

**JULIANA DOS SANTOS SOUZA**

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO VIVA VIDA PARA ACOMPANHAMENTO  
DAS CRIANÇAS ATÉ CINCO ANOS VINCULADAS À EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CORDISVIDA, CORDISBURGO -  
MINAS GERAIS**

**Uberaba - MG**

**2010**

**JULIANA DOS SANTOS SOUZA**

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO VIVA VIDA PARA ACOMPANHAMENTO  
DAS CRIANÇAS ATÉ CINCO ANOS VINCULADAS À EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CORDISVIDA, CORDISBURGO -  
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito  
parcial à obtenção do título de especialista em Atenção  
Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Zeina Soares Moulin

**Uberaba - MG  
2010**

**JULIANA DOS SANTOS SOUZA**

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO VIVA VIDA PARA ACOMPANHAMENTO  
DAS CRIANÇAS ATÉ CINCO ANOS VINCULADAS À EQUIPE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CORDISVIDA, CORDISBURGO -  
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito  
parcial à obtenção do título de especialista em Atenção  
Básica em Saúde da Família.

Orientadora: Zeina Soares Moulin

Banca Examinadora:  
Zeina Moulin Aguiar  
Edison José Corrêa

Aprovado em Belo Horizonte em 18/12/2010

Eu agradeço a Deus pela graça da vida, a minha mãe, meu esposo e meu filho pela paciência e apoio dado, pois sem eles eu não conseguiria vencer os obstáculos.

Agradeço também aos responsáveis pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela oportunidade oferecida, aos tutores e em especial a professora Zeina, minha orientadora, pela sua dedicação e empenho em me ajudar.

*O Senhor é a minha força e o meu escudo*  
SALMO 28:7

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. OBJETIVOS .....</b>	<b>9</b>
<b>1.3. MÉTODO .....</b>	<b>17</b>
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA.....</b>	<b>11</b>
2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	18
2.2 O ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS ATÉ CINCO ANOS DE VIDA, SEGUNDO O PROTOCOLO VIVA VIDA .....	19
2.3. CONHECENDO OS DADOS DEMOGRÁFICOS DE CORDISBURGO E DIMENSIONANDO A POPULAÇÃO INFANTIL DO MUNICÍPIO E DA ÁREA ADSCRITA À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....	24
2.4. A UNIDADE DE SAÚDE CORDISVIDA E O ATENDIMENTO À CRIANÇA.....	18
<b>3. PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO VIVA VIDA.....</b>	<b>292</b>
<b>4. CONCLUSÃO.....</b>	<b>314</b>
<b>5. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>32</b>
<b>6. ANEXO .....</b>	<b>336</b>

## RESUMO

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é uma ação de saúde que visa avaliar e assistir a criança em uma fase vulnerável de sua vida. Este acompanhamento tem como características a baixa complexidade tecnológica e resultados positivos na identificação precoce e prevenção de agravos nutricionais proporcionando assim hábitos de vida saudáveis. O trabalho tem como objetivo descrever a implementação do Protocolo Viva Vida, preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, na Unidade de Saúde Cordisvida, para qualificar a atenção à saúde prestada às crianças até cinco anos pela equipe de saúde da família desta Unidade. Foi elaborado um plano de intervenção que contempla ações de planejamento, educação continuada, monitoramento e organização do processo de trabalho para o alcance do objetivo proposto.

**Palavras-chaves:** Protocolo Viva Vida, saúde da criança, crescimento e desenvolvimento, Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

Monitoring of growth and development is an action that aims to evaluate health and assist the child at a vulnerable stage of life. This follow-up has low complexity technological characteristics and positive results in early identification and prevention of nutritional challenges in providing healthy life habits. The work aims to describe the implementation of the Protocol Viva Vida, recommended by the State Department of Health of Minas Gerais, in Cordisvida Health Unit, to qualify the health care provided to children up to five years by the family health team. Was drawn up a contingency plan that includes planning actions, continuing education, monitoring and organization of work process for the scope proposed goal. **Keywords:** “Viva Vida” Guideline, child health, growth and development, Family Health Program.

## 1. INTRODUÇÃO

Sou enfermeira e trabalho no município de Cordisburgo desde a conclusão do curso de graduação, em abril de 2003. Iniciei minhas atividades profissionais na zona rural onde trabalhei por dois anos e seis meses. Foi uma experiência muito boa, onde pude adquirir muitos conhecimentos e principalmente prática, pois minha formação acadêmica foi totalmente hospitalar. No final de 2005 optei por trabalhar em uma das equipes da estratégia de Saúde da Família da zona urbana, onde permaneço até hoje.

O tema foi escolhido devido à dificuldade pessoal no atendimento às crianças, por falta de conhecimento e experiência, problema que começou a ser sanada depois da disciplina Saúde da Criança, ministrada no Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família.

De acordo com ALVES *et al.* (2008), a utilização das várias modalidades de atendimento é uma excelente estratégia de abordagem, pois permite o envolvimento da equipe no acompanhamento da criança, possibilitando uma abordagem integral da criança.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), implantado pelo Ministério da Saúde em 1985, foi a primeira proposta na saúde pública que desloca o enfoque de uma assistência baseada em patologia para uma modalidade de atenção que contempla a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento, definindo ações de promoção e prevenção associadas ao manejo de patologias prevalentes. O PAISC definiu cinco ações básicas para impactar na morbimortalidade infantil no Brasil: acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, imunização, aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, diarreia aguda e terapia de reidratação oral e infecção respiratória aguda.

Entende-se por acompanhamento do crescimento e desenvolvimento ações de saúde que visam, dentro de um calendário mínimo de observações periódicas, avaliar e assistir o processo de crescimento e o desenvolvimento através de: obtenção periódica e padronizada e informações obtidas diante de um apropriado padrão de referência; registro e interpretação das informações obtidas diante de um apropriado padrão de referência; busca de fatores explicativos de eventuais deficiências encontradas; assistência contínua na promoção do crescimento e do desenvolvimento, seja assegurando a manutenção de condições favoráveis, seja possibilitando a correção de fatores capazes de comprometê-lo.

O Protocolo Viva Vida, preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2004) estabelece como ação-eixo o acompanhamento do crescimento e do



desenvolvimento infantil, complementado por atividades de controle das doenças prevalentes. Esse acompanhamento é realizado a partir de agendamentos previstos para todas as crianças, onde está estabelecido o número de atendimentos, o intervalo entre eles, o tipo de atividade e os responsáveis, possibilitando uma abordagem multiprofissional e a criação de maior vínculo entre equipe, família e criança.

