

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**THATIANE SILVA DE LUCENA**

**ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DA PUERICULTURA PARA  
CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR.  
JOSÉ RIBEIRO (III CENTRO) EM ARAPIRACA- AL**

**ARAPIRACA, ALAGOAS**

**2018**

**THATIANE SILVA DE LUCENA**

**ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DA PUERICULTURA PARA  
CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR.  
JOSÉ RIBEIRO (III CENTRO) EM ARAPIRACA- AL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do cuidado na Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof<sup>a</sup> Polyana Oliveira Lima

**ARAPIRACA- ALAGOAS**

**2018**

**THATIANE SILVA DE LUCENA**

**ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO DA PUERICULTURA PARA  
CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DR.  
JOSÉ RIBEIRO (III CENTRO) EM ARAPIRACA- AL**

**Banca examinadora**

Prof<sup>a</sup> Polyana Oliveira Lima – UFMG

Examinador 2: Profa. Dra. Márcia Christina Caetano Romano (UFSJ)

Aprovado em Belo Horizonte, em 01 de Junho de 2018.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a Deus, minha fonte de amor e sabedoria, meu refúgio em todas as horas da vida, sei que nunca estou sozinha.

Aos meus pais que sempre me apoiaram em todas as situações, dando-me o suporte necessário para os estudos, entendendo minha ausência em muitas situações.

Ao meu esposo que mesmo distante me anima sempre a continuar e dar o melhor de mim.

## RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia para organizar os serviços de saúde, possibilitando dessa forma o acesso universal dos indivíduos e atenção integral ao longo do tempo. A Estratégia Saúde da Família constitui uma porta de entrada do sistema, expandindo o acesso da população aos serviços de saúde e suas diretrizes configuram um novo modelo assistencial superando o modelo biomédico ao considerar os determinantes do processo saúde-doença como contexto familiar e características sócio-culturais, abrangendo ações de vigilância em saúde e promoção de saúde. Com relação à saúde da criança, a Puericultura assume papel de destaque no acompanhamento do desenvolvimento e crescimento infantil utilizando para isso medidas de baixo custo, simples e eficazes. Dessa forma, a Puericultura é um tema de muita relevância, pois constitui um pilar essencial da atenção básica oferecendo atenção integral à criança e ao adolescente, possibilitando a formação de adultos mais saudáveis, conscientes de suas potencialidades, direitos e deveres como cidadãos. Este projeto de intervenção se propõe reorganizar os atendimentos de Puericultura de crianças de 0 a 2 anos na Unidade Básica de Saúde Dr. José Ribeiro no município de Arapiraca, já que o maior problema encontrado na Unidade foi a falta de organização desses atendimentos pela equipe de saúde. Para isso foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional com o objetivo de realizar uma estimativa rápida dos problemas observados e a partir daí definir um problema prioritário, os nós críticos e as ações. Realizou-se revisão bibliográfica por meio de consulta às bases de dados Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde -BIREME e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde -LILACS, além de documentos do Ministério da Saúde, entre outros. O acompanhamento das crianças deve ser regular a fim de garantir uma assistência de qualidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Cuidado da Criança.

## **ABSTRACT**

Primary Health Care (PHC) is a strategy for organizing health services, thus enabling universal access of individuals and comprehensive care over time. The Family Health Strategy is a gateway to the system, expanding the population's access to health services and its guidelines are a new model of care surpassing the biomedical model when considering the determinants of the health-disease process as a family context and socio- cultural, covering actions of health surveillance and health promotion. With regard to child health, Childcare plays a prominent role in monitoring child development and growth using low cost, simple and effective measures. In this way, Childcare is a very important issue, as it constitutes an essential pillar of basic care offering comprehensive care to children and adolescents, enabling the formation of healthier adults, aware of their potential, rights and duties as citizens. This intervention project proposes to reorganize the care of children from 0 to 2 years of age in the Basic Health Unit Dr. José Ribeiro in the municipality of Arapiraca, since the biggest problem found in the Unit was the lack of organization of these services by the team of Cheers. For this purpose, the Situational Strategic Planning was used with the objective of quickly estimating the observed problems and from that point on, define a priority problem, critical nodes and actions. A bibliographic review was carried out by consulting the Latin American and Caribbean Center for Health Sciences Information -BIREME and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences -LILACS, as well as documents from the Ministry of Health , among others. Childcare must be regular to ensure quality care.

Key words: Primary Health Care. Family Health Strategy. Childcare.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS - Atenção Básica à Saúde

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS AD - Centro de atenção psicossocial Álcool e drogas

