

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

DANIELE DE SOUZA VIEIRA

CONSULTA DE PUERICULTURA: UM OLHAR SOBRE A PRÁTICA DO
ENFERMEIRO

JOÃO PESSOA

2017

DANIELE DE SOUZA VIEIRA

CONSULTA DE PUERICULTURA: UM OLHAR SOBRE A PRÁTICA DO
ENFERMEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Projeto de pesquisa vinculado: Vigilância do desenvolvimento infantil: caminhos e perspectivas para a Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Altamira Pereira da
Silva Reichert

JOÃO PESSOA

2017

V657c Vieira, Daniele de Souza.
 Consulta de puericultura: um olhar sobre a prática do
 enfermeiro / Daniele de Souza Vieira. - João Pessoa, 2017.
 121 f.: il. -

 Orientador: Altamira Pereira da Silva Reichert.
 Dissertação (Mestrado) - UFPB/ CCS

 1. Enfermagem. 2. Puericultura. 3. Práticas de
 Enfermagem. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

DANIELE DE SOUZA VIEIRA

Consulta de puericultura: um olhar sobre a prática do enfermeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 29 de Abril de 2017.

BANCA EXAMINADORA

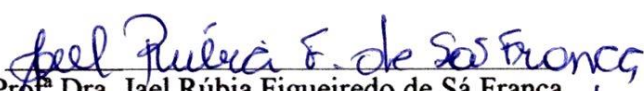


Profª Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Profª Dra. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE



Profª Dra. Neusa Collet
Universidade Federal da Paraíba – UFPB



Profª Dra. Jael Rúbia Figueiredo de Sá França
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Profª Dra. Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos
Universidade Federal da Campina Grande - UFCG

Dedico a Deus que, com sua misericórdia, conduz-me por caminhos, que jamais pensei em alcançar.

Dedico também aos meus pais e ao meu esposo que, mesmo diante das adversidades da vida, sempre acreditaram e me provaram que eu seria capaz de realizar meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me capacitar em cada novo desafio que a vida acadêmica me proporcionava, por nunca me deixar fraquejar, mantendo-me de pé nos momentos mais desafiadores ao longo do caminho árduo, porém encantador da pesquisa;

Aos meus pais que, apesar de humildes e de, em alguns momentos, não compreenderem minha escolha, durante essa trajetória, colaboraram com todo o processo e sempre me apoiaram;

Ao meu esposo, que sempre esteve ao meu lado, que me auxiliou em todos os momentos e acreditou na minha vitória;

À minha professora e orientadora, Altamira Pereira da Silva Reichert que, desde a Graduação, acreditou em meu potencial e me conduziu até aqui com maestria. Serei eternamente grata por seus ensinamentos, minha querida!

Aos grupos de pesquisa GESCAAP e GEPSCA, sobretudo as minhas amigas Elenice, Nathanielly, Leiliane e Vanessa, pelos maravilhosos momentos de aprendizados e diálogos, pelo carinho e pelo companheirismo. Vocês estarão sempre em meu coração!

À banca examinadora, pela colaboração em todo o trabalho, pela disponibilidade e pela compreensão. Muito obrigada!

Às enfermeiras e aos enfermeiros do serviço, que se dispuseram a participar da pesquisa e se esforçaram para que eu conseguisse concluir a coleta dos dados. Sem a colaboração de vocês, eu não conseguiria concluir o estudo há tempo;

Por fim, agradeço a todos os cidadãos brasileiros que, de forma indireta, colaboraram com a minha formação desde a Graduação, pois somos nós, o povo brasileiro, que fomentamos os estudos de milhões de acadêmicos e pós-graduandos neste Brasil. Muito obrigada!

Alegrai-vos sempre no Senhor! Repito, alegrai-vos! Seja a vossa amabilidade conhecida de todos! O Senhor está próximo. Não vos preocupeis com coisa alguma, mas em toda ocasião, apresentai a Deus os vossos pedidos, em orações e súplicas, acompanhadas de ação de graças. E a paz de Deus, que supera todo entendimento, guardará os vossos corações e os vossos pensamentos no Cristo Jesus. Afinal, **Tudo posso naquele que me dá força.**

Felipenses 4. 4-7.13

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDIP – Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
APS - Atenção Primária à Saúde
CAIS - Centros de Atenção Integral a Saúde Especializada
CAISI - Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CEPICS - Centros de Práticas Integrativas
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CSC - Caderneta de Saúde da Criança
CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS
DS - Distritos Sanitários
ESF - Estratégia Saúde da Família
IG - Índice Geral
MS - Ministério de Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS - Programa Agente Comunitário da Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SAD - Serviço de Atenção Domiciliar
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS - *Software Statistical Package Social Science*
SUS - Sistema Único de Saúde
USF - Unidades de Saúde da Família
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

RESUMO

VIEIRA, Daniele de Souza. **Consulta de puericultura:** um olhar sobre a prática do enfermeiro. 2017. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

Introdução: Nos primeiros anos de vida da criança estão as principais fases de evolução, crescimento e desenvolvimento. O acompanhamento de sua saúde ocorre na consulta de puericultura e contempla um conjunto de ações de saúde que proporcionam a identificação de alterações em sua saúde. **Objetivo:** Analisar as ações de cuidado realizadas pelo enfermeiro durante as consultas de puericultura. **Método:** Estudo exploratório, observacional e quantitativo, realizado no município de João Pessoa, de março a julho de 2016, do qual participaram 31 enfermeiros que realizavam consulta de puericultura na estratégia saúde da família. Foi utilizado um *check-list* previamente estruturado e observadas três consultas aleatórias por cada enfermeiro participante, totalizando 93 consultas. A análise foi feita por meio de estatística descritiva e teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Para validar o instrumento e avaliar o desempenho dos enfermeiros, foram aplicados, respectivamente, o teste de *Alfa de Cronbach* e a análise de agrupamento. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, parecer nº 096/12 e CAAE: 02584212300005188. **Resultado:** Evidenciaram-se fragilidades nas ações de cuidado dispensado à criança por parte dos enfermeiros. As dimensões do cuidado em maior proporção foram a avaliação da imunização e suplementações de ferro e vitamina A, o acompanhamento do crescimento infantil e os registros no prontuário e na caderneta de saúde da criança. Já as dimensões de educação em saúde, o exame físico, a anamnese e o acolhimento foram pouco efetivados na prática dos enfermeiros. **Conclusão:** O cuidado dispensado pelos enfermeiros ainda está aquém do recomendado pelas diretrizes de atenção à saúde da criança. Portanto, é preciso melhorar a qualidade da assistência, por meio de ações de educação permanente e da sensibilização desses profissionais.

Palavras-chave: Cuidado da criança; Crescimento e desenvolvimento; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

VIEIRA, Daniele de Souza. **Child care consultation:** a look into the practice of nurses. 2017. 121 sheets. The Thesis (Master's degree in Nursing) - Center for Health Sciences, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2017.

Introduction: In the early years of a child's life are the main stages of evolution, growth and development. The monitoring of your health occurs in child care consultation and comprises a set of actions that provide the identification of changes in their health. **Objective:** To analyze the actions of care performed by nurses during routine visits. Method: an exploratory study, observational and quantitative, performed in the city of João Pessoa, from March to July 2016, attended by 31 nurses who were consulted for child care in the Family Health Strategy. We used a check-list previously structured and observed three random queries for each nurse participant, totaling 93 queries. The analysis was done by means of descriptive statistics and Chi-square test with a significance level of 5%. To validate the instrument and assess the performance of the nurses there were applied, respectively, the test of Cronbach's alpha and Cluster analysis. The research was approved by the Research Ethics Committee of the health science center of the Federal University of Paraíba, protocol nº 096/12 and CAAE: 02584212300005188. **Result:** Showed itself vulnerable in child care by nurses. The dimensions of care in greater proportion were the evaluation of immunization and vitamin A and iron supplements, monitoring of children's growth and the records in the chart and in the health of the child. While the dimensions of health education, physical examination, anamnesis and greeting were little effect in practice of nurses. Conclusion: the care dispensed by nurses still falls short of the recommended by guidelines for health care of the child, therefore, it is necessary to improve the quality of care, by means of permanent education and awareness of these professionals.

Descriptors: Child Care; Growth and Development; Nursing; Primary Health Care.

RESUMEN

VIEIRA, Daniele de Souza. **Consulta a los niños:** una mirada a la práctica de las enfermeras. 2017. 121 hojas. La Tesis (Maestría en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2017.

Introducción: En los primeros años de la vida de un niño son las principales etapas de la evolución, el crecimiento y el desarrollo. La vigilancia de la salud se realiza en consulta a los niños y comprende un conjunto de acciones que proporcionan la identificación de cambios en su salud. **Objetivo:** analizar las acciones de cuidado realizadas por enfermeras durante visitas de rutina. **Método:** un estudio exploratorio observacional, cuantitativa, realizada en la ciudad de João Pessoa, de marzo a julio de 2016, contó con la asistencia de 31 enfermeras que fueron consultados por el cuidado del niño en la Estrategia Salud de la familia. Hemos utilizado una lista de verificación previamente estructurados y observó tres consultas aleatorias para cada enfermera participante, por un total de 93 consultas. El análisis fue realizado mediante estadística descriptiva y prueba de Chi-cuadrado con un nivel de significancia del 5%. Para validar el instrumento y evaluar el desempeño de las enfermeras, se aplicaron, respectivamente, la prueba de análisis de Cluster y alfa de Cronbach. La investigación fue aprobada por el Comité de ética de investigación del centro de ciencia de salud de la Universidad Federal de Paraíba, protocolo n° 096/12 y CAAE: 02584212300005188. **Resultado:** ha mostrado debilidades en las acciones de cuidado del niño por parte de las enfermeras. Las dimensiones de la atención en mayor proporción fueron la evaluación de la inmunización y los suplementos de hierro y vitamina A, la vigilancia del crecimiento infantil y los registros en la pizarra y el libro de la salud del niño. Mientras que las dimensiones de la educación de salud, examen físico, la historia y la hospitalidad eran poco efecto en la práctica de las enfermeras. **Conclusión:** La atención prestada por las enfermeras está todavía por debajo de las recomendadas en las directrices de atención de la salud infantil, por lo tanto, es necesario mejorar la calidad de la atención, mediante la educación permanente y la toma de conciencia de estos profesionales.

Descriptores: atención infantil; crecimiento y desarrollo; Cuidados de Enfermería; Atención Primaria de Salud.

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
2	QUADRO TEÓRICO	20
2.1	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	20
2.2	PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	23
2.3	ARTIGO DE REVISÃO DA LITERATURA	27
3	MÉTODO	58
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	58
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO	58
3.2.1	Caracterização do município de João Pessoa	58
3.2.2	Caracterização do Distrito I do município de João Pessoa	59
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	59
3.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS	60
3.5	INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS	62
3.6	ANÁLISE DE DADOS	64
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	65
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
4.1	Artigo original	66
5	CONCLUSÃO	85
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICE	94
	APÊNDICE A- Instrumento de Coleta de Dados Observacional	94
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	103
	ANEXO	104
	ANEXO A - Certidão de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	104
	ANEXO B - Declaração de Encaminhamento para Realização da Pesquisa	105
	ANEXO C - Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva	106
	ANEXO D – Normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem	114

APRESENTAÇÃO

O estudo em tela é um subprojeto do projeto de pesquisa: ‘Vigilância do crescimento e desenvolvimento: caminhos e perspectivas para a Enfermagem’, desenvolvido na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de João Pessoa – Paraíba. Emergiu a partir de observações e reflexões decorrentes das experiências vivenciadas nos estágios teórico-práticos das disciplinas do Curso de Graduação, nas atividades de monitoria da disciplina ‘Saúde da criança e do adolescente I, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba e das observações durante a coleta dos dados da pesquisa que desenvolvi no Programa de Iniciação Científica, em que analisei os registros dos dados na Caderneta de Saúde de crianças com até um ano de idade, cadastradas nas unidades de saúde da família.

Durante essas vivências, percebi que a assistência de enfermagem ofertada às crianças na APS do município de João Pessoa estava fragilizada, portanto, divergente do cuidado preconizado pelas diretrizes ministeriais voltadas para a atenção à saúde infantil trabalhada em sala de aula. Então, compreendi que o cuidado que se dispensava à criança estava dotado de hiatos que precisavam ser investigados e discutidos para mudar tal realidade.

Ao recorrer à literatura para analisar outras realidades da atenção à saúde da criança, também percebi que inúmeros estudos realizados, principalmente, com uma abordagem qualitativa, constatarem que o cuidado dispensado às crianças em diferentes estados do Brasil ainda está aquém do que é necessário. Por isso surgiu a inquietação para realizar um estudo, a fim de investigar esses achados previamente evidenciados.

No que diz respeito à estrutura, esta dissertação foi organizada em seis capítulos. No **primeiro**, apresento as considerações iniciais; no **segundo**, o quadro teórico, dividido em tópicos, em que abordo brevemente o processo de trabalho em saúde, o processo de trabalho do enfermeiro na APS e as ações implementadas por enfermeiros na consulta de puericultura: o que explicita a literatura, elaborada em formato de artigo científico, com o objetivo de evidenciar as ações implementadas por enfermeiros na consulta de puericultura e analisá-las à luz das diretrizes brasileiras de atenção à saúde da criança, que será submetido para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva.

No **terceiro**, teço considerações sobre o percurso metodológico empregado para a realização do estudo; no **quarto**, demonstro os resultados e as discussões, apresentados em formato de artigo original, cujo objetivo foi de analisar as ações de cuidado realizadas pelo enfermeiro durante as consultas de puericultura. Este artigo se intitula: A prática do

enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família, e será submetido para publicação na Revista Latino-Americana de Enfermagem.

O **último** capítulo – o da conclusão – traz algumas reflexões sobre os achados deste estudo e sobre a necessidade de educação permanente dos enfermeiros, a fim de melhorar a assistência prestada à população infantil e de promover um cuidado integral à saúde da criança. Destaca-se também a carência de um protocolo de atendimento referente à consulta de puericultura no município, com o propósito de organizar a assistência e uniformizar o trabalho desses profissionais.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nos primeiros anos de vida da criança, estão as principais fases da evolução do seu crescimento e desenvolvimento, contudo também se caracterizam como uma janela para a ocorrência de agravos⁽¹⁾ devido à vulnerabilidade orgânica. Por essa razão, o seguimento adequado da evolução da criança, em que está imbricada a vigilância do crescimento e do desenvolvimento nesse período, é sobremaneira importante para reduzir o número de doenças, proporcionar boa qualidade de vida e favorecer seu crescimento e desenvolvimento em todo o seu potencial⁽²⁻³⁾.

Todas as crianças têm direito à vida e a uma saúde de boa qualidade. Para isso, os governos precisam garantir esse direito, com atenção adequada e equidade nas condições de saúde desse grupo, que apresenta um elevado número de mortes por causas evitáveis⁽⁴⁾. As principais causas de morte de crianças com idades de zero a cinco anos são complicações neonatais, pneumonia e diarreia⁽⁵⁾.

De acordo com os níveis e as tendências globais da mortalidade infantil, entre 1990 e 2015, o número de óbitos de menores de cinco anos alcançou 236 milhões, apesar da expressiva redução de 12,7 milhões, no ano de 1990, para 5,9 milhões em 2015. Esse avanço, ainda que seja significativo, não conseguiu alcançar o quarto objetivo do milênio, visto que a redução mundial da mortalidade na infância foi de apenas 53% durante o período de 1990 a 2015⁽⁶⁾. Estimativas apontam que, provavelmente, a meta estabelecida pelo objetivo do desenvolvimento do milênio poderá ser alcançada no mundo em 2026. Medidas urgentes precisam ser tomadas para mudar esse cenário, tendo em vista que milhões de crianças continuarão correndo risco de morrer antes de completar o quinto ano de vida⁽⁶⁾ e não terão oportunidade de crescer e de se desenvolver como esperado pela sociedade.

No Brasil, a realidade é mais animadora, porque o país conseguiu reduzir expressivamente a mortalidade infantil em 73%, pois diminuiu cerca de 61 óbitos, em 1990, para 16, por mil nascidos vivos em 2015⁽⁶⁾. Porém, a redução não foi homogênea em todas as regiões brasileiras, porquanto, na Região Nordeste, a mortalidade era de 2,5 vezes maior, quando comparada com a do Sul em 2009, e reduziu para 1,6 vezes, em 2011, enquanto, no Norte, a diferença entre esta e a região Sul, que era de 1,5, em 2009, aumentou para 1,8 vezes em 2011. Ademais, as Regiões Norte e Nordeste ainda apresentam taxas superiores a 20 óbitos de crianças com menos de cinco anos por mil nascidos vivos⁽⁷⁾.

Em relação ao estado da Paraíba, a taxa de mortalidade infantil vem reduzindo consideravelmente, uma vez que no ano de 2010, foi de 18,2%; e em 2014, de 13,6%.

Entretanto, persiste o elevado número de óbitos no período neonatal precoce, seguido do pós-neonatal, que, em 2014, alcançou valores de 433 e 218 óbitos de crianças, respectivamente⁽⁸⁾. Em 2015, houve 817 óbitos entre menores de quatro anos de idade, 60,6% deles ocasionados por causas claramente evitáveis⁽⁹⁾.

