ela possa levantar e deslocar-se com apoio.

##### Cuidados:

- Estilos de criação.
- Evitar fumaça de cigarro no ar.
- Limpeza oral duas vezes ao dia.
- Banho de sol (17 minutos/dia de roupa).

##### Prevenção de acidentes:

- Tomadas (uso de protetores), quedas no ambiente domiciliar, queimaduras (fogão, ferro), sufocação (plásticos e cordas), afogamentos (banheira, balde) e intoxicação (produtos de limpeza).

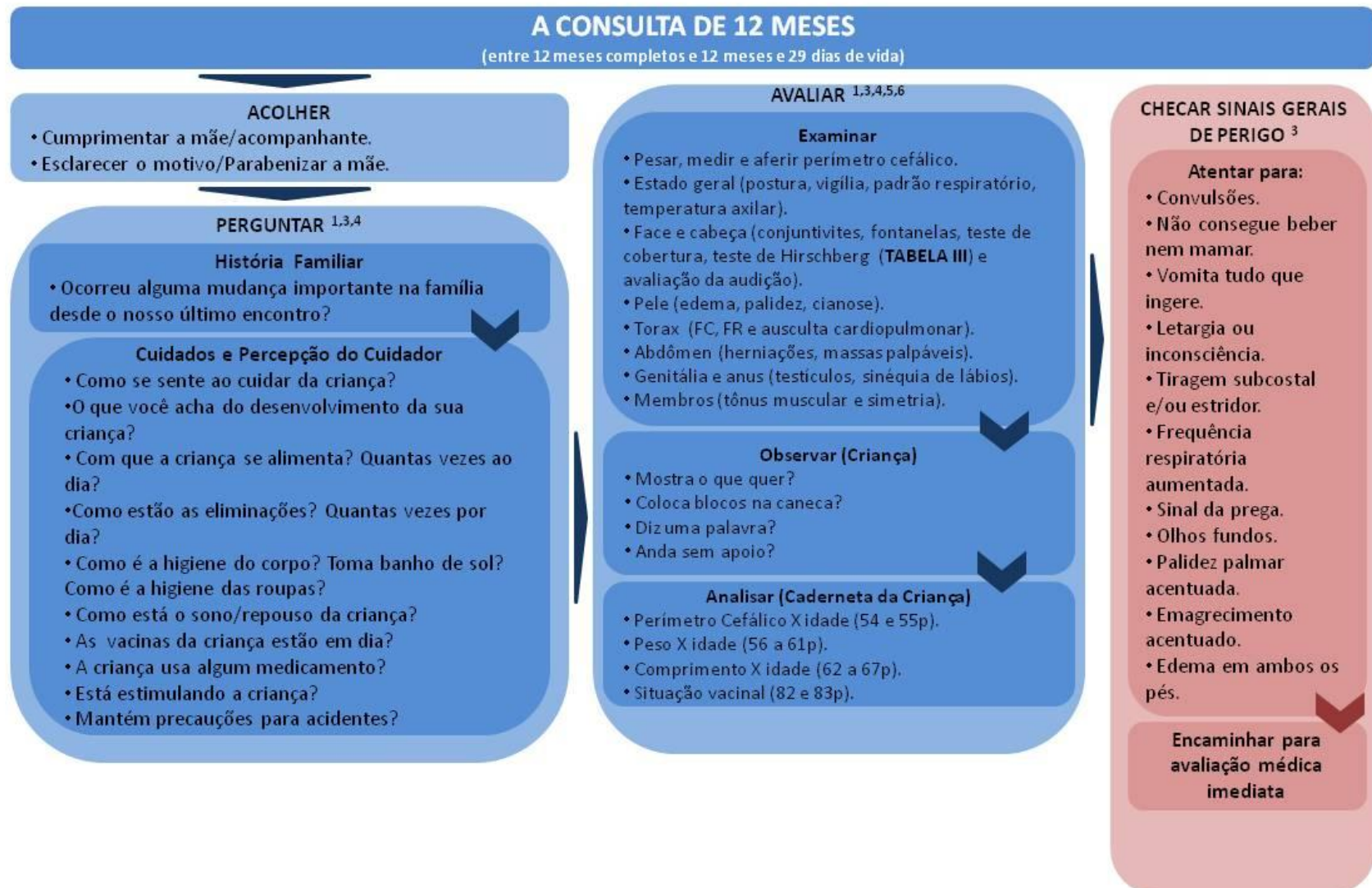
#### Agendar retorno

Grupo I ► Retorno precoce.

