

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

**Desenvolvimento e crescimento de crianças de zero a cinco anos: proposta
de um Protocolo de Puericultura para o Município de Ibirité**

ANDRÉ LUIZ FERREIRA FADUL

CORINTO/MINAS GERAIS
2012

ANDRÉ LUIZ FERREIRA FADUL

Desenvolvimento e crescimento de crianças de zero a cinco anos: proposta de um Protocolo de Puericultura para o Município de Ibitaré

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Márcia Bastos Rezende

CORINTO/MINAS GERAIS
2012

ANDRÉ LUIZ FERREIRA FADUL

Desenvolvimento e crescimento de crianças de zero a cinco anos: proposta de um Protocolo de Puericultura para o Município de Ibirité

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Márcia Bastos Rezende

Banca Examinadora:

Prof^a: Márcia Bastos Rezende (orientadora)

Prof^a: Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte 26/05/2012

RESUMO

Este trabalho objetivou elaborar um protocolo de crescimento e desenvolvimento voltado às crianças de zero a cinco anos de idade, a ser implantado na rede municipal de Ibité bem como elucidar a importância da puericultura. Para tal, buscou inicialmente conhecimentos a esse respeito por meio da pesquisa bibliográfica, no site da BVS, no SciELO e Programas do Ministério da Saúde. Confirmou-se ser fundamental o planejamento da assistência, dentre eles da atenção à saúde da criança de 0 a 5 anos, com o acompanhamento da saúde das crianças e esse cuidado inicia-se ainda durante a gestação. Há vários procedimentos que os profissionais de saúde devem estar atentos para que façam um bom atendimento às crianças e suas famílias. Assim, buscou-se mostrar a importância de se ter um protocolo de puericultura para cada município, possibilitando que o atendimento seja feito de maneira sistematizada pelas Equipes de Saúde da Família. É relevante que cada município tenha o seu próprio protocolo, pois há fatores que variam de uma localidade para outra, tais como perfil socioeconômico das famílias, escolaridade, e outros. Espera-se que este trabalho contribua para estudos futuros acerca desse tema, bem como auxilie profissionais da área sobre a criação de protocolos de puericultura.

Palavras-chave: Puericultura. Protocolo. Município.

ABSTRACT

This study aimed to develop a protocol for growth and development aimed at children up to age five, to be implemented in the Ibirité city well as elucidate the importance of childcare. To this end, initially sought to know about it through the literature search, the site of BVS, SciELO and Programs in the Ministry of Health. Confirmed to be essential to care planning, including health care of children from 0 to 5 years, with monitoring the health of children and this care begins even during pregnancy. There are several procedures that health professionals should be aware of that make a good service to children and their families. Therefore, we attempted to show the importance of having a protocol for child care for each county, allowing the service to be done in a systematic way by the Family Health Teams. It is important that each municipality has its own protocol, because there are factors that vary from one location to another, such as socio-economic profile of families, education, and others. It is hoped that this work will contribute to future studies on this topic, as well as assist professionals on the establishment of protocols for child care.

Keywords: Child Care. Protocol. The City.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
CNPSI -	Comissão de Normas e Protocolos de Saúde de Ibirité
dT -	Vacina de Difteria e Tétano
DNV -	Declaração de Nascidos Vivos
ESF -	Equipe de Saúde da Família
HIV -	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> - Vírus da Imunodeficiência Humana
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PSF -	Programa de Saúde da Família
RN -	Recém Nascido
SIAB -	Sistema de Informações de Atenção Básica
UBS -	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVO.....	11
3. METODOLOGIA	12
4. REVISÃO DA LITERATURA	13
4.1. Puericultura, o cuidado necessário	13
4.2. Procedimentos realizados em uma puericultura.....	15
4.2.1. Da gestação ao parto.....	16
4.2.2. Do nascimento ao 5º dia.....	17
4.3. A importância de se ter um protocolo próprio.....	20
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	27
ANEXOS	29

1 INTRODUÇÃO

Há muito tempo, a preocupação com o desenvolvimento e crescimento infantil tem sido constante na área da saúde. As campanhas de vacinação e de aleitamento materno que são veiculadas em todo o país, visando à prevenção de doenças a partir dos primeiros anos de vida, demonstram que a infância consiste numa fase de suma importância para o indivíduo. É sabido que inúmeras doenças, como tuberculose, hepatite B, difteria, tétano, coqueluche, além da febre amarela, sarampo, caxumba, rubéola e poliomielite podem ser prevenidos através de vacinas que devem ser aplicadas conforme o calendário de vacinação da criança. Tais doenças podem levar ao óbito ou deixar sequelas, às vezes irreversíveis. Por isso, a criança nos seus primeiros anos de vida merece uma atenção especial e o acompanhamento da Equipe de Saúde é fundamental.

Há também outras enfermidades que podem ser contraídas na infância, bem como em qualquer fase do indivíduo, tais como desnutrição, diarreia, doenças respiratórias, e outras que estão intimamente ligadas com as condições biopsicossociais, afetando, sobremaneira, a qualidade de vida da criança assim como todo o núcleo familiar. Mas no caso de uma criança, as consequências podem ser mais expressivas, pois seu organismo ainda está em fase de desenvolvimento e, portanto, a atenção à saúde pela Equipe de Saúde da Família (ESF) é fundamental. Nesse âmbito, a puericultura é importante para auxiliar no cuidado à criança durante a sua fase de crescimento e desenvolvimento. Sabe-se que

a puericultura, área da pediatria voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde, atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância (CIAMPO *et al.*, 2005, p.741).

A prevenção de doenças na infância é de suma relevância para o bom crescimento e desenvolvimento do indivíduo. A promoção da saúde infantil deve ter início a partir do cuidado já na gestação, por meio do pré-natal que é determinante para o desenvolvimento do bebê bem como a construção da relação da criança com a mãe, num contexto favorável que fortalece vínculos familiares quem por sua vez, é condição básica ao desenvolvimento saudável.

A puericultura, para sua melhor eficácia, é necessária que o profissional que a executa também tenha conhecimento da vida familiar, socioeconômica e cultural da criança, o que possibilitará que as ações desenvolvidas tenham mais chances de ser bem sucedidas.

Dessa forma, o profissional de saúde deve realizar encontros periódicos com as mães / familiares a fim de acompanhar todo o processo de crescimento e desenvolvimento da criança, mas também a sua vida familiar e social na qual está inserida. Somente adotando procedimentos clínicos, sem o conhecimento desse histórico familiar, o profissional pode não obter o êxito desejado. Para tanto, é necessário que o mesmo esteja atento aos protocolos, quer seja o nacional, estadual ou municipal a serem seguidos.

No que diz respeito ao protocolo municipal, ele deve estar de acordo com a realidade do seu próprio município, respeitando as recomendações do Ministério da Saúde e no âmbito municipal, a Secretaria Municipal de Saúde.

Há, ainda, em vários municípios, deficiência na instituição de protocolos, como os voltados para a puericultura, embora haja uma literatura ampla sobre o tema, como é descrito no artigo “A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências” de Blank (2003) e nos “Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço” (WERNECK, FARIA, CAMPOS, 2009).

O interesse em pesquisar esse tema surgiu da experiência pessoal do autor desta pesquisa, graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais e que, atualmente, trabalha no Município de Ibirité como Enfermeiro da Família. Para atender à demanda de puericultura de sua área de abrangência, de forma mais sistematizada, juntamente com mais dois profissionais médicos e uma enfermeira buscou desenvolver um protocolo de puericultura. Este protocolo abrangerá as faixas etárias das crianças de zero a cinco anos. Ressalta-se, ainda, que partiu também de convite da Coordenação da Saúde da Família do município no qual trabalha.

Assim, o autor propõe um protocolo de puericultura a ser implantado no município de Ibirité, local onde exerce sua função profissional. Por esse motivo, o autor pretende desenvolver esta pesquisa acadêmica no qual esse assunto fosse abordado de forma empírica a fim de se poder compreender a relevância da puericultura. Vale destacar que este trabalho também visa auxiliar o leitor quanto às etapas prioritárias da infância nas quais um bom acompanhamento clínico-psíquico, sócio espiritual pode resultar em uma boa qualidade de vida nas fases seguintes à da infância.

Para melhor elucidar este trabalho, o mesmo apresentar-se-á da seguinte maneira:

Na primeira parte, tem-se o objetivo e a metodologia na qual se baseia esta pesquisa.

Na segunda parte, uma revisão da literatura.

Na terceira parte, discussão dos resultados, também apresentada pelo próprio pesquisador relatando a elaboração do produto final, que é a criação de um protocolo de puericultura, propriamente dito.

E, por fim, serão feitas as considerações finais que indicarão a possibilidade de estudos futuros sobre a importância de uma ação preventiva nos anos iniciais da infância e ainda, em anexo, o produto final do trabalho desenvolvido no município de atuação: o modelo do Protocolo de Puericultura de Crianças de zero a cinco anos.

2 OBJETIVO

Elaborar um protocolo de crescimento e desenvolvimento voltado às crianças de zero a cinco anos de idade, a ser implantado na rede municipal de Ibitité.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, pois a mesma visa gerar um conhecimento a respeito dos cuidados essenciais que são feitos na infância por meio da puericultura. Gil (2002, p.44) afirma que a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

A consulta dos artigos foi feita no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO) e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Além disso, também foram consultadas referências em manuais e linhas guias da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e do Ministério da Saúde.

Todas as referências adotadas foram com ênfase no crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a cinco anos de idade.

Este trabalho também possui um cunho indutivo uma vez que se baseia na experiência profissional do próprio autor.

A presente pesquisa focou um estudo científico sobre a puericultura, crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a cinco anos e a criação de um protocolo a ser implantado no município no qual o autor trabalha e que já está concluído.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Puericultura, o cuidado necessário

Puericultura, no sentido da palavra, significa a ciência que cuida do desenvolvimento e crescimento da criança. De acordo com Olivier (2011), a Puericultura é a ciência que cuida do desenvolvimento infantil. Este cuidado inicia-se no momento do nascimento e pode transcender até bem antes da concepção.

De acordo com o Ministério da Saúde, promover a saúde integral da criança e desenvolver ações de prevenção de agravos reduz substancialmente a mortalidade infantil e direciona para o compromisso de fomentar a qualidade de vida para a criança, para o desenvolvimento de todo o seu potencial. Entende-se que os cuidados com a saúde da criança são de suma importância, pois é na infância que vários agravos podem ser prevenidos e, conseqüentemente, isso significa uma melhor qualidade de vida na fase infantil e nas fases subsequentes. Contudo, antes mesmo do nascimento, a gestante tem de ser cautelosa e atenta durante toda a gestação e não pode deixar de fazer o pré-natal porque algumas enfermidades podem ser diagnosticadas e tratadas antes mesmo da criança nascer, como é o caso da sífilis congênita e até mesmo a transmissão vertical do HIV. Algumas doenças são prevenidas por meio de vacinas que são administradas durante a gravidez, como a vacina dT que previne o tétano neonatal (BRASIL, 2004).

Durante a gestação, a mulher tem de ser acompanhada, clinicamente, por profissionais que a orientem de todos os cuidados que a mesma deverá ter, não só durante, mas também após a gestação.

Após o nascimento, a criança necessita ainda de maiores cuidados. É onde a puericultura se faz mais presente. Vale ressaltar que toda essa atenção às crianças já se faz por mais de duas décadas. Por sua vez, segundo Carvalho (2008), em 1984, o Ministério da Saúde adotou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), priorizando cinco ações básicas, dentre elas “o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento”, a fim de somar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde na atenção à criança (CARVALHO *et al.*, 2008, p.685).