Diante desse cenário, percebe-se que, apesar de ter havido um progresso na redução da mortalidade infantil, o Brasil ainda enfrenta o desafio de promover a equidade na atenção às condições de saúde e de ofertar um cuidado de boa qualidade para o desenvolvimento integral na primeira infância⁽¹⁰⁾. Para tanto, são necessárias políticas públicas assertivas, com o propósito de assegurar a sobrevivência de crianças e garantir seus direitos na primeira infância⁽¹⁰⁾.

A preocupação em reduzir a mortalidade infantil sempre foi alvo de atenção do MS, todavia as ações propostas para esse fim eram associadas, inicialmente, a programas que abrangiam a área materno-infantil, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que, posteriormente, foi desmembrado e culminou com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), com o objetivo de promover melhores condições de saúde e o cuidado integral voltado para essa população⁽¹¹⁾. A estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e a *Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*⁽¹²⁾ como diretriz para organizar a atenção à criança, também foram importantes nesse percurso em busca do cuidado integral voltado para a criança e a redução da mortalidade infantil, bem como o Pacto pela Saúde e a estratégia Rede cegonha no âmbito do SUS.

No Brasil, essas iniciativas contribuíram para o avanço da atenção à saúde da criança e foram fundamentais para formular a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), portaria nº 1.130/2015, cujo objetivo é de promover e proteger a saúde da criança, com atenção para as que apresentam mais vulnerabilidade, articulando todos os serviços de saúde, através de sete eixos estratégicos, dentre eles, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral⁽¹³⁾. Assim, alicerçada nesses eixos, ações estratégicas para reduzir a morbimortalidade infantil são desenvolvidas na rede de atenção à saúde, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado⁽¹³⁾.

Destarte, sublinha-se o papel primordial da APS na atenção à saúde da criança, uma vez que proporciona os cuidados primários essenciais para melhorar a qualidade de vida da criança e acompanhá-la do pré-natal⁽⁴⁾ até a adolescência⁽¹⁴⁾. Nesse sentido, reitera a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil como uma ação singular no

acompanhamento integral da criança no âmbito da APS, com potencial para promover saúde e proporcionar-lhe um desenvolvimento pleno⁽¹³⁾.

O acompanhamento da saúde da criança, entre outros contextos, deverá ocorrer por meio da consulta de puericultura, realizada, principalmente, na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽¹⁵⁾, tendo como cenário as Unidades de Saúde da Família (USF), que apresentam uma equipe multiprofissional, visando promover assistência integral a toda a população, composta, minimamente, de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde⁽¹⁶⁾. Sendo o médico e o enfermeiro os responsáveis por efetivá-la no serviço de saúde⁽⁴⁾.

Para acompanhar a criança na APS, o Ministério de Saúde (MS) recomenda sete consultas no primeiro ano de vida, duas, no segundo, e consultas subsequentes anuais. Todavia, quando a criança apresenta algum fator de risco, as consultas devem ocorrer em intervalos menores, a fim de acompanhar sua evolução. Sob essa ótica, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança até dois anos de idade deve ser feito, regular e cuidadosamente, pela equipe de saúde, com um olhar biopsicossocial, considerando o contexto de sua vida e de sua família⁽⁴⁾.

Na APS, esse acompanhamento tem sido realizado predominantemente pelo enfermeiro⁽¹⁷⁾, por meio da consulta de puericultura em enfermagem. Assim, no âmbito da USF, a consulta de puericultura é a principal atividade dentre as inúmeras atribuições desenvolvidas no processo de trabalho do enfermeiro⁽¹⁸⁾.

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, respaldada pela Lei nº 7498/86, que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem⁽¹⁹⁾. Segundo a resolução do COFEN nº 159/93, essa consulta deve ser feita em todos os níveis de atenção à saúde e contemplar ações para prevenir agravos, proteger os indivíduos de todas as faixas etárias e promover saúde, recuperação e reabilitação⁽²⁰⁾.

Nessa perspectiva, a consulta de puericultura é uma atividade de destaque do enfermeiro fundamentada no cuidado humanizado⁽²¹⁾, e esse profissional contribui significativamente para a redução da morbimortalidade, principalmente em áreas carentes⁽²²⁾.

O processo de trabalho do enfermeiro nas consultas de puericultura contempla um conjunto de ações rotineiras e sistematizadas⁽²¹⁾, por meio das quais se podem identificar possíveis alterações na saúde da criança, assim como as situações de vulnerabilidade⁽²³⁾. Por isso, a consulta de enfermagem contribui para reduzir as complicações de saúde e, conseqüentemente o número de internações⁽²⁴⁾.

No acompanhamento à saúde da criança, o enfermeiro deve implementar ações que contemplem anamnese, histórico de saúde, avaliação de risco, avaliação do crescimento e do desenvolvimento, exame físico completo, orientações para prevenção de doenças e promoção da saúde, atenção nutricional, avaliação do calendário vacinal, agendamento da próxima consulta, registros na Caderneta de Saúde da Criança (CSC), conforme as recomendações do MS, além da criação de vínculo com os familiares/cuidadores da criança⁽⁴⁾.

Portanto, no processo de trabalho do enfermeiro, a puericultura tem potencial para promover a atenção integral à saúde da criança, por meio de ações que proporcionem a vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil, a prevenção de doenças, a promoção da saúde, o fortalecimento de vínculos, a identificação de agravos e a intervenção oportuna.

Ressalte-se, todavia, que a literatura é enfática, ao evidenciar que as consultas de puericultura em enfermagem não promovem uma atenção integral à saúde da criança⁽²⁵⁾, porquanto o cuidado que oferece é fragmentado e baseado na assistência curativista⁽²⁶⁻²⁷⁾, marcado pela falta de ações educativas⁽²⁸⁾, e de participação familiar⁽²⁷⁾, além de pouca ou nenhuma avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor^(1,28) e da não utilização da CSC por todos os profissionais⁽²⁵⁾. Ademais, estudos comprovam que a atenção à saúde da criança continua concentrada nas ações de vigilância do crescimento e da vacinação⁽²⁹⁻³⁰⁾, por conseguinte, a utilização da CSC fica restrita à avaliação dessas ações no cuidado com a criança⁽³¹⁾.

Partindo da premissa de que o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento é uma ferramenta potente para avaliar o estado geral de saúde da criança e que alterações nesses parâmetros podem indicar a ocorrência de doença crônica e o atraso no desenvolvimento infantil⁽³²⁾, os profissionais envolvidos no cuidado à criança precisam realizar ações para vigiar o crescimento e o desenvolvimento na APS.

Estudos comprovam que o acompanhamento da criança na APS tem potencial de prevenir a ocorrência de agravos à saúde⁽³³⁾ e de reduzir as taxas de hospitalização por condições comuns na infância, como doenças respiratórias e diarreicas, desnutrição e desidratação⁽³⁴⁾. Outro estudo constatou uma redução na incidência de candidíase oral e perineal nas crianças com menos de um ano de idade atendidas na consulta de enfermagem em puericultura e atribuiu a redução dessa condição às orientações realizadas pelo enfermeiro⁽³⁵⁾.

Nesse ínterim, os registros nos documentos da criança também são uma atribuição sobremaneira importante no acompanhamento da criança. Porém, estudos comprovam comprometimento dos registros na CSC pelos profissionais de saúde, apesar de esse ser um

instrumento imprescindível para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança⁽³⁶⁻³⁷⁾. Isso se justifica porque somente 33,8% das 358 cadernetas analisadas em um estudo apresentaram registros completos das medidas antropométricas, com gráfico de peso, estatura e desenvolvimento preenchidos em menos de 10% das CSC⁽³⁷⁾.

Corroborando esses achados, a literatura demonstra que o enfermeiro tem dificuldade de operacionalizar a consulta de puericultura^(3,38). Um estudo realizado na Austrália concluiu que os enfermeiros estão despreparados para atender às demandas do cuidado infantil⁽³⁹⁾. Outros estudos realizados em diferentes municípios brasileiros, fazem alusão à inexistência de um protocolo de atendimento para a criança^(38,40), o que dificulta um acompanhamento sistemático entre os enfermeiros no cuidado que deve ser dispensado a ela.

Esse cenário é preocupante, tendo em vista que um estudo que objetivou analisar os fatores que influenciam a mortalidade infantil evitável, na perspectiva de gestores de serviços, profissionais de saúde e mães, concluiu que o desempenho inadequado dos profissionais com pouca qualidade técnica está relacionado às mortes infantis evitáveis⁽⁴¹⁾. Nessa direção, outro estudo demonstrou que cerca de 65% das 2.031 internações de crianças e adolescentes foram decorrentes das condições sensíveis à atenção primária, e uma dessas causas pode estar relacionada ao fato de o atendimento oferecido ainda não ser de boa qualidade⁽³³⁾.

Assim, as lacunas evidenciadas nesses estudos requerem uma reflexão sobre a qualidade da assistência ofertada às crianças em todo o país e a real contribuição das consultas de puericultura na promoção do cuidado integral e a redução de internações por causas evitáveis, haja vista sua relevância na redução da morbimortalidade infantil, conforme endossam as diretrizes de atenção à saúde da criança e a PNAISC^(4,13).

Corroborando esses achados, nos estágios de prática das disciplinas que fazem parte da grade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, realizados no âmbito das USFs do município de João Pessoa, as consultas de enfermagem voltadas para a criança eram dotadas de fragilidades, com ações centradas nas queixas das mães/cuidadoras e, algumas vezes, destinadas apenas a avaliar o crescimento, verificar o esquema de vacinação e investigar a alimentação da criança. Por essa razão, surgiu o interesse em analisar a prática dos enfermeiros na consulta de puericultura em enfermagem no município, a fim de constatar se essa assistência está ocorrendo de acordo com o preconizado pelas diretrizes de atenção à saúde da criança.

Sob essa ótica, o estudo em tela é justificável, ao observar as ações de enfermagem praticadas por enfermeiros durante a consulta de puericultura, seguindo as diretrizes ministeriais de atenção à saúde da criança. Outrossim tem potencial para retratar a realidade

da assistência que é prestada às crianças e inferir a qualidade dessa assistência quando se preconiza o cuidado integral voltado para a saúde delas.

Assim, acredita-se que o resultado deste estudo poderá contribuir com o conhecimento científico acerca do tema, sensibilizar os profissionais que prestam assistência à criança, aprimorar as práticas em saúde voltadas para a criança e colaborar com o desenvolvimento de estratégias que visem superar as fragilidades no processo de trabalho do enfermeiro, nas unidades de saúde da família, a fim de proporcionar uma assistência integral e de boa qualidade à criança e à sua família, por meio de ações de promoção, proteção, prevenção e intervenção oportuna.

Para isso, o presente estudo objetiva analisar as ações de cuidado realizadas pelos enfermeiros durante as consultas de puericultura, como também, investigar na literatura as ações implementadas por enfermeiros na consulta de puericultura e analisá-las à luz das diretrizes de atenção à saúde da criança.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Trabalho é um conjunto de ações práticas e intelectuais, efetivadas sobre um objeto de trabalho, a partir de um planejamento prévio pelo trabalhador, norteado por uma finalidade⁽⁴²⁾. Logo, o trabalho pode ser considerado um espaço de mudanças, haja vista que as condições adversas presentes nesse processo podem ser transformadas pelo trabalhador⁽⁴³⁾.

Karl Marx assevera que o trabalho é,

[...] antes de tudo, um processo entre o homem e a Natureza, processo este em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se confronta com a matéria natural como uma potência natural [*Naturmacht*]. A fim de se apropriar da matéria natural de uma forma útil para sua própria vida, ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporeidade: seus braços e pernas, cabeça e mãos. Agindo sobre a natureza externa e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, a sua própria natureza^(44: 255)

Assim, o trabalho envolve ações realizadas entre dois elementos, que resulta em um produto que tenha alguma utilidade para o ser humano, seja material ou não. Portanto, o trabalho é fruto das necessidades sociais e de saúde do ser humano⁽⁴⁵⁾.

No tocante ao trabalho em saúde, compreende-se que se trata de uma atividade imprescindível para o ser humano, que se converte em um produto não material, uma vez que se obtém no ato do cuidado⁽⁴⁶⁾. Ele tem como característica a prestação de serviço e implantou-se na sociedade capitalista com o intuito de controlar a doença, a fim de recuperar a força de trabalho e servir de mercadoria para as classes menos favorecidas. Dessa forma, o trabalho em saúde se desenvolveu a partir de dois modelos de organização tecnológica - o clínico e o epidemiológico - que apresentam uma característica em comum: a realização de práticas em saúde de acordo com as necessidades sociais⁽⁴⁷⁾. Assim, o trabalho em saúde é um espaço de criação, cujos produtos são a saúde, a autonomia entre os sujeitos, a solidariedade, a grupalidade e a democracia, e o trabalhador dessa área é o dirigente de todo o trabalho⁽⁴⁸⁾.

Partindo do pressuposto de que o trabalho é uma ferramenta de transformação, cujo resultado final é decorrente de um processo de circularidade⁽⁴⁹⁾, ele é capaz de transformar o objeto e os trabalhadores envolvidos, por meio do processo de trabalho, independentemente de qual setor de serviço seja realizado⁽⁵⁰⁾.

No campo da saúde, a análise do processo de trabalho foi realizada, principalmente, por Mendes Gonçalves, fundamentado nas reflexões marxistas sobre os componentes do

processo de produção material. A teoria do processo de trabalho em saúde referida por Mendes Gonçalves é composta de quatro elementos: objetos - matéria-prima pertencente à natureza ou objetos materiais produzidos em processos anteriores e que na saúde, trata-se da necessidade humana social e historicamente determinada; agentes - sujeitos que executam o trabalho, que são os trabalhadores da saúde; meios de produção - utensílios que se inserem entre o objeto e o agente e que, na saúde, são todos os instrumentos de trabalho assim como os saberes; e finalidade - material formulado na imaginação do trabalhador antes do processo de trabalho, que envolve a satisfação das necessidades de saúde do indivíduo⁽⁴⁷⁾.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde

[...] tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho - os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde^(46;161).

Sob essa ótica, os elementos que compõem o processo de trabalho dos profissionais de saúde devem estar articulados e direcionados para as necessidades de saúde da população. Assim, o trabalho em saúde requer desses profissionais a implementação de ações destinadas aos usuários, à família e à comunidade, com o intuito de satisfazer as suas necessidades de saúde⁽⁵¹⁾ no momento do cuidado.

Para compreender bem mais o trabalho em saúde, é importante considerar que ele é norteado pela micropolítica e deve estar centrado na efetivação de um trabalho vivo, na utilização das tecnologias leves de saúde e, secundariamente, das leve-duras e duras⁽⁵²⁾ e no trabalho coletivo, com o fim de superar a fragmentação, o modelo médico biologicista e hegemônico na assistência à saúde⁽⁴⁶⁾.

O trabalho morto é uma prática em que predomina a utilização de produtos já elaborados pelos seres humanos, enquanto o trabalho vivo é realizado em ato e se refere às ações que são efetivadas no cuidado com a saúde e proporciona a autonomia do profissional e o fortalecimento das relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado⁽⁵²⁻⁵³⁾.

As tecnologias do trabalho em saúde são imprescindíveis no cuidado e precisam ser utilizadas pelos profissionais conforme as necessidades identificadas no processo saúde-doença, mas sempre norteadas pelo relacionamento entre as pessoas envolvidas no cuidado. Elas são sistematizadas da seguinte forma: a tecnologia dura, que é relacionada aos equipamentos tecnológicos, às estruturas organizacionais e às condutas normatizadas; a tecnologia leve-dura, que envolve o saber técnico estruturado; e a leve, focada nas relações

entre o usuário e o trabalhador da área de saúde, presente nas práticas profissionais, através das ações de acolhimento, autonomia e vínculo⁽⁵⁴⁾.

Assim, almeja-se que, no processo de trabalho em saúde, as tecnologias que favorecem as relações no cuidado, presentes no trabalho vivo, prevaleçam em detrimento da utilização dos instrumentos pertencentes às tecnologias leve duras e duras, encontrados, principalmente, no trabalho morto⁽⁵¹⁾. Quanto à micropolítica do processo de trabalho em saúde, destaca-se a subjetividade das relações no encontro entre profissionais e usuários, com diferentes formas de realizar o cuidado entre os profissionais de saúde⁽⁵¹⁻⁵²⁾.

Em relação ao trabalho coletivo, é desenvolvido pela junção de profissionais de saúde de áreas específicas, associados ou não a profissionais de outras áreas afins, diante de uma complexidade identificada. Por isso é imprescindível a integração entre as diferentes áreas e profissões na assistência interdisciplinar à saúde⁽⁴⁶⁾.

O trabalho coletivo é fundamental quando a equipe deseja alcançar metas e objetivos comuns entre seus membros. Ademais, possibilita um processo de trabalho integrado e compartilhado de acordo com a hierarquia preestabelecida e as atribuições individuais⁽⁵⁵⁾. E os instrumentos essenciais do trabalho em equipe no campo da saúde são a interação, a comunicação, a empatia e a valorização do conhecimento das diferentes áreas⁽⁵⁶⁾.