ESF - Estratégia Saúde da Família

IVAS - Infecção de via aérea superior

MS - Ministério da Saúde

PNAB - Programa Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde III, Unidade Básica de Saúde 3º CENTRO, município de Arapiraca, estado de Alagoas.   | 11 |
| Quadro 2 – Frequência cardíaca   | 20 |
| Quadro 3 – Frequência respiratória normal  | 20 |
| Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ falta de organização dos atendimentos de Puericultura”, na população sob responsabilidade da Equipe 3 de Saúde da Família III Centro , do município de Arapiraca, estado de Alagoas. | 27 |
| Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ falta de organização dos atendimentos de Puericultura”, na população sob responsabilidade da Equipe 3 de Saúde da Família III Centro , do município de Arapiraca, estado de Alagoas. | 28 |
| Quadro 4- Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ falta de organização dos atendimentos de Puericultura”, na população sob responsabilidade da Equipe 3 de Saúde da Família III Centro , do município de Arapiraca, estado de Alagoas   | 29 |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 9  |
| 1.1 Aspectos gerais do município .....  | 9  |
| 1.2 O sistema municipal de saúde .....  | 9  |
| 1.3 A Equipe de Saúde da UBS Dr. José Ribeiro, seu território e sua população .                       | 10 |
| 1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo) .....        | 10 |
| 1.5 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) ..... | 11 |
| <b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....   | 12 |
| <b>3 OBJETIVOS</b> .....  | 14 |
| 3.1 Objetivo geral: .....   | 14 |
| 3.2 Objetivos específicos: .....  | 14 |
| <b>4 METODOLOGIA</b> .....  | 15 |
| <b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....  | 16 |
| 5.1 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família .....                                      | 16 |
| 5.2 Puericultura .....  | 17 |
| 5.3 Exame Físico na criança .....   | 18 |
| 5.4 Avaliação do Crescimento e desenvolvimento .....  | 21 |
| 5.5 Calendário de vacinação .....   | 21 |
| 5.6 Exames complementares na criança saudável .....   | 21 |
| 5.7 Alimentação saudável .....  | 22 |
| 5.8 Alimentação saudável no desmame precoce .....   | 23 |
| <b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....  | 24 |
| 6.1 Descrição e explicação do problema selecionado (terceiro e quarto passos) .                       | 24 |
| 6.2 Seleção dos nós críticos (quinto passo) .....   | 24 |
| 6.3 Desenho das operações (sexto passo) .....   | 25 |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 28 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 29 |
| <b>Anexo A</b> .....  | 31 |

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aspectos gerais do município**

Arapiraca possui aproximadamente 234.185 habitantes (BRASIL, 2017). Considerada a principal cidade do interior do estado, é um importante centro comercial da região agreste, pois interliga as demais regiões geoeconômicas do Estado e se caracteriza como polo de abastecimento agropecuário, comercial, industrial e de serviços. Nos anos 70, ficou conhecida como a "Capital do Fumo" por ser um dos maiores produtores de tabaco do país.

O processo de urbanização da cidade ocorreu de forma desordenada e sem um planejamento adequado, tendo um inchaço da zona urbana a partir do fluxo migratório da zona rural, o que trouxe consequências negativas agravando os problemas sociais, dentre eles, o aumento de favelas, cortiços. Segundo dados do IBGE, 44,8% da população vive com até meio salário mínimo por mês. A taxa de escolarização de 6-14 anos é de 95,9% (BRASIL, 2010). Com relação à saúde, a mortalidade infantil segue a tendência nacional de queda, sendo de 14,77 em 2014.

De acordo o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Alagoas, Arapiraca é referência para 46 municípios da 2ª Macrorregião, no entanto, serve de referência no atendimento para Média e Alta Complexidades Ambulatorial e Hospitalar para cerca de 56 municípios.

Apenas 19,1% dos domicílios do município de Arapiraca possui esgotamento sanitário adequado (BRASIL, 2010).

### **1.2 O sistema municipal de saúde**

A rede de saúde dentro do município é composta de 220 (duzentos e vinte) estabelecimentos de Saúde entre os públicos e privados cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES (BRASIL, DATASUS- 2013). O município é contemplado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), (37 Unidades básicas de saúde e 6 Centros de saúde), além de 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um CAPS AD, 01 Banco de Leite, 01 Centro de Zoonose, 01 Centro de Atenção de Testagem Anônima (CTA), 01 Centro de Referência Integrado de Arapiraca (CRIA), Centro Especializado de Odontologia

(CEO), o que possibilita o atendimento às comunidades na Rede de Atenção à Saúde, mesmo as localizadas distantes (BRASIL, 2013).

### **1.3 A Equipe de Saúde da UBS Dr. José Ribeiro, seu território e sua população**

O III Centro de Saúde, Unidade Dr. José Ribeiro, foi inaugurado há quase 10 anos no bairro de Santa Edwirges da cidade de Arapiraca. Conta com três equipes de saúde da família, sendo cada equipe composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, nove ou oito agentes de saúde, um dentista e um Assistente de Saúde Bucal - ASB.

A população atendida gira em torno de 12.346 pessoas, abrangendo os bairros de Caititus (Equipe I), Santa Esmeralda (Equipe II), Santa Edwirges e Brasileira (Equipe III). Bairros com realidades sociais bem distintas, sendo uns muito pobres enquanto que outros de classe média.

Trata-se de uma Unidade Nova bem equipada com recepção ampla e jardim no centro. Todas as salas possuem ar condicionado e cadeiras confortáveis para os profissionais. As salas contam ainda com computador e o sistema de atendimento é por meio do prontuário eletrônico. Possui uma sala de reunião, antes ocupada temporariamente pelo CAPS- AD, mas agora disponível para os grupos operativos.

Este trabalho justifica-se devido a relevância do tema de Puericultura e a deficiência nos atendimentos principalmente pela equipe médica de crianças na faixa etária de 0 a 2 anos considerada prioritária pelo Ministério da Saúde. Os atendimentos que chegavam de crianças até 10 anos eram apenas casos de diarreia e desnutrição leve, mas as ações preventivas não estavam acontecendo.

### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

A partir do método da Estimativa rápida foi possível a identificação dos principais problemas do território, entre eles grande número de pacientes com diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia e, conseqüentemente, muitas pessoas com alto risco cardiovascular, além de depressão, ansiedade, dependência de psicofármacos. O principal deles, no entanto, foi a falta de organização dos atendimentos de Puericultura.