Grupo II ► Encaminhar ao CVVRS.

Sem Risco ► Retorno rotineiro.





## A CONSULTA DE 12 MESES

(entre 12 meses completos e 12 meses e 29 dias de vida)

### ESTRATIFICAR O RISCO<sup>3</sup>

#### Grupo I

- Mães com baixa escolaridade, adolescente ou deficiente mental
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa.
- Morte materna ou história de óbito de menores de 1 ano na família.
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis.
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Nascimento de parto domiciliar não assistido.
- Recém-nascido retido na maternidade.
- Desmame precoce (< 6º mês) ou desnutrição.
- Internação prévia ou criança com vacinação atrasada.

#### Grupo II

- Baixo peso ao nascer ou prematuridade.
- Desnutrição grave.
- Triagem neonatal positiva.
- Doenças verticais (toxoplasmose, sífilis e AIDS) ou diagnóstico não concluído.
- Problemas importantes no período neonatal.
- Crescimento e desenvolvimento inadequados.
- Evolução desfavorável de qualquer patologia.

#### Sem Risco

- Não apresenta nenhum dos critérios descritos.

### DIAGNÓSTICAR E CONDUZIR<sup>1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12</sup>

#### Definir Diagnóstico de Enfermagem (CIPESC)

- Respiração alterada.
- Risco para dispnéia na criança.
- Desidratação.
- Ingestão alimentar inadequada no lactente.
- Desmame precoce do lactente.
- Amamentação inadequada.
- Sobrepeso.
- Emagrecimento.
- Desnutrição.
- Diarréia.
- Constipação.
- Sono inadequado.
- Higiene corporal alterada.
- Integridade da pele comprometida na criança.
- Estado vacinal atrasado.
- Dor.
- Risco para acidente doméstico (criança).
- Desenvolvimento da criança inadequado.
- Crescimento da criança inadequado.
- Vínculo mãe e filho comprometido.

#### Orientar

##### Alimentação:

- Aleitamento materno + frutas + comida da casa (TABELA VII e QUADRO II). Manter sulfato ferroso (TABELA IV E V). Segunda dose de vitamina A (TABELA VIII).

##### Vacinação:

- Aconselhar antecipadamente (TABELA II).

##### Estímulos:

- Estimular que a criança faça gestos (beijo, bata palmas etc).
- Dar brinquedos para a criança com função de encaixe e continente.
- Ensinar palavras simples, por meio de rimas, músicas e sons comuns.
- Estimular o treino da marcha em pequenas distâncias com segurança.

##### Cuidados:

- Estilos de criação.
- Evitar fumaça de cigarro no ar.
- Limpeza oral duas vezes ao dia.
- Banho de sol (17 minutos/dia de roupa).

##### Prevenção de acidentes:

- Tomadas (uso de protetores), quedas no ambiente domiciliar, queimaduras (fogão, ferro), sufocação (plásticos e cordas), afogamentos (banheira, balde) e intoxicação (produtos de limpeza).

#### Agendar retorno

Grupo I ► Retorno precoce.

Grupo II ► Encaminhar ao CVVRS.

Sem Risco ► Retorno rotineiro.

## PARÂMETROS CLÍNICOS PARA AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

TABELA I – MÉTODOS PARA AVALIAÇÃO DE REFLEXOS NEUROPSICOMORTORES EM RECÉM-NASCIDOS (MENOR DE 1 MÊS)<sup>1</sup>

Reflexo	Posição da Criança	Como Testar	Resposta Esperada
Moro	Coloque a criança em decúbito dorsal.	Fazer um estímulo sonoro forte, como bater palmas acima da cabeça da criança.	Extensão, abdução e elevação de ambos os membros superiores seguida de retorno habitual à atitude flexora em adução.
Cócleopalpebral	Coloque a criança em decúbito dorsal.	Bater palmas a cerca de 30 cm da orelha direita da criança e verificar a sua resposta. Repetir o procedimento na orelha esquerda e verificar a resposta. Deve ser obtido em, no máximo, 2 a 3 tentativas.	Piscamento dos olhos.
Sucção	A criança deve estar no colo da mãe.	Pedir para a mãe colocar a criança ao seio e observar. Caso não for possível, estimular os lábios da criança com o dedo e observar.	A criança deve sugar o seio ou realizar movimentos de sucção com lábios e língua ao ser estimulada com o dedo.



