



ARTIGO RELATO DE EXPERIÊNCIA

RELATO SOBRE A CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

REPORT ABOUT THE CONSTRUCTION OF A NURSING PROTOCOL IN CHILD CARE IN PRIMARY CARE

INFORME SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE UN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE NIÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Edmar Rocha Almeida¹, Cinara Botelho Moutinho², Sirley Alves Silva Carvalho³, Maria Rizoneide Negreiros de Araújo⁴

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência de elaboração coletiva de um protocolo de puericultura para os Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. **Método:** estudo descritivo, do tipo relato de experiência. Apresenta a realização de revisão da literatura ao longo de 12 encontros de educação permanente com pactuação e construção de um conjunto de quadros, específicos para cada mês de vida da criança, a fim de organizar a rotina clínica da puericultura. **Resultados:** os quadros possuem uma estrutura padrão, dividindo a consulta em seis momentos: (1) acolher; (2) perguntar; (3) avaliar; (4) checar sinais gerais de perigo; (5) estratificar o risco; e (6) diagnosticar e conduzir. **Conclusão:** considera-se que o protocolo construído é de simples operacionalização, mas, também, de elevada densidade teórica, podendo contribuir para a melhora da performance clínica dos Enfermeiros na puericultura. **Descritores:** Cuidado da Criança; Saúde da Criança; Enfermagem Pediátrica; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: reporting the collective development experience of a child care protocol for Nurses in Primary Health Care. **Method:** a descriptive study of type experience report. It presents the realization of literature over 12 continuing education meetings with agreement and building a set of tables, specific for each month of the child's life in order to organize the clinical routine in child care. **Results:** the frames have a standard structure, dividing the query in six stages: (1) hosting; (2) asking; (3) evaluating; (4) checking the general signs of danger; (5) stratifying risk; and (6) and driving diagnosis. **Conclusion:** it is considered that the protocol is built in a simple operation, but also high theoretical density and can contribute to improved clinical performance of Nurses in childcare. **Descriptors:** Child Care; Children's Health; Pediatric Nursing; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: presentar la experiencia de desarrollo colectivo de un protocolo de cuidado de niños para las enfermeras en Atención Primaria de Salud. **Método:** un estudio descriptivo del tipo informe de experiencia. Presenta la realización de revisión de la literatura con más de 12 reuniones de educación continua con el acuerdo y la construcción de un conjunto de tablas específicas para cada mes de vida del niño con el fin de organizar la atención de rutina clínica infantil. **Resultados:** los marcos tienen una estructura estándar, dividiendo la consulta en seis etapas: (1) de acogida; (2) pedir; (3) evaluar; (4) comprobar los signos generales de peligro; (5) estratificar el riesgo; y (6) conducir el diagnóstico. **Conclusión:** se considera que el protocolo se basa en una operación simple, pero también de alta densidad teórica y puede contribuir a mejorar el rendimiento clínico de las enfermeras en el cuidado de niños. **Descritores:** Cuidado de Niños; Salud Infantil; Enfermería Pediátrica; Atención Primaria de Salud.

¹Enfermeiro, Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG, Coordenador de Atenção Primária à Saúde / Município de Taiobeiras. Taiobeiras (MG), Brasil. E-mail: edsky48@gmail.com; ²Enfermeira, Residente, Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Mulher do Hospital Universitário Clemente de Faria/HUCF, Universidade Estadual de Montes Claros/Unimontes. Montes Claros (MG), Brasil. E-mail: cinarabotelho@yahoo.com.br; ³Fonoaudióloga, Professora Doutora em Biofísica Sensorial, Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: sicarvalho@medicina.ufmg.br; ⁴Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora emérita / Escola de Enfermagem e Coordenadora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/Programa Ágora, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: rizo@nescon.medicina.ufmg.br

INTRODUÇÃO

No contexto atual de demandas sociais crescentes, em especial na área sanitária, investir na saúde das crianças é uma decisão sábia, pois, além de evitar a dor e o sofrimento causados pelo adoecimento e morte de um ser humano em processo de desenvolvimento, cumpre deveres éticos e legais da sociedade. Caso aspire a um futuro melhor, uma sociedade deve investir recursos econômicos e educacionais na proteção da saúde das crianças.¹