### 1.5 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde III, Unidade Básica de Saúde 3º CENTRO, município de Arapiraca, estado de Alagoas.

| Problemas   | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/ Priorização**** |
|---|--------------|------------|--------------------------------|--------------------------|
| Falta de organização dos atendimentos de puericultura | Alta         | 8          | Parcial                        | 1                        |
| Diarreia em crianças                                  | Alta         | 6          | Parcial                        | 2                        |
| Alto risco cardiovascular                             | Alta         | 5          | Parcial                        | 2                        |
| Depressão   | Alta         | 5          | Parcial                        | 2                        |
| Ansiedade   |              |            |                                |                          |

Fonte: Autoria própria

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2. JUSTIFICATIVA

A atenção primária à Saúde (APS) é uma estratégia para organizar os serviços de saúde, possibilitando dessa forma o acesso universal dos indivíduos e atenção integral ao longo do tempo (FERREIRA, COSTA, ANDRADE, 2015). Com relação à saúde da criança, a Puericultura assume papel de destaque no acompanhamento do desenvolvimento e crescimento infantil utilizando para isso medidas de baixo custo, simples e eficazes (MARTINIANO et al, 2013 ).

O termo “puericultura” etimologicamente quer dizer: puer = criança e cultur/cultura = criação, cuidados dispensados a alguém. O acompanhamento das crianças deve ser regular a fim de garantir uma assistência de qualidade, para isso o Ministério da Saúde propõe um calendário mínimo de consultas (RICCO et al, 2000; BLANK, 2003). A primeira consulta deve ocorrer na primeira semana de vida da criança e é imprescindível nesse momento estimular o aleitamento materno exclusivo, orientar e realizar imunizações e verificar a realização do teste do pezinho para estabelecer ou reforçar a rede de apoio à família (BRASIL, 2012a).

Após a consulta na primeira semana de vida, devem ser realizadas outras consultas subsequentes totalizando sete consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde no primeiro ano de vida (1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), na impossibilidade de se realizar consultas mensais. No segundo ano de vida, são preconizadas duas consultas (no 18º e no 24º mês). Após o 2º ano, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário (BRASIL, 2012a).

O crescimento é um dos sinais mais importantes de saúde da criança e sua avaliação é feita utilizando-se medidas antropométricas como o peso, a estatura e o perímetro cefálico (DEL CIAMPO et al, 2006). Ele é influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são representados pelos fatores genéticos e neuroendócrinos e os extrínsecos correspondem aos fatores ambientais representados principalmente pela dieta (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde recomenda como padrão para acompanhar o crescimento das crianças brasileiras as tabelas de peso/idade, altura/idade e perímetro cefálico/idade elaboradas pela OMS com o sistema de percentil e de desvio padrão (escore Z) (BRASIL, 2012a). Além dessas medidas antropométricas, é preciso orientar a suplementação de algumas vitaminas e minerais. Recomenda-se suplementação de 1mg/kg/dia de ferro elementar para crianças a partir de 6 meses

que não estão em uso de pelo menos 500 ml de fórmula até os 2 anos e para prematura com peso acima de 1500 g e RN de baixo peso recomenda-se 2mg/kg/dia de ferro elementar a partir do 1º mês de vida até 1 ano e após esse período 1mg/kg/dia até os 2 anos. Para aqueles com peso menor que 1000g 4mg/kg/dia e entre 1000-1500g, 3mg/kg/dia no primeiro ano de vida.

Segundo o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, a conduta de administração via oral da megadose de vitamina A é de 100.000 UI para crianças de 6 meses a 11 meses de idade e de 200.000 UI a cada 6 meses para crianças de 12 a 59 meses de idade. Para puérperas: 1 megadose de vitamina A na concentração de 200.000 UI, no período pós-parto imediato, ainda na maternidade (BRASIL, 2012a).

Dessa forma, a Puericultura é um tema de muita relevância, pois constitui um pilar essencial da atenção básica oferecendo atenção integral à criança e ao adolescente, possibilitando a formação de adultos mais saudáveis, conscientes de suas potencialidades, direitos e deveres como cidadãos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral:**

- Reorganizar os atendimentos de Puericultura de crianças de 0 a 2 anos na Unidade Básica de Saúde Dr. José Ribeiro no município de Arapiraca

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Reduzir problemas relacionados ao atraso de desenvolvimento e de crescimento;
- Reduzir doenças prevalentes na infância e suas consequências;
- Aumentar a cobertura vacinal;
- Evitar erro alimentar na alimentação da criança;
- Assegurar amamentação até o segundo ano de vida
- Definir esquema alimentar para o desmame precoce.

#### **4 METODOLOGIA**

Para elaboração deste projeto de intervenção foi utilizado inicialmente o Planejamento Estratégico Situacional com o objetivo de realizar uma estimativa rápida dos problemas observados e a partir daí definir um problema prioritário, os nós críticos e as ações.

Foi realizada revisão bibliográfica por meio de consulta às bases de dados Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde - BIREME e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde -LILACS, além de documentos do Ministério da Saúde, entre outros. As normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) foram aplicadas na redação dos textos além das orientações do módulo de iniciação à metodologia.

As palavras-chave e keywords foram retiradas dos Descritores em Ciência da Saúde.

## **5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **5.1 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**

A publicação da Declaração de Alma Ata em 1978 foi um grande marco no desenvolvimento da atenção primária, denominada nacionalmente de atenção básica, já que ela foi colocada como ponto central do sistema de saúde (ARANTES, ERI SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN, 2016). A atenção básica atua por meio da promoção da saúde e prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Conta com profissionais com grande base de conhecimento e uma visão interdisciplinar, objetivando incrementar a resolução dos problemas sem elevação dos custos (BRASIL, 2012b; CASTRO et al, 2012).

No Brasil, o Movimento de Reforma Sanitária impulsionou a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, cujas bases doutrinárias foram formuladas na 8ª Conferência de Saúde (SILVA, CASOTTI, CHAVES, 2013). Com base nesses preceitos e baseando-se em experiências que deram certo em outros países, foi implementado no Brasil em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (FERTOLANI et al, 2015).