A implementação do Protocolo Viva Vida para acompanhamento das crianças até cinco anos, vinculadas à equipe de saúde da família (ESF) da Unidade Básica de Saúde (UBS) de Cordisburgo, foi considerado prioritário, pois proporcionou um aprofundamento no estudo do tema e a elaboração de um plano de intervenção local, a partir do conhecimento teórico e da reflexão sobre a prática realizada na Unidade de Saúde Cordisvida, de Cordisburgo. Para uma melhoria efetiva na saúde infantil do município, considera-se fundamental a capacitação técnica e o seguimento de normas já estabelecidas, bem como um processo de trabalho integrado entre as ESF da UBS, articulando as ações básicas de saúde.

## 1.2. OBJETIVOS

### OBJETIVO GERAL

- Estabelecer diretrizes para a implementação do Protocolo Viva Vida na Unidade de Saúde Cordisvida para qualificar a atenção à saúde prestada às crianças até cinco anos pela ESF da UBS.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para a adequada implementação do Protocolo Viva Vida e mudanças no processo de trabalho da unidade têm-se como objetivos específicos:

- Rever as bases conceituais do Protocolo Viva Vida;
- Conhecer os dados demográficos de Cordisburgo e dimensionar a população infantil do município e da área adscrita à ESF.
- Analisar o processo de trabalho da ESF para formular um diagnóstico inicial, reconhecendo as atividades já implantadas e identificando dificuldades e deficiências para o uso adequado do Protocolo Viva Vida.
- Elaborar um plano de intervenção que contemple:

- Estratégias de sensibilização e capacitação de toda a equipe da UBS sobre o Protocolo Viva Vida.
- Organização do processo de trabalho da ESF reforçando as atividades já desenvolvidas e sistematizando as atividades preconizadas no Viva Vida e não realizadas na UBS.
- Identificação e captação precoce das crianças de risco (recém-nascidos pré-termos e de baixo peso, crianças desnutridas, portadores de patologias congênitas e portadores de deficiências físicas e mentais), para acompanhamento na Unidade de Saúde. Criação de instrumentos de monitoramento do acompanhamento das crianças de zero a cinco anos vinculadas à ESF da UBS Cordisvida.

### 1.3. MÉTODO

O trabalho foi realizado em Cordisburgo – MG, na Unidade Básica de Saúde - Estratégia Saúde da Família Cordisvida. A metodologia utilizada foi explicativa descritiva. Os recursos utilizados na pesquisa foram Sistema de Informação (SIAB), Portfólio do Curso de Especialização em Saúde da Família e dados existentes na unidade.

## **2. CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA**

### **2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

De acordo com CIAMPO *et al.* (2006) a atenção primária à saúde, também nomeada como atenção básica, é desenvolvida por um conjunto de ações práticas que requerem, para implementação, grande pluralidade de atitudes, habilidades e conhecimentos técnicos e científicos de relativa baixa complexidade. É considerada a porta de entrada no sistema de saúde, fornecendo atenção sobre a pessoa para todas as condições, além de coordenar e integrar a atenção obtida em outro lugar ou por terceiros. Representa a base do trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde e atua de modo a oferecer ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

Outros conceitos podem ser citados como o do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2004, p.7 - 18) que define:

[...] a Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A Atenção Primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável.

Para Starfield (2002, p.18 - 42),

A Atenção Primária é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção

sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar ou por terceiros.

Segundo Mendes (2002) a Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais:

- Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população.
- Organização: visa organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;
- Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

A decisão do Ministério da Saúde em implantar a estratégia Saúde da Família em todo o território nacional definiu a importância da atenção básica dentro do contexto político e organizacional, uma vez que cada equipe de saúde da família é responsável pela população de um determinado território, em todas as fases da vida, incluindo o acompanhamento das crianças menores de cinco anos como grupo prioritário.

## 2.2 O ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS ATÉ CINCO ANOS DE VIDA, SEGUNDO O PROTOCOLO VIVA VIDA.

De acordo com a linha-guia Atenção à Saúde da Criança, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2004), o atendimento à criança se inicia pela captação precoce, deve contemplar uma série de atividades educativas e promocionais com as famílias e também prever o acolhimento e o atendimento da criança doente. O acesso ao serviço de saúde deve estar plenamente garantido.

A captação das crianças para um programa de acompanhamento deve acontecer o mais cedo possível, ainda na vida intrauterina.

No primeiro atendimento do recém-nascido (RN) na UBS deve-se verificar a existência de situações de risco na gravidez e no parto.

O RN deve ser classificado de acordo com a idade gestacional (IG) e o peso de nascimento (PN). O RN pode ser classificado como:

- Pré - termo ou prematuro (RNPT) – IG até 37 semanas;
- Termo – IG de 37 a 42 semanas;

- Pós-termo ou pós-maturo – IG de 42 semanas ou mais;
- RN de baixo peso (RNBP) – peso ao nascer menor que 2500g;
- RN de peso elevado – peso ao nascer maior que 4500g
- Adequado para a idade gestacional (AIG) – peso ao nascer entre o percentil 10 e 90 para a IG.
- Pequeno para a idade gestacional (PIG) – peso ao nascer menor que o percentil 10 para a IG.
- Grande para a idade gestacional (GIG) – peso maior que o percentil 90 para a IG.