Vale ressaltar que o processo de trabalho em saúde surgiu, inicialmente, no trabalho individual do médico e, posteriormente, com o surgimento dos hospitais, o trabalho do enfermeiro ganhou destaque, por contribuir com o processo terapêutico e outras atividades clínicas complementares⁽⁴⁷⁾. Nesse processo, surgiram também as especialidades médicas e outros profissionais complementares da área da saúde, sendo o médico, o responsável geral pelas ações de todos os outros profissionais, assim como pelas decisões que devem ser tomadas nas diversas situações⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾.

Nesse contexto, a Enfermagem surgiu como uma profissão integrante da equipe de saúde e parte do processo de trabalho assistencial, responsável pelo cuidado integral, em substituição à assistência fragmentada⁽⁴⁶⁾. Suas atividades assistenciais são exercidas por meio de uma equipe formada de enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteira⁽¹⁹⁾.

O processo de trabalho dos profissionais de Enfermagem varia de acordo com as atribuições de cada profissão e com o serviço de saúde que atua. Porém, o cuidado direto direcionado ao usuário é o núcleo do trabalho da Enfermagem, que é orientado por outras atividades, como gerenciar e educar⁽⁴²⁾.

Tendo em vista a reflexão ora apresentada, compreende-se que o trabalho em saúde é desenvolvido a partir de uma necessidade de saúde e conduzido por uma finalidade, por meio do qual todos os envolvidos, agentes e objetos, transformam-se, por meio do cuidado e têm como resultado produtos não materiais. É importante ressaltar que, no ato do cuidado, o trabalho deve ser vivo e realizado coletivamente, com a utilização de tecnologias leves, na perspectiva de estimular no usuário e em toda a equipe de saúde autonomia e envolvimento nesse processo.

2.2 PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde é o ponto de entrada da população nos serviços de saúde pertencentes ao SUS, portanto caracteriza-se como base organizadora desse sistema. É caracterizada e avaliada por meio de quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e coordenação da atenção. E para que a atenção primária seja eficaz, adicionam-se três atributos derivados: orientação para a família, orientação para a comunidade e competência cultural. Por esses atributos, a APS diferencia-se dos outros serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), o serviço secundário e o terciário⁽⁵⁷⁾.

Na rede de saúde, a APS brasileira é consolidada na ESF, a qual se apresenta como coordenadora da RAS, em substituição ao Programa Saúde da Família (PSF), haja vista sua limitação na forma de organizar a atenção primária no SUS. Assim, a estratégia surgiu com o propósito de reordenar o SUS e de ser o centro de comunicação da RAS, para fortalecer a APS no SUS e evitar a fragmentação no cuidado⁽⁵⁸⁾. Com efeito, a ESF é uma proposta do Ministério da Saúde para expandir, qualificar e consolidar a APS⁽⁵⁹⁾. Para isso, precisa cumprir seus sete atributos e efetivar as três funções essenciais da estratégia: resolubilidade – a APS deve ser resolutiva para atender a mais de 85% dos problemas; comunicação – exercer a função de centro de comunicação da RAS; e responsabilização econômica e sanitária com a população adscrita, exercitando a gestão de base populacional⁽⁵⁸⁾.

A ESF é o modelo de atenção centrado na família, considerando todo o seu contexto, visando compreender os aspectos que envolvem o processo saúde-doença, assim como suas necessidades⁽⁶⁰⁾. Ademais, oferta o cuidado primário longitudinal aos indivíduos e aos seus familiares, em todas as faixa-etárias, mesmo que eles não se encontrem em processo de adoecimento⁽⁶¹⁾.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012,

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades^(59:21).

No âmbito das USF, modelo de atenção da ESF, atuam equipes multiprofissionais mínimas, compostas de médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde⁽⁵⁹⁾.

O processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família (EqSF) caracteriza-se por estratégias de atenção à saúde que devem ser implementadas em todo o território e não, apenas, nas unidades de saúde, visando promover o cuidado integral e articulado na rede de atenção à saúde de acordo com as necessidades da população adscrita, através de ações de saúde, com o intuito de proporcionar saúde e prevenir agravos⁽⁵⁹⁾. Nesse ínterim, o enfermeiro vem ganhando espaço, ao atuar como organizador dos serviços⁽¹⁸⁾ e articulador das ações desenvolvidas na ESF no processo de trabalho em equipe⁽⁶²⁾.

As atribuições específicas do enfermeiro consistem em: realizar atenção à saúde para os indivíduos e suas famílias, em todas as fases do desenvolvimento humano, consulta de enfermagem, procedimentos e atividades em grupo; solicitar exames complementares; prescrever medicações e encaminhamentos; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; contribuir, participar e fazer atividades de educação permanente, assim como participar do gerenciamento dos insumos na ESF⁽⁵⁹⁾.

Dentre essas atribuições, destacam-se as consultas de enfermagem programáticas ou espontâneas para crianças, adultos, gestantes e idosos⁽⁵⁹⁾, como atividade essencial para a autonomia profissional, com potencial de proporcionar a promoção da saúde, prevenir agravos, diagnóstico e tratamento precoce⁽²⁴⁾.

Reitera-se o significativo papel do enfermeiro na consulta à criança na ESF, haja vista que assiste a criança e se mantém próximo dela e de seus familiares⁽³⁰⁾, porquanto a *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*⁽¹²⁾ considera a USF como um serviço privilegiado para promover o cuidado integral à criança, por meio de ações de saúde resolutivas que favoreçam a promoção e a prevenção, na perspectiva de reduzir a morbimortalidade infantil.

A consulta de enfermagem dirigida à criança, também conhecida como consulta de enfermagem em puericultura, proporciona o acompanhamento sistematizado do crescimento e do desenvolvimento da criança e a continuidade do cuidado, através de ações de saúde rotineiras dirigidas à atenção à criança desde o pré-natal⁽²¹⁾. Por conseguinte, a consulta de puericultura é considerada um processo amplo e complexo, uma vez que os profissionais de saúde precisam estar atentos ao crescimento e ao desenvolvimento integral da criança, manter contato com a família e dialogar com ela⁽⁶³⁾. Ademais, a puericultura é uma ferramenta singular, quando se trata de efetivar a educação em saúde, proporcionando orientações adequadas para a autonomia das mães no cuidado à criança⁽²⁸⁾.

A prática do enfermeiro na consulta de puericultura contempla ações prioritárias para a primeira consulta que envolvem anamnese, exame físico completo, avaliação de risco, orientações para prevenir doenças e promover saúde, avaliação do calendário vacinal e agendamento da próxima consulta. Para a consulta subsequente, o MS preconiza a efetivação da anamnese, a avaliação do histórico de saúde da criança, o exame físico com ações específicas, a orientação preventiva e de promoção da saúde, a avaliação do calendário vacinal e o agendamento de retorno, além do acolhimento, da criação e do fortalecimento de vínculos com as famílias em todas as consultas⁽⁴⁾.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento é o eixo central e integrador de todas as ações de saúde⁽²⁸⁾. As ações preconizadas para a vigilância do crescimento consistem em mensurar o peso, a estatura, o perímetro cefálico, o Índice de Massa Corpórea⁽⁴⁾, acrescida do perímetro torácico e abdominal⁽²⁸⁾, enquanto a vigilância do desenvolvimento infantil é avaliada pelos marcos do desenvolvimento de acordo com a idade. Convém enfatizar que a participação da mãe na avaliação é indispensável⁽⁴⁾.

Os dados encontrados nesses parâmetros são avaliados e registrados na CSC, por meio de gráficos, exceto o perímetro torácico e o abdominal. Por isso, os registros na CSC são essenciais para auxiliar o enfermeiro a identificar agravos à saúde da criança⁽⁴⁾, contribuir com o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, na promoção da saúde e na comunicação com outros profissionais e familiares⁽¹⁸⁾.

Ressalta-se que outros aspectos importantes também devem ser considerados no cuidado individual da criança, como o contexto familiar e social onde ela está inserida, a fim de defender sua saúde e de protegê-la⁽²³⁾, assim como seu bem-estar, com o intuito de lhe proporcionar qualidade de vida⁽⁶⁴⁾.

Nessa perspectiva, a atenção à saúde da criança requer a extensão do olhar do profissional para a família, por meio de ações que proporcionem valorização, escuta

qualificada, diálogo, colaboração no cuidado, confiança e fortalecimento de vínculo⁽⁶⁵⁾. Isso é relevante, porque um estudo realizado na África subsariana demonstrou que as famílias são importantes no processo da redução da mortalidade materna e infantil⁽⁶⁶⁾.

Nessa direção, o acolhimento - primeiro contato do profissional com a criança e com seus familiares - é uma ação imprescindível para qualificar a assistência de enfermagem. Essa estratégia tem potencial para atrair os usuários para os serviços de saúde e consolidar o vínculo entre o profissional, a criança e a família⁽⁶⁷⁾.

Nesse sentido, a anamnese também é referida como um espaço em que o profissional precisa dialogar e ouvir os responsáveis pela criança durante a consulta, uma vez que, por meio dessa estratégia, procura avaliar suas condições de saúde, bem como seu histórico de saúde e antecedentes familiares⁽⁴⁾. Logo, uma anamnese holística é fundamental para romper com uma assistência fragmentada, assim como, identificação precoce de agravos à saúde da criança⁽⁶⁸⁾.

Outra ação inerente ao processo de trabalho do enfermeiro na ESF é a educação em saúde⁽⁶⁹⁾, que oportuniza mais conhecimento de condutas apropriadas pelos familiares, diante de um problema de saúde e da redução da morbidade⁽⁷⁰⁾. Por isso, na assistência de enfermagem à criança, as atividades educativas, por meio de orientações sobre o aspecto de saúde da criança, devem ser implementadas para que elas tenham um crescimento e um desenvolvimento saudáveis⁽⁶⁹⁾.

Na consulta de puericultura, o exame físico também é uma dimensão de cuidado imprescindível para se avaliar o estado geral da criança e os sistemas que compõem o organismo. As ações que contemplam o exame físico consistem em avaliar a face, a pele, o crânio, os olhos, as orelhas, a audição, o nariz, a boca, o pescoço, o tórax, o abdômen, a genitália, o ânus, o reto, o sistema osteoarticular e a coluna vertebral, além de uma avaliação neurológica⁽⁴⁾. Assim, a efetivação do exame físico proporciona a identificação de alterações clínicas na criança e o encaminhamento precoce para outros profissionais⁽³⁵⁾.

Quanto à imunização, a literatura internacional apontam que essa ação é uma das atividades mais desenvolvidas na prática do enfermeiro no cuidado dispensado à criança na Atenção Primária⁽³⁹⁾. Estudo realizado na Irlanda comprova essa assertiva ao mencionar que 96% das enfermeiras atuantes na APS realizam a imunização em crianças⁽⁷¹⁾.

No Brasil a imunização das crianças é realizada, principalmente na USF, e manter o calendário vacinal em dia é de suma importância para prevenir morbidade, principalmente para os menores de um ano de vida e os recém-nascidos de risco⁽⁷²⁾. Por essa razão, nas

consultas de puericultura, a avaliação do calendário vacinal e a orientação às mães/responsáveis sobre a imunização da criança são ações imprescindíveis.

Sob a ótica da prevenção e da promoção da saúde, a avaliação e a prescrição das suplementações de vitamina A e sulfato ferroso na consulta de puericultura também merecem destaque na autonomia do enfermeiro, que realiza as prescrições conforme o protocolo institucional⁽²¹⁾. Todavia, em alguns municípios, o enfermeiro não tem a atividade de prescrever as suplementações respaldadas por lei, por isso precisa encaminhar a criança para o pediatra realizá-lo⁽³⁵⁾.

Ante o exposto, as consultas de puericultura em Enfermagem caracterizam-se como uma estratégia que promove saúde, previne doenças, recupera e reabilita por meio da implementação das ações de cuidado à criança, incluindo os registros na CSC⁽¹⁵⁾.

Nesse entendimento, compreende-se que o processo de trabalho do enfermeiro na APS, como integrante da equipe de saúde da família, é dotado de inúmeras atribuições que lhe oportunizam implementar, com autonomia, o cuidado integral à criança em todo o seu contexto, com ações de cuidado recomendadas pelas diretrizes de atenção à saúde da criança. Para tanto, na APS, devem ser asseguradas ao enfermeiro condições de trabalho adequadas e valorização profissional, a fim de motivá-lo e capacitá-lo a efetivar um cuidado qualificado.

A seguir, será apresentada uma revisão integrativa, com o intuito de evidenciar as ações implementadas por enfermeiros na consulta de puericultura e averiguar se esses profissionais estão implementando um cuidado integral, conforme recomendam as diretrizes de atenção à saúde da criança.

2.3 ARTIGO DE REVISÃO DA LITERATURA*

Ações implementadas por enfermeiros na consulta de puericultura: o que explicita a literatura

Actions implemented by nurses in the childcare consultation: what the literature makes explicit

Resumo

Objetiva-se evidenciar as ações implementadas por enfermeiros na consulta de puericultura e analisá-las à luz das diretrizes brasileiras de atenção à saúde da criança. Trata-se de uma

*Artigo de revisão de literatura será submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva (Normas - Anexo C)

revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa, realizada no período de fevereiro a março de 2017, nas seguintes bibliotecas virtuais: Lilacs, PubMed, Web of Science e na Bdenf. Foram selecionados 23 artigos e três diretrizes de atenção à saúde da criança do Ministério da Saúde brasileiro. As ações de enfermagem foram analisadas com base nas diretrizes, por meio da análise temática. Evidenciaram-se duas áreas temáticas: ações para a promoção da saúde e prevenção de doenças, e ações relacionadas ao tratamento de agravos. Identificou-se que a avaliação antropométrica foi a ação mais efetivada em relação à prevenção e promoção da saúde, e o encaminhamento das crianças para especialidades foi a ação mais realizada pelo enfermeiro no tratamento de agravos em crianças que apresentam algum fator de risco. A prática do enfermeiro não atende ao preconizado pelas diretrizes brasileiras. Apesar de a consulta de puericultura ser uma ferramenta potente para o cuidado integral, apresenta-se fragmentada e com lacunas que podem comprometer a saúde da criança.

Palavras-chave: Cuidado da Criança, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem, Enfermeiro

Abstract

The objective is to highlight the actions implemented by nurses in the childcare consultation and to analyze them in the light of the Brazilian guidelines on child health care. This is an integrative review of the literature, with a qualitative approach, carried out from February to March 2017, in the following virtual libraries: Lilacs, PubMed, Web of Science and Bdenf. The search resulted in the selection of 23 articles and three guidelines for children's health care from the Brazilian Ministry of Health. The nursing actions were analyzed based on the guidelines, through the thematic analysis. Two thematic areas stood out: actions for health promotion and prevention of diseases, and actions related to the treatment of diseases. The anthropometric evaluation was the most effective action in relation to the prevention and health promotion, and the referral of the children to specialties was the most accomplished action by the nurse in the treatment of injuries in children who present some risk factor. The

nurse's practice does not meet the requirements of the Brazilian guidelines. Although childcare consultation is a powerful tool for comprehensive care, it is fragmented and has gaps that may compromise the child's health.

Key words: Childcare, Primary Health Care, Nursing, Nurse

INTRODUÇÃO

A consulta de enfermagem é uma atribuição legal do enfermeiro, por meio da qual ele realiza o acompanhamento da saúde da criança de forma sistematizada, implementa atividades educativas e favorece a criação de vínculo com os usuários e seus familiares¹. Esse profissional vem ganhando espaço importante na Atenção Primária à Saúde (APS)², ampliando sua autonomia na assistência individual nas diferentes fases de vida.

A consulta de enfermagem à criança, também conhecida como consulta de enfermagem em puericultura, proporciona o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento (CD) e a continuidade do cuidado, por meio de ações de saúde dirigidas à atenção à criança desde o pré-natal³. Por isso, a consulta de enfermagem em puericultura é uma ferramenta fundamental para a vigilância de saúde da criança, com potencial para reduzir a morbimortalidade infantil⁴, contribuir para reduzir os agravos em saúde⁵ e diminuir o número de internações por diagnóstico precoce⁶.

No processo de trabalho do enfermeiro na APS, a puericultura caracteriza-se como um momento prioritário no cuidado dispensado à criança e a sua família⁷, em que deverá haver apoio, troca de experiências e fortalecimento de vínculos entre os profissionais, a criança e os familiares³.

Devido às fragilidades evidenciadas no acompanhamento de saúde da criança, decorrentes da escassa formação das enfermeiras para realizar a consulta de puericultura⁸, e à relevância dessa ação para reduzir a morbimortalidade infantil, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro instituiu diretrizes de atenção à saúde da criança, a fim de qualificar a assistência

ofertada pelos profissionais dessa área. Dentre as várias políticas implantadas ao longo dos anos, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), implantada em 2015, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo foco é o desenvolvimento pleno da criança, articulando todos os serviços de saúde, por meio de sete eixos estratégicos, dentre eles, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral⁹.