No Brasil, apesar dos avanços dos últimos anos, ainda se convive com uma elevada mortalidade infantil distribuída de forma heterogênea nos estados e municípios. Em Minas Gerais, mesmo com um acentuado declínio dos números relativos às mortes infantis, ainda são necessários esforços para reduzi-los a patamares compatíveis com países desenvolvidos. Ao se analisar o mapa da mortalidade infantil, é possível identificar duas principais causas: a primeira ligada a agravos da gestação que levam a nascimentos prematuros ou complicações no parto e, a segunda, por doenças infecciosas sensíveis ao cuidado ambulatorial. Na maioria dos episódios, seria possível evitar as mortes com cuidados simples e oportunos.²

É consenso internacional que, assegurar acesso a serviços qualificados de cuidados primários à saúde, inseridos em uma rede mais complexa, reduz óbitos infantis, portanto, torna-se necessário organizar intervenções primárias à saúde na comunidade com foco nas necessidades das mulheres, mães e crianças a fim de promover o pleno desenvolvimento das crianças, futuros adultos da sociedade.¹

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), entendida como porta de entrada das pessoas no Sistema Único de Saúde (SUS), assume o papel de oferecer cuidados primários de qualidade às crianças com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos. Para tanto, baseia-se em princípios, como a longitudinalidade e integralidade da assistência, primeiro contato e coordenação do cuidado. A APS atua em uma área territorial definida e, dessa forma, possui condições de identificar e acompanhar as crianças sob sua responsabilidade, de modo a manter constante vigilância dos fatores determinantes e condicionantes da saúde. Uma estratégia importante nesse processo longitudinal de cuidado é a puericultura.³⁻⁴

A puericultura é a área da pediatria que se dedica ao estudo dos aspectos de prevenção e promoção da saúde infantil. Tem por

finalidade a manutenção da criança saudável para que, no transcorrer do processo de desenvolvimento, ela atinja a vida adulta sem interferências negativas de problemas de saúde.³ Na realidade da APS brasileira, a prática da puericultura foi assumida pelos enfermeiros, pois, proporciona a oportunidade de estimular o vínculo e a corresponsabilização para com a saúde infantil. Geralmente são momentos agendados de encontro entre profissional, criança e família, pautando-se no diálogo e na educação em saúde, organizados para acompanhar a criança com longitudinalidade.⁵⁻⁶

Os profissionais da APS vivenciam dificuldades objetivas na implementação de ações de acompanhamento da saúde infantil.⁷ Estudo qualitativo realizado com Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Pindamonhagaba, estado de São Paulo, Brasil, com o objetivo de compreender o significado atribuído à consulta de enfermagem em puericultura, revela que esses profissionais percebem-se despreparados para lidar com algumas situações na puericultura, além de realizarem uma consulta de enfermagem sem sistematização, com ausência de passos sequenciais e ordenados.⁶ Em outro estudo qualitativo, com o objetivo de descrever a rotina da puericultura realizada por Enfermeiros e apontar as possíveis mudanças no contexto da ESF do município de Maceió, no estado de Alagoas, Brasil, os autores identificaram que as consultas eram fragmentadas e centradas apenas no estado nutricional e vacinal da criança, sem preocupação com a promoção da saúde infantil, assim consideram a necessidade de superação das deficiências de conhecimentos e habilidades dos profissionais.⁵

Para cuidar das crianças com qualidade não basta oferecer atendimento, mas, é preciso refletir continuamente sobre sua produção, pois, a maioria dos processos assistenciais envolve decisões que são tomadas a partir de certo conteúdo cognitivo.⁸ A literatura aponta que a APS brasileira, de forma geral, tem como um dos vários “nós” críticos a baixa densidade cognitiva dos processos de trabalho implantados, ou seja, as decisões clínicas tomadas nem sempre estão respaldadas em fundamentos científicos, dificultando a consolidação de uma APS de qualidade.⁴ É por esses motivos que os protocolos clínicos são considerados relevantes para um sistema de saúde, pois padronizam condutas clínicas com base em evidências científicas, de forma a promoverem a proteção dos profissionais envolvidos no cuidado, além de uma melhor assistência para a população.⁹

Os protocolos podem surgir da necessidade da gestão de melhor organizar os serviços de saúde e sistematizar a oferta da assistência, podem resultar de diretrizes oriundas do SUS em um determinado local ou surgir da demanda dos próprios profissionais ao tentar solucionar problemas concretos do seu cotidiano.⁹