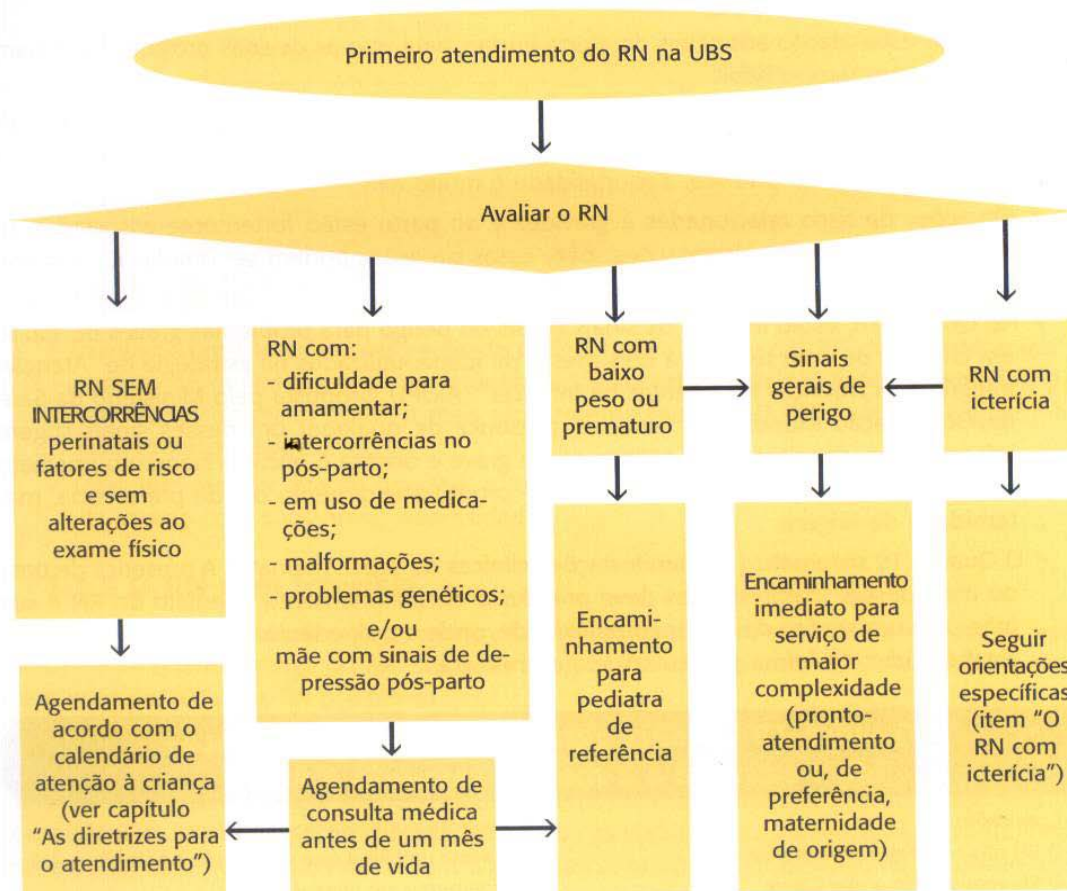
Como demonstrado na Figura 1, no primeiro atendimento ao RN haverá várias possibilidades de conduta, a partir da anamnese colhida cuidadosamente e da sua avaliação clínica:

- encaminhamento imediato para um serviço de maior complexidade, de preferência a maternidade de origem;
- agendamento de consulta médica tão logo seja possível e antes de um mês de vida;
- agendamento de acordo com o calendário de atenção à criança.

De acordo com a *Linha-guia Atenção à Saúde da Criança (SES/ 2005)*, o acompanhamento das crianças até cinco anos deve ser feito da seguinte forma:

- ACS (agente comunitário de saúde): visita domiciliar nas 24 h após alta e mensal.
- Ações do 5º dia: feito normalmente pelo Auxiliar de Enfermagem.
- Consulta médica: no primeiro, quarto, nono e décimo quinto mês, com três, quatro e cinco anos e sempre quando for necessário.
- Consulta de enfermagem: com 15 a 21 dias de vida, no terceiro, sexto, décimo segundo e décimo oitavo mês.
- Grupos educativos: segundo, quinto, oitavo e décimo primeiro mês.

## Fluxograma 5 - Plano de atendimento do RN na UBS



**Figura 1: Fluxograma do plano de atendimento ao recém-nascido**

FONTE: Linha Guia Saúde da Criança (MINAS GERAIS, 2005).

Neste calendário deverão ocorrer modificações nas situações de peso de nascimento menor que 2500 g, desmame precoce, déficit de crescimento ou problemas de desenvolvimento e patologia crônica ou aguda que demande acompanhamento especial.

As atividades realizadas com os familiares e com as crianças nessa faixa etária devem estar centradas no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, que é o eixo da assistência à criança.

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é o principal instrumento utilizado nacionalmente para esse acompanhamento e deve ser interpretado como um “cartão de identidade” da criança até cinco anos. Nele são registrados eventos importantes para a sua saúde: condições da

gravidez e do nascimento, os valores do peso, as habilidades desenvolvidas nas diversas idades e as vacinas já realizadas e as programadas.

As ações do 5º Dia desempenham importante papel no adequado acompanhamento da criança. Estão previstas e as seguintes ações para o binômio mãe-filho neste primeiro contato com a UBS:

- preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com orientações à família sobre a importância e objetivo da mesma;
- verificação do estado geral do RN e presença de sinais gerais de perigo;
- coleta do material para a triagem neonatal (Teste do pezinho), orientando a família sobre as doenças triadas neste teste, a importância do diagnóstico precoce e como será a informação do resultado;
- vacinação da primeira dose de BCG e contra Hepatite B, com preenchimento da CSC, orientação da família sobre as possíveis reações vacinais e retorno para as próximas vacinas;
- avaliação da técnica de amamentação e orientação sobre dúvidas e dificuldades no aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical e cuidados de higiene;
- verificação de presença de icterícia. Se detectada abaixo da cintura, a criança deve ser encaminhada à consulta médica ou de enfermagem;
- agendamento da primeira consulta para o RN, a partir da avaliação realizada;
- observação do estado geral da mãe;
- vacinação anti-rubéola na mãe;
- agendamento da consulta de puerpério da mãe.

O primeiro ano de vida é uma etapa de extrema vulnerabilidade, sendo recomendado um menor intervalo entre os atendimentos. Para as crianças consideradas saudáveis é preconizado pelo Ministério da Saúde e pelo Protocolo Viva Vida o total de sete consultas individuais, a participação dos pais em quatro sessões de grupos educativos e a realização de 12 visitas domiciliares pelo ACS. No segundo ano é recomendada uma consulta com o médico e uma

com o enfermeiro; do terceiro até o quinto ano de vida da criança é recomendado o mínimo de uma consulta médica por ano e 12 visitas domiciliares do ACS.

A população infantil está sujeita as condições de risco que, se presente, impõe um acompanhamento mais rigoroso e até mesmo o encaminhamento para o pediatra/especialista.

As situações de risco se dividem em dois grupos, em função do grau de complexidade requerida para sua abordagem.

GRUPO I: situações que impõem uma atenção mais cuidadosa, a criança pode ser acompanhada pela equipe de saúde.