É por meio de uma equipe de profissionais que é feito esse acompanhamento do crescimento da criança, além de avaliar o ganho de peso bem como seu desenvolvimento. É

importante esclarecer que esse trabalho, além de ser feito coletivamente, executado por uma equipe multiprofissional, como enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, educadores, dentre outros, tem de ser feito periodicamente para que se obtenham resultados satisfatórios na promoção da saúde. Por meio dessa monitoração é possível diagnosticar as crianças com maior probabilidade de morbimortalidade infantil. Assim, é possível prestar uma assistência mais qualificada para evitar os riscos de se adoecer e morrer.

Uma conduta clínica satisfatória, promovida por profissionais que acompanham o crescimento e desenvolvimento infantil, deve levar em conta algumas informações que incidem na prevenção de doenças infantis, tais como: perfil socioeconômico, psicológico e ambiental, escolaridade e outros. Quanto mais informações o profissional obtiver acerca da realidade da família e da criança, melhor será o tratamento dispensado à mesma. Delineando o tema, Vitolo, Gama e Campagnolo (2010, p.81) afirmam que,

[...] essa investigação abrange aspectos [...] que podem ser classificados como de capacitação (condições socioeconômicas individuais e familiares, renda, proximidade do local de assistência à saúde e quantidade de serviços ofertados, suporte familiar e outros); de necessidade (percepção subjetiva do estado de saúde); e de predisposição (idade, sexo, nível de escolaridade e raça), sendo estes importantes para a avaliação de um serviço de saúde.

A puericultura, visando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças a partir de zero até cinco anos de idade, monitora o ganho de peso, bem como o de estatura e, ainda, a prevenção de doenças como a desnutrição, a diarreia e outras, que são prevenidas por meio da vacinação. Nesse âmbito da prevenção, é necessário que a ESF e o núcleo familiar estejam atentos ao Calendário Vacinal, que comprovadamente é um ganho incontestável na saúde pública.

Em conformidade aos dizeres de Blank (2003, p.14), o modelo tradicional de prática pediátrica, limitada in loco a quatro paredes, focado na doença, não dá conta do novo paradigma do trabalho integral de promoção da saúde. As chamadas "novas morbidades [...], somadas às ações tradicionais [...], excederam em muito a capacidade de atendimento do referido modelo.”.

É fundamental o planejamento de uma assistência à saúde na infância, especialmente, na faixa etária de 0 a 5 anos (puericultura) nos municípios, sobretudo no de Ibirité, onde o autor da pesquisa trabalha, uma vez que o serviço possui quarenta equipes de saúde da família e em cada uma delas, o profissional procede de forma não padronizada na puericultura. Mesmo assim, a instituição não possui protocolos de assistência, o que não dá o devido respaldo legal aos profissionais, especialmente, os profissionais não médicos. A

implantação do protocolo de puericultura daria uma maior qualidade à assistência a saúde da criança.

Muitas são as informações a serem coletadas pelas equipes de saúde numa primeira anamnese. Mas, todos os dados sempre têm de ser checados, em todas as consultas subsequentes para que se possa averiguar alterações nos aspectos socioeconômicos, de escolaridade, e outros. A importância de tais informações está descritas na obra de Blank (2003), onde o autor afirma que “é consenso entre os experts que a colheita criteriosa dos dados da história inicial ou dos intervalos entre as consultas constitui procedimento essencial na puericultura, porque consolida a relação entre o pediatra e a família, constituindo a base da continuidade do processo de promoção de saúde” (BLANK, 2003, p.18).

Entenda-se aqui, que além do pediatra, a ESF em uma dimensão multidisciplinar, é responsável pelo acompanhamento infantil.

4.2 Procedimentos realizados em uma puericultura

Como foi visto anteriormente, a puericultura é importante para a prevenção de inúmeras doenças que podem acometer as crianças, prejudicando no desenvolvimento e crescimento das mesmas, e em casos mais graves, pode levá-las ao óbito. Por essa razão, as equipes de profissionais devem estar atentas a vários procedimentos que fazem parte da puericultura. Segundo Campos Junior (2008, p.5), presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria, “a anamnese exige técnicas de comunicação, de acordo com o nível da família, para obter, durante a consulta, dados objetivos sobre as condições de vida da criança e as condições familiares e ambientais”.

A ESF empenhada no controle do crescimento e desenvolvimento das crianças atua na prevenção de doenças, evitando, afastando ou controlando fatores de risco que estejam presentes no contexto familiar das mesmas. Nesse sentido, a equipe multiprofissional deveria atuar, de maneira padronizada, ou seja, seguindo um protocolo de puericultura de seu município. Mas, são poucos os municípios que possuem esse direcionamento. Por isso, o trabalho das Equipes de Saúde da Família nem sempre é homogêneo. Se cada município tivesse seu próprio protocolo, essa falta de direcionalidade no acompanhamento das crianças não aconteceria, pois a equipe teria às suas mãos um manual contendo todas as informações necessárias para se fazer uma puericultura de qualidade, em sua excelência, como preconizado.

A puericultura, visando o crescimento e desenvolvimento, necessita que a equipe esteja atenta a vários procedimentos a serem adotados de acordo com cada faixa etária. Vale ressaltar que o autor deste trabalho aborda a puericultura, crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a cinco anos, período no qual toda atenção às mesmas deve ser dada.

4.2.1 Da gestação ao parto

O acompanhamento clínico da gestante é de suma importância, pois os cuidados com a saúde da criança se iniciam na gravidez. Um pré-natal de qualidade, como por exemplo, tendo à disposição recursos diagnósticos e capacitação profissional, fomenta uma assistência resolutiva, capaz de proporcionar uma gestação que promova a saúde da criança ainda na fase intrauterina.

De acordo com o guia de Atenção à Saúde da Criança do Estado de Minas Gerais, conforme aponta Alves *et al.* (2005, p.19), ainda na fase intrauterina e, conseqüentemente da gestante, os profissionais, durante esse período, devem atentar a fatores de risco que venham prejudicar a saúde do binômio mãe-filho, tais como:

- Baixa escolaridade;
- Adolescência;
- Deficiência mental;
- Hipertensão arterial;
- Diabetes;
- História positiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis;
- História de óbito de menores de um ano na família;
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis;
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.

Caputo e Bordin (2011, p.404) integram a visão comum de que “os estudos têm apontado associações significativas entre gravidez na adolescência e baixa escolaridade do pai e/ou da mãe, ocorrência de gravidez precoce da mãe, disfunção nas relações familiares, tais como morte precoce da mãe e ausência da figura do pai”. Diante disso, a baixa escolaridade da mãe e, ou do pai, requer atenção da equipe de saúde, tendo em vista que a falta de conhecimento em procedimentos básicos com relação ao cuidado da saúde tanto da gestante, quanto do futuro concepto, pode acarretar riscos.

A gravidez na adolescência também constitui outra grande preocupação. Há estudos sobre a gravidez durante esse período e suas conseqüências, como pode ser observado no livro “*Saúde do Adolescente: competências habilidades*”, publica em 2008 pelo Ministério da Saúde. Contudo, estudos comprovaram que “o pré-natal consegue minimizar os riscos da

gravidez na adolescência, mas infelizmente, o acesso das adolescentes aos serviços de pré-natal continua insuficiente. É importante que os programas de pré-natal implantem estratégias destinadas à captação precoce e atendimento adequado e oportuno” (RUZZI; GROSMAN, 2008, p.249).

Por esse motivo, a adolescente grávida deve ser assistida precocemente a fim de efetivar as ações de saúde.

A deficiência mental, bem como as demais situações de risco mencionadas, anteriormente, pode afetar a criança, ainda intra-útero, conforme a linha guia de Atenção à Saúde da Criança do Estado de Minas Gerais. Por isso, o pré-natal e a puericultura se fazem relevantes, monitorados pela equipe de profissionais que prestam esse atendimento. Muitas vezes, a equipe de saúde, após a anamnese, averigua a necessidade de se encaminhar a gestante para algum especialista. Nesses casos, além do acompanhamento feito pela Equipe, a gestante também terá outros profissionais especializados que irão acompanhá-la, assim como sua família em parceria com a ESF (ALVES *et al.*, 2005).

É evidente que um pré-natal de qualidade é fundamental para que a mãe possa ter uma gravidez e um conceito saudável. Conforme observam Costa, Guilhem e Walter (2005, p.769), a atenção pré-natal tem como objetivos “assegurar a evolução normal da gravidez; preparar a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação normais; identificar o mais rápido possível as situações de risco. Essas medidas possibilitam a prevenção das complicações mais frequentes da gravidez e do puerpério”.

4.2.2 Do nascimento ao 5º dia

Os autores, Romani e Lira (2004, p.16) discorrem em sua obra que “o processo e crescimento está influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), dentre os quais se destacam a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança, que atuam acelerando ou retardando esse processo”. Por essa razão, quando uma criança nasce, a maternidade tem a obrigatoriedade de comunicar à Unidade Básica de Saúde (UBS) as condições de saúde do recém-nascido (RN), bem como de sua progenitora. Também é necessário que seja preenchida a Declaração de Nascidos Vivos (DNV) e que a mesma seja enviada à UBS. Esse procedimento é de suma importância para a identificação de possíveis situações de risco, que podem vir a ser decorrentes de fatores intrínsecos ou extrínsecos.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) deve visitar a puérpera e o recém-nascido nas primeiras 24 horas após terem tido alta com o objetivo de verificar as condições gerais da criança e da mãe. Ao mesmo tempo, o ACS também deve estimular a mãe quanto ao aleitamento e avaliar as condições de higiene. Além disso, esse mesmo profissional avalia se há sinais de infecção no umbigo do RN e a existência de possíveis situações que correspondam a riscos para a saúde da criança. A mãe recebe orientações sobre a consulta do puerpério e a importância de se fazer um acompanhamento constante da saúde do mesmo. Em caso do ACS detectar alguma alteração com a criança e, ou sua progenitora, o ACS deverá solicitar ajuda de um auxiliar de enfermagem para visitá-los ou então encaminhar a mãe e o RN para a UBS.

Segundo publicação da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais “todas as crianças da área de abrangência da UBS devem ser cadastradas e incluídas no programa de acompanhamento” (ALVES *et al.*, 2005, p.20).

No 5º dia de vida, o RN deverá ser levado à UBS para as ações relevantes desse dia. O programa de acompanhamento à criança é iniciado a partir dessa primeira visita ao serviço. É importante que ela seja bem acolhida e sua mãe bem orientada.

Por sua vez, Alves *et al.* (2005, p.21) evidenciam que é preciso considerar, nesse primeiro encontro, as ações previstas, conforme linha guia de Atenção à Saúde da Criança do Estado de Minas Gerais que são:

- Preencher o cartão da Criança com orientações à família sobre o seu objetivo e importância;
- Verificar o estado geral da criança e presença de sinais de perigo [...];
- Coletar o material para a triagem neonatal (Teste do Pezinho), orientando a família sobre quais são as doenças triadas, qual a importância do diagnóstico precoce e como será informada do resultado;
- Aplicar a primeira dose de BCG e da hepatite B, com preenchimento do Cartão da Criança, e orientar a família sobre reações vacinais e retorno para as próximas vacinas;
- Orientar sobre o aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical e cuidados de higiene;
- Verificar a presença de icterícia. Se esta for detectável abaixo da cintura, a criança deve ser imediatamente encaminhada à consulta médica ou de enfermagem;
- Agendar a primeira consulta;
- Verificar o estado geral da mãe;
- Agendar a consulta do pós-parto para a mãe.

