

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**NADJA KARLA FERNANDES DE LIMA**

**EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA DE PUERICULTURA NA ESF-PSF II  
NO MUNICÍPIO DE ARARA-PB**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**NADJA KARLA FERNANDES DE LIMA**

**EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA DE PUERICULTURA NA ESF-PSF II  
NO MUNICÍPIO DE ARARA-PB**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Saúde Materna Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Prof<sup>a</sup> Orientadora: Marly Bittencourt G. Marton**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA DE PUERICULTURA NA ESF-PSF II NO MUNICÍPIO DE ARARA - PB de autoria do aluno **NADJA KARLA FERNANDES DE LIMA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linha de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna Neonatal e do Lactente.

---

**Profa. Dra. : Marly Bittencourt G. Marton**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>04</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>07</b>
<b>4 RESULTADO ESPERADOS.....</b>	<b>10</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>11</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>12</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS .....</b>	<b>13</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1. FLUXOGRAMA.....</b>	<b>15</b>
----------------------------------	-----------

## **EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA DE PUERICULTURA NA ESF-PSF II NO MUNICÍPIO DE ARARA-PB**

### **Resumo**

Esta proposta de intervenção tem como objetivo implementar o Programa de Puericultura na Estratégia Saúde da Família para efetivar as ações de prevenção, promoção e reabilitação de crianças na faixa etária de 0 a 02 anos. Queremos garantir o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças fazendo um atendimento sistematizado e multidisciplinar nos aspectos da saúde, bem como das suas condicionalidades. Desenvolver uma puericultura de forma generalista, envolvendo a imunização, o aleitamento materno, a detecção precoce dos agravos prevalentes, reduz consideravelmente índices de morbimortalidade infantil e contribui para a continuidade e a integralidade da atenção à saúde da criança e da família, isto aliado ao cuidado domiciliar e às práticas educativas. Para alcançarmos os resultados esperados contamos com o envolvimento de todos da equipe, o apoio do NASF do município e da Secretaria Municipal de Saúde, a sensibilização das famílias, mães e cuidadores para participarem interativamente das ações propostas no processo de trabalho. Assim, esperamos melhorar a saúde das crianças nesta faixa etária, diminuir a morbimortalidade infantil na área adscrita e contribuir com a qualidade de vida dessas crianças e famílias.

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica considerada como porta de entrada do Sistema de saúde, representa a base do trabalho de todos os níveis de saúde, oferecendo ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, além de focar os problemas de saúde mais prevalentes da comunidade adscrita. As ações desenvolvidas neste contexto tendem a modificar de forma positiva as condições de vida de uma comunidade, em função do controle de fatores ambientais e sociais, estilo de vida e hábitos saudáveis, com o propósito de eliminar riscos.

Para Dominguez (1998), Marin Zurro; Cano Pérez (1999), Starfield (2002), a atenção básica de saúde voltada para a criança é desenvolvida através de um conjunto de ações práticas que requerem, para sua implementação, grande pluralidade de atitudes, habilidades e conhecimentos técnicos e científicos de relativamente baixa complexidade. Pode ser entendida como sendo o nível de atenção sobre a pessoa, para todas as condições, além de coordenar e integrar a atenção obtida em outro lugar ou de terceiros.

A Puericultura pode ser conceituada como uma ciência que reúne todas as noções de fisiologia, higiene, psicologia, sociologia para favorecer o desenvolvimento físico e psíquico de crianças, desde o período da gestação até a puberdade. Trata de um conjunto de noções e técnicas voltadas para o cuidado médico, higiênico, nutricional, psicológico e social, das crianças, (desde a gestação, ou melhor, desde o planejamento familiar ao início da adolescência), em atenção à criança, mãe e familiares (CRESPIN, 1992).

Na atenção primária, é de extrema importância a consulta de enfermagem para o acompanhamento da saúde da criança, com vigilância do crescimento e desenvolvimento, prevenção de agravos, promoção e manutenção da saúde de modo sistematizado, de caráter generalista, centrada no ciclo vital e no contexto da família, buscando contribuir para que a criança alcance seu potencial (CAMPOS *et al.*, 2011; RIBEIRO; OHARA; SAPAROLLI, 2009).