Assim, diante da necessidade de estabelecer rotinas baseadas em evidências científicas e facilitar a vigilância da saúde da criança na APS de Taiobeiras, município do estado de Minas Gerais, Brasil, optou-se por desenhar um protocolo de puericultura para e com os Enfermeiros. Portanto, o objetivo deste estudo é relatar a experiência de elaboração coletiva de um protocolo de puericultura para os Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que apresenta o processo de construção coletiva de um protocolo de puericultura para Enfermeiros de APS do Município de Taiobeiras, Minas Gerais, Brasil. O cenário de desenvolvimento do trabalho é uma cidade localizada no Norte de Minas, com população de aproximadamente 31.457 habitantes. Essa população experimentou, nos últimos anos, notáveis avanços na sua rede de atenção à saúde, em especial, na destinada ao cuidado materno e infantil. Em Taiobeiras a rede municipal de serviços de saúde vinculada ao SUS tem sua estrutura fundamentada na APS, com uma cobertura de 100 % da população, representada por 13 equipes multiprofissionais da ESF. É sede do Centro Estadual de Atenção Especializada, parte da rede estadual de atenção à saúde da mulher e criança, que oferece cuidado de nível especializado para gestantes e crianças de alto risco. Mesmo assim, ainda se convive com a insatisfação da população, com taxa expressiva de óbitos infantis por causas evitáveis e a percepção, por parte dos profissionais, de um processo de trabalho não efetivo. Desse modo, percebeu-se a necessidade de promover a mudança na rede de serviços de saúde, a começar pela APS que possui maior potencial de impactar na situação de saúde da população.⁴

Um dos projetos de enfrentamento da situação foi a criação do Grupo de Aperfeiçoamento da Prática dos Enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Taiobeiras (GAPE/APS). Trata-se de um modelo de Educação Permanente em Saúde (EPS) baseado nos Ciclos de Aperfeiçoamento da Prática Profissional (CAPP), ferramenta de

problematização do cotidiano de trabalho, agregadora de práticas, como: revisão de prontuários, discussão de casos clínicos e simulações. Nos CAPPs, o objetivo é aprender a aprender a partir do tópico/nó crítico selecionado, definindo seus pontos chave, buscando recursos nas evidências científicas, criando uma hipótese de solução (protocolo ou rotina de serviço), aplicando-o à realidade e avaliando o impacto.¹⁰

Os encontros se iniciaram em julho de 2012 e, desde então, o grupo se reúne rotineiramente. Cada profissional participante tem horário mensal protegido em sua agenda de atividades na APS para participar das discussões que duram em média 4 horas. Mesmo sendo uma atividade institucional, reconhecida e apoiada pela gestão, a participação é voluntária, pois entende-se que, para favorecer o aprendizado significativo, o ciclo de aprendizagem deve ser espontâneo e não imposto.¹⁰

Participam do grupo os 13 Enfermeiros da APS de Taiobeiras, com ausências ocasionais, além de outros profissionais convidados. Assim, as rotinas estabelecidas no protocolo apresentado foram discutidas e pactuadas durante as reuniões do GAPE/APS e, para tanto, foram necessários 12 encontros.

Assim sendo, o protocolo passou por um longo processo de construção coletiva e, para tanto, utilizou-se da revisão da literatura disponível, impressa ou eletrônica, com busca do material de análise sem sistematização.⁹ Portanto, atendeu aos objetivos do trabalho, pois focou na busca de recomendações já consolidadas e aplicáveis à realidade do município. Nesse sentido, concentrou-se na análise e discussão de recomendações do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e de outras entidades de relevância.

Durante o processo, optou-se em construir quadros, tendo como modelo uma experiência na confecção desses instrumentos para orientar as consultas de puericultura de estudantes de medicina.¹¹ Os quadros são uma forma de representação gráfica de um protocolo, como um passo a passo, com as recomendações aos profissionais que facilitam sua compreensão.⁹ Os quadros orientam a consulta de puericultura para o primeiro ano de vida, sendo individualizados de acordo com a idade: recém-nascido de 0 a 29 dias e lactentes de um a 12 meses.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sabe-se que a consulta de puericultura de enfermagem na APS deve ser um momento preparado, com olhar global e específico, cujo propósito é encontrar possíveis problemas de saúde e realizar intervenções no sentido de promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde da criança. Quando a puericultura está organizada em etapas bem definidas e imbricadas, aproxima-se da proposta de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) apresentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).¹²