Todas essas ações descritas acima foram propostas no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, um programa instituído pelo Ministério da Saúde, em 2004. O Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal instituído pelo Ministério da Saúde em 2004 é o resultado da sinergia do envolvimento de diferentes atores

sociais para que as políticas nacionais sejam de fato executadas, política esta com o intuito do enfrentamento da problemática da morte materna e neonatal no Brasil (BRASIL, 2004).

Dentre as ações supracitadas, o cartão da criança é de grande importância, uma vez que o calendário de acompanhamento do RN inicia-se com a primeira visita do ACS nas primeiras 24 horas após a sua alta hospitalar e as ações do 5º dia. Conforme aponta o Ministério da Saúde, o Cartão da Criança foi atualizado pela área técnica de Saúde da Criança, o Departamento de Atenção Básica e a Coordenação de Alimentação e Nutrição, que registra os principais dados da história de saúde e nutrição da criança. A nova versão para o documento é articulada com as demais ações e políticas de saúde que vem sendo implementadas pelo Ministério da Saúde. O Cartão da Criança tem, dentre outras, informações sobre o Cartão SUS, teste do pezinho, curva com valores dos percentis 0,1 correspondente ao peso muito baixo, legenda referente à amamentação exclusiva, calendário de vacinação infantil e informações acerca de novos marcos de desenvolvimento infantil (BRASIL, 2003).

Após o 5º dia, as orientações e atendimentos às mães e seus filhos são de acordo com a faixa etária:

- No 1º mês, a consulta será com o pediatra;
- No 2º mês, a consulta será com o médico generalista;
- No 3º mês, a consulta será com o enfermeiro;
- No 4º mês, a consulta será com o médico generalista;
- No 5º mês, a consulta será com o enfermeiro;
- No 6º mês, a consulta será com o médico generalista;
- No 9º mês, a consulta será com o enfermeiro;
- 1 ano de vida, a consulta será com o pediatra;
- No 15º mês, a consulta será com o médico generalista;
- Nos 18 meses, a consulta será com o enfermeiro;
- Aos 2 anos, a consulta será com o médico generalista;
- Aos 2 anos e meio (30 meses), a consulta será com o enfermeiro;
- 3 anos, a consulta será com o médico generalista;
- 3 anos e meio (42 meses), a consulta será com o enfermeiro;
- Aos 4 anos, a consulta será com o médico generalista;
- Aos 5 anos, a consulta será com o médico generalista; e
- A partir dos 6 anos, a consulta será anualmente e realizada pelo médico generalista.

Considerando-se que o primeiro ano de vida é o período de maior vulnerabilidade, é recomendado que a criança tenha mais consultas e que o intervalo entre os atendimentos sejam menores, perfazendo:

- Total de 7 consultas individuais;
- Participação em 4 sessões de grupos educativos;

- 12 visitas domiciliares pelo ACS.

Vale ressaltar que nos primeiros 6 meses de vida, as consultas devem ser mensais com o objetivo de incentivar o aleitamento materno exclusivo. Após os 6 meses, a orientação é que a mãe comece a introdução de uma alimentação complementar à criança.

Alves *et al.* (2005, p.22), por sua vez, evidenciam que aos 2 anos de idade, as consultas podem ser apenas 2 individuais e 12 domiciliares. E dos 2 até os 5 anos, a recomendação é que sejam 1 consulta individual por ano e 12 visitas domiciliares anuais.

Todos esses cuidados fazem parte da puericultura, uma assistência multidisciplinar na qual visa o acompanhamento, crescimento e desenvolvimento integral da criança. Sendo assim, é relevante que cada município tenha o seu protocolo de puericultura, uma vez que a realidade socioeconômica varia de acordo com cada região, bem como fatores de higiene, saneamento, educação, etc.

4.3 A importância de se ter um protocolo próprio

Muitas são as diferenças existentes entre os Municípios, bem como os Estados do Brasil. Há vários aspectos que são importantes e que devem ser considerados quando se trata de saúde pública. Os fatores socioeconômicos, bem como o nível de escolaridade influem diretamente no tratamento e prevenção de doenças, especialmente as da infância. A respeito disso, o baixo peso ao nascer é resultado de marcadores multifatoriais. Paula *et al.* (2010, p.55) contribuem ao dizer que

o peso ao nascer é um importante indicador geral do nível de saúde de uma população, uma vez que contribui de forma importante nas taxas de mortalidade e morbidade infantis, principalmente, a mortalidade neonatal. É determinado por diversos fatores correlacionados, dentre eles: condições sociais, econômicas e ambientais, às quais a mulher se encontra durante o período de gestação.

Tendo em vista a puericultura ser uma ação preventiva, devendo a criança ser atendida por uma equipe de profissionais e esse atendimento ser realizado por meio de consultas periódicas, é necessário que se tenham informações a respeito das condições de saúde, alimentação, moradia, saneamento básico, escolaridade e econômica das famílias cujas crianças são atendidas para que as ações de saúde dispensadas sejam efetivas.

A criação de um protocolo de puericultura para cada município seria o ideal, pois, assim, os profissionais estariam trabalhando dentro de um contexto real e, conseqüentemente, isso iria refletir diretamente nos resultados.

“Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços” (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p.9). Com a criação do Pacto pela Saúde em 2006, o atendimento passou a ser amparado em procedimentos, protocolos e instruções de trabalhos normatizados, e a maioria dos municípios brasileiros teve que se adequar às novas exigências técnicas. Em conformidade aos dizeres de Werneck, Faria e Campos (2009, p.11), diante da consolidação da Estratégia de Saúde da Família e da atenção básica, “os protocolos passaram a fazer parte do cotidiano da maioria dos municípios”, com suas características peculiares em demandas de saúde. Porém, vários municípios ainda adotam protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais.

Contudo, os municípios que ainda não possuem um protocolo próprio correm um risco de desenvolver um trabalho cujo resultado final não seja satisfatório. O material direcionado pelo Sistema Único de Saúde estabelece ações fundamentais, mas que não levam em consideração, aspectos, diretamente, ligados às particularidades de cada município e sua população. Conforme apontam Werneck, Faria e Campos (2009, p.11), apesar dos protocolos seguirem diretrizes do SUS, os mesmos não são neutros. Sem as devidas revisões científicas periódicas, podem produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante. Deve ser periodicamente planejado e avaliado para a sua efetiva “renovação e inovação”.

A utilização de protocolos em serviços de saúde tem a finalidade de padronizar o atendimento que é prestado a uma população pelos profissionais dessa área. No caso da puericultura, a atenção e orientação destinada a uma criança têm de ser a mesma oferecida a todas as outras do mesmo município pelas equipes de saúde da família. Em suma, a existência de um protocolo a ser seguido por esses profissionais auxilia os mesmos na qualidade do atendimento que estão prestando à comunidade. Os níveis de organização das ações do SUS, segundo Werneck e outros (2009), estão propostos nos níveis de atenção básica, secundária e terciária. Para o Ministério da Saúde a atenção à saúde inclui ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009, p.25)

Não obstante, é importante também que haja certa flexibilidade quanto ao protocolo a ser seguido. Caso a equipe de saúde verifique a necessidade de aumentar o número de consultas ou diminuir o intervalo entre as mesmas, os profissionais poderão fazer tal procedimento, sempre quando julgarem procedentes. De acordo com Blank (2003, p.16), a flexibilidade dos protocolos deve permitir que “determinadas circunstâncias indiquem a necessidade do aumento do número de consultas”. Também “a ausência de fatores de alto

risco” pode indicar a diminuição das mesmas, podendo transferir a responsabilidade aos pais ou às iniciativas da comunidade. Não se deve deixar de utilizar outras medidas de promoção da saúde a fim de manter sistemas tradicionais de consultas mensais com aferição do peso e da estatura apenas.

A adoção de um protocolo que não foi elaborado pelo município pode fazer com que o trabalho da ESF não seja bem sucedido, embora as orientações sobre testes e exames de diagnóstico, bem como os tratamentos e cuidados que devem ser tomados são procedimentos comuns a todos os protocolos. Mas a informação de dados a respeito da população, registro de doenças prevalentes do município, nível socioeconômico, escolaridade e outros são constituintes importantes para um tratamento eficaz e preventivo.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os protocolos, de acordo com Werneck, Faria e Campos (2009, p.9), “são orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política”, fundamentados por estudos validados por evidências científicas, são instrumentos essenciais no enfrentamento de problemas na assistência e na gestão dos serviços.

Embora Ibitité não tenha ainda aprovado seu próprio protocolo de puericultura, assim como diversos outros municípios, voltado às crianças na faixa etária de 0 a 5 anos, há os protocolos nacional e estadual aos quais os profissionais devem se orientar. Todavia, é importante que cada município tenha o seu próprio protocolo, a fim de que o atendimento prestado pelas equipes de saúde seja um pouco mais homogêneo, havendo no caso da puericultura, padrão de procedimentos que devem ser seguidos, conforme os protocolos e linhas guias nacional e estadual exigem. Contudo, os protocolos municipais são elaborados a partir do nacional e do estadual e devem conter elementos da realidade do município, o que é fator preponderante para fomentar as ações de saúde.

Durante o início do ano de 2011, foi instituída uma comissão para a elaboração do protocolo de puericultura no município. O produto final, que foi resultado de várias discussões, foi elaborado pelo autor desta pesquisa, juntamente com outros profissionais que integram a rede de saúde municipal. O protocolo está em fase de aprovação e encontra-se em anexo nesta pesquisa. Contudo, algumas diretrizes já foram instituídas no município, como o calendário de atendimento às crianças pelos profissionais da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que se segue.

Quadro 1- Calendário de acompanhamento de crianças de 0 a 5 anos

<i>24 h após alta da Maternidade</i>	<i>Visita domiciliar do ACS</i>
5 dias de vida – Ações do 5º dia Responsáveis: Enfermeiro e Técnico da Sala Vacinas	Teste de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) Vacinação Incentivo de aleitamento materno Agendamento das primeiras consultas da criança e puerpério da mãe Avaliação do estado geral da mãe e da criança (icterícia)
< 30 dias (o mais precoce possível)	Consulta com o Enfermeiro (deve, sempre que viável, ser vinculada à consulta de puerpério da mãe)
Primeiro mês	Consulta com o Pediatra
Segundo mês	Consulta com o Médico Generalista
Terceiro mês	Consulta com o Enfermeiro
Grupo de 0 a 3 meses	Tema: Promoção do Aleitamento Materno
Periodicidade trimestral	Responsáveis: Enfermeiro + Nutricionista + Psicólogo
Quarto mês	Consulta com o Médico Generalista

Quinto mês	Consulta com o Enfermeiro
Sexto mês	Consulta com o Médico Generalista
Grupo de 4 a 6 meses	Tema: Alimentação Complementar e Suplementação de Ferro
Periodicidade trimestral	Responsáveis: Médico Generalista + Enfermeiro + Nutricionista + Psicólogo
Nono mês	Consulta com o Enfermeiro
Um ano	Consulta com o Pediatra
Quinze meses	Consulta com o Médico Generalista
Dezoito meses	Consulta com o Enfermeiro
Dois anos	Consulta com o Médico Generalista
Grupo de 7 a 24 meses	Tema: Desenvolvimento Neuropsicomotor e Prevenção de acidentes na infância
Periodicidade semestral	Responsáveis: Médico Pediatra + Enfermeiro + Nutricionista + Psicólogo
Dois anos e meio (30 meses)	Consulta com o Enfermeiro
Três anos	Consulta com o Médico Generalista
Três anos e meio (42 meses)	Consulta com o Enfermeiro
Quatro anos em diante, anualmente	Consulta com Médico Generalista

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais de 2005¹

O município de Ibitaré possui uma Comissão de Protocolos denominada Comissão de Normas e Protocolos de Saúde de Ibitaré (CNPSI), porém, de acordo com dados coletados junto à Coordenação do Programa de Saúde da Família (PSF), a mesma não é formalizada legalmente, pois não existe nenhuma portaria regulamentando as suas atividades. A lei orgânica de Ibitaré não permite que o Secretário crie comissões no município, e, o único legitimado a criar as comissões é o Prefeito. Contudo, segundo informações da Coordenação, o Setor Jurídico está criando/analizando dispositivos legais para a Comissão ser viabilizada para que os diversos protocolos municipais prossigam o seu andamento e posteriormente sejam encaminhados para futuras aprovações. Este é o quadro em que se encontra o protocolo de Puericultura, como outros que estão sendo confeccionados no município de Ibitaré.