## PARÂMETROS CLÍNICOS PARA AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

TABELA II – CALENDÁRIO VACINAL DA CRIANÇA MENOR DE 1 ANO DE VIDA<sup>4,6</sup>

Idade	Vacinas	Dose	Doenças Evitas
Ao nascer	BCG-ID	Dose única	Formas graves da tuberculose.
	Vacina Hepatite B (1)	1ª dose	Hepatite B.
2 meses	Vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.
	VIP	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil).
	VORH (2)	1ª dose	Diarréia por rotavírus.
	Vacina Pneumocócica 10 valente (3)	1ª dose	Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
3 meses	Vacina conjugada meningite C (4)	1ª dose	Meningite C.
4 meses	Vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.
	VIP	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil).
	VORH (2)	2ª dose	Diarréia por rotavírus.
	Vacina Pneumocócica 10 valente (3)	2ª dose	Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
5 meses	Vacina conjugada meningite C (4)	2ª dose	Meningite C.

## PARÂMETROS CLÍNICOS PARA AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

TABELA II – CALENDÁRIO VACINAL DA CRIANÇA MENOR DE 1 ANO DE VIDA<sup>4,6</sup>

Idade	Vacinas	Dose	Doenças Evitas
6 meses	Vacina Pentavalente (DTP + Hib + HB)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.
	VOP	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil).
	Vacina Pneumocócica 10 valente (3)	3ª dose	Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
9 meses	Vacina Febre Amarela	Dose inicial	Febre amarela.
12 meses	Tetraviral	1ª dose	Sarampo, rubéola, varicela e caxumba.
	Vacina Pneumocócica 10 valente (3)	Reforço	Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.

TABELA II - OBSERVAÇÕES SOBRE O CALENDÁRIO VACINAL DA CRIANÇA MENOR DE 1 ANO DE VIDA<sup>4,6</sup>

1. A primeira dose da vacina hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico se constitui de três doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose.
2. É possível administrar a primeira dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano (VORH) a partir de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 15 dias de idade (6 a 15 semanas de vida), e segunda dose entre 3 meses e 15 dias e 7 meses e 29 dias. O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 4 semanas.
3. Sobre a Vacina Pneumocócica 10 Valente: se iniciada no primeiro semestre de vida é feita em três dose, com intervalo de dois meses entre as doses e mais um reforço aos 12 meses. Se iniciada a partir dos 12 meses, dose única. O intervalo mínimo entre uma dose e outra é de 45 dias.
4. Iniciando a partir de 12 meses, a vacina é aplicada em dose única.

## PARÂMETROS CLÍNICOS PARA AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

TABELA III – MÉTODOS PARA REALIZAÇÃO DE TESTE DE COBERTURA E HIRSCHBERG<sup>4</sup>

Teste	Como Testar	Resposta Suspeita
Teste de Cobertura	Utiliza-se um ocluser colocado entre 10 a 15cm de um dos olhos da criança, atraindo a atenção do olho descoberto com uma fonte luminosa. Quando se descobre o olho previamente coberto, observa-se a sua reação. Tal procedimento deve ser repetido no outro olho.	A movimentação em busca da fixação do foco de luz pode indicar estrabismo.
Hirschberg	Colocando-se um foco de luz a 30cm da raiz nasal da criança e observando-se o reflexo nas pupilas.	Qualquer desvio do reflexo do centro da pupila é manifestação clínica de estrabismo

TABELA V – DOSAGEM DE SULFATO FERROSO PARA CRIANÇAS<sup>9</sup>

Idade em Meses	Mediana de Peso (Kg)	Média Dosagem de Ferro (mg)
6	7,600	7
7	7,950	8
8	8,250	8
9	8,550	8
10	8,850	9
11	9,050	9
12	9,250	9

TABELA IV – RECOMENDAÇÕES PARA A SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO DE ACORDO COM A SITUAÇÃO DA CRIANÇA<sup>9</sup>

Situação	Recomendação
Recém-nascido a termo, de peso adequado para a idade gestacional e em aleitamento materno.	<b>1 mg/kg de peso/dia</b> a partir do 6º mês (ou na introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida.
Recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso até 1.500 g.	<b>2 mg/kg peso/dia</b> durante um ano. Após este prazo, <b>1 mg/kg peso/dia</b> por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g.	<b>3 mg/kg peso/dia</b> durante um ano. Posteriormente, <b>1 mg/kg peso/dia</b> por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1.000 g.	<b>4 mg/kg peso/dia</b> durante um ano. Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g.