A ESF constitui uma porta de entrada do sistema, expandindo o acesso da população aos serviços de saúde e suas diretrizes configuram um novo modelo assistencial superando o modelo biomédico ao considerar os determinantes do processo saúde-doença como contexto familiar e características sócio-culturais, abrangendo ações de vigilância em saúde e promoção de saúde. (CASTRO et al., 2012; FERTOLANI et al., 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2012 fortaleceu ainda mais a ESF e o papel da Atenção Básica (AB) como ordenadora das redes. Com a criação em 2011 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e em 2013 do Programa Mais Médicos (PMM), mais recursos foram mobilizados para a expansão da AB em todo o país. (JUNIOR, PINTO, 2014).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas perto de onde as pessoas vivem, atuam garantindo à população o acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Fornecer estrutura para essas unidades com os investimentos do

Ministério da Saúde é um desafio enfrentado pelo Brasil que é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes e um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito (BRASIL, 2012b; JUNIOR, PINTO, 2014).

Cada UBS é composta por uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2012b).

## 5.2 Puericultura

No que se refere à atenção à saúde da criança, tem papel primordial a consulta de puericultura que atua através de medidas simples e de baixo custo, mas com grandes resultados. Ela tem o papel de dar assistência integral à criança e a família, compreendendo os determinantes do processo saúde-doença como um todo e assim associando fatores físicos, sociais e psíquicos da criança com fatores ambientais. Tudo isso com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil e a incidência de doenças, garantindo o crescimento e desenvolvimento de modo saudável e sua qualidade de vida. (MARTINIANO et al, 2013; FERREIRA, COSTA, ANDRADE, 2015).

Segundo o novo Dicionário Houaiss, a puericultura trata-se de uma ciência que reúne todas as noções de fisiologia, higiene e sociologia, suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade. O crescimento é um dos sinais mais importantes de saúde da criança e por isso é uma peça fundamental para qualquer estratégia de promoção da saúde infantil, recomendado e reconhecido como uma importante ação de saúde (BLANK, 2003).

As mães devem ser orientadas sobre a importância das consultas de puericultura desde o pré-natal, pois o seguimento da criança logo após o nascimento até 10 anos de idade permite o diagnóstico mais rápido de alterações do crescimento e desenvolvimento principalmente, prevenindo complicações. O Ministério da Saúde (MS) recomenda 7 consultas no primeiro ano de vida, 2 no

segundo ano e depois desse período consultas anuais. (MALAQUIAS, GAÍVA, HUGARASHI, 2015).

É importante que todos os profissionais tenham conhecimento sobre a proposta de acompanhamento de Puericultura do MS, que inclui a “Primeira Semana Saúde Integral”, a qual corresponde as ações desenvolvidas na primeira semana de vida do recém nascido visando uma assistência qualificada. (MALAQUIAS, BALDISSERA, HIGARASHI, 2015).

A Puericultura deve se estender a toda população do nascimento aos 20 anos incompletos, porém as ações de recuperação nutricional devem dar prioridade a crianças até os dois anos de idade porque segundo estudos os déficits de crescimento até essa idade podem ser recuperados totalmente, enquanto acima disso se torna bem mais difícil reverter (DEL CIAMPO et al, 2006).

### **5.3 Exame Físico na criança**

A primeira consulta do recém-nascido - RN deverá ser realizada ainda na primeira semana de vida ajudando a família nas dificuldades com a criança, seja em relação ao aleitamento materno, quanto à vacinação da criança, reforçando a rede de apoio à família. É importante lembrar que a Caderneta da Criança é um instrumento que deve ser utilizado em todas as consultas de Puericultura (MALAQUIAS, GAÍVA, HUGARASHI, 2015; BRASIL 2012a).

Ainda na primeira consulta de puericultura, um exame físico minucioso deve ser realizado. As medidas antropométricas como peso, comprimento e perímetro cefálico são de extrema importância. É normal a perda de até 10% do peso ao nascer na primeira semana de vida, já ao encontrar um perímetro cefálico acima ou abaixo de dois desvios-padrão ( $< -2$  ou  $> +2$  escores “z”), é preciso pensar em doenças neurológicas como microcefalia e hidrocefalia, o que exige encaminhamento (BRASIL 2012a).

O desenvolvimento social e psicoafetivo da criança também deve ser avaliado considerando os marcos do desenvolvimento. O exame físico continua com a avaliação do estado geral da criança; da face, pesquisando assimetria, malformação ou aparência sindrômica; da pele; crânio com o exame das fontanelas. A fontanela anterior mede entre 1 cm e 4 cm, tem forma losangular, e fecha-se do 9º ao 18º

mês, não devendo estar fechada ao nascimento. Já a posterior tem forma triangular, mede cerca de 0,5 cm e fecha-se até o segundo mês (BRASIL 2012a).

Na avaliação ocular é importante a realização do teste do reflexo vermelho e se houver um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, a criança deverá ter avaliação de um oftalmologista, pois pode apresentar catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia. Os prematuros com menos de 32 semanas ou com menos de 1500g devem ter cuidado especial com avaliação de oftalmologista, na sexta semana de vida, pois o teste do reflexo vermelho detecta apenas retinopatia apenas em graus avançados nos prematuros. Deve ser avaliada ainda a presença de conjuntivites, descartando por infecção por gonococo, clamídia e herpesvírus, além de estrabismo (ou esotropia) e nistagmo lateral que são comuns nesta fase devendo ser encaminhados se persistirem a partir de 4 meses (BRASIL 2012a).