¹ A tabela é uma adaptação da Proposta da Sociedade Brasileira de Pediatria de 2008 e da Linha Guia de Atenção à Saúde da Criança (Programa Viva Vida) da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais de 2005.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há alguns anos atrás, a preocupação com o crescimento e desenvolvimento das crianças era algo restrito a apenas um médico especialista, o pediatra. Contudo, em face da crescente demanda de atendimento, esse procedimento padrão de tratamento preventivo mudou. Blank (2003, p.14) afirma que,

o modelo tradicional de prática pediátrica, restrito às quatro paredes do consultório, baseado em consultas rápidas de um médico com uma família, hoje em dia já não dá conta de todas as demandas de um trabalho integral de promoção da saúde.

Diante de novas morbidades que surgiram, fez-se necessário um novo modelo de praxis de saúde pública, a puericultura, no qual a criança é atendida por uma equipe multiprofissional e, conseqüentemente, o número de atendimento será maior que o praticado antes, quando era atendida apenas pelo pediatra. Ainda conforme Blank (2003, p.14),

é mais do que evidente que as exigências modernas de atenção abrangente às chamadas “novas morbidades” (problemas familiares e sociais, problemas escolares e de comportamento, violência e maus-tratos, injúrias físicas, risco de suicídio, obesidade, influências da mídia, abuso de drogas, riscos da atividade sexual, etc.), somadas às ações tradicionais (monitorização do crescimento, orientação nutricional, imunizações, etc.), excederam em muito a capacidade de atendimento do referido modelo.

A puericultura preocupa-se com a saúde da criança, promovendo através de ações preventivas seu pleno crescimento e desenvolvimento de maneira saudável a fim de que, na fase adulta, não sofra de nenhum mal provindo da fase infantil. Segundo Del Ciampo *et al.* (2005, p.741), a puericultura tem o foco na saúde em vez da doença. As ações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde contemplam medidas preventivas eficazes. Os objetivos básicos direcionam para a “promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares”.

Sendo a puericultura, uma atividade preventiva, tendo em vista que a criança é atendida pela ESF, é necessário que se tenha informações a respeito das condições de saúde, alimentação, moradia, saneamento básico, escolaridade e econômica das famílias cujas crianças são atendidas para que a equipe possa traçar atividades preventivas que realmente sejam eficazes.

Apesar de todas as particularidades que cada indivíduo possua é fundamental que haja uma padronização desse atendimento multidisciplinar, estabelecendo quando e com qual especialista, a criança irá se consultar desde o seu nascimento até os seus cinco anos de idade.

Por essa razão, a existência de um protocolo clínico na puericultura é primordial, pois o mesmo auxilia os profissionais quanto aos diversos procedimentos clínicos que devem ser realizados desde o nascimento da criança até os seus cinco anos de idade. Vale ressaltar que o autor deste trabalho prioriza esta pesquisa sobre a puericultura, crescimento e desenvolvimento, do nascimento da criança com a delimitação de até os cinco anos.

Este pesquisador espera que seu trabalho venha conscientizar a todos aqueles que almejam uma assistência em saúde de qualidade, norteadora e com equidade a todas as crianças.

Os protocolos de assistência e cuidado, em conformidades aos dizeres de Ramos *et al.* (2008), “tentam sistematizar e padronizar a prática” em saúde, englobando saberes atuais e a pesquisa. Sintetizam a informação, promovendo o compartilhamento do saber, melhorando assim a prática. Ainda sim, os protocolos têm sido avaliados sistematicamente e os pesquisadores acreditam que eles podem ser eficazes no processo de mudança no fazer em saúde e melhorar os resultados na assistência. Portanto, entende-se que se faz necessário que cada município elabore seu próprio protocolo de puericultura tendo em vista sua realidade e seus problemas sociais e econômicos, dentre outros, pois assim, o trabalho da equipe de saúde será bem direcionado e, conseqüentemente, os resultados serão positivos. Dessa forma, torna-se evidente que um protocolo clínico de puericultura feito para um determinado município, apesar de haver uma diversidade de pontos em comum com os protocolos Estaduais e do Ministério da Saúde, ele priorizará a realidade local, efetivando assim a promoção a saúde de seus munícipes, especificamente, das crianças.

Por fim, vale destacar que o interesse do autor deste trabalho em pesquisar sobre este assunto, Puericultura, crescimento e desenvolvimento da criança, do seu nascimento até os cinco anos, provém da sua intensa e dedicada praxe na área de Enfermagem, especialmente no atendimento às crianças. Além disso, ele é um dos responsáveis pela elaboração de um modelo de protocolo (em anexo) para o Município de Ibirité onde o mesmo trabalha.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Cláudia Regina Lindgren *et al.* **Atenção à Saúde da Criança**. 1ª Edição, Belo Horizonte: Gutenberg Publicações, 2005. 223 p. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/Atencao%20a%20Saude%20da%20Crianca.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2011.
- BLANK, Danilo. A puericultura hoje: Um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria** – v.79, Supl.1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a03.pdf>>. Acesso em: 08 Ago. 2011.
- BRASIL., Cartão da Criança acompanha a saúde e nutrição de meninos e meninas. **Ministério da Saúde**. Ano VII, Número 2008, Terceira semana de abril/2003, ISSN 1519-9959. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe208.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2011.
- BRASIL., Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores TRIPARTITE realizada em 18/03/04 . **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf>. Acesso em: 05 Set. 2011.
- BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do Adolescente: competências e habilidades. **Ministério da Saúde**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_adolescente.pdf> Acesso em: 15 Out. 2011.
- CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio. Papel da puericultura no século XXI: SBP - **Sociedade Brasileira de Pediatria**. PRES 015/08/Escritório Brasília. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=52&id_detalhe=3102&tipo_detalhe=s>. Acesso em: 08 ago. 2011.
- CAPUTO, Valéria Garcia; BORDIN, Isabel Altenfelder. Gravidez na adolescência e uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar. **Revista da Saúde Pública**. v.42, n.3. p :402-10, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6158.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2011.
- CARVALHO *et al.* Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. Rio de Janeiro: **Caderno da Saúde Pública**. Vol.24, n.3, p.685. Rio de Janeiro. Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000300021&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 ago. 2011.
- COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. v. 39, n. 5, p. 7, oct. 2005. ISSN 0034-8910. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26297.pdf>>. Acesso em: 15 Set. 2011.
- DEL CIAMPO, Luiz Antonio *et al.* O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, n. 5, p.7. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30988.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2011.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas S/A, 2002. 206p
- OLIVIER, Celso Eduardo. **Puericultura**. Disponível em: <<http://www.docsystems.med.br/puericht/puericut.htm>>. Acesso em: 07 jul. 2011.
- PAULA, Cássia Gualberto de, *et al.* Baixo peso ao nascer: fatores socioeconômicos, assistência pré-natal e nutricional. **Revista Augustus** .v. 14 , n. 29, p. 55, Rio de Janeiro, 2010 | Semestral. Disponível

em: <http://www.unisuam.edu.br/augustus/pdf/ed29/rev_augustus_ed29_05.pdf>. Acesso em: 29 set. 2011.

ROMANI, S. A.; LIRA, P. I. C. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**. v. 4, n. 1, p. 8. 2004. ISSN 1519-3829. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19978.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2011.

RAMOS, Carla Cristina de Souza, *et al.* Monitorização hemodinâmica invasiva a beira do leito: avaliação e protocolo de cuidados de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v.42 n.3 São Paulo Sept. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300014&lang=pt>. Acesso em: 07 ago.. 2011

RUZZ, Maria Helena; GROSMAN, Eloísa (Org.). Saúde do Adolescente: competências e habilidades. 1.ª edição, Brasília, DF: **Ministério Da Saúde**, 2008. 753 p. (Série B. Textos Básicos da Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_adolescente.pdf>. Acesso em: 12 set. 2011.

VITOLO, Márcia Regina; GAMA, Cíntia Mendes; CAMPAGNOLO, Paula Dal Bó. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, Rio Janeiro, p. 1-2. jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n1/v86n1a14.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Nescon UFMG, Editora Coopmed 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2011.

ANEXOS

PROTOCOLO DE PUERICULTURA DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE

IBIRITÉ - ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

PROTOCOLO DE PUERICULTURA DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

IBIRITÉ - MG

2011

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO:	02
Diretrizes para o atendimento:	03
A captação do recém-nascido:.....	03
As ações do 5º dia:.....	03
Calendário de acompanhamento:	05
As situações de risco:	07
Situações de risco para a saúde da criança:	08
Conduitas e o fluxo de encaminhamento de crianças de 0 a 5 anos com risco nutricional e desnutrição:	08

INTRODUÇÃO

Este protocolo visa o acompanhamento de crianças de 0 a 5 anos no município de Ibitité, uma proposta de reestruturação da atenção básica a fim de organizar o serviço e adequar à realidade das áreas de abrangência.

A elaboração do presente protocolo partiu da solicitação da Coordenação da Atenção Básica do Município, que convidou uma equipe multiprofissional para a sua estruturação.

O protocolo é um importante instrumento para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Tem como foco, nesta proposta, a padronização de condutas clínicas na puericultura das Unidades de Atenção Primária da Saúde do Município.

De acordo com a força tarefa da Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 155 milhões de crianças têm sobrepeso ou são obesas. Cerca e 90% da diabetes tipo 2 são atribuídos ao excesso de peso. É sabido também que o risco de doenças cardiovasculares é consideravelmente maior entre as pessoas obesas, e neste grupo, o risco de hipertensão arterial é cinco vezes maior.

A prevalência da obesidade em crianças de 6 a 11 anos triplicou de 1974 (aproximadamente 4%) a 1999 (aproximadamente 13%). O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) estima que a obesidade infantil atinja 16% das crianças brasileira.

Segundo dados do SIAB 2010, o município de Ibitité possui 15.252 crianças cadastradas de 0 a 6 anos de idade. Foram 07 óbitos em menores de um ano de idade, sendo uma por diarreia e seis por outras causas. A cobertura vacinal de crianças de 0 a 11 meses e 29 dias no ano de 2010 foi de 99,37%.