Dessa forma, o médico e o enfermeiro atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), responsáveis por realizar a consulta à criança¹⁰, precisam desenvolver ações de cuidado integral, porque o acompanhamento adequado tem potencial para reduzir a incidência de doenças e aumentar as chances de as crianças terem uma vida saudável¹¹.

Entretanto, estudos apontam fragilidades nas consultas de enfermagem em puericultura, ao identificar que a assistência é centrada na doença, marcada por comunicação e orientação aos familiares insuficientes¹², além de as ações de saúde não contemplarem efetivamente as recomendações das políticas de atenção à criança¹³. Soma-se a isso, a falta de sistematização no atendimento e de registros nos documentos da criança¹⁴. Estudo realizado na Austrália também encontrou realidade semelhante a esses óbices⁸.

Por compreender que a efetivação das ações para a vigilância do crescimento e do desenvolvimento da criança na APS deve ser prioridade na assistência à criança, questionou-se: Como se caracteriza a produção científica quanto às ações implementadas por enfermeiros na consulta de puericultura? Assim, este estudo tem o objetivo de evidenciar as ações implementadas por enfermeiros na consulta de puericultura e analisá-las à luz das diretrizes brasileiras de atenção à saúde da criança.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa com a finalidade de sintetizar sistematicamente os resultados de outros estudos sobre certa

temática, para ampliar as informações sobre determinado assunto ou problema e pode ser direcionado para definir conceitos e revisar teorias¹⁵.

Para a elaboração deste estudo, procedeu-se às seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão e síntese do conhecimento¹⁶.

A busca na literatura foi realizada no período de maio de 2016 a março de 2017, nas seguintes bibliotecas virtuais: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - Lilacs, PubMed, Web of Science e nas Bases de Dados de Enfermagem - BDENF (via Bireme), utilizando os descritores dispostos segundo a padronização do Medical Subject Headings (MeSH). O cruzamento dos termos de busca para o Lilacs e Web of Science foram: "child care", "nursing", "primary health care" utilizando-se do Booleano AND entre os termos desse cruzamento principal. Neste foram acrescentados o Booleano AND NOT para os termos "aged", "adult" e "adolescent". Nas bibliotecas PubMed e BDENF (via Bireme) foi utilizado o mesmo cruzamento substituindo o termo "nusing" por "nurses".

Foram considerados como critérios de inclusão: artigos publicados no período de 2011 a 2016 e pertinentes ao tema; artigos completos disponíveis e indexados nas bibliotecas eletrônicas acima citadas e publicações disponíveis nos idiomas inglês, espanhol e português. Excluíram-se os artigos nos quais não foi possível identificar as ações de cuidado realizadas especificamente pelo enfermeiro e que não relatassem a realidade da consulta de puericultura no Brasil.

Para análise dos estudos foram utilizadas diretrizes brasileiras de atenção à saúde da criança do Ministério da Saúde (MS), destinadas a nortear os profissionais de saúde para o atendimento à criança de acordo com sua faixa-etária, a partir dos seguintes documentos:

*Caderno de Atenção Básica - Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*¹⁰, *Manual AIDPI neonatal*¹⁷ e *Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Criança*¹⁸. A utilização desse material se justifica pela necessidade de seguir parâmetros sobre as ações de saúde preconizadas pelo MS, direcionadas ao atendimento à saúde da criança, a fim de contribuir para qualificar o cuidado dispensado à criança na APS.

Os dados foram analisados e interpretados por meio da análise temática¹⁹ e discutidos à luz da literatura pertinente ao tema e dos documentos do MS supracitados.

RESULTADOS

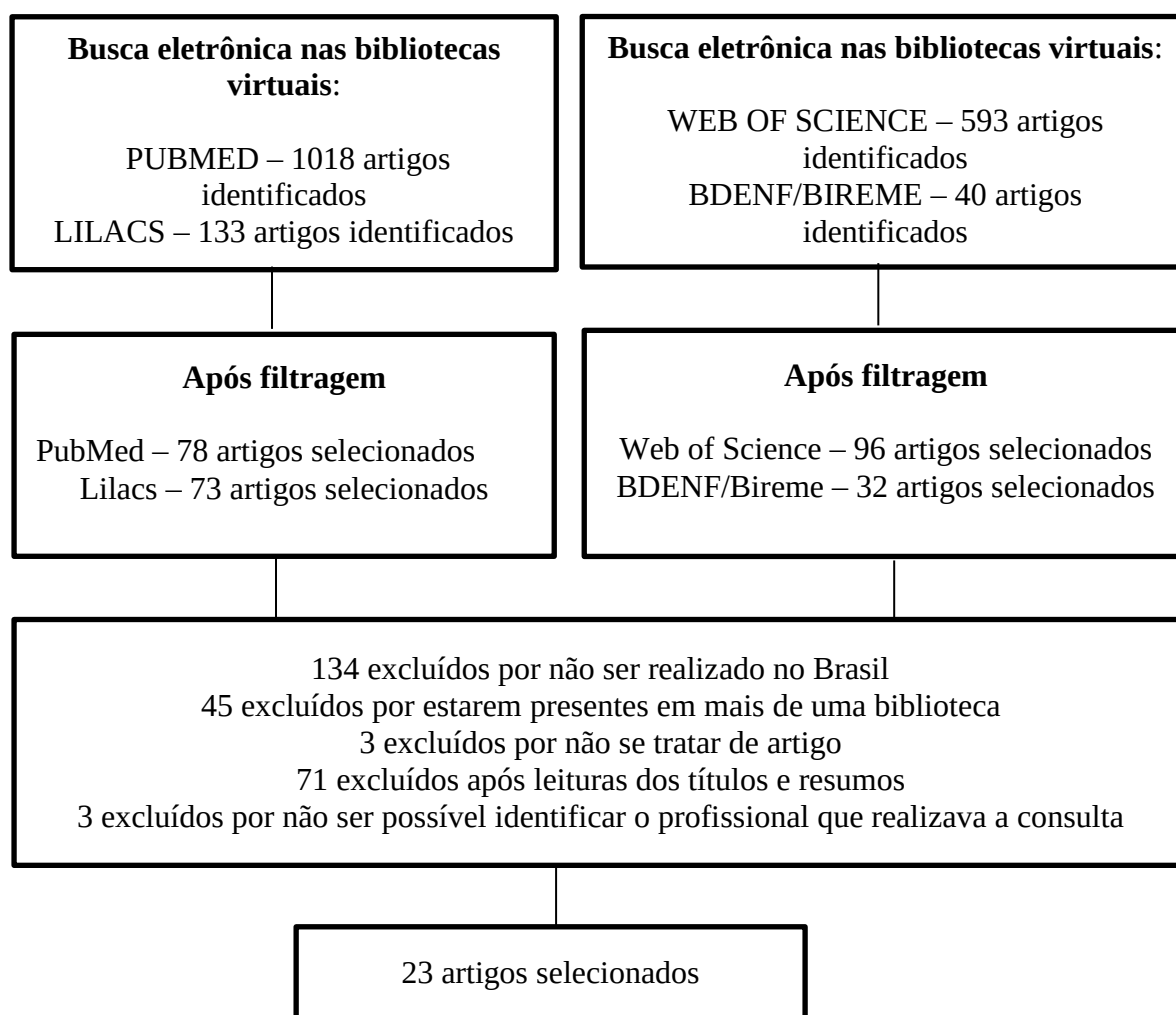


Figura 1 – Fluxograma das etapas de exclusão e seleção dos artigos nas bibliotecas virtuais, 2011-2016, João Pessoa – PB, 2017.

A busca nas bases Lilacs, PubMed, Web of Science e na BDENF/Bireme resultou em 1784 artigos, e após a filtragem permaneceram 279 artigos. Em seguida, excluíram-se as publicações que relatassem a realidade na consulta de puericultura em outro país (134), 45 foram encontrados em repetição nas bases, três não se tratava de artigos, 71 não apresentavam relação com a temática proposta após leitura de seus títulos e resumos e três relatavam ações desenvolvidas por enfermeiros e outros profissionais associados, não sendo possível distinguir qual profissional implementava as ações no cuidado à criança. Do restante, realizou-se a leitura minuciosa e integral para identificar apenas os estudos com capacidade de responder à questão norteadora, destes, sendo eleitos 23 artigos para análise (Figura 1).

Em relação à origem do estudo nas regiões brasileiras, as Regiões Nordeste (10) e Sul (7) foram as que mais produziram estudos relativos à temática, seguidos de Sudeste (5) e Norte (1). Nos anos de 2012 (5) e 2013 (5) houve o maior número de produções, seguido do ano de 2014 (4), e em 2015, 2016 e 2011 houve três publicações em cada ano.

Dos estudos incluídos, o número de produções com abordagem qualitativa (12) e quantitativa (11) foi semelhante. Apenas um artigo foi publicado no idioma inglês e os demais em português. Não foram identificados artigos de revisão de literatura relacionados à temática nas bases de dados pesquisadas.

A partir da análise temática, os resultados foram categorizados em duas áreas temáticas (ATs): AT1, referente aos artigos que mencionaram a realização de ações para a promoção da saúde e prevenção de doenças (Quadro 1), e AT2, que evidenciou a implementação de ações relacionadas ao tratamento de agravos (Quadro 2).

Salienta-se que caso os artigos abordassem o conteúdo pertinente poderiam ser incluídos em ambas áreas temáticas.

Quadro1 - Caracterização dos 22 estudos da AT1 e descrição das principais ações realizadas durante consultas de puericultura, 2011-2016, João Pessoa – PB, 2017.

AT1 - Ações para a promoção da saúde e prevenção de doenças			
Autor/Ano de publicação	Local de estudo/Método	Objetivo do estudo	Ações de cuidado na consulta de puericultura
Monteiro <i>et al.</i> ²⁰ (2011)	Natal-RN/ Qualitativo	Descrever o processo de implantação e desenvolvimento do acompanhamento coletivo do crescimento e desenvolvimento das crianças pela enfermagem.	Acolhimento; Anamnese; Escuta e diálogo com os cuidadores; Auxílio no exame físico; Avaliação do CD* e da imunização; Registros no prontuário familiar e na CSC** pelos cuidadores.
Monteiro <i>et al.</i> ²¹ (2011)	Natal-RN/ Qualitativo	Descrever a autonomia do enfermeiro no processo de planejamento e implementação da proposta de acompanhamento coletivo do crescimento e desenvolvimento da criança.	Acompanhamento do CD; Avaliação do crescimento; Realização de exame físico; Orientações sobre alimentação, imunização, higiene, prevenção de acidentes, carinho e estímulos dos marcos do desenvolvimento.
Araujo <i>et al.</i> ²² (2012)	Teresina-PI/ Quantitativo	Analisar os conhecimentos e práticas de enfermeiros da atenção básica sobre a obesidade infantil.	Avaliação antropométrica; Orientações sobre alimentação e práticas saudáveis; Investigação da alimentação infantil; Utilização do IMC; Agendamento de visitas domiciliares.
Reichert <i>et al.</i> ⁴ (2012)	João Pessoa-PB/ Quantitativo	Verificar os conhecimentos e práticas de enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto à vigilância do crescimento de lactentes nas consultas de puericultura e informações maternas sobre essas práticas realizadas pelas enfermeiras.	Acompanhamento do CD; Avaliação do CD; Orientações sobre a alimentação, o peso da criança e a curva (gráfico) do peso na CSC.
Vieira <i>et al.</i> ²³ (2012)	Maringá-PR/ Qualitativo	Conhecer aspectos relacionados à atuação do enfermeiro na puericultura.	Avaliação antropométrica e registro no prontuário; Inspeção; Incentivo ao AME***; Orientações sobre alimentação saudável, imunização, cuidados gerais e de higiene; Inspeção; Avaliação e registro na CSC; Explicação sobre o crescimento e desenvolvimento.
Barboza <i>et al.</i> ²⁴ (2012)	Maringá-PR/ Quantitativo	Investigar, a partir de registros de prontuários, como a puericultura é realizada pelas equipes da ESF atuantes em uma UBS no município de Maringá, Paraná, e identificar quais atividades são realizadas rotineiramente pelos profissionais na puericultura.	Avaliação e registros no prontuário das vacinas, da alimentação, antropometria e do desenvolvimento.

Gauterio <i>et al.</i> ²⁵ (2012)	Rio Grande-RS/ Quantitativo	Descrever o perfil da população menor de um ano atendida na consulta de enfermagem em puericultura em uma Unidade Básica de Saúde, na cidade do Rio Grande/RS e avaliar a associação entre situação nutricional desfavorável e presença de candidíase oral, candidíase perineal e dermatite irritativa das fraldas.	Realização do exame físico; Avaliação antropométrica; Orientações preventivas relacionadas à higiene; Encaminhamento para pediatra para prescrição de suplementações; Agendamento de consultas de retorno.
Oliveira <i>et al.</i> ²⁶ (2013)	Picos-PI/ Quantitativo	Identificar as ações implementadas pelo enfermeiro durante as consultas de puericultura na ESF.	Histórico de enfermagem/Anamnese; Exame físico; Avaliação do CD; Orientações sobre o AME, prevenção de acidentes domésticos e higiene da criança; Agendamento e fomento do acompanhamento subsequente; Registros no prontuário e na CSC.
Andrade <i>et al.</i> ⁷ (2013)	Passos-MG/ Qualitativo	Analisar narrativas de enfermeiros sobre o cuidado da criança na prática de puericultura, à luz do cuidado e da defesa do direito à saúde.	Avaliação da criança e do contexto familiar e social; Orientação sobre alimentação e amamentação; Apoio na introdução de alimentos complementares após o aleitamento exclusivo; Avaliação do peso.
Souza <i>et al.</i> ²⁷ (2013)	Londrina-PR/ Qualitativo	Analisar a prática de enfermeiros, bem como as facilidades e dificuldades, para a operacionalização do Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento e Crescimento da Criança na Unidade de Saúde da Família.	Criação de vínculo, Indagação sobre o estado de saúde da mãe; Acompanhamento do CD; Avaliação do Perímetro cefálico; Diagnóstico precoce de alterações; Orientação sobre a vantagem do aleitamento materno, alimentação, cuidados gerais, medidas preventivas de acidentes, coloração da pele, higiene, dermatites, prevenção de doenças; escuta materna; Agendamento prévio de consultas; Registros.
Carvalho <i>et al.</i> ²⁸ (2013)	Alagoas-SE/ Quantitativa	Analisar as ações de saúde desenvolvidas pelos enfermeiros nas equipes de saúde da família a partir da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.	Acompanhamento do CD e nutricional; Busca de doença prevalente na infância; Incentivo ao AME; Orientação sobre alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade; Realização de suplementação alimentar (Ferro e Vitamina A), Registro na CSC; Promoção da saúde bucal; Acompanhamento e supervisão da imunização.
Maebara <i>et al.</i> ²⁹ (2013)	Londrina-PR/ Quantitativa	Caracterizar o perfil epidemiológico de crianças de zero a 12 anos atendidas em consultas de enfermagem numa Unidade de Saúde da Família, Londrina-PR, entre 2006 e 2008.	Orientações relacionadas aos achados no exame clínico, ao desenvolvimento neuropsicomotor, prevenção de acidentes, imunização e aleitamento materno; Encaminhamento para o odontólogo para promoção da saúde bucal e para a atualização

			da vacina.
Ribeiro <i>et al.</i> ³ (2014)	Salvador-Bahia/ Qualitativo	Descrever o cotidiano de enfermeiras na consulta em enfermagem em puericultura e identificar os fatores que influenciam o dia a dia da realização dessa consulta.	Acompanhamento do CD e da alimentação; Orientação sobre os cuidados com a criança e AME; Diálogo com a mãe; Esclarecimento de dúvidas; Acolhimento da criança/família; Utilização da CSC e do gráfico de crescimento no acompanhamento da evolução da criança; Prescrição de suplementação (Ferro e Vitamina A); Anotações e registros de enfermagem; Agendamento das consultas; Promoção do fortalecimento de vínculo; Atenção as necessidades da mãe.
Baratiere <i>et al.</i> ¹⁴ (2014)	Centro Sul Paraense- palmital-PR/ Quantitativo	Analisar a puericultura realizada pelo enfermeiro, apontando as potencialidades e limitações.	Avaliação do CD e do tipo de alimentação oferecida; Orientações às mães/responsáveis; Registros no prontuário.
Andrade <i>et al.</i> ³⁰ (2014)	Belo Horizonte-MG/ Qualitativo	Compreender as experiências vividas por profissionais de saúde da atenção primária com a Caderneta de Saúde da Criança no cuidado à saúde infantil.	Acompanhamento do crescimento e da situação vacinal utilizando-se dos registros da CSC; Diálogo com a mãe ao demonstrar o gráfico, bem como o desenvolvimento físico da criança; Registros dos dados na CSC.
Figueiras <i>et al.</i> ³¹ (2014)	Belém-PA/ Quantitativo	Descrever o processo envolvido na formação de profissionais de saúde primários de Belém no desenvolvimento da criança e analisar o conhecimento e as práticas dos profissionais que participaram do programa, de um a três anos após a sua implementação.	Pergunta a opinião das mães sobre o desenvolvimento da criança; Avaliação do desenvolvimento infantil; Orientação sobre como estimular o desenvolvimento de seus filhos.
Reichert <i>et al.</i> ³² (2015)	João Pessoa-PB/ Quantitativo	Avaliar a efetividade de uma ação educativa em vigilância do desenvolvimento infantil, de enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde.	Pergunta a opinião das mães sobre o desenvolvimento de seus filhos; Utilização de um instrumento sistematizado para avaliação do desenvolvimento; Orientação das mães sobre como estimular o desenvolvimento da criança; Realização do acompanhamento do desenvolvimento.
Duarte <i>et al.</i> ³³ (2015)	Belo Horizonte-MG/ Qualitativo	Analisar o trabalho da enfermagem no cuidado às crianças com condições crônicas na atenção primária à saúde.	Fortalecimento de vínculo; Diálogo com a mãe; Avaliação do CD, da evolução motora e cognitiva, no que está sendo estimulada, a dieta e a relação afetiva; Exame físico; Acompanhamento da imunização; Orientação sobre alimentação, cuidados gerais relacionadas à condição crônica;