A Resolução COFEN 358/2009 estabelece que o cuidado de enfermagem deva ser sistemático, fundamentado cientificamente e aplicado para melhorar a saúde das pessoas, constituindo a SAE. Assim, a resolução propõe a coleta de dados, diagnóstico, planejamento,

implementação e avaliação como etapas básicas de uma consulta de enfermagem. Por outro lado, a experiência clínica no cuidado de enfermagem na APS permite que a consulta de puericultura seja realizada em quatro etapas: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e avaliação da consulta.¹²⁻³

Assim, na modelagem do protocolo de puericultura apresentado, optou-se por desenhar uma estrutura que atenda a normatizações do COFEN, mas, também trabalhe na perspectiva dos princípios e atributos de uma APS forte.⁴ Para tanto, organizou-se a consulta de puericultura em um modelo esquemático constituído de seis momentos distintos: (1) acolher; (2) perguntar; (3) avaliar; (4) checar sinais gerais de perigo; (5) estratificar o risco; e (6) diagnosticar e conduzir:

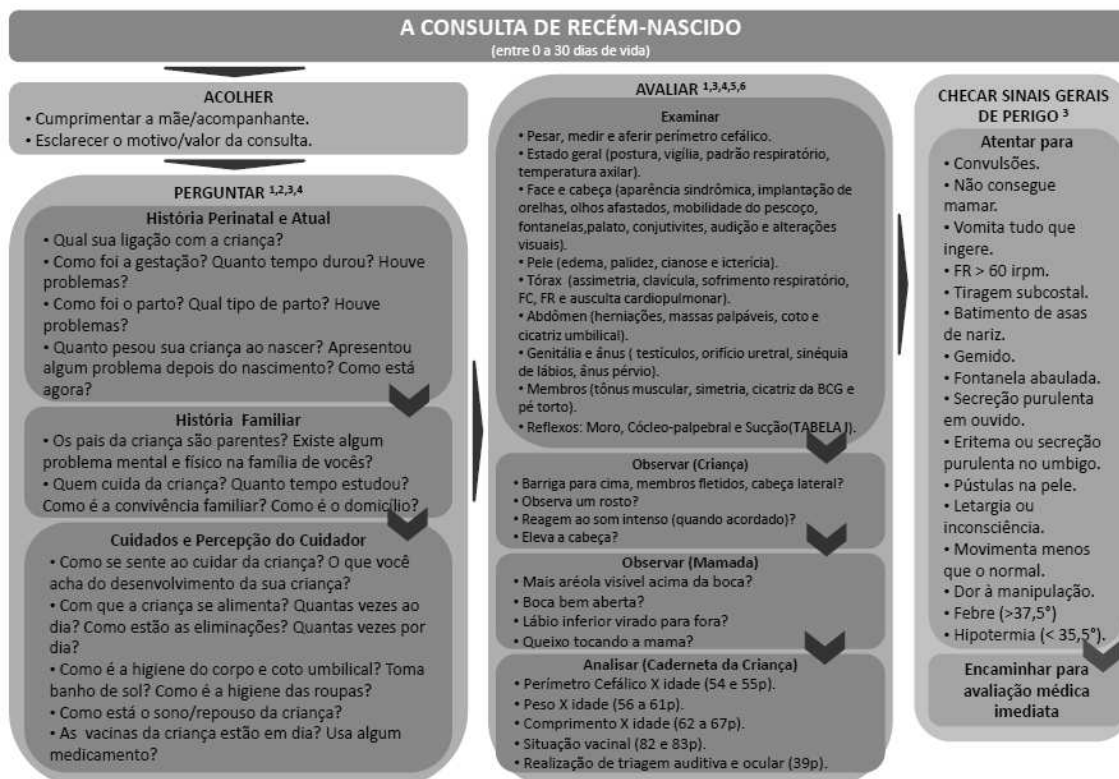


Figura 1: Quadro da consulta ao recém-nascido (parte I)

◆ Acolher

Na APS, existe uma oportunidade muito rica representada pelo acompanhamento das famílias ao longo do tempo. Essa forma de organizar a atenção à saúde não apenas permite o reconhecimento oportuno de situações que demandam intervenções profissionais, mas, também, favorece o vínculo entre profissional de saúde e a família da criança. Para o desenvolvimento do vínculo, essencial à implementação de um cuidado efetivo, o acolhimento é uma importante estratégia, pois trata-se de uma tecnologia cognitiva de cuidado, construída nas relações entre profissional e usuário.^{4,14}