## PARÂMETROS CLÍNICOS PARA AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

TABELA VI – ESQUEMA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS QUE NÃO ESTÃO EM ALEITAMENTO MATERNO<sup>4,5</sup>

Até os 4 meses de idade	Após os 4 meses de idade	Após os 8 meses de idade
Alimentação láctea  • Primeira escolha pelas formulas infantis; • Último caso leite de vaca fluido; • Caso a criança esteja somente em uso de formulas infantis deve-se introduzir a alimentação complementar da mesma forma que nas crianças amamentadas.	<b>Café da manhã:</b>	
	Leite	Leite
	<b>Lanche da manhã:</b>	
	Papa de fruta	Fruta
	<b>Almoço:</b>	
	Papa salgada	Comida da família
	<b>Lanche da tarde:</b>	
	Papa de fruta	Fruta/pão simples/tubérculo/cereal
<b>Jantar:</b>		
Leite	Comida da família	

QUADRO I - ORIENTAÇÕES ALIMENTARES PARA CRIANÇA NÃO AMAMENTADA<sup>2,4,5,10,11</sup>

1. Verificar hábitos alimentares e saber prévio sobre alimentação saudável.
2. Caso a criança esteja somente em uso de formulas infantis deve-se introduzir a alimentação complementar da mesma forma que nas crianças em aleitamento materno.
3. Investigar história familiar de alergia importante. Se positiva, não introduzir: leite de vaca, ovo, amendoim, peixe, frutos do mar, nozes, trigo e soja.
4. A papa salgada deve ter consistência de purê e evoluir gradativamente. Não bater no liquidificador ou peneirar. Temperada com óleo vegetal e temperos suaves, evitar sal em excesso.
5. Água nos intervalos das refeições.
6. Introduzir um alimento por vez, a cada 3 a 7 dias, e observar.
7. O mel e leite de vaca são contra-indicados antes de um ano de idade. Se o leite de vaca for utilizado antes de 4 meses deve ser diluído (2/3 de leite + 1/3 de água + 1 colher de chá de óleo para cada 100ml) e fervido.
8. Não substituir a papa de frutas pelo suco. Oferecer o suco após as refeições em doses pequenas (máximo de 240 mL/dia), sem açúcar.
9. A carne deve estar presente em todas as papas salgadas. Oferecer miúdos pelo menos uma vez por semana.

## PARÂMETROS CLÍNICOS PARA AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

TABELA VII – ESQUEMA PARA INTRODUÇÃO DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR<sup>4,5</sup>

Até os 6 meses de idade	Após os 6 meses de idade	Após os 7 meses de idade	Após os 8 meses de idade	Após os 12 meses de idade
Aleitamento materno exclusivo sob livre demanda	<b>Café da manhã:</b>			
	Leite materno	Leite materno	Leite materno	Leite materno
	<b>Lanche da manhã:</b>			
	Papa de fruta	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
	<b>Almoço:</b>			
	Papa salgada	Papa salgada	Comida da família (amassada)	Comida da família
	<b>Lanche da tarde:</b>			
	Papa de fruta	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta/pão simples/tubérculo/cereal
	<b>Jantar:</b>			
	Leite Materno	Papa salgada	Comida da família (amassada)	Comida da família