- - mãe com baixa escolaridade;
- - mãe adolescente;
- mãe deficiente mental;
- mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa para estas doenças;
- morte materna;
- história de óbito de menores de um ano na família;
- condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis;
- pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas;
- criança nascida de parto domiciliar não assistido;
- recém-nascido retido na maternidade;
- desmame antes do sexto mês de vida;
- desnutrição;
- internação prévia;
- criança não vacinada ou com vacinação atrasada.

GRUPO II: é necessário um acompanhamento por pediatra e/ou especialista. Essas crianças devem ser encaminhadas para um centro de referência, mantendo-se o acompanhamento concomitante pela equipe de saúde da família.

- baixo peso ao nascer;



- prematuridade;
- desnutrição grave;
- triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística;
- doenças de transmissão vertical: toxoplasmose, sífilis, AIDS;
- sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído para toxoplasmose, sífilis e AIDS;
- intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar;
- crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- evolução desfavorável de qualquer doença.

Diante do preconizado no Viva Vida, torna-se necessário conhecer o número de crianças, classificá-las quanto às situações de risco existentes, interpretar e quantificar a necessidade de demanda de atendimentos para programação na agenda dos profissionais, pactuar os fluxos de marcação e estabelecer as devidas competências profissionais para o sucesso dessa ação.

### 2.3. CONHECENDO OS DADOS DEMOGRÁFICOS DE CORDISBURGO E DIMENSIONANDO A POPULAÇÃO INFANTIL DO MUNICÍPIO E DA ÁREA ADSCRITA À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Para se pensar e propor um plano de intervenção para a Unidade de Saúde Cordisvida do município de Cordisburgo, um dos passos iniciais foi conhecer melhor as características sócios culturais e de saúde da população a que se destina a intervenção.

A coleta de dados foi realizada através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do ano de 2008 e 2009 e na própria Unidade Básica de Saúde (UBS) Cordisvida. Os dados coletados foram comparados entre o período antes de cursar a disciplina Saúde da Criança e depois da mesma. Foi solicitado ao secretário de saúde do município de Cordisburgo autorização para realização do levantamento.

A Unidade da Saúde Cordisvida fica localizada ao sul do município de Cordisburgo. Fazem parte da sua área de abrangência os bairros da Paz, Sagarana, da Quininha, parte do Centro e também uma parte da zona rural: São Tomé, Saco da Pedra, Barro Vermelho, Onça, Campo Limpo, Canta Galo e Taboquinha.

A população do município (2009) é de 2887 pessoas, sendo que 1.446 (50,09%) são mulheres e 1.441 (49,91%) homens. O predomínio é de adultos na faixa etária entre 20 e 39 anos (32,10%), com 927 pessoas. O índice de analfabetismo em pessoas com 15 anos e mais é de 6,42%.

O clima da cidade é tropical, semiárido. Relevo montanhoso, cercados por córregos e cerrados, possuindo muito desmatamento e erosão.

Um grande problema da cidade é a presença de animais (vacas, cavalos, cães) soltos pela rua e lixos nas grotas e ruas.

O saneamento básico da cidade em geral é precário, principalmente em relação ao esgotamento sanitário. A região apresenta uma grande presença do mosquito *Aedes aegypti*, sendo o foco principal de larvas em lixos (plásticos, garrafas descartáveis) encontrados na rua e em quintais. Somente 88,90% dos domicílios dispõem de cobertura de abastecimento de água, 10,99% utilizam poço ou nascente. Em relação ao destino das fezes/urina 85,99% utilizam fossas, 13,79% rede de esgoto e 0,22% céu aberto.

A população empregada vive de serviços gerais (domésticas, diaristas, pedreiros etc.), alguns trabalham nas fazendas da região como cristaleiros (a cidade possui muito cristal), mas a grande maioria é funcionário público e trabalha na prefeitura.

Os meios de transporte mais utilizados são: bicicletas, carros, carroças, cavalos e ônibus somente para deslocamento para outras cidades, pois a cidade não conta com coletivo, devido ao tamanho da mesma.

Na área de abrangência existe uma igreja católica, um centro espírita, quatro igrejas evangélicas, um campo de futebol, uma quadra, o parque de exposição, 28 bares, dois córregos (poluídos), pastoral da criança (não trabalha em conjunto com a saúde, já tentamos parceira, mas sem sucesso), uma associação de moradores, o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social).

#### 2.4. A UNIDADE DE SAÚDE CORDISVIDA E O ATENDIMENTO À CRIANÇA

A Unidade de Saúde Cordisvida foi inaugurada a mais ou menos cinco anos e está em sua sede própria desde novembro de 2007. A estrutura física e equipamentos são bons, faltando apenas o equipamento do consultório odontológico e a equipe de saúde bucal. Possui uma boa sala de reunião, onde se pode trabalhar com os grupos.

Não se trabalha com agendamento de consultas, acarretando muitos transtornos, pois as pessoas precisam chegar muito cedo para conseguir marcar consulta para o dia.

Antes da disciplina Saúde da Criança ministrada no curso de especialização em atenção básica em saúde da Família, a enfermeira não realizava a puericultura, mas depois começou realizar todas as quintas-feiras. O atendimento é agendado por microárea e se o profissional percebe alguma necessidade, é agendada uma consulta com a médica da UBS.

A UBS conta com uma enfermeira, uma médica, duas auxiliares de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS) e uma funcionária da limpeza; o município não tem atendimento pediátrico. A equipe encontra muita dificuldade para marcar algumas consultas especializadas: otorrino, dermatologista, mastologista e outros. A contra-referência não acontece.

A população ainda tem pouco vínculo com a ESF uma vez que, ao precisar de atendimento médico, procura primeiramente o hospital da cidade, mesmo se trabalhando essa questão em reuniões na comunidade.

Neste período foram realizadas 214 consultas de puericulturas pelo médico e enfermeiro da ESF.

**Quadro 1: Crianças até quatro anos de idade cadastradas na equipe de Saúde da Família Cordisvida em 2008.**

IDADE	Até 1 ano	1 – 4 anos
FEMININO	11	18
MASCULINO	16	16
TOTAL	27	34

**FONTE: SIAB 2008**

**Quadro 2: Crianças até quatro anos de idade cadastradas na equipe de Saúde da Família de Cordisvida em 2009.**

IDADE	Até 1 ano	1 – 4 anos
FEMININO	10	87
MASCULINO	7	80
TOTAL	17	167

**FONTE: SIAB2009**

Houve uma nova divisão de área em 2008, o que pode justificar a grande diferença no número de crianças de um a quatro anos de idade. Neste período, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foram realizadas 179 consultas de puericultura pelo enfermeiro e médico da ESF.