No protocolo, “acolher” é o momento destinado para receber cordialmente a família

e a criança, realizar uma escuta qualificada e orientar sobre a importância do acompanhamento de puericultura e seus fundamentos científicos, a fim de estabelecer uma parceria terapêutica entre a família/criança e o profissional Enfermeiro.¹⁴ Em revisão da literatura, certo autor encontrou boas evidências de que os profissionais, ao demonstrarem empatia, apoio e realizarem escuta qualificada, conseguem captar informações significativamente maiores da família, importantes para o seguimento da criança.¹⁵

◆ Perguntar

Essa etapa, também conhecida como coleta de dados ou histórico de enfermagem, representa o momento em que é possível

conhecer e avaliar as condições de nascimento da criança, intercorrências durante o período de gestação e os antecedentes familiares.¹⁴ De acordo com revisão de literatura já citada, não existem estudos que demonstrem a efetividade da coleta de dados na puericultura, como forma de detectar problemas precocemente. Apesar disso, é consenso que a sistematização da entrevista é essencial para uma puericultura de qualidade.¹⁵ Assim, “perguntar” é o período do histórico de enfermagem, em que o profissional realiza diversos questionamentos com a finalidade de investigar a história da família e da criança.

Nessa situação, é útil ter perguntas facilitadoras para conduzir o processo de coleta de dados e introduzir, de acordo com a faixa etária, assuntos pertinentes, como: eliminações, nutrição, padrão de sono, comportamento, situações de risco entre outros. Também, é recomendável que esse roteiro seja estruturado de forma sistemática para avaliar fatores de risco.¹⁵ Diante dessas considerações, o roteiro básico presente no protocolo foi desenvolvido a partir da revisão de várias propostas.^{2,12,14} Optou-se pela construção de um roteiro simplificado e focado em perguntas abertas, a fim de melhor avaliar a história da criança e da família, dividindo-o em três blocos: história perinatal e atual, história familiar e cuidados e percepção do cuidador.¹⁶

◆ Avaliar

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

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

básicas, como inspeção, palpação, percussão e ausculta.¹²

Sabe-se que a realização de exames físicos completos em todas as consultas de puericultura não é recomendada, pois essa conduta eleva pouco a sensibilidade para a identificação de problemas nos primeiros meses de vida.¹⁵ Assim, o protocolo foi estruturado para um exame físico completo somente na primeira consulta da criança, conforme recomenda o Ministério da Saúde.¹⁴ Nas consultas subsequentes, os roteiros objetivam otimizar a utilização do tempo, enfocando, durante o exame físico aspectos mais importantes.¹⁵

Ressalta-se que a identificação de alterações no exame físico se baseia na comparação entre achados e normas padronizadas com suas variações, sem desconsiderar a individualidade e o contexto de cada caso. Para uniformizar as condutas, tendo em vista que os parâmetros mudam de acordo com a literatura consultada, optou-se em incluir no protocolo parâmetros clínicos para a avaliação da criança.¹²

Na segunda etapa, prevê-se a avaliação do desenvolvimento da criança. De forma simplificada, pode-se dizer que desenvolvimento é o processo de aquisição de habilidades mais complexas, que tornam a criança independente e autônoma. Entretanto, esse conceito é limitado, pois, de acordo com a área de estudo, é possível dar ênfase a outros aspectos, também importantes, como os emocionais e cognitivos.⁷ Para realizar a vigilância do desenvolvimento infantil com qualidade na APS, é preciso que os profissionais possuam fundamento científico básico e reconheçam os aspectos normais e os comportamentos que possam sugerir algum problema.¹⁶

Acompanhar o desenvolvimento da criança é um aspecto complexo e requer instrumentos de avaliação que sejam objetivos, mas, também, que contemplem fatores de risco biológico, social e econômico.⁷ Por outro lado, os instrumentos de vigilância do desenvolvimento devem basear-se em metodologias simples, praticáveis, socialmente aceitas e com fundamento científico.¹⁶

Existem muitos instrumentos de vigilância do desenvolvimento que se diferenciam pelo nível de complexidade e a grande maioria trabalha com os chamados marcos do desenvolvimento infantil. Refletem o desenvolvimento de comportamentos adaptativos, que, nos seres humanos, costumam ter uma sequência relativamente padronizada de aquisição na população geral.