É preciso orientar a família para realização do “teste da orelhinha”, avaliar a forma do nariz e a presença de secreção, que pode levantar a suspeita de sífilis, observar alterações morfológicas na boca, avaliar assimetrias no pescoço e no tórax. No exame físico do abdome, como a respiração da criança é predominantemente abdominal pode-se avaliar a frequência respiratória. Além da presença de distensão abdominal, hérnias, diátese de retos abdominais e agenesia da musculatura abdominal, verificar a presença de granuloma umbilical após queda do coto e onfalite (BRASIL, 2012a).

Na genitália, apalpar a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos, que podem descer até os 3 meses se não estiverem presentes na primeira consulta. Se até os 6 meses não descerem a criança deve ser encaminhada para melhor avaliação e tratamento. Verificar a presença de hidrocele que é o acúmulo de líquido na bolsa escrotal e em geral tem regressão espontânea até os 2 anos. A presença de fimose é fisiológica ao nascimento. Na avaliação neurológica observar reflexos arcaicos: sucção, preensão palmo-plantar e Moro que são fisiológicos. O tônus normal é de semiflexão generalizada. A repetição desse exame físico completo realizado na primeira consulta não é recomendada nas consultas subsequentes (BRASIL, 2012a).

Porém algumas etapas ficam mantidas como a monitorização do crescimento por meio de medidas antropométricas, desenvolvimento. Deve-se realizar nas primeiras consultas com 15 dias, 30 dias e 2 meses o rastreamento de displasia

evolutiva do quadril com as manobras de Barlow (provoca o deslocamento) e Ortolani (sua redução). É preciso avaliar a frequência respiratória e cardíaca da criança, que está dentro da normalidade considerando os valores das tabelas abaixo (BRASIL 2012a).

Quadro 2 – Frequência cardíaca

| Idade      | Variação normal |
|------------|-----------------|
| Recém-nato | 70 a 170        |
| 11 meses   | 80 a 160        |
| 2 anos     | 80 a 130        |
| 4 anos     | 80 a 120        |
| 6 anos     | 75 a 115        |
| 8 anos     | 70 a 110        |
| 10 anos    | 70 a 110        |

Fonte: Caderno de Atenção Básica, nº 33, 2012

Quadro 3 – Frequência respiratória normal

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| De 0 a 2 meses       | Até 60mrm |
| De 2 a 11 meses      | Até 50mrm |
| De 12 meses a 5 anos | Até 40mrm |
| De 6 a 8 anos        | Até 30mrm |
| Acima de 8 anos      | Até 20mrm |

Fonte: Caderno de Atenção Básica, nº 33, 2012

A pressão arterial deve ser aferida a partir dos 3 anos nas consultas de rotina segundo consenso na literatura. A avaliação visual deve continuar nas consultas da criança com a realização do teste do reflexo vermelho com 4, 6 e 12 meses e aos 2 anos de idade. A acuidade visual só deverá ser avaliada a partir dos 3 anos e crianças entre 3 e 5 anos devem ser encaminhadas ao oftalmologista se acuidade inferior a 20/40. Além do exame físico, é importante dar orientações aos pais quanto à posição para dormir evitando o risco de morte súbita do RN, lavagem das mãos

antes de pegar o RN para prevenir infecções respiratórias, aconselhamento em relação aos hábitos alimentares, entre outros (BRASIL, 2012a).

#### **5.4 Avaliação do Crescimento e desenvolvimento**

O peso reflete alterações no crescimento mais rapidamente do que a estatura, que vai ser alterada mais tardiamente. O perímetro cefálico pode ser acompanhado até os dois anos, já que esta é a fase de maior crescimento da cabeça e do cérebro. A fontanela anterior ou bregmática se fecha entre 9 e 18 meses. A fontanela posterior ou lambdoide geralmente fecha entre 1 e 2 meses de vida (BRASIL, 2012a). Todas as informações sobre o crescimento da criança devem ser anotadas na Caderneta da Criança e o serviço de saúde deve manter uma cópia deste cartão anexada ao prontuário da criança (BRASIL, 2012a).

O preenchimento desses cartões reflete a qualidade da assistência do serviço, já que contribui na redução da morbimortalidade infantil como vem ocorrendo nas duas últimas décadas (BLANK, 2003).

#### **5.5 Calendário de vacinação**

O Brasil possui um calendário de vacinação que previne contra várias doenças ou suas formas graves. O calendário de vacinação atualizado está descrito no Anexo A.

#### **5.6 Exames complementares na criança saudável**

Alguns exames podem ser solicitados para crianças a exemplo do hemograma, mas não é necessário realizar de rotina em todas as crianças se ocorrer a suplementação de ferro a qual está indicada pelo Programa Nacional de Suplementação de Ferro para crianças a partir de 6 meses ou a partir dos 4 meses que não estão em aleitamento materno exclusivo. O hemograma pode ser solicitado apenas para crianças de risco (BRASIL, 2012a).

O exame de fezes pode ser realizado em crianças que vivem em áreas de maior prevalência de parasitoses intestinais, já o exame de urina não é recomendado como exame de rotina em crianças assintomáticas. O rastreamento do perfil lipídico poderá ser realizado a partir dos 2 anos em crianças que tenham história familiar de doença cardiovascular precoce ou cujos pais tenham colesterol

total acima de 240mg/dl. Deve-se repetir esse rastreamento a cada 3 a 5 anos (BRASIL, 2012a).