			Olhar para cada criança, no levantamento de sua necessidade e da mãe.
Silva <i>et al.</i> ³⁴ (2015)	Cutitiba-PR/ Qualitativo	Caracterizar a dimensão programática da vulnerabilidade no desenvolvimento da criança, segundo o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família.	Levantamento do histórico do RN e lactente; Escuta os familiares da criança e suas necessidades.
Reichert <i>et al.</i> ³⁵ (2016)	João Pessoa-PB/ Qualitativo	Identificar se existe vínculo entre enfermeiras e mães de crianças menores de dois anos na consulta de enfermagem, na percepção de enfermeiras que atuam na Estratégia Saúde da Família.	Fortalecimento de vínculo e confiança; Anamnese; Acolhimento; Oferta um olhar para a mãe e a criança e considera seu contexto; Valorização da mãe; Pergunta a opinião da mãe sobre o CD do seu filho; Orientações; Escuta qualificada; Diálogo.
Soares <i>et al.</i> ³⁶ (2016)	Aracati-CE/ Qualitativa	Relatar a experiência da implantação da puericultura e desafios do cuidado na Estratégia Saúde da Família em um município do Estado do Ceará.	Anamnese; Conhecer o cotidiano da criança; Avaliação do CD; Exame físico; Avaliação da dentição e do estado geral da criança; Orientação sobre AME até os 6 meses, introdução de alimentação complementar, banho de sol diariamente, higiene, prevenção de acidentes e cuidados básico de rotina; Verificação do cartão vacinal; Fornecimento de suplementações com o ferro; Ensina a mãe como estimular o filho no ambiente domiciliar e alguns exercícios de conforto em caso de cólicas.
Yakuwa <i>et al.</i> ³⁷ (2016)	Passos-MG e Ribeirão Preto-SP/ Qualitativo	Caracterizar as necessidades de enfermeiros sobre conhecimentos científicos que apoiam o cuidado de enfermagem na prática clínica da atenção primária à saúde da criança.	Exame físico; Orientação sobre banho de sol; Avaliação da criança; Fortalecimento de vínculo; Observação do aleitamento.

*Crescimento e Desenvolvimento **Caderneta de Saúde da Criança ***Aleitamento Materno Exclusivo

Quadro 2 - Caracterização dos 12 estudos da AT2 e as ações implementadas relacionadas ao tratamento de agravos na puericultura, 2011-2016, João Pessoa – PB, 2017.

AT2 – Ações relacionadas ao tratamento de agravos			
Autor/ano de publicação	Local do estudo/ Método	Objetivos	Ações de cuidado na consulta de puericultura
Carvalho <i>et al.</i> ³⁸ (2011)	Butanta-SP/ Quantitativo	Identificar as orientações de cuidado à criança com infecções respiratórias agudas (IRA) e descrever o processo de comunicação entre profissionais e mães na consulta.	Agendamento de visita domiciliar; Informação e explicação à mãe sobre o diagnóstico; Encaminhamento para avaliação médica; Prescrição de antitérmico; Orientações sobre a doença, os cuidados, aumento da ingesta hídrica da criança e amamentação e sinais de gravidade (respiração rápida, difícil, febre, piora do estado geral, cianose, letargia, dificuldade de beber) e retorno imediato em casos de sinais de gravidade; Questionamento a mãe sobre alguma dúvida e se entendeu as informações; Diálogo com a mãe; Agendamento de retorno; Pergunta se a criança está com dificuldade de se alimentar.
Araujo <i>et al.</i> ²² (2012)	Teresina-PI/ Quantitativo	Analisar os conhecimentos e práticas de enfermeiros da atenção básica sobre a obesidade infantil.	Encaminhamento para outras especialidades; Acompanhamento da criança na consulta de enfermagem; Planejamento dos cuidados da criança com apoio multiprofissional.
Vieira <i>et al.</i> ²³ (2012)	Maringá-PR/ Qualitativo	Conhecer aspectos relacionados à atuação do enfermeiro na puericultura.	Encaminhamento para médico/pediatra; Aumento da frequência das consultas.
Gauterio <i>et al.</i> ²⁵ (2012)	Rio Grande-RS/ Quantitativo	Descrever o perfil da população menor de um ano atendida na consulta de enfermagem em puericultura em uma Unidade Básica de Saúde, na cidade do Rio Grande/RS e avaliar a associação entre situação nutricional desfavorável e presença de candidíase oral, candidíase perineal e dermatite irritativa das fraldas.	Encaminhamento para médico; Aumento da frequência das consultas.
Souza <i>et al.</i> ²⁷ (2013)	Londrina-PR/ Qualitativo	Analisar a prática de enfermeiros, bem como as facilidades e dificuldades, para a operacionalização do Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento e Crescimento da Criança na Unidade de Saúde da Família.	Encaminhamento para outra especialidade.

Carvalho <i>et al.</i> ²⁸ (2013)	Alagoas-SE/ Quantitativa	Analisar as ações de saúde desenvolvidas pelos enfermeiros nas equipes de saúde da família a partir da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.	Monitoramento das crianças de baixo-peso; Aconselhamento para os casos de problemas de saúde mental ou de comportamento.
Maebara <i>et al.</i> ²⁹ (2013)	Londrina-PR/ Quantitativa	Caracterizar o perfil epidemiológico de crianças de zero a 12 anos atendidas em consultas de enfermagem numa Unidade de Saúde da Família, Londrina-PR, entre 2006 e 2008.	Encaminhamentos para especialidades, para hospital em casos graves e quando detectado risco à saúde da criança, além de outros serviços.
Andrade <i>et al.</i> ⁷ (2013)	Passos-MG/ Qualitativo	Analisar narrativas de enfermeiros sobre o cuidado da criança na prática de puericultura, à luz do cuidado e da defesa do direito à saúde.	Agendamento de consultas em intervalos menores; Encaminhamento para outros profissionais, equipe do NASF* e centros de assistência sociais.
Ribeiro <i>et al.</i> ³ (2014)	Salvador-Bahia/ Qualitativo	Descrever o cotidiano de enfermeiras na consulta em enfermagem em puericultura e identificar os fatores que influenciam o dia a dia da realização dessa consulta.	Encaminhamento para outros profissionais da equipe interdisciplinar de saúde.
Duarte <i>et al.</i> ³³ (2015)	Belo Horizonte- MG Qualitativo	Analisar o trabalho da enfermagem no cuidado às crianças com condições crônicas na atenção primária à saúde.	Agendamento de consulta em intervalos menores; Encaminhamento para outros profissionais.
Soares <i>et al.</i> ³⁶ (2016)	Aracati-CE/ Qualitativa	Relatar a experiência da implantação da puericultura e desafios do cuidado na Estratégia Saúde da Família em um município do Estado do Ceará.	Atendimento compartilhado com a equipe do NASF; Realização de um trabalho multiprofissional.
Yakuwa <i>et al.</i> ³⁷ (2016)	Passos-MG e Ribeirão Preto-SP/ Qualitativo	Caracterizar as necessidades de enfermeiros sobre conhecimentos científicos que apoiam o cuidado de enfermagem na prática clínica da atenção primária à saúde da criança.	Encaminha ao nutricionista; Busca apoio com a assistente social do NASF; Orientações sobre a alimentação por sonda e sobrepeso.

*Núcleo de Atenção à Saúde da Família

DISCUSSÃO

Evidenciou-se uma variedade de ações realizadas pelos enfermeiros na ESF durante as consultas de puericultura. Estas serão apresentadas pelas áreas temáticas a seguir.

AT1 - Ações para a promoção da saúde e prevenção de doenças

A consulta de puericultura apresenta-se como uma estratégia focada na promoção da saúde¹², por meio da qual os profissionais desenvolvem ações educativas e preventivas, sendo fundamental o envolvimento da família³⁵.

Nos 22 artigos analisados nesta AT, constatou-se que na consulta de puericultura os enfermeiros implementam inúmeras ações para a promoção da saúde da criança, tais como: acolhimento, escuta qualificada, exame físico, avaliação do CD, educação em saúde, agendamento de consulta para acompanhamento, vacinação, entre outras.

Dentre essas ações, a avaliação antropométrica sobressaiu-se^{3-4,14,20-28,30,33,36} e as técnicas contempladas nessa avaliação foram: aferição do peso^{3-4,7,14,20-21,23,24-26,28,30,36}; comprimento^{3,14,20-21,23,26,36}; perímetros cefálico,^{14,20-21,23,24,26-27,28,36} torácico^{24,26,36} e abdominal²³⁻²⁴.

Essa evidência pode estar relacionada à facilidade da realização dessas técnicas de avaliação antropométrica na rotina dos serviços da APS e à enfática recomendação do monitoramento dos dados antropométricos na criança presentes nos protocolos de consulta de puericultura. Ademais, no Brasil, os profissionais das unidades de saúde alimentam o sistema do Programa Bolsa Família do Governo Federal com os dados antropométricos das crianças e familiares cadastradas, o que pode contribuir para o incremento dessa prática no serviço. Sobre isso, estudo atribuiu o elevado percentual de registros sobre avaliações nutricionais no prontuário da criança como exigência dos programas sociais do governo brasileiro para que a família continue a receber o benefício²⁴.

O Índice de Massa Corpórea (IMC) foi citado em apenas um estudo que abordava o sobrepeso infantil²². Estudo realizado na Suécia evidenciou que o enfermeiro raramente utilizava o IMC e tinha dificuldade de utilizá-lo para avaliar a criança³⁹. Esse achado sugere o desuso dessa medida, resultando em falta de familiaridade dos profissionais com a avaliação e a interpretação do IMC nas suas consultas.

Mesmo dentre as diretrizes governamentais brasileiras de atenção à saúde da criança, o IMC é pouco explorado, com mensuração sugerida apenas no *Caderno de Atenção Básica – saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*¹⁰, que destaca esse método como o mais importante para identificar alterações na relação entre peso e altura da criança. Considerando a relevância do IMC para uma melhor avaliação do estado nutricional, é fundamental que tanto as diretrizes políticas quanto os profissionais de saúde deem atenção a esses aspectos, necessitando que não somente implementem essa avaliação na consulta de puericultura desde o nascimento, mas também saibam interpretá-la. Desse modo, o uso dessa técnica na rotina do serviço de APS possibilitará identificar alterações nos parâmetros de crescimento para realização de ações oportunas.

Outra lacuna identificada nas diretrizes governamentais analisadas, diz respeito à orientação para medir o perímetro torácico e o abdominal. Em nenhum dos três documentos analisados havia orientação dessa natureza. Contudo, salienta-se a importância dessas ações na avaliação do crescimento infantil, tendo em vista constituírem-se em parâmetros importantes, sendo, inclusive, mencionada como prática em alguns estudos^{14,23-24,26,36}. Esse achado revela a necessidade de as diretrizes políticas integrarem esses parâmetros para o monitoramento do crescimento infantil acrescentando-os na CSC por meio de gráficos ou mesmo na folha de registro das medidas antropométricas.

Sabe-se que a vigilância do crescimento infantil é fundamental para a saúde da criança, por seu potencial de prevenir possíveis agravos referentes ao estado nutricional

infantil⁴. Ademais, a vigilância do crescimento infantil na primeira infância é momento propício para estabelecer e promover comportamentos adequados para a criança, por ser um período em que os hábitos são formados e no qual surgem muitos dos fatores de risco para a sua saúde⁴⁻⁵.

Reconhece-se que as informações sobre o crescimento favorecem a compreensão do estado de saúde da criança e tranquilizam os cuidadores que se sentem confiantes no cuidar⁴. Entretanto, a exclusividade do foco nessa avaliação não pode ser confundida com a consulta de puericultura, bem como esta não pode se restringir às avaliações do crescimento, sobretudo porque a puericultura caracteriza-se como um momento de cuidado integral e vigilância da saúde da criança, transcendendo a aferição de medidas antropométricas⁷.

Outra ação complementar à avaliação antropométrica presente nos manuais do MS diz respeito aos registros dos achados do crescimento nas curvas por idade, presentes na CSC, orientando o acompanhamento do perímetro cefálico até dois anos de idade e o peso e a estatura até os dez¹⁸. Essa ação é primordial para o acompanhamento de saúde da criança, visto que possibilita a longitudinalidade do ato de cuidar e a comunicação entre os profissionais que assistem à criança e seus familiares². Desse modo, recomenda-se na consulta de puericultura, registrar esses achados da avaliação no prontuário e/ou na caderneta, como mencionado nos estudos^{3-4,14,20,23-24,26,28,30}.

Em contrapartida, um estudo apontou fragilidade na avaliação e nos registros dos gráficos do crescimento, como também, identificou a falta de conhecimento acerca do crescimento e desenvolvimento infantil, e análise das linhas da curva do crescimento para implementar ações necessárias frente possíveis alterações⁴. Além disso, outro estudo evidenciou que os profissionais não utilizavam todos os aspectos contemplados na CSC no cuidado à criança³⁰. Nesse sentido, apreende-se a necessidade de os profissionais valorizarem esse instrumento e compreender todas as suas potencialidades. Ademais, no cotidiano da

consulta de enfermagem, os registros do acompanhamento da criança proporcionam a organização e a sistematização da assistência³.

O desenvolvimento infantil é um processo complexo, e apresenta características universais e individuais, uma vez que está presente em todas as crianças e relaciona-se com a herança genética e o contexto de vida de cada criança; sendo os primeiros anos de vida os mais importantes para o seu pleno desenvolvimento³¹. Assim, a vigilância e o estímulo do desenvolvimento, nos primeiros anos de vida, são fundamentais para avaliar as habilidades adquiridas, tendo em vista que, algumas crianças que frequentam a APS encontram-se em risco de atraso³².

Não obstante, a vigilância do desenvolvimento infantil na prevenção de agravos e na promoção da saúde é uma ação que não pode ser esquecida ou negligenciada nas consultas de puericultura. Entretanto, estudos evidenciaram a baixa efetivação da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor na consulta de enfermagem^{4,14,24}; fator preocupante para a construção do cuidado integral à criança.

Outros estudos^{3-4,14,21,24,27-28}, porém, evidenciaram que os enfermeiros realizavam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na consulta, mas não mencionam as ações que contemplavam essa avaliação e, portanto, colocam em dúvida a implementação dessa prática na puericultura. Tal realidade foi evidenciada por um estudo ao inferir que apesar de as enfermeiras afirmarem realizar consulta para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, muitas não acompanhavam rotineiramente o desenvolvimento neuropsicomotor⁴.

Dois estudos realizaram intervenção educativa em vigilância do desenvolvimento infantil com enfermeiros e concluíram que, após a intervenção, os profissionais passaram a implementar em maior proporção ações dessa natureza³¹⁻³². Isso pode indicar que os

enfermeiros realizam a vigilância do desenvolvimento nas consultas de forma incipiente, talvez por não estarem capacitados para efetivar essa ação no atendimento à criança³².

De acordo com as diretrizes de atenção à saúde da criança, a avaliação do desenvolvimento infantil contemplam ações relacionadas à avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil; à busca de opinião das mães sobre o desenvolvimento do seu filho; à verificação da maneira como a mãe/cuidador e familiares em geral se relacionam com a criança e a importância da avaliação e dos registros na CSC^{10,17-18}. Entretanto, apesar de perceberem a importância dessas ações para a promoção da saúde do lactente, alguns enfermeiros não as realizam no seu cotidiano³².

É preocupante o reduzido número de estudos que mencionaram a prática do exame físico^{20-21,25-26,33,36,37} e da anamnese^{20,26,35-36} na consulta de puericultura, apesar de essas ações serem recomendadas pelo MS¹⁰ e favorecerem a avaliação do estado de saúde da criança. Reconhece-se que a interação na consulta possibilita a identificação das necessidades da criança e de sua família³⁵, e o exame físico proporciona ações sistematizadas para avaliar as condições de saúde da criança¹¹. Dessa forma, fica evidente a lacuna na assistência ofertada à criança, tendo em vista que poucos enfermeiros mencionaram essa prática.