Contudo, estudos têm demonstrado a variação na aquisição em função de fatores, como gênero, população estudada, o que reforça que os instrumentos padronizados são apenas teste de *screening*.⁷

Assim, no protocolo, padronizou-se o instrumento de vigilância do desenvolvimento apresentado na caderneta de saúde da criança, que preconiza a investigação de fatores de risco, a escuta da opinião dos pais e a avaliação de possíveis alterações fenotípicas. A praticidade de trabalhar o instrumento e a facilidade de acesso foram fatores determinantes na escolha.¹⁷

A terceira etapa do momento de avaliação da criança é voltada especificamente para a situação do aleitamento materno. As evidências científicas da atualidade são claras sobre o benefício do aleitamento materno para a mãe e criança, também sobre o efeito da abordagem correta do profissional da saúde na manutenção da amamentação. Por esses motivos, foi incluída uma lista de verificação dos principais sinais de uma técnica de sucção adequada até o fluxograma da consulta de seis meses.¹⁴

O momento de avaliar finaliza com a etapa “analisar”, que corresponde ao preenchimento e apreciação de gráficos. Atualmente, a forma mais adequada de acompanhar o crescimento infantil é o registro periódico dos dados antropométricos na caderneta de saúde da criança. Assim sendo, as medidas vão sendo colocadas como pontos nos gráfico de modo longitudinal e, quando unidas, formam uma linha que traduz o crescimento da criança. Os pontos de corte dos gráficos estão em escores z, indicações de unidades de desvio-padrão do valor da mediana, conforme recomenda a Organização Mundial de Saúde (OMS). Aconselha-se o preenchimento e avaliação dos gráficos

perímetros cefálico x idade, peso x idade e comprimento x idade. Os dados antropométricos que devem ser registrados no gráfico são coletados durante o exame físico.^{14,17}

Ainda no quadro “avaliar”, o protocolo recomenda a análise sistemática da situação vacinal da criança. A puericultura é uma oportunidade de promover a imunização das crianças de forma a melhorar a cobertura vacinal e assim reduzir a incidência de doenças preveníveis por imunobiológicos. Também, nessa etapa, incluiu-se, no fluxograma do recém-nascido, a verificação da realização da triagem neonatal auditiva e visual.¹⁴

◆ Checar sinais gerais de perigo

O momento denominado de “checar sinais gerais de perigo” representa a etapa de verificação de condições clínicas que indicam intervenção médica imediata. Sabe-se que o primeiro ano de vida de uma criança é um período considerado crítico, pois a imaturidade do sistema imunológico pode propiciar a evolução desfavorável e rápida de infecções. Quando não é implementado o tratamento em tempo oportuno, a criança pode morrer precocemente. É interessante, pois, que os profissionais de saúde tenham um olhar atento, uma vez que, os quadros infecciosos graves têm evolução insidiosa e sinais clínicos gerais. Para facilitar a identificação das crianças que necessitam de cuidado precoce, desenvolveram-se os chamados sinais gerais de perigo, que são indicativos de avaliação médica imediata. No protocolo, os sinais gerais de perigo são diferenciados para crianças menores de dois meses e maiores. Assim, trata-se de mais uma ferramenta que objetiva instrumentalizar o Enfermeiro na identificação de crianças que merecem atenção rápida.²