### **5.7 Alimentação saudável**

Os cuidados com uma alimentação saudável começam com a amamentação. O leite materno é suficiente nos primeiros seis meses de vida da criança e só deve ser complementado a partir desse período, quando devem ser introduzidos outros alimentos. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 houve um aumento da amamentação na primeira hora de vida no Brasil, o que evidencia o impacto positivo das medidas de saúde pública. No entanto, a amamentação exclusiva no Brasil ainda está muito longe das recomendações e os profissionais de saúde têm papel importante na mudança desse quadro. (BRASIL, 2015).

As orientações sobre amamentação podem ser dadas ainda nas consultas de pré-Natal e é papel dos profissionais de saúde apoiar as mães e orientar a técnica correta que acontece quando a boca da criança está bem aberta e o lábio inferior evertido com as bochechas arredondadas e não encovadas, a porção superior da aréola fica mais visível que a inferior. O corpo da criança deve estar voltado para o corpo da mãe, estando a cabeça e o corpo alinhados. O aleitamento materno é classificado em aleitamento materno exclusivo, que é quando somente é utilizado leite materno para alimentação da criança; aleitamento materno predominante, que é quando a criança recebe outros líquidos além do leite materno; aleitamento materno que é quando a criança recebe leite materno independentemente de receber ou não outros alimentos; o aleitamento materno complementado, que é quando a criança recebe algum alimento sólido ou semissólido além do leite materno e finalmente o aleitamento materno misto ou parcial, que é quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (BRASIL 2012 a; BRASIL, 2015).

Já está bem estabelecido na literatura que o aleitamento materno previne contra infecções e crianças amamentadas correm menos risco de morrer por causas preveníveis, sendo esta proteção maior quanto mais nova é a criança, diminuindo à medida que a criança cresce. Crianças amamentadas têm menos risco de diarreia, infecções respiratórias, menor risco de alergias, hipertensão, hipercolesterolemia e diabetes. Menor chance de obesidade, melhor desenvolvimento da cavidade bucal e

até um melhor desenvolvimento cognitivo para a criança. Para a mãe também há muitas vantagens como a proteção contra o câncer de mama, de ovário, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão e a prevenção de nova gravidez (BRASIL 2012 a; BRASIL, 2015).

A amamentação também permite maior vínculo mãe-bebê, melhor qualidade de vida e menores custos financeiros com a alimentação da criança (BRASIL, 2015).

### **5.8 Alimentação saudável no desmame precoce**

Infelizmente em algumas situações especiais a amamentação está contraindicada ou a mãe realmente não consegue amamentar o que ocasiona um desmame precoce. Nessas situações o ideal seria o uso de fórmula infantil, já que o leite de vaca contém muita proteína com maior proporção de caseína que tem uma digestão mais difícil, maior quantidade de sódio, potássio, cloretos e fósforo, possui menos nutrientes como ácidos graxos essenciais, vitaminas e carboidratos e é muito alergênico. No entanto, o leite de vaca é o mais acessível para a maioria das crianças por ser mais barato e o uso de fórmula ainda é restrito àquelas mais favorecidas economicamente (BRASIL, 2015; BRASIL, 2012a).

Dessa forma, o profissional de saúde deve orientar a esses pais como diluir o leite de forma adequada de forma a minimizar os danos. Para crianças com menos de quatro meses, deve-se colocar uma colher de sobremesa rasa para cada 100 ml de água fervida, se for leite em pó integral, mas se for o leite fluido coloca-se 2/3 de leite e 1/3 de água fervida, acrescentando uma colher de chá de óleo para cada 100 ml para melhorar a qualidade energética.

Nessas crianças é preciso oferecer a partir do segundo mês suplementação de vitamina C (30 mg/dia) e a partir dos 4 meses oferecer a suplementação de ferro (1mg/Kg/dia) junto com a alimentação complementar, não sendo mais necessário diluir o leite de vaca integral a partir do quarto mês nem acrescentar óleo, pois a criança irá receber outros alimentos. Oferecer sempre água a criança entre as refeições se ela fizer uso do leite de vaca (BRASIL, 2015).

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “falta de organização dos atendimentos de Puericultura”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### **6.1 Descrição e explicação do problema selecionado (terceiro e quarto passos)**

Após o diagnóstico situacional da área, foram vistos alguns problemas, sendo o principal deles a falta de organização dos atendimentos de Puericultura pela equipe de saúde. O acompanhamento adequado de crianças principalmente na faixa etária mais crítica que vai de 0 a 2 anos é de suma importância para se evitar erro alimentar e conseqüentemente desnutrição infantil, atraso vacinal e atraso de crescimento e desenvolvimento, pois a prevenção desses eventos é realizada de forma adequada (BRASIL, 2012a).

Crianças saudáveis serão adultos mais saudáveis, pois essa fase da vida é decisiva na qualidade de vida no futuro, por isso a preocupação do Ministério da Saúde e da OMS para que essas crianças sejam bem assistidas.

### **6.2 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

Na atenção básica é preciso que a equipe de saúde tenha o cuidado de não estar focada apenas no modelo biomédico, com medidas essencialmente curativas, sem levar em consideração as ações preventivas e de promoção da saúde. Na Unidade de Saúde III centro, nos dias destinados a atendimento de Puericultura, só apareciam crianças já doentes seja por diarreia na maior parte das vezes, IVAS ou outras doenças, sem a caderneta e sem acompanhamento correto das consultas de Puericultura como preconiza o Ministério da Saúde.

Dessa forma, houve dificuldade em realizar acompanhamento adequado de crianças de 0 a 2 anos, pois a própria população não entendia sua importância. Além disso, havia pouca interação entre o enfermeiro e o médico na discussão dos casos de Puericultura e os agentes comunitários de saúde eram pouco engajados na orientação dos usuários sobre a importância da puericultura.