Visando a melhoria da assistência à criança, os dados epidemiológicos, a sua qualidade e sua interpretação são de fundamental importância para instituir ações concretas no campo assistencial.

Os primeiros meses de vida devem ser vistos como período decisivo para a nutrição apropriada da criança, componente essencial à normalidade do fenômeno do crescimento. A obesidade que se inicia nessa fase de vida tende a ser persistente e a apresentar complicações mais frequentes. Essa tendência justifica investimento maior em ações preventivas, seja pela maior dificuldade de tratamento da obesidade do adulto, seja pelo

custo que a doença representa para o sistema de saúde. A valorização da consulta de puericultura traduzir-se-ia, pelas razões expostas, na adequada nutrição da criança e adolescente, criando hábitos saudáveis.

Diretrizes para o atendimento:

O Cartão da Criança é o principal instrumento utilizado nacionalmente para esse acompanhamento e deve ser interpretado como um “cartão de identidade” da criança até cinco anos de idade.

A captação do recém-nascido:

A puérpera e o RN deve receber a visita do ACS nas primeiras 24 horas após a alta com o objetivo de:

- Verificar condições gerais da criança e da mãe;
- Estimular o aleitamento materno;
- Avaliar as condições de higiene;
- Perguntar se há sinais de infecção no umbigo;
- Avaliar a existência de situações de risco;
- Encaminhar para as Ações do 5º Dia;
- Orientar a mãe sobre a consulta do puerpério; e
- Orientar a mãe sobre a importância do acompanhamento da saúde da criança;

A ACS deverá orientar a mãe para comparecer na UAPS em um prazo mais precoce, no máximo de cinco dias.

As ações do 5º dia:

No 5º dia de vida, a criança deverá ser levada à UAPS para as Ações do 5º dia.

Sendo essa a primeira visita da criança ao serviço, inicia-se o programa de acompanhamento, e é fundamental que a criança seja bem acolhida e a família bem-orientada.

São ações previstas para esse primeiro encontro:

- Preencher o Cartão da Criança com orientações à família sobre o seu objetivo e importância;
- Verificar o estado geral da criança e presença de sinais de perigo (Quadro I);

- Coletar o material para triagem neonatal (Teste do Pezinho), orientando a família sobre quais são as doenças triadas, qual a importância do diagnóstico precoce e como será informada do resultado;
- Encaminhar a criança para a sala de vacina para administração da primeira dose de BCG e da Hepatite B, com o devido preenchimento do Cartão da Criança, orientando a família sobre as reações vacinais e retorno para as próximas vacinas;
- Orientar sobre o aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical e cuidados de higiene;
- Verificar a presença de icterícia. Se esta for detectável abaixo da cintura a criança deve ser imediatamente encaminhada à consulta médica ou de enfermagem;
- Agendar a primeira consulta com o enfermeiro;
- Verificar o estado geral da mãe;
- Aplicar a vacina anti-rubéola na mãe; e
- Agendar a consulta do pós-parto para a mãe.

Quadro 1 – Sinais de perigo

Criança de até 2 meses de idade:

- Convulsões;
- A criança não consegue mamar;
- Vomita tudo que ingere;
- Frequência respiratória > 60 irpm;
- Tiragem subcostal;
- Batimento de asas do nariz;
- Gemido;
- Fontanela abaulada;
- Secreção purulenta de ouvido;
- Eritema ou secreção purulenta no umbigo;
- Pústulas na pele;
- A criança está letárgica ou inconsciente;
- A criança se movimenta menos do que o normal;
- Sinais de dor à manipulação;
- Febre (temperatura axilar $> 37,5$ ° C); e
- Hipotermia (temperatura axilar $< 35,5$ °);

Crianças de 2 meses até 5 anos de idade:

- Convulsões;
- A criança não consegue beber nem mamar;
- Vomita tudo que ingere;
- A criança está letárgica ou inconsciente;
- Tiragem subcostal ou estridor;
- Frequência respiratória > 50 irpm até 1 ano e > 40 de 1 a 5 anos;
- Sinal da prega (a pele volta lentamente ou muito lentamente ao estado anterior);

- Olhos fundos;
- Palidez palmar acentuada;
- Emagrecimento acentuado; e
- Edema em ambos os pés.

Calendário de acompanhamento:

<i>24 h após alta da Maternidade</i>	Visita domiciliar do ACS
5 dias de vida – Ações do 5º dia	<p>Teste de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho)</p> <p>Vacinação</p> <p>Incentivo de aleitamento materno</p>
<p>Responsáveis: Enfermeiro e Técnico da Sala Vacinas</p> <p>< 30 dias (o mais precoce possível)</p>	<p>Agendamento das primeiras consultas da criança e puerpério da mãe</p> <p>Avaliação do estado geral da mãe e da criança (icterícia) Consulta com o Enfermeiro (deve, sempre que viável, ser vinculada à consulta de puerpério da mãe)</p>
Primeiro mês	Consulta com o Pediatra
Segundo mês	Consulta com o Médico Generalista
Terceiro mês	Consulta com o Enfermeiro
Grupo de 0 a 3 meses	Tema: Promoção do Aleitamento Materno ¹
Periodicidade trimestral	Responsáveis: Enfermeiro + Nutricionista + Psicólogo
Quarto mês	Consulta com o Médico Generalista
Quinto mês	Consulta com o Enfermeiro
Sexto mês	Consulta com o Médico Generalista
Grupo de 4 a 6 meses	Tema: Alimentação Complementar e Suplementação de Ferro ²
Periodicidade trimestral	Responsáveis: Médico Generalista + Enfermeiro + Nutricionista + Psicólogo
Nono mês	Consulta com o Enfermeiro
Um ano	Consulta com o Pediatra
Quinze meses	Consulta com o Médico Generalista
Dezoito meses	Consulta com o Enfermeiro
Dois anos	Consulta com o Médico Generalista

Grupo de 7 a 24 meses	Tema: Desenvolvimento Neuropsicomotor e Prevenção de acidentes na infância ³
Periodicidade semestral	Responsáveis: Médico Pediatra + Enfermeiro + Nutricionista + Psicólogo
Dois anos e meio (30 meses)	Consulta com o Enfermeiro
Três anos	Consulta com o Médico Generalista
Três anos e meio (42 meses)	Consulta com o Enfermeiro
Quatro anos em diante, anualmente	Consulta com Médico Generalista

Tabela 1: Adaptado da Proposta da Sociedade Brasileira de Pediatria de 2008 e da Linha Guia de Atenção à Saúde da Criança (Programa Viva Vida) da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais de 2005.

Observações:

1. As consultas nos primeiros seis meses de vida devem ser mensais com o objetivo; além das avaliações necessárias em cada idade; incentivar o ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO. Devem ser abordadas dificuldades, dúvidas e angústias da mãe frente a este processo.
2. Sendo detectado um desmame INEVITÁVEL; ou aos seis meses de vida, quando o processo de introdução da alimentação complementar já deve ser realizado OBRIGATORIAMENTE, deve ser iniciado o processo de suplementação com ferro seguindo a seguinte orientação (Departamento Científico de Nutrologia Pediátrica da SBP e Comitê de Nutrição da Academia Americana de Pediatria - 2007):
 - a. Crianças menores de 6 meses, nascidas à termo, que além do leite materno recebem APENAS fórmulas lácteas enriquecidas com ferro, ou maiores de 6 meses que recebem pelo menos 500 ml de fórmula por dia, não necessitam de suplementação;
 - b. Crianças nascidas a termo, de qualquer idade, a partir da introdução da alimentação complementar, e que recebem menos de 500 ml de fórmula por dia, devem receber 1 mg de ferro elementar/kg de peso/dia até os 2 anos de idade.
 - c. Crianças prematuras e crianças nascidas a termo com baixo peso (< 2500g) devem receber a partir do 30º dia de vida 2 mg de ferro elementar/kg de

peso/dia até completarem 1 ano, e posteriormente, 1 mg de ferro elementar/kg de peso/dia até os 2 anos de idade.

- d. Para crianças nascidas < 1500g a dose deve ser de 3 mg de ferro elementar/kg de peso/dia no 1º ano, e para as nascidas com < 1000g a dose deve ser de 4 mg de ferro elementar/kg de peso/dia também no 1º ano; sempre a partir do 30º dia de vida. Depois seguem com 1 mg de ferro elementar/kg de peso/dia até os 2 anos de idade.
- e. O esquema semanal do Programa Nacional de Suplementação de Ferro - PNSF - (25 mg/semana até os 18 meses) também pode ser utilizado, com resultados semelhantes (a eficácia ainda não foi devidamente comprovada, especialmente em nosso meio). Portanto deve ser utilizado o esquema que possibilite melhor adesão.

3. O cartão da criança deve ser preenchido em toda consulta, anotando os dados de peso, altura e perímetro cefálico; sendo construídas as curvas. Uma curva de avaliação antropométrica bem feita é o método propedêutico que apresenta a melhor relação custo-benefício para indicar o estado de saúde de uma criança.

Entretanto muitos cartões apresentam apenas curvas de peso, e alguns até não possuem nenhuma curva impressa. Desta forma, para melhor avaliação antropométrica das crianças, será colocado no prontuário de cada uma curvas de crescimento (modelos em anexo) possibilitando esta avaliação.

As situações de risco:

Algumas condições da população infantil configuram-se como situações de risco e impõem um acompanhamento mais rigoroso e até mesmo o encaminhamento para o pediatra e/ou especialista.

Essas situações de risco são divididas em dois grupos, em função do grau de complexidade requerido para a sua abordagem:

GRUPO I: são situações que impõem uma atenção mais cuidadosa, podendo a criança ser acompanhada pela equipe de saúde, avaliando-se periodicamente a necessidade de encaminhamento.

GRUPO II: indicam a necessidade de um acompanhamento por pediatra e/ou especialista. Essas crianças deverão ser encaminhadas a um serviço de referência, mantendo-se o acompanhamento concomitante pela equipe de saúde.

Situações de risco para a saúde da Criança:

Grupo I: acompanhadas 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 1 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 6º mês de vida;
- Desnutrição;
- Internação prévia;
- Criança não vacinada ou com vacinação atrasada.

Grupo II: acompanhadas por pediatra ou especialista juntamente com a equipe de saúde

- 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.