Percebemos que na prática o que funciona é o modelo clínico assistencial individual, subsidiado no pronto atendimento e na medicalização. Entendemos que é fundamental nos preocuparmos com a implementação e operacionalização do programa de puericultura na UBS PSF II, com o objetivo de acompanhar integralmente o processo de crescimento e desenvolvimento da criança, uma vez que é por meio dele que a equipe poderá detectar

precocemente distúrbios nas áreas do crescimento estatural, do desenvolvimento neuropsicomotor, da nutrição e diversos agravos multicausais.

O meu dia a dia na Estratégia Saúde da Família me leva a concordar com o pensamento de (Viegas, 2002), quando ele chama atenção para a busca da prática do trabalho com a criança utilizando o saber cognitivo com sensibilidade, pois segundo ele tecnologia só não vale, o puericultor se transforma num excelente autômato, o paciente e a sua família não precisam apenas disso. Viegas (2002) lembra que embora seja a criança o objeto da consulta nos primeiros anos de vida nosso contato é com a mãe. Ela traz o problema e quase sempre com a sua interpretação; é necessário sutileza para não nos perdermos em caminhos falsos. O problema vem quase sempre em um clima de ansiedade, compreensível porque para a família da criança qualquer problema implica em fragilidade, sofrimento e risco de morte.

Diante de algumas dificuldades apresentadas na equipe do PSF II como a rotatividade de profissionais médico e de enfermagem, a falta de sensibilização e instrução de alguns membros da equipe em relação a puericultura, não desenvolvemos eficazmente ações pertinentes a saúde da criança. Daí a proposta de efetivação do atendimento de puericultura através da sistematização de atividades multiprofissionais, uso do protocolo existente, consultas planejadas de acompanhamento médico e de enfermagem, visitas domiciliares, atividades de educação continuada, reconhecendo situações de risco e priorizando o atendimento a essas crianças.

A implementação facilitará a realização contínua das ações tanto de desempenho como de avaliação das atividades voltadas a criança, fortalecerá o trabalho em equipe, ampliará o olhar para as necessidades da comunidade assistida, melhorará o nível de compreensão e comunicação baseados na ética, respeito, sensibilidade e corresponsabilidade com a promoção da saúde.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL:**

- Implementar o Programa de Puericultura na área adscrita do PSF II no município de Arara-PB.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Apresentar a proposta de intervenção à equipe
- Sensibilizar e qualificar os profissionais envolvidos;
- Incluir profissionais do NASF nas ações de puericultura;
- Sensibilizar mães, família a participarem ativamente do processo de trabalho;
- Melhorar a saúde das crianças na faixa etária de 0 a 02 anos.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nas décadas de 1970 e 1980, os programas de saúde infantil tinham um caráter vertical, pelo fato de suas metas e normas serem decididas em nível central e por critérios estritamente técnicos, em consonância com o modelo tecnocrata de administração brasileira da época.

Na década de 1980, com base nas condições sanitárias e epidemiológicas da população brasileira, considerando as altas taxas de mortalidade infantil daquela década, a partir de 1984 foi elaborado o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).

Os anos 1990 trouxeram para o setor de saúde a revalorização do tema família, culminando, em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF). Atualmente o PSF é denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF vem se apresentando como campo propício para melhoria da atenção à saúde da criança. Estudos que estão avaliando o seu impacto na evolução da saúde das crianças discutem que o enfoque na vigilância da saúde traz benefícios, particularmente na redução dos óbitos no domicílio, incremento do aleitamento materno e da imunização, diminuição das internações e óbitos hospitalares por desnutrição, doenças respiratórias e diarreias. Enfim, o trabalho integrado e humanizado da ESF vem favorecendo ações de promoção da saúde da criança e prevenção de doenças prevalentes, com diminuição de mortes no primeiro ano de vida (SILVA, 2003; RONCALLI, LIMA, 2004; GUIMARÃES, ALVES, TAVARES, 2009).

Em 2002, no âmbito da atenção básica à saúde, o Ministério da Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Este documento expressava a adoção de medidas para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, enfocando a garantia de direito da população e cumprimento de dever do Estado. As diretrizes políticas, expressas nesse documento de 2002, reafirmaram que o crescimento e o desenvolvimento infantis são referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente. Essas medidas não anularam e sim integraram aquelas recomendadas pela estratégia AIDPI.