QUADRO I - ORIENTAÇÕES ALIMENTARES

2,4,5,10,11

1. Verificar hábitos alimentares e saber prévio sobre alimentação saudável.
2. Investigar história familiar de alergia importante. Se positiva, não introduzir: leite de vaca, ovo, amendoim, peixe, frutos do mar, nozes, trigo e soja.
3. A papa salgada deve ter consistência de purê e evoluir gradativamente. Não bater no liquidificador ou peneirar. Temperada com óleo vegetal e temperos suaves, evitar sal em excesso.
4. Água nos intervalos das refeições.
5. Introduzir um alimento por vez, a cada 3 a 7 dias, e observar.
6. O mel e leite de vaca são contraindicados antes de um ano de idade. Se o leite de vaca for utilizado antes de 4 meses deve ser diluído (2/3 de leite + 1/3 de água + 1 colher de chá de óleo para cada 100ml) e fervido.
7. Não substituir a papa de frutas pelo suco. Oferecer o suco após as refeições em doses pequenas (máximo de 240 mL/dia), sem açúcar.
8. A carne deve estar presente em todas as papas salgadas. Oferecer miúdos pelo menos uma vez por semana.

## PARÂMETROS CLÍNICOS PARA AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

TABELA VIII – ESQUEMA PARA ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A <sup>12</sup>

Idade	Dose	Frequência
6 a 11 meses	100.000 UI	Uma dose.
12 a 59 meses	200.000 UI	Uma vez a cada seis meses (intervalo mínimo de quatro meses entre uma dose e outra).

TABELA IX - FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA NORMAL EM CRIANÇAS DE ACORDO COM FAIXA ETÁRIA<sup>4</sup>

Idade	Parâmetro
De 0 a 2 meses	Até 60 mrm
De 2 a 11 meses	Até 50 mrm
De 12 meses a 5 anos	Até 40 mrm

TABELA X – PONTOS DE CORTE DE PESO PARA IDADE PARA CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS DE IDADE<sup>4</sup>

Valores Críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 97	Escore $z > +2$	Peso elevado para a idade.
Percentil $\geq 3$ e 97	Escore $z \geq -2$ e $+2$	Peso adequado para a idade.
Percentil $\geq 0,1$ e $< 3$	Escore $z \geq -3$ e $< -2$	Peso baixo para a idade.
Percentil $< 0,1$	Escore $z < -3$	Peso muito baixo para a idade.

TABELA XI - FREQUÊNCIA CARDÍACA NORMAL EM CRIANÇAS DE ACORDO COM FAIXA ETÁRIA<sup>4</sup>

Idade	Varição	Média Normal
Recém-nato	De 70 a 170	120
De 1 a 11 meses	De 80 a 160	120
De 11 meses a 2 anos	De 80 a 130	110



## PARÂMETROS CLÍNICOS PARA AVALIAÇÃO DA CRIANÇA

TABELA XII – PONTOS DE CORTE DE COMPRIMENTO/ALTURA PARA IDADE PARA CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS<sup>4</sup>

Valores Críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil $\geq 3$	Escore $z > +2$ Escore $z \geq -2$ e $+2$	Comprimento/altura adequado para a idade.
Percentil $\geq 0,1$ e $< 3$	Escore $z \geq -3$ e $< -2$	Comprimento/altura baixo para a idade.
Percentil $< 0,1$	Escore $z < -3$	Comprimento/altura muito baixo para a idade.

TABELA XIII – VOLUME E NÚMERO DE REFEIÇÕES LÁCTEAS PARA CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS<sup>9</sup>

Idade	Volume/Refeição	Número de refeições/dia
< 30 dias	60 a 120 mL	6 a 8
30 a 60 dias	120 a 150 mL	6 a 8
2 a 3 meses	150 a 180 mL	5 a 6
3 a 4 meses	180 a 200 mL	4 a 5
> 4 meses	180 a 200 mL	2 a 3

TABELA XIV – ALIMENTOS COM ALTA BIODISPONIBILIDADE DE FERRO<sup>9</sup>

Alimento	Teor de ferro (mg/100g)
Cereais matinais	12,5
Fígado bovino	8,2
Miúdos de galinha	4,3
Açúcar mascavo	4,2
Rapadura	4,2
Farinha láctea	4,0
Coração	3,7
Carne bovina	3,2
Carne suína	2,9
Peixes	2,5
Nabo	2,4
Língua	1,9
Aves	1,3
Brócolis	1,1
Suco de limão	0,6
Laranja	0,2

## REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento no contexto do AIDPI. Washington: OPAS; 2005.
2. Fugimori E, Ohara CVS, organizadores. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri (SP): Manole; 2009.
3. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atenção à saúde da criança. Belo Horizonte (MG): SAS/DNAS; 2004.
4. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
5. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019.
6. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderneta de saúde da criança . 8ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
7. Albuquerque LM, Cubas MR. Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba (PR): ABEn; 2005.
8. Santos NP. Recurso semiótico para otimizar o desempenho de estudantes em consultas de puericultura: uma experiência piloto. Rev bras educ med [periódico na internet]. 2011 [acesso em 12 jul 12]. 35 (1) [aproximadamente 10 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a17v35n1.pdf>.
9. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa nacional de suplementação de ferro: manual de condutas gerais. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.
10. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.
11. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Nutrologia. Manual de orientação para alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Pediatria, 2006.
12. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas gerais do programa nacional de suplementação de vitamina A. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.



## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho atingiu o objetivo proposto ao apresentar um protocolo de consultas de puericultura para enfermeiros de APS construído coletivamente, de fácil aplicação e fundamentado cientificamente. Durante o processo de elaboração do protocolo percebeu-se a importância da pactuação de condutas entre pares e com base na realidade da rede assistencial, de forma a criar um instrumento que possa efetivamente ser utilizado para melhorar a performance profissional e, por consequência, a saúde da população.

Observa-se ainda que a metodologia empregada no GAPE/APS para construção coletiva do protocolo clínico e, concomitantemente, a educação permanente dos profissionais envolvidos é eficaz e potencialmente capaz de promover mudanças positivas no processo de trabalho. Pode-se inferir que este fato ocorre pelo dinamismo metodológico e também pela possibilidade de criar um ambiente colaborativo entre os profissionais, em que o saber e o fazer de cada um é valorizado, formando-se um ambiente adequado para promover o aprendizado significativo e problematizador, ao trabalhar a partir da realidade concreta dos serviços de saúde.

Mesmo com as limitações de uma revisão narrativa de literatura, este trabalho permitiu a elaboração de um instrumento de adequada qualidade teórica, tendo em vista que parte da literatura estudada se refere a rotinas amplamente recomendadas pela literatura e preconizadas por instituições relacionadas à área da saúde. Resta, para aperfeiçoar o instrumento, proceder a validação do mesmo por meio de aplicação prática rotineira no contexto da APS e avaliação pelos profissionais envolvidos.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Cláudia Regina Lindgren; MOULIN, Zeína Soares; Santos, Luana Caroline dos. **Saúde da criança: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Belo Horizonte: Editora UFMG Nescon/UFMG, 2008 (Caderno de Estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1572.pdf>>. Acesso em: 23 de jun. 2012.

BLANK, Danilo. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, supl 1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a03.pdf>>. Acesso em: 26 de jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderneta de saúde da criança**. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS (COREN-MG). **Legislação e normas**. Belo Horizonte: COREN-MG, 2010.

CUBAS, Márcia Regina *et al.* Avaliação da implantação do CIPESC em Curitiba. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/248.pdf>>. Acesso em: 26 de out. 2012.

DEL CIAMPO, Luiz Antonio *et al.* O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30988.pdf>>. Acesso em: 23 de jun. 2012.

FARIA, Horácio Pereira de *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG, NESCON/UFMG, 2009 (Caderno de Estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

FUJIMORI, Elizabeth; OHARA, Conceição Vieira. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNICEF). **Situação mundial da infância 2008**. Nova York: UNICEF, 2007. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008\\_br.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf)>. Acesso em: 16 de out. 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington: OPAS, 2005.

ROTHER, Edna. Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, abr.-jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>>. Acesso em: 14 de dez. 2011.

SANTOS, Normeide Pedreira dos. Recurso semiótico para otimizar o desempenho de estudantes para consultas de puericultura: uma experiência piloto. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, Jan./Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a17v35n1.pdf>>. Acesso em: 26 de jun. 2012.

SILVA, Marciele Moreira; ROCHA, Livia; SILVA, Silvana de Oliveira. Enfermagem em puericultura: unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 30, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4466/6550>>. Acesso em: 14 de out. 2013.

SILVÉRIO, João Batista. Programa de educação permanente para médicos de família. **Revista medica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 4, sup 4, n. 18, 2008.

Disponível em:

<<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/104>>. Acesso em: 20 de jun. 2012.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.

WERNECK, Marcos Azevedo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa . **Protocolo de cuidado à saúde e de organização de serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009 (Caderno de Estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).