***Consultar o fluxograma de Assistência à criança de 0 a 5 anos (Fluxograma 1).

Condutas e o fluxo de encaminhamento de crianças de 0 a 5 anos com risco nutricional e desnutrição:

<i>Posição do Peso</i>	<i>Inclinação da curva</i>	<i>Condição de Crescimento</i>	<i>Conduta</i>
------------------------	----------------------------	--------------------------------	----------------

>P97	Ascendente	Alerta: risco de sobrepeso ou obesidade	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a existência de erros alimentares e orientar sua correção. • Verificar e estimular a atividade física regular. Marcar retorno em 30 dias.
Entre P97 e P10	Ascendente	Satisfatório	<ul style="list-style-type: none"> • Parabenizar a mãe pelo crescimento satisfatório da criança. Marcar retorno de acordo com o calendário mínimo.
Entre P97 e P10	Horizontal ou descendente	Alerta	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar possíveis intercorrências que possam justificar a diminuição da velocidade de ganho de peso e registrá-las no cartão. • Tratar as intercorrências presentes. • Marcar retorno com trinta dias.
Entre P10 e P3	Ascendente	Alerta	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar possíveis causas com atenção especial para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado e afeto para criança e informá-las à mãe. • Tratar intercorrências clínicas registrando-as no cartão. • Marcar retorno com trinta dias.
Entre P10 e P3	Horizontal descendente	Insatisfatório	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar as possíveis causas com a atenção especial para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, forma de cuidado e afeto com a criança e informá-las a mãe. • Tratar intercorrências clínicas registrando-as no cartão. • Orientar a mãe sobre a alimentação especial visando ao ganho de peso. • Discutir intervenção conjunta da equipe de saúde. • Realizar nova consulta com intervalo de 15 dias.
< P3	Qualquer inclinação	Desnutrição	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir o protocolo para a desnutrição

Tabela 2: Tabela 3: Conduas recomendadas de acordo com a inclinação da curva peso- idade de crianças até 5 anos de idade

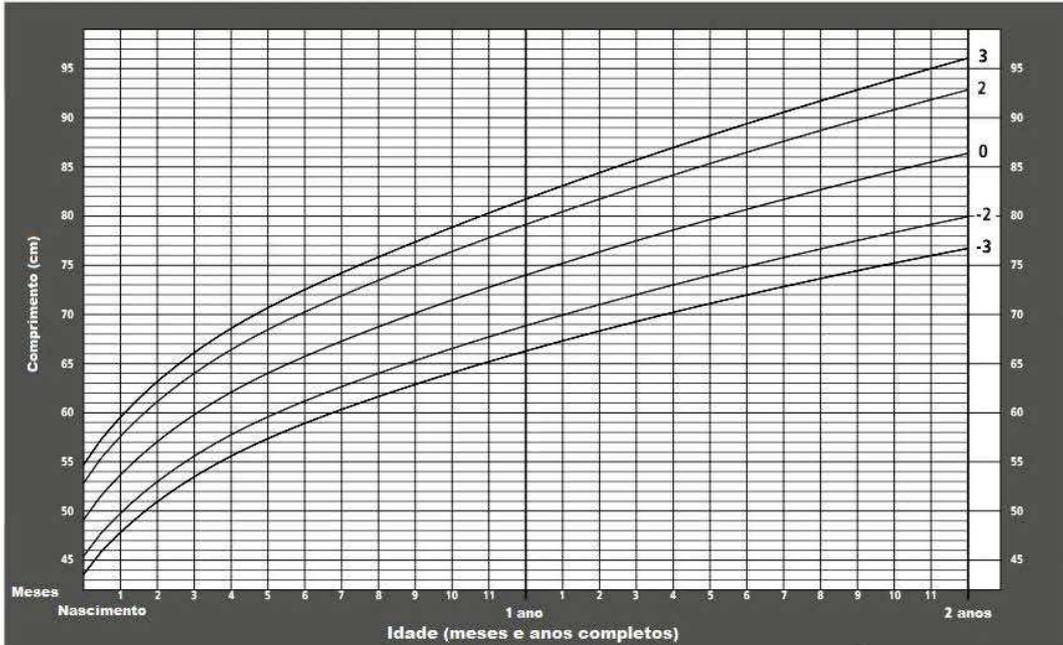
OBS.: A criança deverá ser encaminhada ao CRN se o < ou = P3.

*** Observar o protocolo para desnutrição (Fluxograma 2).

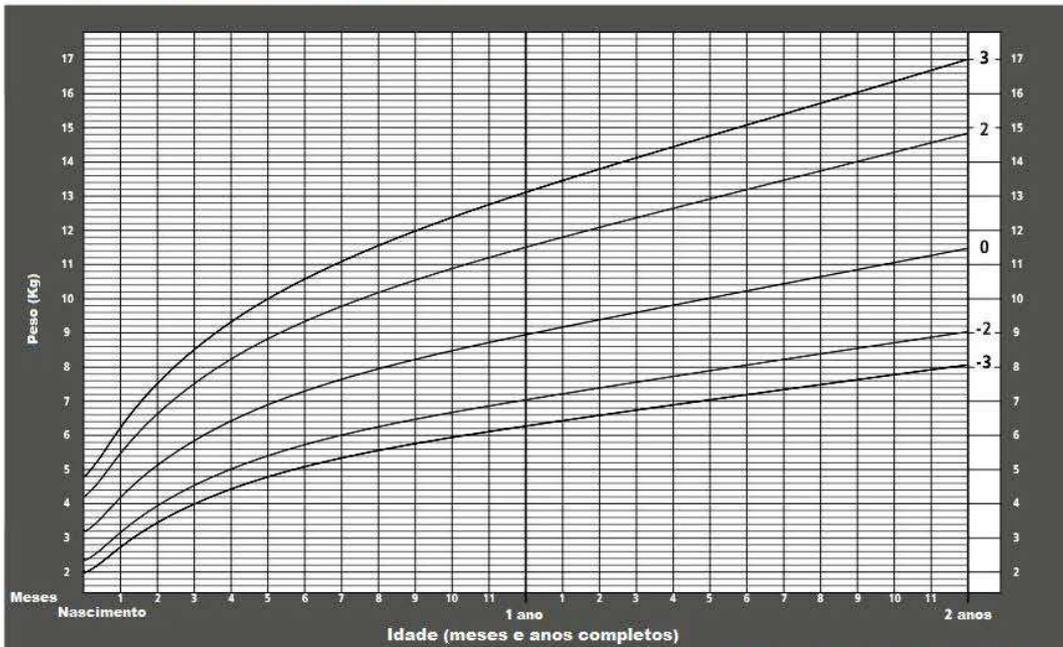
GRÁFICOS E FLUXOGRAMA

Sexo feminino:

Comprimento para idade ♀ Nascimento aos 2 anos (z-score)



Peso para idade ♀ Nascimento aos 2 anos (z-score)



OMS Curvas Padrão de Crescimento Infantil

Gráfico 1: CMS - Curvas Padrões de Crescimento Infantil – Sexo Feminino
Organização Mundial da Saúde (2006).

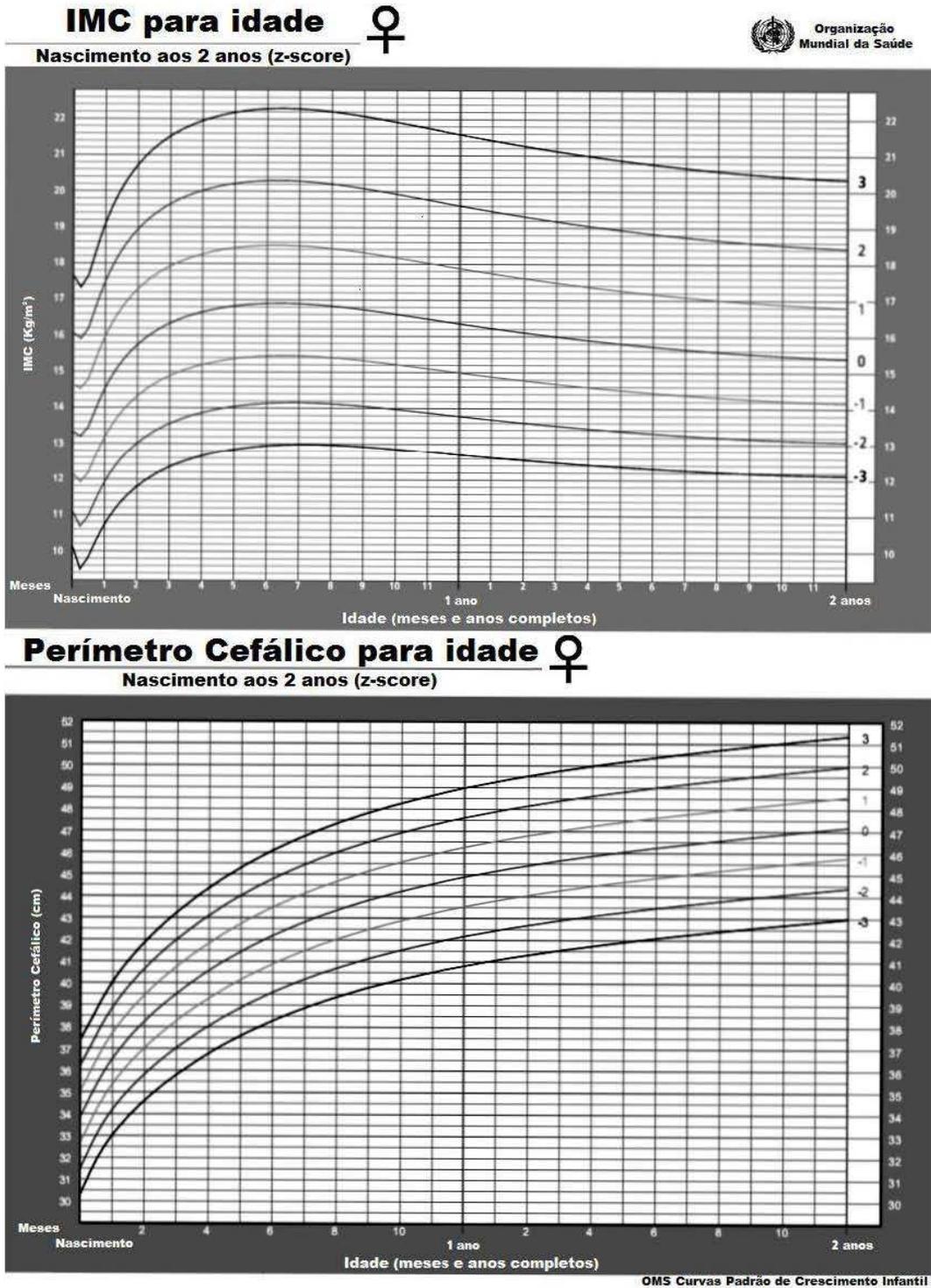


Gráfico 2: IMC e Perímetro Cefálico - Curvas Padrões de Crescimento Infantil – Sexo Feminino Organização Mundial da Saúde (2006).