Para Sampaio Zacchi (2005) a puericultura é hoje entendida como uma subdivisão da Pediatria que visa a manutenção da saúde física e emocional das crianças, acompanhando seu crescimento e desenvolvimento. Surgiu na França em finais do século XIX como um ramo da higiene, e logo em seguida “importada” pelo Dr. Moncorvo Filho, a puericultura parece ter

encontrado na complexidade social e econômica do Brasil republicano as condições propícias à sua emergência como estratégia de “salvação nacional”.

Sucupira, (2002) fala sobre a condição de identificar situações de risco no atendimento de puericultura, pois o ciclo da criança compreende um período da vida do ser humano onde incidem diferentes riscos de adoecer e morrer, conforme o momento do processo de crescimento e desenvolvimento e a inserção social da criança.

Dentre os vários papéis desempenhados pelo puericultor destacam-se o de orientador e educador para a saúde, cujo trabalho se direciona à mãe e à família. Esta, por ser o núcleo principal dos fatores ambientais e psicossociais e aquela, tendo fortalecido o vínculo com o filho e mantendo sua autoestima elevada, podem assegurar os melhores cuidados à criança. Citando o inesquecível professor Eduardo Marcondes, podemos afirmar que o puericultor não atende crianças e sim famílias (ISSLER, 1999).

A puericultura é uma área voltada principalmente para os aspectos preventivos e da promoção à saúde, atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, atingindo a vida adulta sem influências desfavoráveis e sem problemas trazidos da infância. Suas ações priorizam a saúde no lugar da doença. Seus objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, através de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo-se oferecer medidas preventivas mais eficazes.

Para que a puericultura seja desenvolvida em sua plenitude, é necessário conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, sua interação e relações dentro do contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida; pois as médicas, além de serem dirigidas à criança, refletem sobre o seu meio social, a começar pela família, pois sem o envolvimento desta, as ações que visem as crianças não terão sucesso (RICCO *et al*, 2001).

Na atenção primária em saúde da criança, a assistência em puericultura volta-se para o acompanhamento periódico e sistematizado da criança para a vigilância da saúde em seu processo de crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação, aleitamento materno e alimentação complementar saudável, prevenção de acidentes, atenção aos agravos prevalentes na infância e cuidados gerais com a criança no contexto da família.

A orientação oferecida pela equipe multiprofissional às mães é de grande responsabilidade, a qual deve procurar humanizar e desenvolver estratégias de educação em saúde mais ativa, célere e de simples compreensão, abordando os cuidados maternos com o filho e proporcionando assim, uma maior autonomia na mãe, a fim de que ela consiga impedir

que a doença atinja seu filho, promovendo a saúde desta criança, melhorando assim, a qualidade da assistência prestada a esta criança (SILVA *et al.*, 1999).

A avaliação e as intervenções em saúde da criança precisam ser continuamente atualizadas para que a consulta de enfermagem seja realizada de modo eficaz. Garantindo assim, um bom acolhimento da criança e da sua família; a realização de exame físico detalhado e a avaliação clínica pertinente, atentando para as enfermidades prevalentes na infância e os sinais precoces para detectar complicações; realizar educação em saúde, com promoção do desenvolvimento infantil, boas interações com a família e proteção aos direitos da criança.

A capacitação teórico-prática e a supervisão da educação continuada das equipes de saúde da família e de atenção básica são fundamentais para a plena inserção de todos os profissionais no cuidado com a criança. A abordagem neste sentido deve ter como eixo a visão global da criança, enfocando a identificação daquela com maior vulnerabilidade e risco, de forma a orientar a priorização do atendimento para a criança em algum sinal de gravidade, o aconselhamento da mãe-família e a responsabilização pela continuidade da assistência com acompanhamento até a solução dos problemas apresentados.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma Proposta de Intervenção desenvolvida no município de Arara-PB, na área urbana do PSF II. O município de Arara-PB conta com uma população de 12.653 habitantes, sendo 8924 habitantes em zona urbana e 3729 habitantes em zona rural, com uma área de 99 km<sup>2</sup>.