Pelo cronograma, prevendo o mínimo de sete consultas/ano para os menores de um ano e pelo menos um atendimento/ ano para os de um a quatro anos cadastrados, haveria necessidade de 286 consultas contra as 179 realizadas (62,6% de cobertura de atendimento).

A partir do segundo semestre de 2008, com o início da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, do Curso de Especialização em Atenção básica em Saúde da Família, houve melhora significativa na assistência prestada na UBS. A disciplina levou o enfermeiro, aluno do curso, a se reunir com a equipe e propor agendamento de consultas de puericultura mensais para as crianças de zero a dois anos de idade vinculadas à ESF.

Ao analisar os dados da UBS obtidos através do SIAB e registros da Unidade, observa-se que todas as crianças até cinco anos têm sido acompanhadas pelo ACS mensalmente no domicílio, como preconiza o Ministério da Saúde. As consultas de enfermagem são realizadas mensalmente como demanda programada para as crianças de zero a dois anos, entretanto o número de faltosos é de 40%. O atendimento é agendado às quintas feiras pela manhã, de acordo com o número de crianças por microárea; se o número de crianças de uma microárea é maior são agendadas duas para o mesmo dia.

As crianças na faixa etária de zero a dois anos são atendidas pela médica da unidade através de demanda espontânea, ficando muitas crianças sem atendimento médico mais de quatro meses.

Percebe-se, então, que ocorrem mais consultas de puericultura de enfermagem do que o preconizado pelo Viva Vida, mas não se tem garantido as consultas médicas esperadas para todas as crianças da área. Realizamos um grupo operativo para as mães uma vez por semestre.

Observa-se um fator dificultador para o acompanhamento das crianças na área de abrangência estudada: a não adesão por parte dos responsáveis das crianças em relação às consultas de puericultura. Essa não adesão envolve fatores culturais —“a criança só deve ir a Unidade de Saúde quando estiver doente ou para vacinar”, “somente o médico pode fazer o atendimento” e fatores econômicos, como se observa através do diagnóstico situacional da UBS, uma vez que grande parte das mães trabalha fora de casa e muitas começam a trabalhar antes do quarto mês pós-parto, dificultando o acompanhamento da criança.

Consideram-se as consultas de puericultura oferecidas às crianças como de qualidade. É um espaço reservado principalmente para as mães tirarem dúvidas e receberem orientações específicas sobre a faixa etária de seu filho. Entretanto deve ser melhorado o preenchimento da CSC, pois muitas vezes não são anotadas intercorrências importantes com a criança como: diarreias, vômitos, etc.

Os grupos operativos são realizados principalmente para dar orientações sobre a suplementação de ferro, podendo ser melhorado e proporcionar orientações sobre outros assuntos. De acordo com o cronograma Viva Vida no primeiro ano de vida devem ocorrer quatro grupos operativos.

Pode-se perceber que após o curso de Pós-Graduação os profissionais apresentaram modificações nas seguintes condutas: reflexão sobre a prática de trabalho (conhecimento do diagnóstico situacional da comunidade, busca de estratégias para atender as crianças da área de abrangência); mudança de condutas como atendimento mensal de crianças de zero a dois anos (enfermeiro), reuniões semestrais para reforçar a importância da suplementação de ferro, orientação dada nas consultas mensais; discussão entre equipe sobre metas a serem alcançadas; capacitação dos ACS e auxiliares de enfermagem e maior cobrança para busca ativa de faltosos.

### **3. PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO VIVA VIDA**

A enfermeira da ESF da Unidade de Saúde Cordisvida considera a melhoria no atendimento às crianças de até cinco anos da área de abrangência como prioritária, elegendo-a como a primeira ação de intervenção para qualificar a atenção prestada a essa população, necessidade percebida após o início do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

A reflexão sobre o processo de trabalho da Equipe, aliada a um melhor conhecimento sobre o Protocolo Viva Vida e sua importância, possibilitou a elaboração de algumas outras propostas de intervenções que podem impactar positivamente na qualidade da assistência, tais como:

1. Preenchimento correto da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), especialmente as curvas de crescimento e acompanhamento do desenvolvimento, durante todos os atendimentos prestados à criança e por toda a ESF. Para isso considera-se essencial que todos da ESF saibam como, onde, por que preencher e como interpretar os resultados encontrados.
2. Utilizar a CSC preenchida como instrumento educativo para a família nos grupos operativos.
3. Organizar maior número de reuniões em grupos para pais e responsáveis das crianças, sobre diversos assuntos, planejados a partir da necessidade percebida e com pautas e coordenação bem definidas.
4. Iniciar o trabalho educativo/informativo com os pais/ responsáveis no Pré-Natal.
5. Classificar todas as crianças pelos critérios de risco descritos no Protocolo para planejar o agendamento das consultas e atividades em grupo.
6. Organizar a agenda da médica para garantir consultas para todas as crianças cadastradas, segundo faixa etária, risco e cronograma do Viva -- Vida.
7. Reivindicar ao município a garantia de consultas pediátricas para as crianças que dela necessitam.
8. Sensibilizar todos os profissionais sobre a importância do acompanhamento da criança e as atribuições em serviço de cada profissional da ESF, segundo o Protocolo Viva Vida através de reuniões mensais.

9. Organizar cronograma de reuniões de atualização científica, onde cada profissional ficaria responsável pela exposição de um tema, fazendo com que todos os profissionais sejam agentes transformadores.
10. Elaborar estratégias conjuntas para o atendimento das crianças de mães que trabalham fora do domicílio, para que as mesmas não fiquem sem acompanhamento. Ex: flexibilidade no horário de trabalho para atender essas crianças, através de agendamento com a/o responsável.
11. Definir rotina e fluxo de informações sobre faltosos na ESF para a realização de busca ativa sistemática. Orientação e sensibilização do ACS sobre a importância dessa atividade.
12. Estabelecer uma rotina de captação precoce das crianças para a primeira semana de saúde integral (5º dia) e das visitas do ACS na casa da puérpera até 48 horas após alta hospitalar para orientação.
13. Criar uma rotina de avaliação anual da assistência prestada às crianças de zero a cinco anos, visando analisar os avanços alcançados, dificuldades percebidas e definição de novas propostas para melhorar o atendimento.