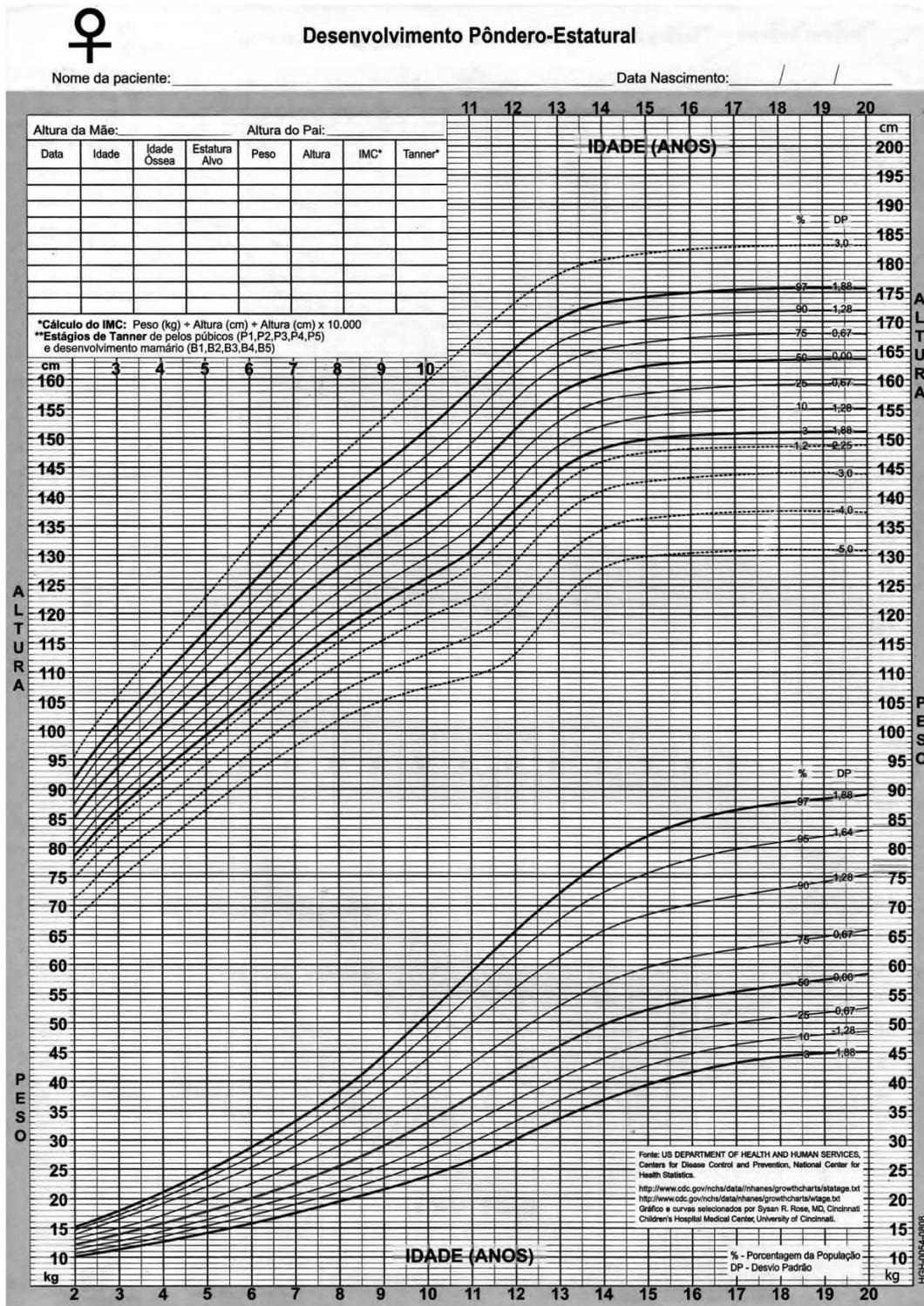
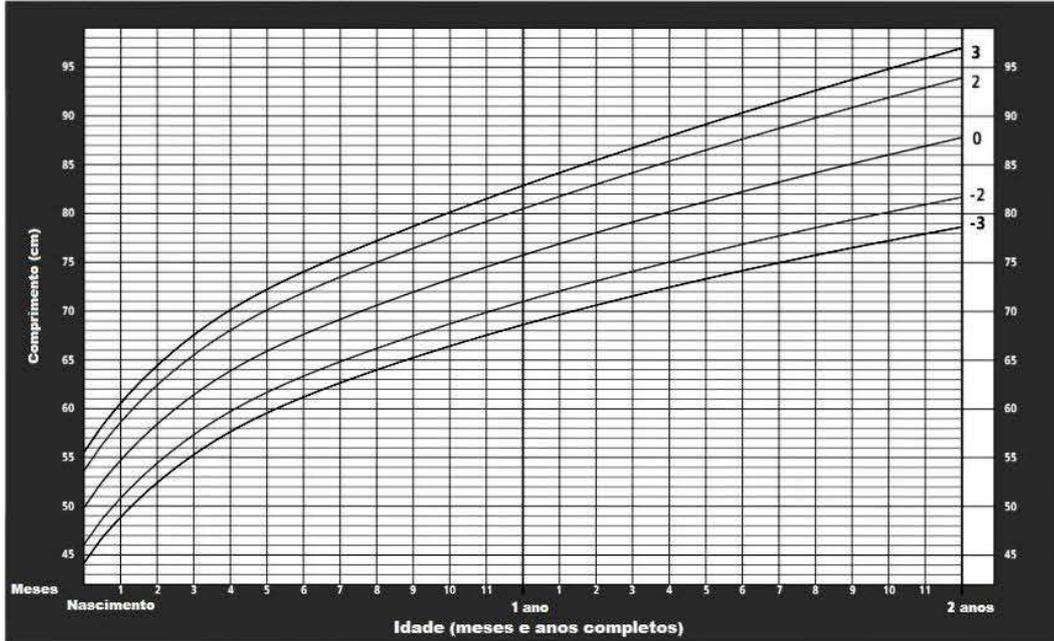


Gráfico 3: Desenvolvimento Pôndero-Estatural – Sexo Feminino
 Organização Mundial da Saúde (2006).

Sexo masculino:

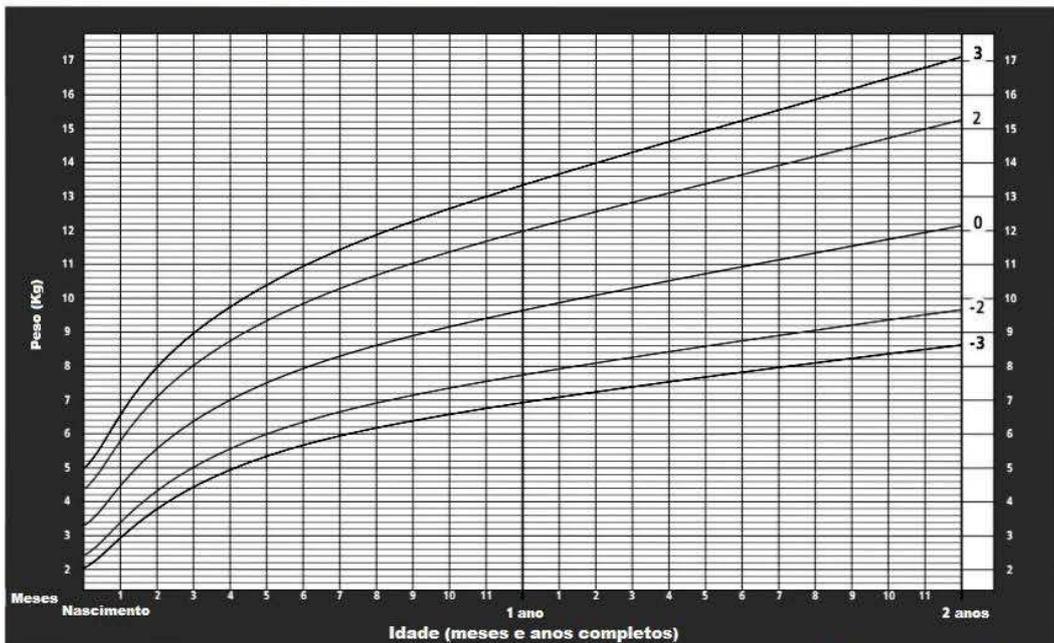
Comprimento para idade ♂

Nascimento aos 2 anos (z-score)



Peso para idade ♂

Nascimento aos 2 anos (z-score)



OMS Curvas Padrão de Crescimento Infantil

Gráfico 5: CMS - Curvas Padrões de Crescimento Infantil – Sexo Masculino
Organização Mundial da Saúde (2006).

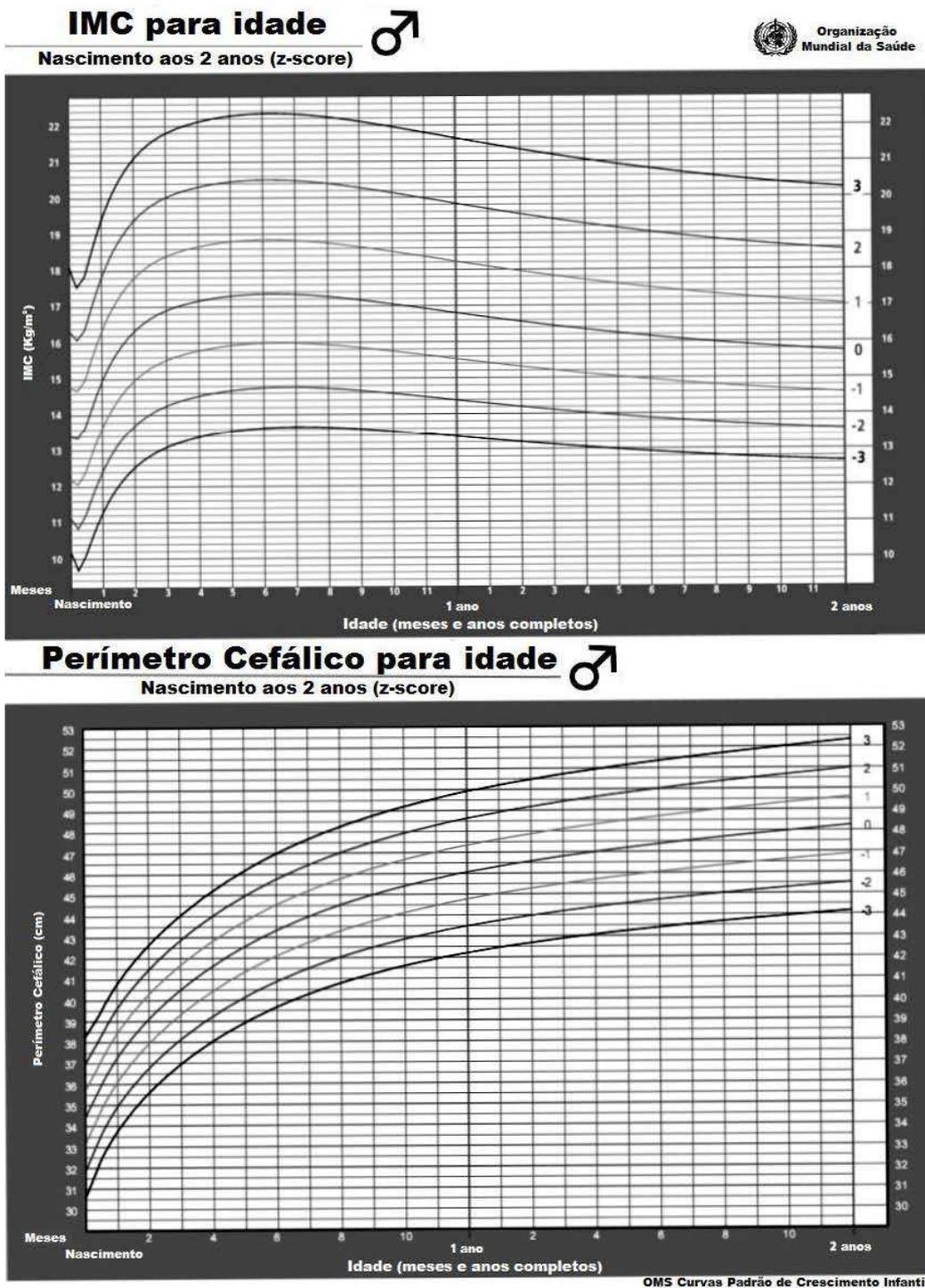


Gráfico 6: IMC e Perímetro Cefálico - Curvas Padrões de Crescimento Infantil – Sexo Masculino
Organização Mundial da Saúde (2006).