### 6.3 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ falta de organização dos atendimentos de Puericultura”, na população sob responsabilidade da Equipe 3 de Saúde da Família III Centro , do município de Arapiraca, estado de Alagoas

|  |   |
|--|---|
| <b>Nó crítico 1</b>  | Dificuldade em realizar acompanhamento adequado de crianças de 0 a 2 anos   |
| <b>Operação (operações)</b>                                | Elaboração de um calendário de consultas de acordo com o Ministério da Saúde com protocolo de seguimento  |
| <b>Projeto</b>   | “Prevenir é o melhor remédio”   |
| <b>Resultados esperados</b>                                | Adesão dos pais às consultas dos filhos de forma correta  |
| <b>Produtos esperados</b>                                  | Acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento das criança, bem como da situação vacinal e alimentação.   |
| <b>Recursos necessários</b>                                | Estrutural: Profissionais capacitados<br>Cognitivo: Consultas adequadas<br>Financeiro: ---<br>Político: ---   |
| <b>Recursos críticos</b>                                   | Estrutural: Profissionais capacitados<br>Cognitivo: Consultas adequadas<br>Político: Adesão da equipe<br>Financeiro: ---  |
| <b>Controle dos recursos críticos</b>                      | --  |
| <b>Ações estratégicas</b>                                  | Estimular ações em rodas de conversa com os pais de crianças de 0-2 anos; Capacitar os agentes de saúde quanto às marcações das consultas de Puericultura e quanto ao acompanhamento da situação vacinal de todas as crianças de 0 a 2 anos, realizando busca ativa dos faltosos. |
| <b>Prazo</b>   | Imediato  |
| <b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b> | Médico, enfermeiro, agentes de saúde.   |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b> | Direção da Unidade  |

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ falta de organização dos atendimentos de Puericultura”, na população sob responsabilidade da Equipe 3 de Saúde da Família III Centro , do município de Arapiraca, estado de Alagoas

|  |   |
|--|---|
| <b>Nó crítico 2</b>  | Falta de organização dos atendimentos de Puericultura com divisão de consultas entre médico e enfermeiro  |
| <b>Operação</b><br>(operações)                             | Maior discussão dos casos e divisão das consultas entre médico e enfermeiro   |
| <b>Projeto</b>   | “Interação da equipe para o bem do paciente”  |
| <b>Resultados esperados</b>                                | Maior resolutividade dos casos.   |
| <b>Produtos esperados</b>                                  | Maior organização e efetividade dos atendimentos de Puericultura  |
| <b>Recursos necessários</b>                                | Estrutural: Profissionais capacitados<br>Cognitivo: Consultas adequadas<br>Financeiro: ---<br>Político: ---   |
| <b>Recursos críticos</b>                                   | Estrutural: Profissionais capacitados<br>Cognitivo: : Consultas adequadas<br>Político: Adesão da equipe<br>Financeiro: ---  |
| <b>Controle dos recursos críticos</b>                      | --  |
| <b>Ações estratégicas</b>                                  | Sensibilizar a equipe da unidade de saúde objetivando um atendimento humanizado direcionado à criança;<br>Reduzir doenças prevalentes na infância;<br>Aumentar a cobertura vacinal;<br>Assegurar a amamentação até o segundo ano de vida;<br>Definir esquema alimentar para os desmames precoces. |
| <b>Prazo</b>   | Imediato  |
| <b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b> | --  |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b> | Direção da Unidade  |

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “falta de organização dos atendimentos de Puericultura”, na população sob responsabilidade da Equipe 3 de Saúde da Família III Centro , do município de Arapiraca, estado de Alagoas.

|  |   |
|--|---|
| <b>Nó crítico 3</b>  | Baixa adesão a consultas de puericultura pelos pais   |
| <b>Operação</b> (operações)                                | Realizar capacitações sobre a importância do tema para a saúde e bem estar da criança com os ACS                              |
| <b>Projeto</b>   | “A união faz a força”   |
| <b>Resultados esperados</b>                                | Maior número de consultas de Puericultura   |
| <b>Produtos esperados</b>                                  | População mais informada e colaborativa com os cuidados de puericultura   |
| <b>Recursos necessários</b>                                | Estrutural: Profissionais capacitados<br>Cognitivo: Informações sobre o tema<br>Financeiro: ---<br>Político: ---              |
| <b>Recursos críticos</b>                                   | Estrutural: Profissionais capacitados<br>Cognitivo: Informações sobre o tema<br>Político: Adesão da equipe<br>Financeiro: --- |
| <b>Controle dos recursos críticos</b>                      | --  |
| <b>Ações estratégicas</b>                                  | Estimular ações em rodas de conversa com os pais de crianças de 0-2 anos  |
| <b>Prazo</b>   | Imediato  |
| <b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b> | --  |
| <b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b> | Direção da Unidade  |

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A máxima de saúde nos dias atuais é a prevenção e a Puericultura, por sua vez, é baseada justamente em medidas preventivas garantindo a saúde da criança. Sabemos que o impacto da alimentação é decisivo nos primeiros dois anos de vida sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças, sendo muitas vezes irreversíveis as alterações nessa fase da vida se não cuidadas adequadamente. A vacinação também é um pilar da Puericultura, pois previne o surgimento de algumas doenças bem como de suas formas graves.

Assim, esse trabalho se propõe a intervir de modo a garantir a saúde das crianças assistidas pela UBS na qual trabalho bem como integrar toa a equipe de saúde para garantir uma assistência de qualidade. Assim teremos adultos mais saudáveis e felizes, plenos de seus direitos, potencialidades e cidadania

## REFERÊNCIAS

ARANTES, ERI SHIMIZU, MERCHÁN-HAMANN. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.5, p.1499-1509, 2016.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, v.79, Supl.1, 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0403/pdf/IS23%284%29094.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23%284%29094.pdf)

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/arapiraca/panorama>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf)

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS 2013. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/arapiraca/panorama>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015 (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/arapiraca/panorama>

CAMPOS, FARIA, SANTOS. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.