Outras ações fundamentais nas consultas de enfermagem em puericultura com potencial de favorecer a adesão às orientações e à continuidade do cuidado foram o acolhimento^{3,20,35}, o diálogo^{3,20,30,33,35} e a criação de vínculo afetivo^{3,27,33,35} entre mãe/cuidador e profissional de saúde. Portanto, escutar a opinião da mãe sobre a saúde do seu filho e a efetivação de um ambiente acolhedor na prática do enfermeiro são atitudes imprescindíveis no cuidado à criança, haja vista que reflete na qualidade do cuidado e no fortalecimento de vínculo afetivo, norteadas pela confiança entre profissionais e cuidadores³⁵.

O vínculo construído por intermédio do relacionamento longitudinal estabelecido entre os cuidadores e profissionais é essencial, para que os enfermeiros consigam desenvolver seu papel na vigilância e no apoio ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança⁵.

Nesse sentido, o ato de escutar e dialogar com a mãe/responsável, como estratégia de fortalecimento de vínculo, é incentivado em todos os manuais do MS para uma assistência qualificada e humanizada. Todavia, poucos estudos mencionaram essa prática com o direcionamento do olhar profissional para a mãe/responsável da criança na consulta de puericultura^{3,20,27,33-35,39,37-38}, apesar da importância dessas ações.

No tocante à educação em saúde, identificou-se vários aspectos importantes orientados à mãe nas consultas de puericultura pelos enfermeiros para o cuidado da criança, a fim de promover saúde e capacitar as mães ou cuidadores para a autonomia do cuidado. As orientações que se destacaram foram as referentes à manutenção do aleitamento materno^{3,7,23,26-29,36}, e alimentação saudável^{4,7,21-23,27-28,33,36}.

Os protocolos de atenção à criança abordam todas as orientações necessárias para promoção de um cuidado integral desde o nascimento. Todavia, é perceptível que, dentre as orientações mencionadas nos estudos, a alimentação infantil foi o principal tema abordado pelos enfermeiros nas consultas. Isso leva a inferir a preocupação do enfermeiro da APS com a alimentação ofertada à criança, por causa de sua relevante contribuição na qualidade de vida. Ademais, o aleitamento materno é capaz de reduzir a morbidade e contribuir com o seu crescimento e bem-estar⁴⁰.

Ainda no tocante à educação em saúde apreende-se a fragilidade nas ações realizadas nas consultas de puericultura, visto que orientações importantes para o cuidado da criança, como prevenção de acidentes^{21,26-27,29,36}, crescimento e desenvolvimento^{23,29}, foram temáticas pouco abordadas pelos enfermeiros, e a promoção da cultura pela paz, sem violência e sinais de alerta não foram, sequer, mencionadas nos estudos.

Quanto à imunização, identificou-se que menos da metade do total de estudos selecionados mencionaram a verificação do calendário vacinal na consulta à criança^{3,20,24,28,30,33,36}. Enquanto outros estudos evidenciaram que os enfermeiros não implementaram a avaliação do calendário vacinal na sua prática^{14,26}.

A imunização é essencial na vida da criança, sobretudo porque desempenha o papel de proteger sua saúde¹⁰. Por essa razão, todos os manuais de atenção à saúde destinados à criança recomendam a implementação dessa ação pelos profissionais que assistem esse grupo. De acordo com o *Manual para utilização da caderneta de saúde da criança*¹⁸, o profissional de saúde deve acompanhar o processo de imunização e orientar sua mãe/cuidador sobre todos os aspectos que envolvem a vacinação da criança. Logo, a baixa frequência de menção sobre essa ação evidencia a fragilidade nesta ação essencial para a promoção da saúde, bem como a fragmentação na consulta de puericultura, geralmente focada na queixa-conduta e peso-medida, produzindo um cuidado pobre e que não atende ao estabelecido nas diretrizes governamentais.

No que se refere à suplementação de ferro e de vitamina A, as diretrizes do MS analisadas abordam a importância dessa ação para a saúde da criança^{10,17}. O *Manual para utilização da caderneta de saúde da criança* recomenda a verificação, a distribuição e os registros das suplementações de vitamina A e dos frascos do xarope de sulfato ferroso, bem como agendamento do retorno para a próxima administração e distribuição na CSC¹⁸. Entretanto, apenas três estudos mencionaram que os enfermeiros realizam essas ações^{3,28,36}, e destes, nenhum remete ao registro na caderneta ou outro documento. Enquanto que outro estudo evidenciou que os enfermeiros encaminham a criança para o pediatra para a prescrição dessas suplementações²⁵.

As suplementações reduzem as deficiências de micronutrientes e contribuem para reduzir a morbimortalidade infantil⁴¹, e essa lacuna de informação identificada sobre tais ações

sugere que os enfermeiros não têm seguido as recomendações presentes nos protocolos. Convém lembrar que o fornecimento das suplementações ocorre durante a primeira infância, e que a Vitamina A é preconizada em todos os municípios das Regiões Norte e Nordeste, nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e nos municípios prioritários do Plano Brasil sem Miséria, das Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, devendo essa suplementação ser realizada a cada seis meses⁴¹. Contudo, mesmo dentre os artigos desenvolvidos nas regiões citadas, essa ação foi raramente evidenciada.

Diante da discussão apresentada, compreende-se que a consulta de puericultura na APS é uma ferramenta oportuna na promoção da saúde infantil¹², tendo em vista que o cuidado longitudinal propicia detecção e prevenção de problemas futuros, bem como a melhoria da qualidade de vida das crianças⁴². Assim, os enfermeiros atuantes nesse contexto necessitam estar mais envolvidos nas ações de promoção.

Apesar da potencialidade das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças para o cuidado à criança, os estudos analisados demonstraram que os enfermeiros não têm realizado essas ações em sua totalidade e conforme estabelecido pelas diretrizes de atenção à saúde da criança, transformando a consulta de puericultura em uma estratégia frágil e fragmentada em detrimento do seu potencial preventivo.

AT2 - Ações relacionadas ao tratamento de agravos

A consulta de puericultura também possibilita a identificação das singularidades e vulnerabilidades que acometem a saúde da criança, viabilizando a efetivação de estratégias de intervenção, quando necessário⁷.

No levantamento as ações para o tratamento de agravos, realizadas pelos enfermeiros na APS foram pontuadas pelos estudos sem aprofundamento das suas práticas, e em sua maioria essas foram compartilhadas com outros profissionais. As principais condutas complementares mencionadas foram: encaminhamento para outros serviços e/ou profissionais

de saúde^{3,7,22-23,25,27,29,33,36-38}, orientações relacionadas aos agravos^{28,37-38} e agendamento de consulta de retorno^{7,23,25,33,38}.

Dentre as ações de intervenção para o tratamento de agravos, a mais mencionada foi o encaminhamento para outras especialidades, conforme recomenda o *Manual de AIDPI Neo*¹⁷, e os especialistas mais referenciados pelos enfermeiros foram o pediatra e o nutricionista.

As principais causas dos encaminhamentos foram a alteração nutricional^{7,22-23,37} e alteração no exame físico^{3,23,25,27,36}. Estudos mencionaram a busca pelo apoio dos profissionais que compõe a equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) para o tratamento de agravos na saúde da criança^{7,36-37}. Um destes destacou também o encaminhamento para centros de assistência sociais em casos suspeitos de violência infantil e problemas socioeconômicos⁷ e outro estudo menciona o encaminhamento para hospital em casos urgentes²⁹. Dessa forma, esses artigos sugerem que os enfermeiros estão seguindo as recomendações da diretriz de atenção à saúde da criança, ao acionar a rede de saúde e de defesa e proteção social nos casos de violência, bem como o encaminhamento para o NASF¹⁰.

Os encaminhamentos para o nutricionista ou pediatra ocorrem como conduta complementar na assistência à criança, quando os enfermeiros identificam baixo peso ou sobrepeso. Isso porque os enfermeiros não se sentem capacitados para atuar com autonomia nos problemas alimentares²². Ademais, a percepção de enfermeiras suecas de um estudo aponta que, na presença de crianças acima do peso, as mesmas veem a necessidade de encaminhamento para o especialista, profissional mais qualificado para elaborar dieta e aconselhar os pais, cabendo a elas o papel de realizar a promoção da saúde com orientações sobre hábitos saudáveis e sedentarismo⁴³.

Mesmo quando a criança é encaminhada para outro profissional ou serviço é necessário que os profissionais da equipe de saúde da USF busquem informações e se mantenham próximos da família, a fim de promover o seguimento do cuidado⁴⁴. Entretanto, estudo

evidenciou que a contrarreferência dos profissionais e dos serviços não é implementada²³, deixando os profissionais da APS sem informações sobre o atendimento oferecido em outro serviço de saúde, fragilizando a continuidade do cuidado.

A comunicação entre os membros da equipe e outros profissionais de diferentes serviços envolvidos com a saúde e a proteção da criança deve existir, a fim de garantir os seus direitos⁷. No contexto da atenção à saúde da criança a atuação da equipe interdisciplinar melhora a qualidade da assistência³, por reduzir a fragmentação do cuidado³³ e proporcionar um cuidado integral, de acordo com as necessidades da criança³⁶.

Maior frequência no agendamento de consultas de rotina foi outra intervenção identificada para o tratamento de agravos na infância. Esses agendamentos foram realizados nos casos de alteração nutricional^{7,23,25,28}, criança com Infecções Respiratórias Agudas³⁸ e como conduta para apoiar e esclarecer as dúvidas da mãe em relação aos cuidados da criança³³. Essa prática do enfermeiro de acompanhar a criança com maior frequência é importante, porque possibilita monitorar com atenção a evolução do peso e a adesão às orientações⁷, além de reduzir a procura por serviços de alta complexidade⁴⁵. Por isso, essa conduta é enfatizada nas diretrizes de atenção à saúde da criança analisadas, na qual indica, inclusive, o período de retorno para crianças com baixo peso e que apresentam outros agravos^{10,17-18}.

Apesar da sua relevância para o cuidado da criança doente no domicílio, a orientação relacionada ao agravo estava presente em poucos estudos. Essa carência de orientações no cotidiano do enfermeiro pode estar relacionada ao fato de este, no cuidado à criança doente, realizar com frequência o encaminhamento para outros profissionais, atribuindo ao outro o dever de fornecer orientações mais adequadas, como evidenciado por um estudo³⁸. Essa realidade é preocupante e necessita ser modificada na prática do enfermeiro, haja vista que o tratamento de possíveis intercorrências clínicas e a orientação familiar são condutas

recomendadas pelas diretrizes de atenção à saúde da criança, frente aos agravos à saúde da criança^{10,17}.

A solicitação de exames complementares em crianças assintomáticas, que se apresenta como uma conduta para o diagnóstico de agravos e, conseqüentemente, colabora no seu tratamento precoce¹⁰, e os registros na CSC, em caso de identificação de alguma alteração ou agravo e de patologias diagnosticadas, com a assinatura e o carimbo do profissional responsável pelos tratamentos executados¹⁸, apesar de serem ações recomendadas nas diretrizes norteadoras da prática dos profissionais, não foram mencionadas em nenhum dos artigos selecionados neste estudo.

Para tratar os agravos à saúde da criança o enfermeiro tem autonomia para prescrever alguns medicamentos regulamentados em protocolos. Entretanto, apenas dois estudos mencionaram essa prática no cotidiano das consultas de puericultura em enfermagem^{3,38}. A implementação dessa ação pelo enfermeiro possibilita a resolutividade mais rápida nas necessidades de saúde da criança, enquanto que o ato de encaminhá-la, quando o enfermeiro tem possibilidade de intervir, pode resultar na perda de oportunidade do cuidado.

No tratamento de agravos em crianças frente a algumas situações de risco fica evidente que os enfermeiros seguem algumas orientações preconizadas nas diretrizes de atenção à saúde da criança. Todavia, há um predomínio de encaminhamento das crianças para especialidades ou para outros serviços, sugerindo que os enfermeiros da APS, em sua maioria, efetivam o trabalho em saúde apoiada por outros profissionais, mesmo tendo autonomia para intervir em algumas situações.

Apenas um estudo mencionou a atenção à criança com doença crônica, porém percebe-se a escassez de ações específicas na consulta de puericultura para essas crianças³³, apesar de ser um dos sete eixos temáticos da PNAISC. Este preconiza o planejamento de ações tanto com o intuito de prevenir doenças crônicas como cuidar dos casos diagnosticados, com o fomento da

atenção e internação domiciliar sempre que possível⁹. Estudos internacionais^{5,8}, apontam essa perspectiva, enfatizando o papel do enfermeiro no acompanhamento do adoecimento crônico infantil.

Assim, as reduzidas ações para o tratamento de agravos identificadas trazem reflexão sobre o processo de trabalho do enfermeiro na APS, pois evidenciam lacunas no cuidado, mesmo em ações em que possui autonomia para atuar. Os achados também sugerem que as ações para o tratamento de agravos realizadas pelos enfermeiros podem não ser resolutivas aos problemas de saúde da criança, visto que não promovem um cuidado integral nas consultas de puericultura. Por outro lado, é relevante conhecer os protocolos instituídos que regem a assistência de enfermagem nos municípios, a fim de compreender quais as ações para o tratamento de agravos que estes profissionais estão respaldados legalmente a executar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa evidenciou as ações realizadas por enfermeiros na consulta de puericultura no âmbito da APS, por meio da produção científica. Constatou-se o seguimento de algumas orientações preconizadas nas diretrizes de atenção à saúde da criança no que tange à prevenção, promoção da saúde e tratamento de agravos quando identificado algum fator de risco. Porém, ao comparar as ações preconizadas e as implementadas na consulta de enfermagem em puericultura, os resultados evidenciam que a prática do enfermeiro não atende ao preconizado pelas diretrizes brasileiras. Apesar de a consulta de puericultura ser uma ferramenta potente para o cuidado integral, apresenta-se fragmentada e com lacunas que podem comprometer a saúde da criança.

Os artigos apresentaram as ações destinadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, com ênfase na avaliação do crescimento e na educação em saúde, e as referentes à intervenção nos agravos, sendo a mais realizada o encaminhamento para outras especialidades e serviços de saúde nas poucas produções que abordavam a temática.

Apreende-se como limitação desta revisão o fato de os estudos selecionados se restringirem sobre as ações de enfermagem realizadas durante a consulta de puericultura na realidade brasileira, cuja análise foi norteadada a partir das diretrizes nacionais de atenção à saúde da criança.

Considerando os aspectos ora abordados, entende-se que é preciso promover a educação permanente de enfermeiros, a fim de qualificar as ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde no cuidado à criança e sua família no âmbito da APS. Recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas que visem avaliar as práticas de enfermeiros durante a consulta de puericultura na APS, bem como estudos de intervenção para capacitar esses profissionais, em busca de qualificar os enfermeiros para o cuidado de acordo com as diretrizes políticas de atenção à saúde da criança.

REFERÊNCIAS

1. Apostólico MR, Hino P, Egry EY. As possibilidades de enfrentamento sistematizada. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(2):320-327.
2. Silva FB, Gaíva MAM, Mello DF. Use of the child health record by families: perceptions of professionals. *Text Context Nursing* 2015; 24(2):407-414.
3. Ribeiro SP, Oliveira DS, Fernandes SLSA, Felzemburgh RDM, Camargo CL. O cotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura. *Rev enferm UERJ* 2014; 22(1):89-95.
4. Reichert APS, Almeida AB, Souza LC, Silva MEA, Collet N. Vigilância do Crescimento Infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Rev Rene* 2012;13(1):114-126.5.
5. Laws R, Campbell KJ, Pligt PVD, Ball K, Lynch J, Russell G et al. Obesity prevention in early life: an opportunity to better support the role of Maternal and Child Health Nurses in Australia. *BMC Nursing*. 2015; 14:26.

6. Stábile AP, Braz JC, Furtado MCC, Mello DF. Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Rev. Ciênc. Méd* 2013; 22(1):31-41.
7. Andrade RD, Santos JS, Pina JC, Silva MAI, Mello DF. The child care as time defense of the right to health of children. *Ciênc Cuid Saude* 2013; 12(4):719-727.
8. Walsh A, Barnes M, Mitchell AE. Nursing care of children in general practice settings: roles and responsibilities. *Journal of Advanced Nursing* 2015; 71(11):2585–2594.
9. Brasil. Portaria N° 1.130, de 5 de agosto de 2015. *Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: MS; 2015.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília: MS; 2012.
11. Benicio AL, Santana MDR, Bezerra IMP, Santos RR. Care to the child less than one year old: nursing practice perspective about child care. *J Nurs UFPE on line* [journal na Internet] 2016 Feb [Cited 2016 Oct 10]; 10(2):576-584. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7095/pdf_9600
12. Malaquias TSM, Baldissera VAD, Higarashi IH. Perceptions of the health team and family members regarding the childcare consultation. *Cogitare Enferm* 2015; 20(2):368-375.
13. Rocha ACD, Pedraza DF. Acompanhamento do crescimento infantil em Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Queimadas, Paraíba, Brasil. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(4):1169-1178.
14. Baratieri T, Soares LG, Botti ML, Campanini AC. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. *Rev Enferm UFSM* 2014;4(1):206-216.

15. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Integrative Review versus Systematic Review. *Rev Min Enferm* 2014; 18(1):9-11.
16. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Rev Eletrônica Gestão e Sociedade* 2011; 5(11):121-136.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual AIDPI Neonatal. Organização Pan-Americana da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual para utilização da caderneta e saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
19. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª edição. São Paulo: Hucitec; 2014.
20. Monteiro AI, Macedo IP, Santos ADB, Araújo WM. A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. *Rev RENE*. 2011; 12(1):73-80.
21. Monteiro AI, Santos ADB, Macedo IP, Gurgel PKF, Cavalcante JMP. A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. *Rev. enferm. UERJ* 2011; 19(3):426-431.
22. Araújo SNM, Luz MHBA, Rocha SS, Silva GRF, Duarte MR, Sandres NM. Obesidade infantil: conhecimentos e práticas de enfermeiros da Atenção Básica. *Enfermagem em foco*. 2012; 3(3):139-142.
23. Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enferm*. 2012; 17(1):119-125.

24. Barboza CL, Barreto MS, Marcon SS. Records of childcare in primary care: descriptive study. *Online braz j nurs* [journal on the Internet]. 2012 Aug [cited 2017 Mar 3];11(2): 359-575. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3687>
25. Gauterio DP, Irala DA, Cezar-Vaz MR. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(3):508-513.
26. Oliveira FFS, Oliveira ASS, Lima LHO, Marques MB, Felipe GF, Sena IVO. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da família. *Rev RENE* 2013; 14(4):694-703.
27. Souza RS, Ferrari RAP, Santos TFM, Tacla MTGM, Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. *Rev Min Enferm* 2013; 17(2):331-339.
28. Carvalhal LM, Anjos DS, Rozendo CA, Costa LMC. Agenda de compromissos para a saúde integral e redução da mortalidade infantil em um município de Alagoas. *Rev Bras Promoc Saude* 2013; 26(4):530-538.
29. Maebara CML, Sant'Anna FL, Ferrari RAP, Tacla MTGM, Moraes OS. Consulta de enfermagem: aspectos epidemiológicos de crianças atendidas na atenção primária de saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2013; 12(3):500-507.
30. Andrade GN, Rezende TMRL, Madeira AMF. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(5):857-864.
31. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK. Continuing education on child development for primary healthcare professionals: a prospective before-and-after study. *Sao Paulo Med J*. 2014; 132(4):211-218.

32. Reichert APS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Child development surveillance: intervention study with nurses of the Family Health Strategy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2015; 23(5):954-962.
33. Duarte ED, Silva KL, Tavares TS, Nishimoto CLJ, Walty CMRF, Sena RR. Desafios do trabalho da enfermagem no cuidado às crianças com condições crônicas na atenção primária. *Esc Anna Nery* 2015;19(4):648-655
34. Silva DI, Veríssimo MLÓR, Mazza VA. Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde. *Journal of Human Growth and Development*. 2015; 25(1): 11-18.
35. Reichert APS, Rodrigues PF, Albuquerque TM, Collet N, Minayo MCS. Bond between nurses and mothers of children younger than two years: perception of nurses. *Cien Saude Colet* 2016; 21(8):2375-2382.
36. Soares DG, Pinheiro MCX, Queiroz DM, Soares DG. Implantação da puericultura e desafios do cuidado na estratégia saúde da família em um município do estado do Ceará. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016; 29(1):132-138.
37. Yakuwa MS, Andrade RD, Wernet M, Fonseca LMM, Furtado MCC, Mello DB. Saberes dos enfermeiros na atenção primária à saúde da criança. *Texto Contexto Enferm* 2016; 25(4):e2670015.
38. Carvalho APA, Veríssimo MDLÓR. Comunicação e educação nas consultas de crianças com infecções respiratórias agudas. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(4):847-854.
39. Isma GE, Bramhagen AC, Ahlstrom G, Östman M, Dykes AK. Obstacles to the prevention of overweight and obesity in the context of child health care in Sweden. *BMC Family Practice* [journal on the Internet] 2013 Set [Cited 2017 Mar 03]; 14:143: [about 10 p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/143>

40. Straňák Z, Feyereislova S, Černá M, Kollárová J, Feyereisl J. Limited amount of formula may facilitate breastfeeding: randomized, controlled trial to compare standard clinical practice versus limited supplemental feeding. *Plos One* 2016; 11(2):e0150053.
41. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A*. Brasília: MS; 2013.
42. Souza DRS, Ferreira TLS, Andrade FB. Longitudinal Care Evaluation in Child Healthcare. *Open Journal of Nursing* 2016; 6:902-909.
43. Isma GE, Bramhagen A-C, Ahlstrom G, Östman M, Dykes A-K. Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study. *BMC Family Practice* [journal on the Internet] 2012 Jun [Cited 2017 Mar 3]; 13:57: [about: 11 p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/57>
44. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013; 21(2):554-561.
45. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APS, Toso BRGO, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2961-2973.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo exploratório, observacional e descritivo, com abordagem quantitativa. O estudo descritivo tem o objetivo de informar sobre a distribuição em termos quantitativos. Essas informações podem ser decorrentes dos estudos observacionais, cuja finalidade é de investigar determinado objeto de estudo sem intervenções⁽⁷³⁾.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no município de João Pessoa, na Paraíba, em 31 EqSF pertencentes ao Distrito Sanitário I (DS I) selecionado no sorteio entre os cinco DS do município.

3.2.1 Caracterização do município de João Pessoa

A rede de atenção à saúde do município de João Pessoa é dividida em: rede de atenção básica, rede de atenção secundária e rede de atenção hospitalar. A rede de atenção básica encontra-se descentralizada, demarcada por cinco DS, onde estão implantadas 194 EqSF, apresentadas em unidades integradas, que contemplam de três a quatro equipes no mesmo espaço físico e organizacional, e isoladas com apenas uma equipe atuante. Contempla, ainda, 34 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quatro Equipes de Consultório na Rua, dez Equipes de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), três Centros de Práticas Integrativas (CEPICS), um Centro Municipal de Imunização e três Academias da Saúde⁽⁷⁴⁾.

A rede de atenção secundária dispõe de cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), três Centros de Atenção Integral à Saúde Especializada (CAIS), um Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em DST/AIDS, quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), três Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma Unidade de Acolhimento Infantil (UAI), dois Serviços de Residências Terapêuticas, um Centro de Referência de Inclusão para pessoas com Deficiência (CRIPD), um Laboratório Central do Município (LACEM Municipal), um Centro de Referência em Saúde de Trabalhador (CEREST), um Centro de Especialidades Odontológica (CEO)⁽⁷⁴⁾.

A rede de atenção hospitalar pertencente ao município é composta pelos seguintes serviços: Instituto Cândida Vargas (ICV), Hospital Municipal Santa Isabel (HMSI), Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity (Ortotrauma) e Hospital Municipal (Infantil) Valentina (HMIV)⁽⁷⁴⁾.

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de 2014, fornecidos pela Secretaria de Saúde, o município apresenta uma população de 728.206 usuários cadastrados - 134.147 crianças com idades de zero a 14 anos e 193.803 famílias⁽⁷⁵⁾.

3.2.2 Caracterização do Distrito I do município de João Pessoa

Na rede de atenção básica do DSI, foram implantadas 50 EqSF, distribuídas em 28 prédios físicos, compostos de unidades integradas e isoladas de saúde da família. A rede também dispõe de nove equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), uma Academia da Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma Farmácia Popular e um Pronto Atendimento da Saúde, que funciona à noite em uma USF. Além desses serviços, há a Maternidade Frei Damião e o Laboratório Central de Saúde Pública da Paraíba - LACEN/PB, ambos pertencentes ao estado da Paraíba⁽⁷⁶⁾.

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) de 2014, o Distrito Sanitário I tem 187.469 usuários cadastrados, portanto, 45.862 famílias assistidas pela rede de saúde desse distrito⁽⁷⁵⁾.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta de todos os enfermeiros atuantes nas ESFs pertencentes ao DS I (49). A amostra foi constituída de 31 enfermeiros, selecionados pelos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro de uma das EqSF do referido distrito sanitário, realizar consultas de puericultura para crianças de até dois anos de idade e atuar na Estratégia Saúde da Família por um período mínimo de seis meses.

Foram excluídos os enfermeiros que tinham vínculo de serviço temporário, os que, no período da coleta dos dados, estavam afastados do trabalho por motivo de férias ou licença e os que não apresentaram demanda de crianças para serem atendidas na consulta de puericultura. Portanto, foram excluídos do estudo oito enfermeiros, por não apresentarem demanda de crianças para atenderem, depois de a pesquisadora se dirigir à USF por, no

mínimo, três vezes; três enfermeiros atuavam na USF há menos de seis meses; três não realizavam a puericultura; duas estavam de licença maternidade; uma não realizava consulta à criança porque a unidade estava em reforma, e outra disse que não o fazia por falta de infraestrutura da unidade.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados no período de março a julho de 2016, nas USFs, por meio da observação não participativa, visto que a pesquisadora não se envolveu com o contexto nem se integrou ao momento observado, guiada por um instrumento previamente elaborado.

Foram observadas três consultas aleatórias de criança até dois anos de idade, realizadas por cada enfermeiro participante, e estes não sabiam em que aspectos estavam sendo avaliados. Ressalta-se que todas as observações foram realizadas por único pesquisador, o que garantiu a homogeneidade na técnica utilizada.

Antes de iniciar o trabalho de campo, todas as USFs do DSI foram contatadas por telefone, por meio de uma lista telefônica concedida pelo DS, a fim de investigar se havia enfermeiro atuando na unidade, se fazia a consulta de puericultura e se o acesso da criança à consulta ocorria por demanda espontânea ou por agendamento flexível. Geralmente o recepcionista da unidade e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) era quem dava essas informações, bem como o dia e o turno agendado para a consulta de puericultura à criança.

Depois desse primeiro contato, a pesquisadora dirigiu-se às unidades de saúde nos dias e nos horários indicados, para conversar com a enfermeira e o gerente da unidade, a fim de explicar sobre a pesquisa e apresentar o termo de anuência da Secretaria de Saúde com a assinatura da responsável técnica do DS. Quando o enfermeiro consentia o desenvolvimento da pesquisa e havia criança para o atendimento de enfermagem, a coleta de dados era iniciada. Em contrapartida, quando não aparecia criança para ser atendida, a pesquisadora aguardava até o final de expediente da USF e retornava a unidade em outro dia. Assim, nas unidades em que os enfermeiros adotaram o agendamento flexível em seu processo de trabalho a coleta dos dados foi facilitada.

Em contrapartida, nas unidades em que as consultas de puericultura em enfermagem foram realizadas por demanda espontânea, o andamento da coleta dos dados foi mais difícil e demorado, tendo em vista que a pesquisadora necessitava se dirigir à unidade mais vezes do que o planejado e em diferentes horários durante a semana. Entretanto, a realidade encontrada nessas situações foi que não havia demanda de crianças na unidade para serem atendidas, mas

o enfermeiro afirmava que realizava a consulta, talvez para seguir o protocolo de atendimento do serviço.

Assim sendo, a pesquisadora precisou se dirigir a mesma unidade várias vezes durante a coleta de dados nas unidades em que não tinha a quantidade suficiente de crianças para serem atendidas. Logo, o processo de coleta de dados acompanhava a rotina e a demanda das consultas nas USFs.

Em relação ao preenchimento do formulário durante a observação, este era realizado conforme o enfermeiro implementava as ações de cuidado presentes no instrumento. Como se trata de um check-list, marcava-se Sim, quando os enfermeiros implementava a ação, e Não quando ele não implementava. Também se registrava outras informações complementares, quando necessário.

Ao término de cada consulta a pesquisadora revisava o formulário e concluía o registro do check-list, tendo em vista que o momento da observação é muito rápido e exige muita atenção as ações implementadas. Ressalta-se que essa conferência do formulário ocorria de forma breve, ainda na sala da enfermeira, e posteriormente as informações complementares eram detalhadas mais profundamente, na sala de espera, enquanto se aguardava a chegada de outra criança para a consulta.

É importante mencionar que algumas consultas foram gravadas com autorização dos enfermeiros para se obter informações mais fidedigna possível. Essas consultas gravadas também auxiliava o pesquisador no preenchimento do *check-list*, tendo em vista que este ouvia a gravação em outro momento e em ambiente mais tranquilo. Dessa forma, a escuta auxiliava e/ou completava a observações e reduzia o viés da observação.

Foi utilizado o diário de campo, no qual foram registrados alguns aspectos que chamavam a atenção nas observações, tais como: interação do enfermeiro com a criança e sua família; evidências de fragilidades na consulta; atitudes desse profissional no cuidado, pois, em muitas circunstâncias, era nítido o comportamento diferenciado devido à presença do pesquisador.

As consultas de puericultura duravam, em média, quinze minutos, e um dos motivos para o breve atendimento, pode estar relacionado ao fato que a maioria das consultas se limitava apenas na pesagem e medição de comprimento ou somente aferição do peso era realizada por outros profissionais (ACS ou Técnico de enfermagem), em uma sala separada do consultório do enfermeiro. Assim, a mãe no momento da consulta de enfermagem, entregava o papel contendo as anotações das medidas antropométricas da criança e o

enfermeiro dava continuidade à consulta verificando outros parâmetros e avaliando a saúde da criança de forma breve.

No final da coleta dos dados, foram observadas 93 consultas de enfermagem em puericultura nas USFs. De cada enfermeiro (n=31) foram observadas três consultas. Convém enfatizar que a imparcialidade foi mantida durante todo o período da coleta dos dados, porquanto a pesquisadora não tinha vínculo com o serviço, nem com os participantes do estudo.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Para coletar os dados, foi utilizado um instrumento contendo *check-list*, dividido em duas seções: a) identificação da ESF e do enfermeiro; e b) dimensões do cuidado, a saber: acolhimento; anamnese e histórico de enfermagem; avaliação do crescimento; exame físico; análise da situação vacinal e suplementações de ferro e vitamina A; educação em saúde e registros na caderneta de saúde da criança e no prontuário. Vale salientar que, em cada dimensão do cuidado, foram avaliadas ações relacionadas a elas (APÊNDICE A).

Na literatura, não se encontrou nenhum instrumento de medição e avaliação de consultas de enfermagem em puericultura. Por isso elaborou-se o instrumento, utilizando como referência a literatura pertinente à saúde da criança e as seguintes diretrizes de atenção à saúde da criança: *Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento*⁽⁴⁾, *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*⁽⁷⁷⁾ e *Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Criança*⁽⁷⁸⁾. O instrumento foi avaliado por quatro experts - duas enfermeiras atuantes na ESF e duas docentes de Saúde da Criança - a fim de validá-lo.

Portanto, para alcançar o objetivo deste estudo, o instrumento de avaliação elaborado foi validado por meio do teste de *Alfa de Cronbach*⁽⁷⁹⁾, que demonstrou a fidedignidade do questionário elaborado a partir das diretrizes estabelecidas pelo MS. A medida de fidedignidade do instrumento foi de 0,815 (Figura 1), com intervalo de 95% de confiança, situado de 0,695 a 0,899. Assim, permitiu-se a aceitação da forma como foi mensurada ou quantificada a prática de cada enfermeira nas consultas de puericultura.

Ações	Alpha item deletado
Acolhimento	0,816
Anamnese	0,786
Aval. do Cresc	0,816
Exame Fís.	0,792
Situa. vacinal...	0,774
Educ. e Saúde	0,777
Registro na CSC	0,766
Todas	0,815

Figura 1. Valores do teste de *Alfa de Cronbach* referentes às dimensões do cuidado

As dimensões de cuidado avaliadas na consulta, presente no *check-list* foram: **acolhimento**, na qual avaliou- as ações relacionadas à recepção da mãe e da criança na sala de Enfermagem, o vínculo entre o profissional, a criança e a mãe/família (o enfermeiro chama a criança e a mãe pelo nome); na **anamnese e no histórico de enfermagem**, foi avaliado se a enfermeira questiona a mãe sobre alguma intercorrência na saúde da criança, se pergunta sua opinião sobre o desenvolvimento do seu filho, se interroga as mães/cuidadores sobre o sono, a alimentação, as funções eliminatórias e os hábitos de higiene e se solicita a CSC; na **avaliação do crescimento**, se foram verificados o peso, o comprimento e o perímetro cefálico, torácico e abdominal; no **exame físico**, avaliaram-se ações específicas do exame físico (pele, face, fontanelas, orelhas, audição, pescoço, pulmão, coração, abdome, aparelho geniturinário e sistema osteoarticular) e se verificaram a temperatura e os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor; na **análise da situação vacinal e nas suplementações**, se verificaram o calendário vacinal, encaminhamento para a sala de vacina, prescrição de sulfato ferroso e orientação para realizar a suplementação de vitamina A; na dimensão **educação em saúde**, observaram-se as orientações ofertadas à mãe/família, dentre elas, alimentação, prevenção de acidente, higiene oral e corporal, sinais de alerta etc., bem como se o enfermeiro empregava uma linguagem clara para orientar, e se certificava de ter sido entendido pela mãe, se demonstrava os registros realizados na CSC etc.; na dimensão **registros na CSC e no prontuário**, envolviam ações relacionadas aos registros dos achados da criança nos documentos de acompanhamento da criança, prontuário e caderneta, bem como a avaliação dos registros anteriores presentes nos documentos.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram digitados no programa Excel versão 2007 e analisados a partir do Software *Statistical Package Social Science* (SPSS), versão 20.0 *for student*, que permitiu a elaboração da análise estatística utilizada. Foram avaliados médias, desvios-padrão e proporções. E para verificar a associação entre as variáveis, utilizou-se o teste de associação de Qui-quadrado, adotando nível de significância de 5% ou menos para rejeitar a hipótese nula do teste.