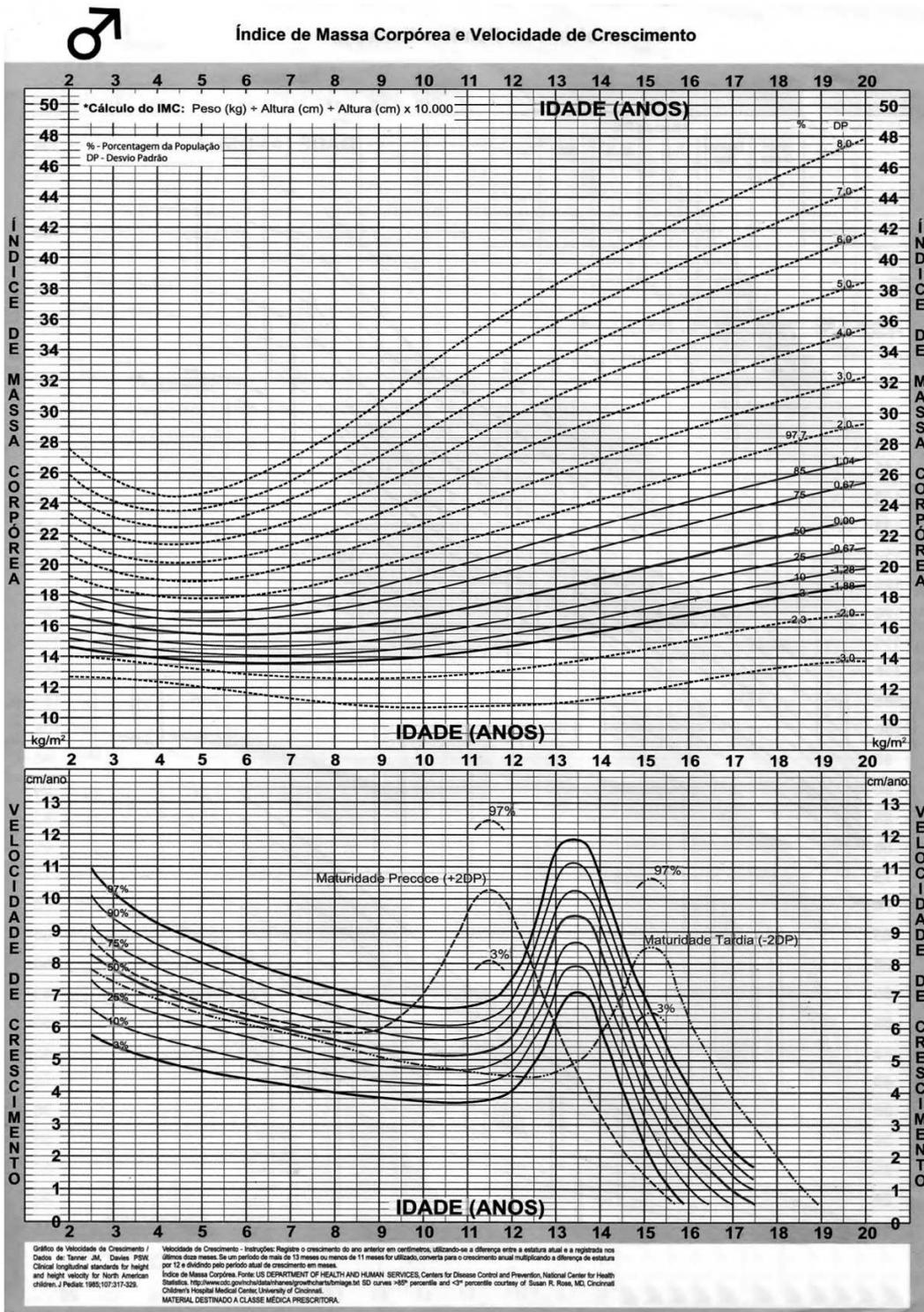
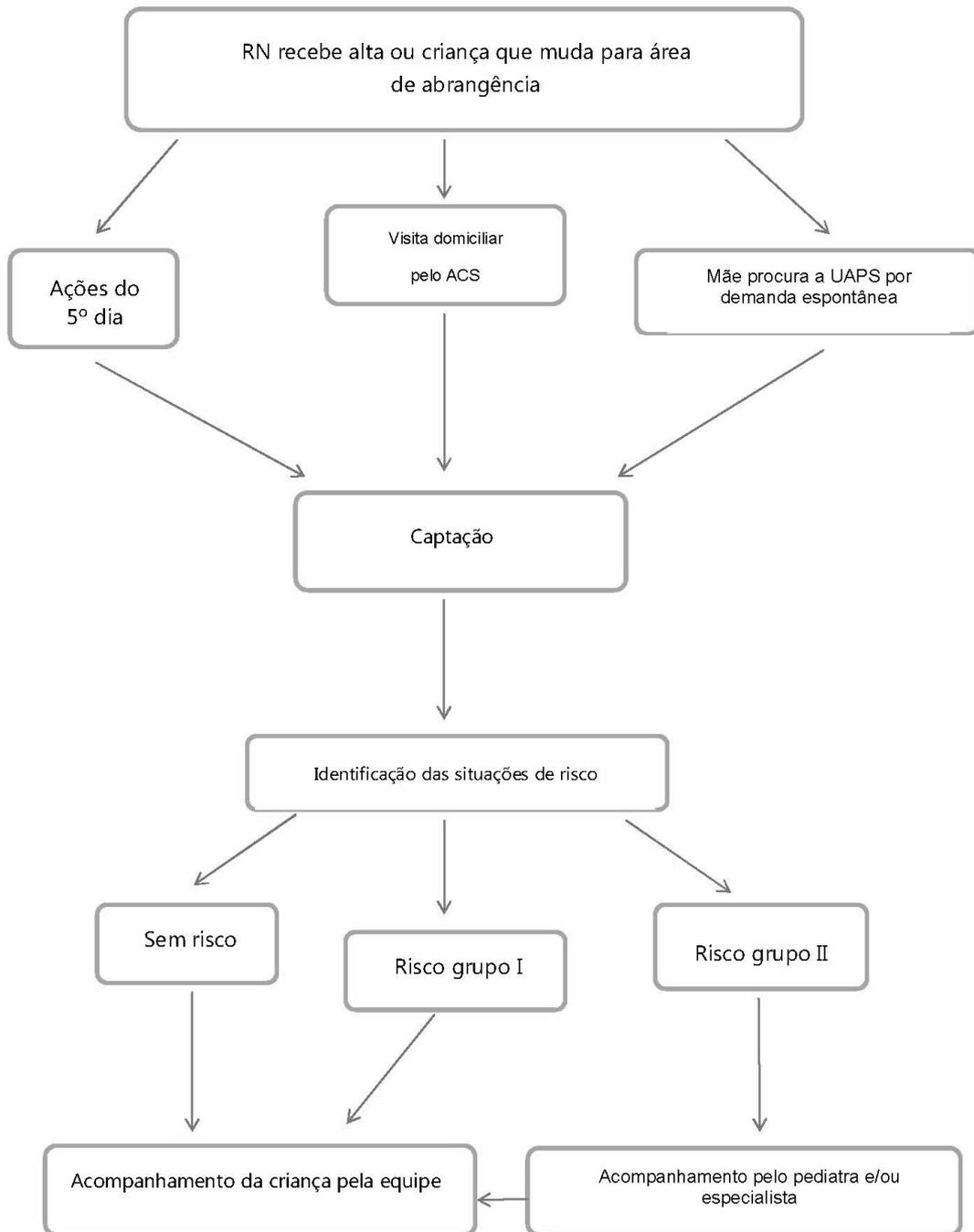


Gráfico 8: Índice de Massa Corpórea e Velocidade de Crescimento – Sexo Masculino
Organização Mundial da Saúde (2006).

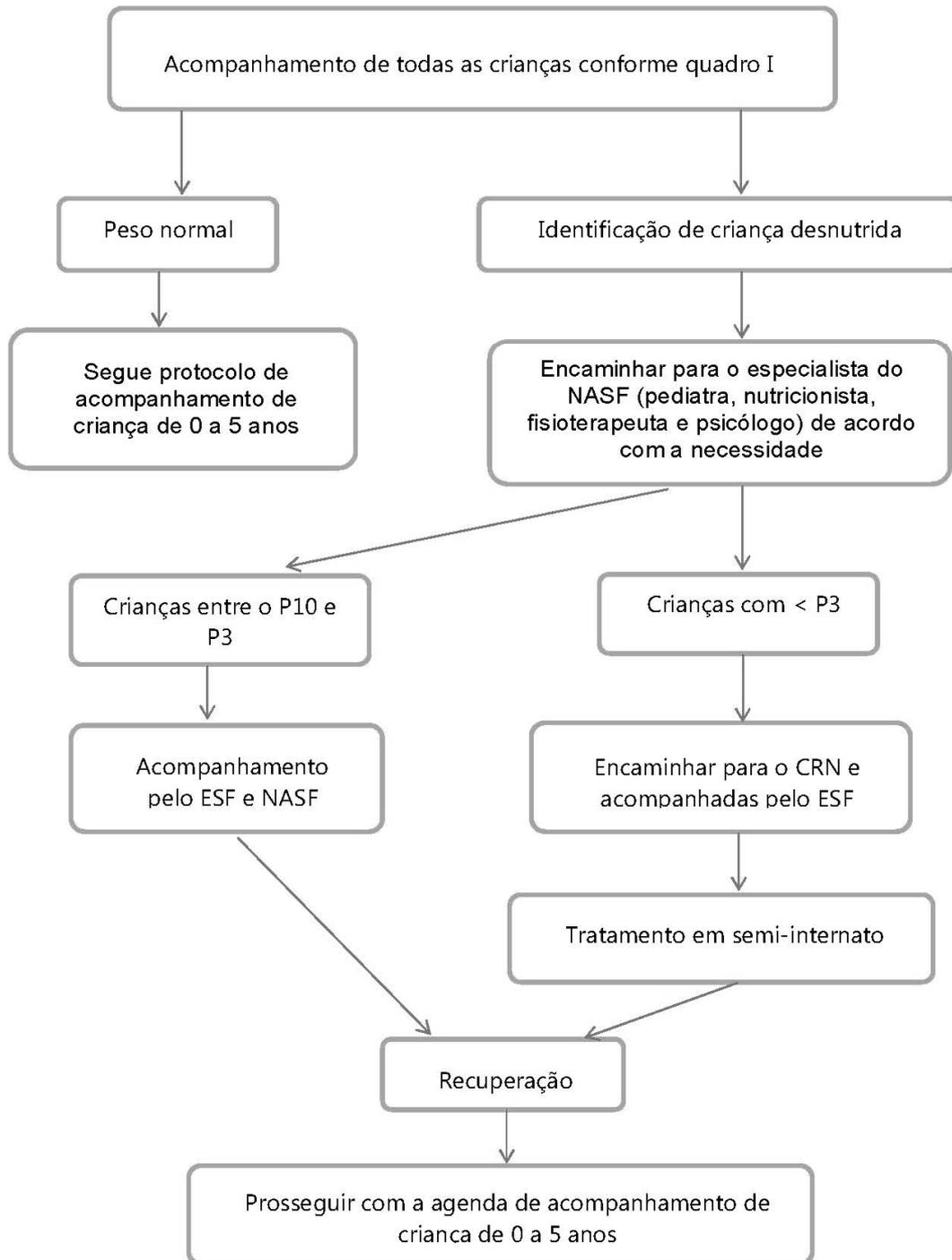
FLUXOGRAMA – ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DE 0 A 5 ANOS



Fluxograma 1: Assistência à Criança de 0 a 5 anos

Fonte: Elaborado pelo autor

FLUXOGRAMA – ATENÇÃO A CRIANÇA COM RISCO NUTRICIONAL E DESNUTRIDA



Fluxograma 2: Atenção a Criança com Risco Nutricional e Desnutrida
 Fonte: Elaborado pelo autor