## **4. CONCLUSÃO**

Conclui-se que a atenção integral à saúde da criança deve ser oferecida com qualidade e, para isso, deve contar com profissionais qualificados, identificados com a proposta da estratégia Saúde da Família, com equipamentos e materiais adequados e com a possibilidade de gerar informações epidemiológicas que propiciem e redirecionem as ações da equipe.

Considera-se também que é extremamente importante a participação dos profissionais nos cursos de pós-graduação para aqueles que trabalham na atenção básica à saúde. Muitos se graduam na universidade sem o preparo necessário para atuar de forma efetiva e eficiente na Saúde Pública, gerando distorções na prática, perpetuando um modelo assistencialista, desvinculado e desarticulado, sem integrar ações de promoção e prevenção na atenção prestada. O que é e como deve ser o “trabalho em equipe” também é tema apresentado e discutido no curso de especialização, cuja vivência é um exercício no qual vai se aprimorando com a prática do cotidiano da Unidade.



## REFERÊNCIAS

ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 112p. 2008.

CIAMPO, L.A.D.; RICCO, R.G.; DANELUZZI, J.C.; CIAMPO, I.R.L.D.; FERRAZ, I.S.; ALMEIDA, C.A.N. **O Programa de Saúde da Família e a Puericultura.** Ciência Saúde Coletiva. V.11, nº3. Rio de Janeiro, julho /setembro, 5p. 2006.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária, seminário para a estruturação de consensos. Série CONASS documento, caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília, n. 2, 7-18 p. 2004.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S.L.. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos.** Belo Horizonte. NESCON/UFMG. Editora Coopmed, 96p. 2009.

MENDES, E.V. *et al.* **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre as organizações complexas.** Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 176p. 2002.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde da Criança.** Viana M.R., *etal.* Belo Horizonte, SAS/DNAS, 223p. 2004

RAMPAZZO, L. **Metodologia Científica:** para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. São Paulo. Loyola, 139p. 2002.

SANTOS, A.R. **Metodologia científica:** A construção do conhecimento. Rio de Janeiro. DP&A Editora, 168p. 1999.

STARFIELD, B. Atenção Primária e sua relação com a Saúde. *In:* STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, p 19-42. 2002.

## ANEXO

Crerios de risco e Ficha de Puericultura e Avaliao de Risco  
Adaptadas da ficha de atendimento em puericultura apresentado no Curso de P3s-  
Graduao em Gest3o Cl3nica - Canal Minas Saude, 2009

### Equipe de Saude da Familia – CORDISVIDA / CORDISBURGO

#### *CRIT3RIOS DE RISCO PARA CRIANÇAS MENORES DE TR3S ANOS*

Marque com uma X na pontuao do risco identificado

INDICADORES DE RISCO	PONTUAÇÃO
Peso ao nascer abaixo de 2.500g	(4)
Prematuridade.	(4)
Desmame precoce (suspenso ou misto at3 tr3s meses).	(4)
Desnutriao, curva estacionaria ou descendente.	(4)
M3e n3o fez pr3-natal (menos que cinco consultas)	(2)
Gemelaridade	(2)
Intervalo entre o nascimento e o irm3o anterior (menos de dois anos)	(2)
Hospitalizaao	(2)
3bito de filho menor que cinco anos	(2)
Renda per capita menor que um sal3rio m3nimo	(2)
Escolaridade materna menor que a quarta serie.	(1)
Idade materna menor que 16 anos	(1)
Malformaao cong3nita ou doenaa cr3nica	(1)
OUTROS: (sublinhe e pontue: de 0 a 4):	
Abandono social, 1º filho, problema de saude (mental, alcoolismo, AIDS, drogadiao), m3e com problemas f3sicos, incompet3ncia dos pais nos cuidados com a crianaa	( )

**3 considerada de risco toda crianaa cuja pontuao somada for maior ou igual a quatro pontos.**

Nome:  
 Data de Nascimento: Naturalidade:  
 Mãe:  
 Pai:  
 Endereço:  
 Área: Microárea:

**1 - ANTECEDENTES FAMILIARES**

	Saudável	TB	Alcoolismo	Obesidade	Doenças Mentais	Doenças Alérgicas	Epilepsia	D.M.	H.A.S.	Consanguidade
Mãe										
Pai										

Nº de gestações anteriores: \_\_\_\_\_

Amamentou? \_\_\_\_\_ Até que idade? \_\_\_\_\_

Causas do desmame \_\_\_\_\_

Irmãos: VIVO \_\_\_\_\_ DOENÇAS? \_\_\_\_\_

FALECIDOS \_\_\_\_\_ MOTIVOS? \_\_\_\_\_

Idade: PAI: \_\_\_\_\_ MÃE: \_\_\_\_\_

Escolaridade: PAI: \_\_\_\_\_ MÃE: \_\_\_\_\_

Profissão: PAI: \_\_\_\_\_ MÃE: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

**2- PERÍODOS PRÉ-NATAL E NATAL**

Doenças durante a gravidez: \_\_\_\_\_

Nº de consultas Pré-natal: \_\_\_\_\_

Duração da gravidez: \_\_\_\_\_ semanas ( )Normal ( )Risco

Parto: Local: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

APGAR: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Alojamento conjunto? \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_g Est: \_\_\_\_\_ P.C.: \_\_\_\_\_ P.T.: \_\_\_\_\_

**PERÍODO NEONATAL**

- ( ) Cianose      ( ) Convulsões      ( ) Icterícia
- ( ) Vômitos      ( ) Alterações Respiratórias      ( ) Hemorragia
- ( ) Paralisia      ( ) Infecções