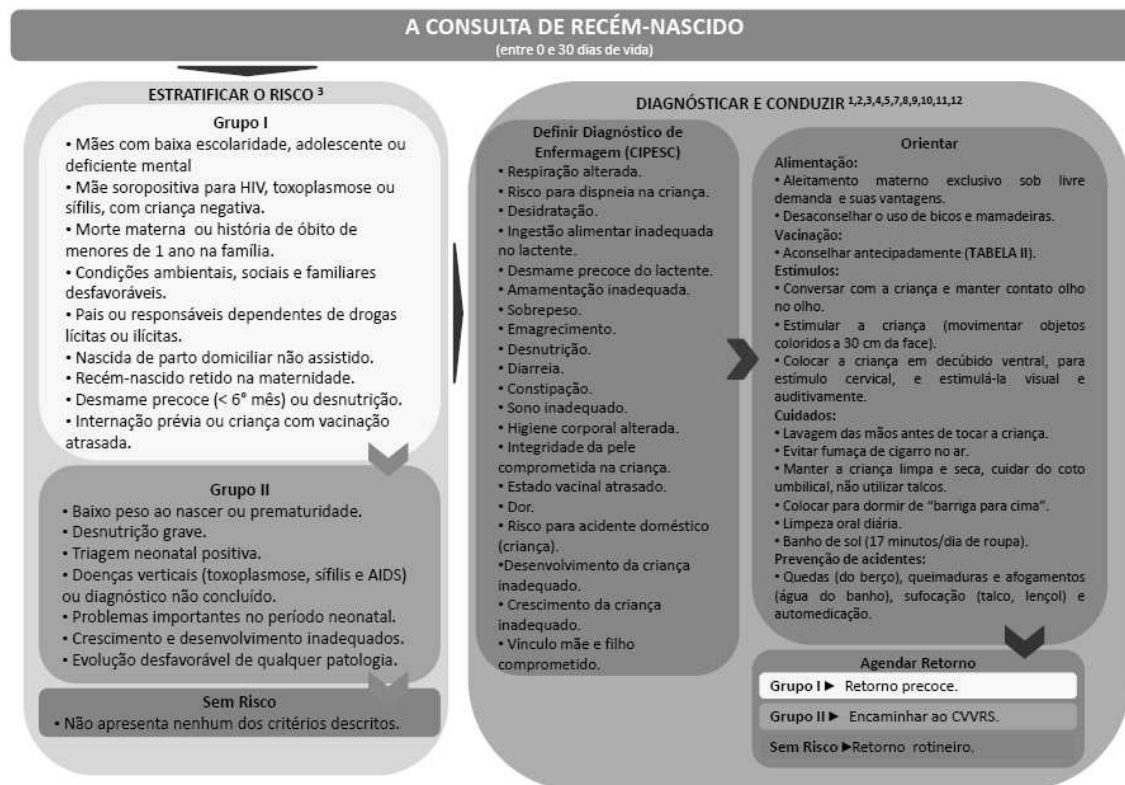


Figura 2: Quadro da consulta ao recém-nascido (parte II)

◆ Estratificar o risco

Uma APS de qualidade deve, necessariamente, estratificar o risco da população para a qual presta cuidados. Isso significa separar pessoas e grupos com necessidades semelhantes, que demandam recursos específicos. Assim, é possível realizar um manejo clínico individualizado das pessoas de acordo com seu risco e racionalizar a agenda dos profissionais, de modo que as pessoas com maior risco recebam atenção diferenciada.⁴

Assim, “estratificar o risco” é o processo de identificação de fatores que vão determinar o itinerário da criança dentro da rede de atenção à saúde, ou seja, se ela será acompanhada somente pela APS ou se necessitará da referência secundária. No protocolo proposto, adotou-se uma forma de estratificar o risco que identifica algumas condições de vulnerabilidade da população infantil que demandam um acompanhamento mais próximo ou até o compartilhamento do cuidado com especialistas. Destarte, as crianças são divididas em três estratos de risco: grupo I configura situações que impõem um cuidado de APS com maior atenção; grupo II em que o seguimento é compartilhado entre APS e especialistas; e grupo sem risco representa as crianças que não demandam cuidado especial.²

◆ Diagnosticar e conduzir

Trata-se do último quadro de cada fluxograma e engloba a definição do diagnóstico de enfermagem, as orientações e o agendamento do retorno. Entende-se por diagnóstico de enfermagem a interpretação

de dados colhidos durante a consulta que resulta na tomada de decisão sobre conceitos diagnósticos, de forma a subsidiar a seleção de intervenções para alcançar melhoria na saúde do indivíduo, família ou coletividade.¹³

A taxonomia de diagnóstico selecionada para ser incorporada no protocolo foi estabelecida pela Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC), a partir da experiência produzida no contexto da APS de Curitiba, no estado do Paraná.¹⁸ Portanto, o objetivo da adoção da CIPESC no protocolo foi de melhor organizar o raciocínio clínico dos Enfermeiros, visto que, no contexto da APS, são profissionais com atuação clínica importante e efetiva, conforme evidência existente em diversos estudos.⁴

No quadro “diagnosticar e conduzir”, existe outro momento que aborda especificamente o aconselhamento antecipado. Para muitos autores, existem incertezas sobre sua efetividade, mas trata-se de um elemento chave da puericultura, pois a maioria dos pais espera receber recomendações do profissional de saúde. Por outro lado, a literatura documenta efetividade da orientação antecipada na melhora de habilidades sociais e desenvolvimento cognitivo da criança, aumento do vínculo entre pais e filhos, melhora nos cuidados com a saúde bucal, incorporação de alimentação saudável e promoção do aleitamento materno.¹⁵ Segundo o Ministério da Saúde, existem sólidas evidências que justificam orientações acerca da posição para dormir, prevenção de infecção viral respiratória, hábitos alimentares e prevenção de lesões não

Almeida ER, Moutinho CB, Carvalho SAS et al.