A estrutura de saúde do município de Arara conta atualmente com quatro unidades de Estratégia Saúde da Família, sendo duas urbanas e duas rurais, trinta e dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dez Agentes de combate às Endemias (ACE), um hospital municipal com 20 leitos, um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), um Serviço Móvel de Urgência-Básico (SAMU).

O PSF II encontra-se localizado na zona urbana do município de Arara-PB, no centro da cidade e conta com uma estrutura básica de Recursos Humanos: um Enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, dez agentes comunitários de saúde, um recepcionista. Possui uma área de abrangência de 1422 famílias, 4758 pessoas, sendo 95 crianças menores de dois anos sujeitos-alvo da nossa proposta.

Para elaborar esta proposta de trabalho de atendimento de puericultura no PSF II partimos da observação da grande demanda de crianças para consultas médicas por apresentarem sintomas característicos de doenças prevalentes na infância, bem como o baixo número de consultas de enfermagem em puericultura e a resistência das mães/cuidadores em trazer as crianças para tal atendimento. Consultando toda a equipe e discutindo a problemática, identificamos a não utilização do protocolo de puericultura existente, a inexistência de um planejamento eficaz a falta de sensibilização de alguns profissionais e das mães/cuidadores em relação a importância deste tipo de atendimento.

Buscando solucionar as situações/problemas e contribuir com a otimização das ações de prevenção e promoção de saúde da criança, decidimos elaborar um fluxograma de atendimento, seguir de forma efetiva o protocolo existente, capacitar os profissionais envolvidos no processo, envolver a participação da família nas ações de educação continuada em saúde considerando as especificidades de cada família, ampliar a assistência à criança envolvendo os profissionais do NASF.

Desenvolveremos atividades, através de estratégias como: Atendimento individual multiprofissional; Visitas domiciliares periódicas dos agentes comunitários de saúde-ACS; Consultas ambulatoriais e domiciliares; Acompanhamento periódico das crianças de 0 a 02

anos pelos profissionais da equipe; Atividades coletivas incluindo ações educativas em espaços sociais estratégicos como creches, pastoral da criança; reuniões de planejamento e avaliações sistemáticas.

### 3.1 PROCEDIMENTOS DA INTERVENÇÃO

Sensibilizaremos toda a equipe da unidade de saúde objetivando um atendimento humanizado direcionado à criança; organizaremos um atendimento seguindo as normas do Ministério da Saúde no que se refere ao acompanhamento do desenvolvimento da criança. Adotaremos no PSF II um modelo de consulta de enfermagem de puericultura conforme sugerido no APÊNDICE 1.

Realizaremos encontros periódicos com a equipe para a discussão baseada em estudos de casos e também para trabalhar as relações interpessoais na unidade ou fora dela. Realizaremos ações educativas de promoção à saúde intensificando a importância do aleitamento materno exclusivo, nas visitas domiciliares, nos grupos e nos meios de comunicação populares existentes na comunidade. Intensificaremos a visita ao recém-nascido e a puérpera, garantindo a consulta nos dez primeiros dias de vida aprazando a primeira consulta no PSF II.

Acompanharemos a situação vacinal de todas as crianças de 0 a 2 anos, realizando busca ativa dos faltosos, acolhimento na sala de vacina e orientando as mães e/ou cuidadores sobre o esquema básico de vacinação e sua importância para a prevenção de agravos. Aferiremos e registraremos medidas antropométricas visando identificar desvios e/ou atrasos no desenvolvimento e crescimento da criança. Realizaremos ações educativas voltadas para a saúde da criança, buscando parcerias com o NASF e demais órgãos intersetoriais e informaremos sobre a segurança e prevenção de acidentes domésticos comuns para cada idade.

Definidas as atividades deste primeiro momento, iniciaremos a detecção das crianças de 0 a 02 anos, por meio de atividades estratégicas, desenvolvidas junto às famílias e comunidade, proporcionando estabelecer redes interinstitucionais e interpessoais, utilizando a creche existente na localidade e espaços sociais como a igreja e associações, por serem espaços de socialização, formação e informação.