	<b>EXAME FÍSICO</b>	<b>ORIENTAÇÕES/PREVENÇÃO</b>
<p><b>1º Mês</b></p> <p>____/____/____</p> <p>Idade:_____</p> <hr/> <p>Assinatura do Médico</p>	<p>Peso:_____g</p> <p>Est:_____cm</p> <p>FC:_____bpm</p> <p>FR:_____mpm</p> <p>PC:_____cm</p> <p>PT:_____cm    DNPSM:</p> <p>Exame Físico:</p> <p><u>Reflexo vermelho:</u>_____</p> <p><u>Teste da palma:</u></p> <p>Segmento cefálico:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ACR:_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Abdômen:_____</p> <p>_____</p> <p>AGU:_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Pele:_____</p> <p>_____</p> <p>Sist Nerv.:_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ap. Locomotor:_____</p> <p>Ortolani/Barlow:_____</p> <p>_____</p> <p>Reflexos:_____</p> <p>_____</p>	<p>Abordar orientações dietéticas;</p> <p>Investigar hábitos de higiene;</p> <p>Orientar que a criança durma em sua própria cama;</p> <p>Incentivo ao banho de sol;</p> <p>Prevenção de acidentes: temperatura do banho e das mamadeiras;</p> <p>Vias lacrimais;</p> <p>Choro noturno;</p> <p>Abordar estresse familiar;</p> <p>Ganho ponderal: 25-35g/dia – gráfico.</p> <p><b>Avaliação de Risco: _____ pontos</b></p>

	EXAME FÍSICO	ORIENTAÇÕES/PREVENÇÃO
<p><b>2º mês</b></p> <p>___/___/___</p> <p>Idade: _____</p> <p>Assinatura enfermeira</p>	<p>PESO: _____ g</p> <p>EST: _____ cm</p> <p>PC: _____ cm</p> <p>DNPSM:</p> <p><b>Ortolani:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>Avaliar VISÃO _____</p> <p>Observações: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Abordar orientações dietéticas</p> <p>Abordar hábitos de higiene</p> <p>Orientar para VACINAS</p> <p>Prevenir acidentes: quedas</p> <p>Ganho ponderal: 25-35g/dia – gráfico</p> <p>Profilaxia para anemia com ferro*</p> <p><b>AVALIAÇÃO DE RISCO: ___ pontos</b></p>

\*sulfato ferroso 1mg/kg a partir da saída do aleitamento exclusivo. Se pré-termo ou PIG e não está e com LME, dar 2mg/kg/dia a partir do 15º dia por 2 meses e a partir daí 1mg/kg/dia

	EXAME FÍSICO	ORIENTAÇÕES/PREVENÇÃO
<p><b>3º mês</b></p> <p>___/___/___</p> <p>Idade: _____</p> <p>Assinatura enfermeira</p>	<p>PESO: _____ g</p> <p>EST: _____ cm</p> <p>PC: _____ cm</p> <p>DNPSM:</p> <p><b>Ortolani:</b> _____</p> <p>_____</p> <p>Avaliar VISÃO _____</p> <p>Observações: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Abordar orientações dietéticas</p> <p>Abordar hábitos de higiene</p> <p>Orientar para VACINAS</p> <p>Prevenir acidentes: quedas</p> <p>Ganho ponderal: 25-35g/dia – gráfico</p> <p>Profilaxia para anemia com ferro*</p> <p><b>AVALIAÇÃO DE RISCO: ___ pontos</b></p>

\*sulfato ferroso 1mg/kg a partir da saída do aleitamento exclusivo. Se pré-termo ou PIG e não está e com LME, dar 2mg/kg/dia a partir do 15º dia por dois meses e a partir daí 1mg/kg/dia

	<b>EXAME FÍSICO</b>	<b>ORIENTAÇÕES/PREVENÇÃO</b>
<p><b>4º mês</b></p> <p>____/____/____</p> <p>Idade: _____</p> <p>Assinatura enfermeira</p>	<p>PESO: _____ g</p> <p>EST: _____ cm</p> <p>PC: _____ cm</p> <p>DNPSM:</p> <p>Ortolani: _____</p> <p>_____</p> <p>Observações:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Abordar orientações dietéticas</p> <p>Abordar hábitos de higiene</p> <p>Orientar para VACINAS</p> <p>Prevenir acidentes: quedas, queimaduras, brinquedos seguros.</p> <p>Social: quarto individual/choro noturno</p> <p>Freqüentes infecções respiratórias</p> <p>Cadeira para o bebê</p> <p>Profilaxia para anemia com ferro*</p> <p>Ganho ponderal: 20g/dia – gráfico</p> <p><b>AVALIAÇÃO DE RISCO: ____ pontos</b></p>

\*sulfato ferroso 1mg/kg a partir da saída do aleitamento exclusivo. Se pré-termo ou PIG e não está e com LME, dar 2mg/kg/dia a partir do 15º dia por dois meses e a partir daí 1mg/kg/dia

	<b>EXAME FÍSICO</b>	<b>ORIENTAÇÕES/PREVENÇÃO</b>
<p><b>5º mês</b></p> <p>Idade: _____</p> <p>____/____/____</p> <p>Assinatura enfermeira</p>	<p>PESO: _____ g</p> <p>EST: _____ cm</p> <p>PC: _____ cm</p> <p>DNPSM:</p> <p>Ortolani: _____</p> <p>_____</p> <p>Observações:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Abordar orientações dietéticas</p> <p>Abordar hábitos de higiene</p> <p>Orientar para VACINAS</p> <p>Prevenir acidentes: quedas, queimaduras, brinquedos seguros.</p> <p>Social: quarto individual/choro noturno</p> <p>Freqüentes infecções respiratórias</p> <p>Cadeira para o bebê</p> <p>Profilaxia para anemia com ferro*</p> <p>Ganho ponderal: 20g/dia – gráfico</p> <p><b>AVALIAÇÃO DE RISCO: ____ pontos</b></p>

sulfato ferroso 1mg/kg a partir da saída do aleitamento exclusivo. Se pré-termo ou PIG e não está e com LME, dar 2mg/kg/dia a partir do 15º dia por dois meses e a partir daí 1mg/kg/dia

	<b>EXAME FÍSICO</b>	<b>ORIENTAÇÕES/PREVENÇÃO</b>
<p><b>6º mês</b></p> <p>___/___/___</p> <p>Idade: _____</p> <p>Assinatura médico</p>	<p>PESO: _____ g</p> <p>EST: _____ cm</p> <p>PC: _____ cm</p> <p>Hischberg: ___</p> <p>Reflexo vermelho: ___</p> <p>DNPSM:</p> <p>Cobertura: _____</p> <p>Fontanela: _____</p> <p>Ausculta cardiopulmonar/pulsos: _____</p> <p>Palpação abdominal: _____</p> <p>Genitais:</p> <p>Observações:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Orientações dietéticas: alimentação variada</p> <p>Hábitos de higiene/higiene bucal</p> <p>Orientar sobre esfíncteres</p> <p>Prevenir acidentes: corpo estranho</p> <p>Orientar para VACINAS</p> <p>Social: medo estranhos/choro noturno/quarto individual.</p> <p>Ganho ponderal: 20g/dia – gráfico</p> <p>Profilaxia para anemia com ferro*.</p> <p><b>AVALIAÇÃO DE RISCO: ___ pontos</b></p>