Relato sobre a construção de um protocolo...

intencionais. Por esses motivos, no protocolo foram incorporadas diversas orientações, inclusive as consagradas pela prática da puericultura, como: imunizações, cuidados com o bebê e estimulação precoce do desenvolvimento.¹⁴

O quadro finaliza com a definição do retorno da criança, o qual levará em consideração todas as etapas discutidas anteriormente, mas principalmente a estratificação de risco, de forma a garantir um cuidado com densidade tecnológica certa, no lugar certo, com a qualidade adequada e de forma humanizada.^{2,4}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um protocolo de consultas de puericultura para Enfermeiros de APS construído de forma coletiva, de fácil aplicação e fundamentado cientificamente representa um grande avanço na sistematização dos processos de trabalho da enfermagem. Durante seu processo de elaboração, percebeu-se a importância da pactuação de condutas entre pares e com base na realidade da rede assistencial, de forma a criar um instrumento que possa efetivamente ser utilizado para melhorar a performance profissional e, por consequência, a saúde da população.

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

AGRADECIMENTOS

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

REFERÊNCIAS

1. United Nations Children's Fund. The state of the world's children 2008: child survival. Nova York: United Nations Children's Fund; 2007.
2. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à Saúde da Criança. 3 ed. Belo

Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2008.

3. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa de saúde da família e a puericultura. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2006 July [cited 2013 Dec 10];11(3):739-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30988.pdf>
4. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
5. Silva ICA, Rebouças CBA, Lúcio IML, Bastos MLA. Nursing consultation in childcare: a reality of care. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 Apr [cited 2014 June 19];8(4):966-73. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4241/pdf_4912
6. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli ECL. Nursing consultation in child care: the experience of nurses in the Family Health Strategy. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2011 June [cited 2014 Feb 14];45(3):566-74. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a03.pdf
7. Alves CRL, Moulin ZS, Santos LC. Atenção à saúde da criança: aspectos básicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2013.
8. Faria HP, Werneck MF, Santos MA, Teixeira PF. Processo de trabalho em saúde. 2nd ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; 2009.
9. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidado à saúde e de organização de serviço. Belo Horizonte: Coopmed; 2009.
10. Silvério JB. Programa de educação permanente para médicos de família. Rev méd Minas Gerais [Internet]. 2008 [cited 2013 July 02];18(Supl 4):60-6. Available from: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/104/84>
11. Santos NP. Recurso semiótico para otimizar o desempenho de estudantes para consultas de puericultura: uma experiência piloto. Rev bras educ méd [Internet]. 2011 Jan [cited 2012 Dec 16];35(1):122-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a17v35n1.pdf>
12. Fujimori E, Ohara CV. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri: Manole; 2009.

13. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. [cited 2014 Feb 16]. Available from:

http://novo.portalcofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html

14. Brasil. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

15. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. J pediatr [Internet]. 2003 maio [cited 2012 Oct 05];79(Supl 1):S13-22. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a03.pdf>

16. Organização Pan-Americana da Saúde. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

17. Brasil. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderneta de saúde da criança. 8th ed. Brasília: MS; 2013.

18. Cubas MR, Albuquerque LM, Martins KM, Nóbrega MML. Avaliação da implantação do CIPESC em Curitiba. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 June [cited 2014 Jan 10];40(2):269-73. Available from:

<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/248.pdf>

Submissão: 30/06/2014

Aceito: 15/12/2015

Publicado: 01/02/2016

Correspondência

Edmar Rocha Almeida
Coordenador de Atenção Primária à Saúde do
Departamento de Saúde e Saneamento de
Taiobeiras
Avenida Caiçara, 1574
Bairro Sagrada Família
CEP 39550-00 – Taiobeiras (MG), Brasil