Com base nas experiências conhecidas nas discussões e a consulta literária feita, elaboramos um fluxograma de atendimento e encaminhamento e utilizamos o protocolo para

nortear nossos primeiros passos para a consolidação das ações propostas. Trabalharemos com estes elementos a puericultura, porém estaremos sistematicamente realizando reuniões, palestras, visitas e assistência domiciliar, discussão sobre temas transversais com os profissionais, as mães das crianças, as famílias e as clientelas de grupos desenvolvidos na unidade, com a comunidade explicando a lógica do atendimento, objetivando interagir com todos envolvidos.

A intervenção através das atividades estratégicas e da aplicação do protocolo e fluxograma de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança propicia o fortalecimento das ações de saúde da criança de forma holística e sistêmica, garantindo a implementação do atendimento de puericultura, a prevenção, promoção e recuperação da saúde das crianças menores de 02 anos da área adscrita do PSF II.

#### **4 RESULTADOS ESPERADOS**

Esperamos com a implantação desta proposta de trabalho de atendimento das crianças de 0 a 02 anos a efetivação do programa de puericultura na área adscrita do PSF II, além de melhor acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, oferecer um atendimento mais qualificado e multiprofissional, proporcionar uma maior inter-relação com as mães/cuidadores e famílias possibilitando a formação de um vínculo e corresponsabilização que permita a equipe investir na elaboração e realização de atividades contextuais para a promoção e prevenção da saúde das crianças, de forma que todos os atores envolvidos participem expondo as suas necessidades, fragilidades e potencialidades para a construção de um processo de trabalho mais eficaz e resolutivo.

Identificar em tempo hábil, avanços no desenvolvimento neuropsicomotor, identificar atrasos na aquisição de aptidões e existências de má formação congênitas, que por ventura não tenham sido identificadas no nascimento, são objetivos da consulta mensal de puericultura para crianças menores de seis meses de vida, ressaltando constantemente a necessidade do aleitamento materno exclusivo, como o mais importante promotor de saúde para toda a vida do indivíduo.

A avaliação do projeto será feita através da observação da maior adesão á consulta de puericultura, do aumento do índice do aleitamento materno, da diminuição de incidência das doenças cuja causa são preveníveis, da procura voluntária pela consulta de puericultura, pelo aumento do nível de satisfação dos usuários e profissionais envolvidos.

Usaremos como indicadores os registros descritos nos prontuários e na caderneta da criança, dados registrados no SIAB, no SIM, no SINASC e no SINAN. A taxa de prevalência de doenças e mortalidade infantil serão indicadores que mostrarão, por meio de sua tendência de queda, o impacto favorável dos resultados da implementação do programa de puericultura. Ainda serão analisados: o acesso, a utilização dos serviços e o cumprimento dos objetivos propostos por meio de reuniões mensais com os profissionais envolvidos no projeto, identificando, reprogramando ações de implementação que se façam necessárias no consenso da equipe.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A puericultura, sem dúvida, consiste em uma ferramenta oportuna para a realização do acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil e a realização de atividades de educação continuada no âmbito da atenção primária em saúde. Para operacionalizar a sua implementação enfrentamos algumas dificuldades como o despreparo técnico-científico de alguns profissionais da equipe, resistência na aplicação do protocolo, fluxograma e ficha de atendimento e de algumas mães/cuidadoras em trazerem seus filhos para o atendimento/consulta. Mas tais dificuldades não impossibilitaram o seguimento periódico e contínuo do programa de puericultura, a difusão de sua importância e a modificação de uma realidade.

Para proporcionar a todas as crianças chances de atingir todo seu potencial de crescimento e desenvolvimento, e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida futura precisamos de uma política que inclua a qualificação dos profissionais de saúde que atuam nestas UBS, ações padronizadas nos município, por meio da elaboração de protocolos e criação de um sistema de referência e contra referência, aliado ao esforço conjunto de gestores e profissionais e uma visão integrada da saúde.

Finalmente estamos convictos da importância da Atenção Integral a Saúde da criança que se plenifica quando incluímos nos papéis de todos os membros da equipe que dela participam, da comunidade assistida e gestores, a doutrina e prática da puericultura como projeção de um adulto mais saudável, pleno de suas potencialidades e cidadania.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

CAMPOS *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do Enfermeiro na estratégia saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.3, p.566-74, 2011.

CRESPIN J. **Puericultura. Ciência, arte e amor**. São Paulo: Fundo editorial BYK; 1992.