\*sulfato ferroso 1mg/kg a partir da saída do aleitamento exclusivo. Se pré-termo ou PIG e não está e com LME, dar 2mg/kg/dia a partir do 15º dia por 2 meses e a partir daí 1mg/kg/dia



	<b>EXAME FÍSICO</b>	<b>ORIENTAÇÕES/PREVENÇÃO</b>
<p><b>9º mês</b></p> <p>___/___/___</p> <p>Idade: _____</p> <p>Enfermeira</p>	<p>PESO: _____ g</p> <p>EST: _____ cm</p> <p>DNPSM:</p> <p>Observações:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Orientação dietética/diminui apetite</p> <p>Hábitos de higiene/higiene bucal</p> <p>Prevenir acidentes: corpo estranho, quedas, envenenamento, tomada elétrica, proteção para a cama e escada, brinquedos seguros</p> <p>Desincentivar o uso do andador</p> <p>Orientar para VACINAS</p> <p>Social: necessidade de afeto/disciplina</p> <p>Profilaxia para anemia com ferro*.</p> <p>Ganho ponderal 15g/dia – gráfico</p> <p><b>AVALIAÇÃO DE RISCO: ___ pontos</b></p>

\*sulfato ferroso 1mg/kg a partir da saída do aleitamento exclusivo. Se pré-termo ou PIG e não está e com LME, dar 2mg/kg/dia a partir do 15º dia por dois meses e a partir daí 1mg/kg/dia

	<b>EXAME FÍSICO</b>	<b>ORIENTAÇÕES/PREVENÇÃO</b>
<p><b>12º mês</b></p> <p>___/___/___</p> <p>Idade: _____</p> <p>Assinatura médico</p>	<p>PESO: _____ g</p> <p>EST: _____ cm</p> <p>DNPSM:</p> <p>Hishberg: _____</p> <p>Cobertura: _____</p> <p>Motilidade ocular: _____</p> <p>Teste da palma: _____</p> <p>Ortolani: _____</p> <p>Ausculta cardiopulmonar: _____</p> <p>Observações:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Orientação dietética</p> <p>Hábitos de higiene/higiene bucal</p> <p>Prevenir acidentes: quedas, queimaduras, choques elétricos e envenenamento</p> <p>Orientar para VACINAS</p> <p>Social: negativismo/curiosidade</p> <p>Ganho ponderal: 10g/dia – gráfico</p> <p><b>Profilaxia para anemia com ferro*</b></p> <p><b>AVALIAÇÃO DE RISCO: ___ pontos</b></p>

\*sulfato ferroso 1mg/kg a partir da saída do aleitamento exclusivo. Se pré-termo ou PIG e não está e com LME, dar 2mg/kg/dia a partir do 15º dia por dois meses e a partir daí 1mg/kg/dia



	EXAME FÍSICO	ORIENTAÇÕES/PREVENÇÃO
<p><b>3 anos</b></p> <p>___/___/___</p> <p>Idade: _____</p> <p>Assinatura enfermeira</p>	<p>PESO: _____g</p> <p>EST: _____cm</p> <p>Interrogar sobre audição: _____</p> <p>DNPSM:</p> <p>Auculta cardiopulmonar: _____</p> <p>Exploração do membro inferior (simetria/marcha): _____</p> <p>_____</p> <p>Observações:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Orientação dietética</p> <p>Prevenção acidentes</p> <p>Ganho ponderal – gráfico</p> <p>Profilaxia para anemia com ferro*.</p>

\*sulfato ferroso 1mg/kg a partir da saída do aleitamento exclusivo. Se pré-termo ou PIG e não está e com LME, dar 2mg/kg/dia a partir do 15º dia por dois meses e a partir daí 1mg/kg/dia.

	EXAME FÍSICO	ORIENTAÇÕES/PREVENÇÃO
<p><b>4 anos</b></p> <p>___/___/___</p> <p>Idade: _____</p> <p>Assinatura enfermeira</p>	<p>PESO: _____g</p> <p>EST: _____cm</p> <p>Auculta cardiopulmonar: _____</p> <p>DNPSM:</p> <p>PA: _____ Interrogar sobre audição:</p> <p>Exploração subjetiva da audição:</p> <p>Exploração do membro inferior (simetria/marcha): _____</p> <p>_____</p> <p>Observações:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Orientação dietética</p> <p>Prevenção acidentes</p> <p>Ganho ponderal – gráfico</p> <p><b>Higiene dental/cárie</b></p> <p>Capacete para bicicleta</p>

		Retorno em 30 dias com auxiliar
--	--	---------------------------------

	EXAME FÍSICO	ORIENTAÇÕES/PREVENÇÃO
<p><b>5 anos</b></p> <p>____/____/____</p> <p>Idade: _____</p> <p>Assinatura enfermeira</p>	<p>PESO: _____ g</p> <p>EST: _____ cm</p> <p>Auculta cardiopulmonar: _____</p> <p>DNPSM: _____</p> <p>PA: _____</p> <p>Interrogar sobre audição:</p> <p>Exploração subjetiva da audição: Hirschberg: _____</p> <p>Acuidade visual: _____</p> <p>Teste de cobertura: _____</p> <p>Motilidade ocular: _____</p> <p>Observações:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Orientação dietética</p> <p>Prevenção acidentes</p> <p>Cuidados com os dentes</p> <p>Ganho ponderal – gráfico</p>

\*sulfato ferroso 1mg/kg a partir da saída do aleitamento exclusivo. Se pré-termo ou PIG e não está e com LME, dar 2mg/kg/dia a partir do 15º dia por dois meses e a partir daí 1mg/kg/dia.

### ***REFLEXOS A SEREM PESQUISADOS:***

Moro – Sucção – Fuga e Asfixia – Marcha – Preensão

### ***TESTE DE TRIAGEM VISUAL***

1. Acompanhamento do foco luminoso com o olhar em várias direções, com um dos olhos tapados de cada vez.
2. Reações pupilares à luz.