CASTRO, R.C.L.; et., al., Avaliação da qualidade de atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. V.28, n.9, p. 1772-1784, set, 2012.

DEL CIAMPO, L.A; et al., **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3: p. 739-743, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30988>

FERREIRA, T. L. S; COSTA, I. C. C; ANDRADE, F. B. Avaliação do atributo integralidade em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**. v. 1; n. 1; p. 22-9, 2015.

FERTOLANI, H. P.; PIRES, D.E.P.; BIFF, D.; SCHERER, M.D.A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.6, p.1869-1878, 2015.

JUNIOR, H. M. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro. n. 51, p. 14-29, out. 2014.

MALAQUIAS, T.S.M.; GAÍVA, M.A.M.; HIGARASHI, I.H. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 36, n.1, p.62-8, 2015.

MALAQUIAS, T.S.M.; BALDISSERA, V.A.D.; HIGARASHI, I.H. Percepções da equipe de saúde e de familiares sobre a consulta de puericultura. **Cogitare Enfermagem**. v. 20, n.2, p.368-75, 2015.

MARTINIANO, C.S.; et., al., Análise dos cuidados de puericultura e da relação puericultor-criança-cuidador na atenção básica. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória. v.15, n.1, p.40-48, jan-mar, 2013.

RICCO, R. G; DEL CIAMPO, L.A; ALMEIDA, C.A.N. **Puericultura. Princípios e Práticas: atenção integral à saúde da criança**. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 1-4. Disponível em: <http://www.editorametha.com.br/livros-de-medicina/puericultura-principios-e-praticas-atenc-o-integral-a-saude-da-crianca-e-do-adolescente.html>

SILVA, L.A.; CASOTTI, A.A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n.1, p.221-232, 2013.

## Anexo A

| Grupo etário | Idade           | BCG        | Hepatite B                             | Penta/DTP            | VIP/VOP              | Pneumocócia 10V (conjugada)* | Rotavírus Humano | Meningocócia C (conjugada)*  | Febre Amarela**   | Hepatite A**** | Tríplice Viral                               | Tetra viral***** | Varicela** | HPV*****   | Dup h Adulto                           | dTp*****  |
|--------------|-----------------|------------|--|----------------------|----------------------|------------------------------|------------------|--|---|----------------|--|------------------|------------|--|--|---|
| Crianças     | Ao nascer       | Dose única | Dose ao nascer                         |                      |                      |                              |                  |  |   |                |  |                  |            |  |  |   |
|              | 2 meses         |            |  | 1ª dose              | 1ª dose (com VIP)    | 1ª dose                      | 1ª dose          |  |   |                |  |                  |            |  |  |   |
|              | 3 meses         |            |  |                      |                      |                              |                  | 1ª dose  |   |                |  |                  |            |  |  |   |
|              | 4 meses         |            |  | 2ª dose              | 2ª dose (com VIP)    | 2ª dose                      | 2ª dose          |  |   |                |  |                  |            |  |  |   |
|              | 5 meses         |            |  |                      |                      |                              |                  | 2ª dose  |   |                |  |                  |            |  |  |   |
|              | 6 meses         |            |  | 3ª dose              | 3ª dose (com VIP)    |                              |                  |  |   |                |  |                  |            |  |  |   |
|              | 9 meses         |            |  |                      |                      |                              |                  |  | ***Dose única   |                |  |                  |            |  |  |   |
|              | 12 meses        |            |  |                      |                      | Reforço                      |                  | Reforço  |   |                | 1ª dose                                      |                  |            |  |  |   |
|              | 15 meses        |            |  | 1º reforço (com DTP) | 1º reforço (com VOP) |                              |                  |  |   | Um a dose      |  | Uma dose         |            |  |  |   |
|              | 4 anos          |            |  | 2º reforço (com DTP) | 2º reforço (com VOP) |                              |                  |  |   |                |  |                  | Um a dose  |  |  |   |
| 9 anos       |                 |            |  |                      |                      |                              |                  |  |   |                |  |                  |            |  |  |   |
| Adolescente  | 10 a 19 anos    |            | 3 doses (verificar a situação vacinal) |                      |                      |                              |                  | 01 reforço ou dose única (verificar a situação vacinal - 11 a 14 anos) | Dose única (não vacinado ou sem comprovante de vacinação) |                | 2 doses (verificar a situação vacinal)       |                  |            | 2 doses (meninas de 9 a 14 anos) 2 doses (meninos de 11 a 14 anos) | Reforço a cada (10 anos)               |   |
| Adulto       | 20 a 59 anos    |            | 3 doses (verificar a situação vacinal) |                      |                      |                              |                  |  | Dose única (não vacinado ou sem comprovante de vacinação) |                | 2 doses (20 a 29 anos) 1 dose (30 a 49 anos) |                  |            |  | Reforço a cada (10 anos)               |   |
| Idoso        | 60 anos ou mais |            | 3 doses (verificar a situação vacinal) |                      |                      |                              |                  |  | Dose única (não vacinado ou sem comprovante de vacinação) |                |  |                  |            |  | Reforço a cada (10 anos)               |   |
| Gestante     |                 |            | 3 doses (verificar a situação vacinal) |                      |                      |                              |                  |  |   |                |  |                  |            |  | 3 doses (verificar a situação vacinal) | Uma dose a cada gestação a partir da 20ª semana |

Fonte: Ministério da Saúde, 2018.