DOMINGUEZ, B. N. R. **O Programa Saúde da Família: Como fazer**. 1ª ed. São Paulo: CGE Computação Gráfica/Editora Ltda, 1998.

FUJIMORE, E.; OHARA, C. V. S. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. São Paulo: Manole. 2009.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. **Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil**. Cad. Saúde Pública, v. 25, n. 4, p. 868-76, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/18.pdf>.

ISSLER, H.; LEONE, C.; MARCONDES, E. **Pediatria na Atenção primária**. 1ª Ed. São Paulo: Editora Sarvier, 1999.

RICCO, R. G.; DEL CIAMPO LA, ALMEIDA CAN. **Puericultura: princípios e práticas**. Atenção Integral à Saúde da Criança. 1ª Ed. São Paulo. Editora Atheneu; 2001.

SAPAROLLI, E. C. L; ADAMI, N. P **Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família**. Acta Paul. Enferm. V. 20, n.1, p.55-61, 2007.

SILVA, A. C. F. C. **Cuidar do recém-nascido: o enfermeiro como promotor das competências parentais**. Dissertação (Mestrado). Curso de Comunicação em Saúde. Universidade Aberta de Lisboa, 2006.

SUCUPIRA, A. C. L. **A Consulta em pediatria**. In: MARCONDES E; VAZ, F. A. C. São Paulo; 1987.

VIEGAS, D. **Conhecimento e sensibilidade**. Sinopse de Pediatria 2002, 351-53.

ZACCHI, M. A. S. **A Puericultura**. Rev. Paul Pediatria, São Paulo, v.23, n.3, p.112-3. Jan.2005.

## APÊNDICES E ANEXOS

### CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA

**1. Dados de Identificação:** **Data da Consulta:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data do nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Apgar: \_\_\_\_\_ Peso ao nascer: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ PT: \_\_\_\_\_ Maternidade: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Quem cuida? \_\_\_\_\_

**2. Antecedentes obstétricos da mãe**

Gestação de nº: \_\_\_\_\_ Tempo de gestação: \_\_\_\_\_ Pré-natal: sim ( ) não ( )

Intercorrência: sim ( ) não ( ) Qual? \_\_\_\_\_

Tipo de parto: Normal ( ) Fórceps ( ) Cesariana ( )

**3. Imunização**

	BCG	Hep. B	Pólio	Penta	Rotavírus	T. Viral	Meningo C	Pneumo 10
<b>1ª Dose</b>								
<b>2ª Dose</b>								
<b>3ª Dose</b>								
<b>1º Reforço</b>								
<b>2º Reforço</b>								
<b>Campanhas</b>								
<b>Campanhas</b>								

**4. Após o nascimento:**

Tempo de permanência do hospital \_\_\_\_\_

**5. Alimentação:**

Aleitamento materno exclusivo? \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

Aleitamento misto? \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_

Aleitamento artificial? \_\_\_\_\_ Diluição: \_\_\_\_\_

Outros alimentos ou massa? \_\_\_\_\_

**6. Higiene e limpeza:**

Banhos–Quantidade: \_\_\_\_\_ Produtos usados: \_\_\_\_\_

Higiene perianal – produto usado: \_\_\_\_\_

Coto umbilical: \_\_\_\_\_

**7. Eliminações:**

Fezes Frequência: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Consistência: \_\_\_\_\_

Urina Frequência: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

**8. Aspectos socioeconômicos:**

Número de membros familiares: \_\_\_\_\_ Tipo de habitação: \_\_\_\_\_ Nº de cômodos: \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_ Bolsa família? \_\_\_\_\_

Grau de instrução do pai e da mãe: \_\_\_\_\_

Profissão da mãe: \_\_\_\_\_ Profissão do pai: \_\_\_\_\_

**9. Riscos para a criança:**

Animais em casa: sim ( ) não ( ) vacina: sim ( ) não ( )

Dorme em: berço ( ) cama ( ) rede ( ) Com alguém? \_\_\_\_\_

Bebida alcoólica: sim ( ) não ( ) Fuma: sim ( ) não ( )

Água para beber: filtrada ( ) fervida ( ) sem tratamento ( )

## FLUXOGRAMA

### ATENÇÃO À CRIANÇA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