Para cada consulta observada, obteve-se uma medida representativa das ações implementadas. Assim, para as três consultas observadas de cada enfermeiro, obtiveram-se três medidas representativas das ações implementadas em cada dimensão do cuidado. A fim de evitar o viés de uma única medida não ser representativa para avaliar a prática do enfermeiro, essas três medidas foram representadas pela média das avaliações nos três atendimentos, o que resultou no Índice Geral (IG) de cada dimensão. O IG é uma média dos índices das dimensões com que o profissional foi avaliado na consulta e quanto mais próximo de 100, melhor é o desempenho do avaliado.

Na organização quantitativa das informações relacionadas às ações efetivadas pelos enfermeiros em três atendimentos distintos, elaborou-se um sistema de pontuação, em que foi atribuído o valor 1, quando o procedimento estava correto; 0, quando incorreto; e nos casos inaplicáveis ao procedimento, o valor 3, que não entrou na pontuação da formação do escore e foi convertido em percentual para que pudesse ser comparado na mesma escala para cada uma das dimensões: acolhimento, anamnese, avaliação do crescimento, exame físico, situação vacinal e suplementações, educação e saúde e registro na caderneta de saúde da criança e no prontuário.

As categorias de cada dimensão de cuidado foram classificadas da seguinte forma: satisfatória, pouco satisfatória e insatisfatória e teve como referência as medidas de percentil 25 e 75, de acordo com seu IG. Foi classificada insatisfatória quando a variável observada obteve, no índice geral, percentil abaixo de 25; pouco satisfatória, para valores da variável entre os percentis 25 e 75; e satisfatória, para valores superiores ao percentil 75.

Para classificar o desempenho dos enfermeiros, de acordo com o IG apresentado pelas dimensões implementadas na consulta de puericultura, utilizou-se o método de análise de agrupamento, por meio do agrupamento hierárquico, da distância euclidiana e da medida de ligação média, ilustrado por meio do dendograma⁽⁸⁰⁾. Nesse procedimento técnico os enfermeiros foram classificados em três grupos, de acordo com sua média de desempenho

avaliado pelo IG, tendo como grau de exigência IG acima de 70%, correspondente aos enfermeiros que implementaram nas consultas de puericultura o maior número de ações preconizadas pelos protocolos de atendimento à criança. Os enfermeiros foram classificados com as seguintes categorias: pouco desempenho, os que apresentaram o IG = 26,70; desempenho razoável, com IG = 51,17; e desempenho aceitável, IG = 76,49.

Ressalta-se que se estabeleceu o mesmo critério de classificação para todas as dimensões, o que tornou essas variáveis comparáveis entre elas, portanto, possíveis de ser referenciadas em relação a um mesmo procedimento de mensuração.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas da Resolução 466/12⁽⁸¹⁾ do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o parecer 0096/12, e registrada pelo CAAE: 02584212300005188 (ANEXO A). Para iniciar a coleta dos dados, a Secretaria de Saúde do município emitiu uma declaração atestando a anuência para o desenvolvimento da pesquisa, a qual foi apresentada ao Distrito Sanitário I, que autorizou a realização da pesquisa no local (ANEXO B).

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), que continha as informações sobre a pesquisa, em que atestaram seu desejo de participar e afirmaram que estavam cientes da possibilidade de se retirar, antes, durante ou depois da finalização do processo de coleta dos dados, sem riscos de qualquer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 ARTIGO ORIGINAL*

A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família

Resumo

Objetivo: Analisar as ações de cuidado realizadas pelo enfermeiro durante as consultas de puericultura. **Método:** estudo observacional, quantitativo, realizado com 31 enfermeiros que realizavam consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família. Foram observadas três consultas aleatórias por cada enfermeiro participante, totalizando 93 consultas por meio de um *check-list* previamente estruturado, baseado nas diretrizes para a saúde da criança, contendo as ações de cuidados que deveriam ser implementadas pelos enfermeiros. A análise foi feita por meio de estatística descritiva, teste qui-quadrado, com nível de significância de 5% e análise de agrupamento. **Resultado:** As dimensões do cuidado em maior proporção foram a avaliação da imunização e suplementações de ferro e vitamina A, enquanto que a anamnese, acolhimento, exame físico e educação em saúde foram as menos efetivadas pelos enfermeiros. **Conclusão:** O cuidado dos enfermeiros na consulta de puericultura está aquém do estabelecido pelas diretrizes de atenção à saúde da criança. Ações de educação permanente para qualificar os enfermeiros para o cuidado integral à criança podem superar essas lacunas.

Descritores: Enfermagem; Cuidado da criança; Saúde da criança; Atenção primária à saúde; Crescimento e desenvolvimento.

Descriptors: Nursing; Child Care; Child health; Primary Health Care; Growth and Development

Descriptores: Enfermería; Atención infantil; Salud del niño; Atención Primaria de Salud; Crecimiento y Desarrollo.

*Artigo original será submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem (Normas - Anexo D)

Introdução

A atenção à saúde da criança vem alcançando espaço prioritário entre as políticas públicas brasileiras, com foco em superar o modelo biomédico e promover a integralidade do cuidado⁽¹⁾. Nesse contexto, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que objetiva promover e proteger a saúde infantil por meio da implementação de eixos estratégicos para um cuidado integral e integrado, com capacidade de reduzir a morbimortalidade e proporcionar o desenvolvimento pleno desse ser⁽²⁾.

Para isso, a PNAISC visa efetivar o cuidado à criança a partir da qualificação de ações e serviços de saúde, referendando a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁽²⁾. Nesse sentido, cabe aos médicos e enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) responsabilizar-se pelo seguimento da criança, por meio da consulta de puericultura, cumprindo o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde de sete consultas, no primeiro ano de vida, duas, no segundo, e uma, dos três aos nove anos completos⁽³⁾.

A consulta de puericultura é uma ferramenta potente para a integralidade do cuidado infantil, pois é uma atividade dinâmica, efetiva e de baixa complexidade, que oportuniza a implementação da vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil⁽⁴⁾.

Nesse entendimento, ressalta-se que, na puericultura, são realizadas ações de proteção, prevenção de agravos e promoção da saúde da criança na ESF pelo médico e pelo enfermeiro. Quando incorporada ao processo de trabalho do enfermeiro, é também denominada de consulta de enfermagem de crianças com até dois anos, respaldada pela Lei nº 7498/86 que trata da regulamentação do exercício profissional da enfermagem no Brasil⁽⁵⁾. No entanto, apesar de ser uma atividade prioritária dentre as inúmeras atribuições da enfermagem na APS⁽⁶⁾, sua efetividade ainda representa um desafio nas Unidades de Saúde da Família (USF)⁽⁷⁾, tendo em vista fragilidades para implementar as ações programáticas⁽⁸⁾.

Ademais, sabe-se que o processo de trabalho do enfermeiro na ESF é amplo e reativo e na atenção à saúde da criança envolve um conjunto de ações frente a demanda espontânea, derivada das necessidades de saúde da criança e da sua família. Para superar essa prática, faz-se necessário que o cuidado à criança seja planejado e programado, conduzido pelo trabalho vivo em ato, em detrimento do trabalho morto, com predomínio de tecnologias leves ou relacionais, complementadas pelas leve-duras e duras⁽⁹⁾.

Entretanto, a literatura é enfática ao evidenciar que as ações programáticas estão relacionadas à ação curativista e fragmentada do enfermeiro, centrada na queixa apresentada, com valorização da doença, e não, da prática de prevenção de agravos e promoção da saúde⁽⁴⁾. Ademais, o acompanhamento da criança é realizado de modo insipiente, sem considerar a percepção da mãe ou do cuidador sobre o crescimento e o desenvolvimento infantil, e restringindo as ações de educação em saúde à amamentação e à higiene⁽⁷⁾.

Mais preocupante é a ausência de capacitação dos enfermeiros que assistem a criança na consulta de puericultura⁽¹⁰⁾. Portanto, é necessário investigar as consultas de enfermagem de puericultura, no sentido de identificar as ações realizadas pelo enfermeiro para uma atenção integral à criança na APS, como subsídio para reorganizar o processo de trabalho e efetivar o seguimento do cuidado infantil. Ante o exposto, emergem as seguintes questões norteadoras; Como os enfermeiros estão realizando a consulta de puericultura à criança? Os enfermeiros implementam as ações direcionadas a um acompanhamento integral a saúde da criança? Para responder aos questionamentos propostos, o referido estudo objetiva analisar ações de cuidado realizadas pelo enfermeiro durante as consultas de puericultura.

Método

Estudo exploratório, observacional e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no período de março a julho de 2016 em USF de João Pessoa-PB. Este município possui 196 Equipes de Saúde da Família (EqSF) apresentadas em unidades integradas, que

contemplam de três a quatro equipes no mesmo espaço físico e organizacional, e unidades isoladas, com apenas uma equipe atuante. As EqSFs são distribuídas territorialmente em cinco Distritos Sanitários (DS).

O cenário de estudo foi o DS I, selecionado por meio de sorteio realizado entre os cinco DS do município. Na época em que ocorreu a pesquisa, o referido Distrito possuía 49 equipes.

A população do estudo foi composta de todos os enfermeiros atuantes nas EqSFs pertencente ao DS I, sendo a amostra constituída de 31 enfermeiros que afirmaram realizar consultas de puericultura à criança de até dois anos de idade e que atuavam na ESF por um período mínimo de seis meses. Foram excluídos os enfermeiros que possuíam vínculo de serviço temporário, os que no período da coleta dos dados estavam afastados do trabalho por motivo de férias ou licença e os que não tiveram crianças para atender nos dias agendados para a consulta de puericultura.

A fim de identificar as ações implementadas durante as consultas e o registro dos dados pelos enfermeiros na Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e no prontuário, conforme preconizam as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), foram observadas, de forma aleatória, três consultas realizadas à criança até dois anos por cada enfermeiro participante, totalizando 93 observações, utilizando-se um *check-list* previamente estruturado. A duração das consultas era de, em média, quinze minutos, e além da observação, a consulta foi gravada com autorização dos participantes do estudo para obtenção mais fidedigna das informações colhidas. O instrumento de observação foi dividido em duas seções: *identificação da USF e do enfermeiro*, e *dimensões do cuidado*, a saber: acolhimento; anamnese e histórico de enfermagem; avaliação do crescimento; exame físico; análise da situação vacinal e suplementações de ferro e vitamina A; educação em saúde e registros na Caderneta de Saúde

da Criança e no prontuário, com suas respectivas ações, a exemplo da mensuração do peso e perímetro cefálico na dimensão avaliação do crescimento.

Salienta-se que não foi encontrado nenhum instrumento de medição para avaliar as consultas de enfermagem em puericultura na literatura nacional. Por isso, foi elaborado um *check-list*, utilizando como referência a literatura pertinente à saúde da criança e as seguintes diretrizes de atenção à saúde da criança: *Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento*⁽³⁾, *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*⁽¹¹⁾ e o *Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Criança*⁽¹²⁾. O instrumento foi avaliado por quatro experts, sendo duas enfermeiras atuantes na ESF e duas docentes da Saúde da Criança, a fim de validá-lo.

O instrumento elaborado para avaliação das consultas teve sua validação realizada pelo teste de *Alfa de Cronbach* que demonstrou a fidedignidade do questionário construído com base nas diretrizes estabelecidas pelo MS. A medida de fidedignidade do instrumento foi de 0,815, com intervalo de 95% de confiança.

Para cada consulta observada, obteve-se uma medida representativa das ações implementadas. Assim, para as três consultas observadas de cada enfermeiro, obtiveram-se três medidas representativas das ações implementadas para cada dimensão de cuidado. A fim de evitar viés de medida única, que poderia não ser representativa para avaliar a prática do enfermeiro, estas três medidas foram representadas pela média das avaliações nos três atendimentos, o que resultou no Índice Geral (IG) de cada dimensão, em que, quanto mais próximo de 100 o resultado, foi considerado melhor desempenho do avaliado.

Elaborou-se um sistema de pontuação, a que foi atribuído o valor 1, quando o procedimento era realizado; zero, quando não era realizado; e nos casos inaplicáveis ao procedimento, o valor 3, que não entrou na pontuação da formação do escore, que foi

convertido em percentual para que fosse comparado na mesma escala para cada uma das dimensões.

As categorias de cada dimensão de cuidado foram classificadas em satisfatória, pouco satisfatória e insatisfatória, e tiveram como referência as medidas de percentil 25 e 75, de acordo com seu IG. Foi classificada como insatisfatória quando a variável observada obteve índice geral com percentil abaixo de 25; pouco satisfatória, para valores da variável entre os percentis 25 e 75; e satisfatória para valores superiores ao percentil 75.

Para classificar o desempenho dos enfermeiros, de acordo com o IG apresentado pelas dimensões implementadas na consulta de puericultura, utilizou-se o método de análise de agrupamento, por meio do agrupamento hierárquico, da distância euclidiana e da medida de ligação média, ilustrado por meio do dendograma. Nesse procedimento os enfermeiros foram classificados de acordo com a sua média em três grupos: pouco desempenho, quando apresentaram o $IG = 26,70$; desempenho razoável, $IG=51,17$ e desempenho aceitável, $IG=76,49$, sendo o grau de exigência IG acima de 75%, correspondendo aos enfermeiros que implementaram na consulta, o maior número de ações preconizadas pelas diretrizes de atendimento à criança.

Os dados foram digitados no programa Excel versão 2007 e analisados a partir do Software *Statistical Package Social Science* (SPSS), versão 20.0 *for student* que permitiu a elaboração da análise estatística utilizada. Foram avaliadas também médias, desvios-padrão e proporções, e para verificar a associação entre as variáveis utilizou-se o teste de associação de Qui-quadrado, com nível de significância de 5% ou menos para rejeitar a hipótese nula do teste.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº

096/12, registrada pelo CAAE nº 02584212300005188. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Dos 31 enfermeiros observados, apenas dois eram do sexo masculino, 13 tinham mais de 20 anos de formação, 16 atuavam na ESF entre 11 e 20 anos e apenas uma enfermeira não tinha Curso de Especialização.

Na Tabela 1, em que se apresentam as medidas descritivas das dimensões do cuidado na prática do enfermeiro na consulta de puericultura e índice geral numa escala de zero a cem, nenhuma dimensão atingiu a média acima de 70%. Em relação aos profissionais que atingiram a classificação satisfatória em cada dimensão, um baixo percentual alcançou o percentil 75. A maioria dos profissionais implementou as dimensões de maneira pouco satisfatória, ou seja, nas consultas, fizeram apenas parte das ações referentes a cada dimensão, o que sugere que as recomendações propostas pelas diretrizes de saúde para a atenção à criança não estão sendo desempenhadas integralmente pelos enfermeiros.

Em relação ao índice geral total, o estudo mostrou que a média dos índices de cada dimensão de cuidado atingiu apenas 44,07%. Isso reafirma a fragilidade da assistência à saúde da criança na prática dos enfermeiros na consulta de puericultura. Houve diferença significativa apenas na dimensão educação em saúde, quando comparada com as proporções de cada dimensão do cuidado com as categorias, satisfatória, pouco satisfatória e insatisfatória.

Tabela 1 - Medidas descritivas das dimensões do cuidado na prática do enfermeiro na consulta de puericultura e índice geral. João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

Dimensões do cuidado	Média	DP*	Frequência e % das ações do enfermeiro na consulta			Valor p ^s
			Insatisfatória <P25 [†]	Pouco satisfatória P25 - P75	Satisfatória >P75 [‡]	
Acolhimento	37,99	21,4	8 (25,8)	15 (48,4)	8 (25,8)	0,206
Anamnese	42,20	10,64	11 (35,4)	10 (32,3)	10 (32,3)	0,968

Avaliação do crescimento	60,92	23,28	9 (29,0)	16 (51,6)	6 (19,4)	0,078
Avaliação da situação vacinal e suplementações	66,90	26,74	8 (25,8)	11 (35,5)	12 (38,7)	0,657
Educação em saúde	23,95	11,89	4 (12,9)	20 (64,5)	7 (22,6)	0,001
Exame físico	28,67	24,12	11 (35,5)	13 (41,9)	7 (22,6)	0,405
Registro no prontuário e na CSC	47,85	20,70	8 (25,8)	15 (48,4)	8 (25,8)	0,206
Índice geral total	44,07	14,16	8 (25,8)	16 (51,6)	7 (22,6)	0,095

*Desvio-padrão; [†] Percentil 25 do IG; [‡] Percentil 75 do IG; [§] Teste qui-quadrado; ^{||} Caderneta de Saúde da Criança.

A Figura 1 demonstra, por meio do dendrograma, o agrupamento dos enfermeiros de acordo com o seu desempenho, avaliado pelo IG das dimensões implementadas. Observam-se ramos distintos que representam as três classificações do desempenho. O número de enfermeiros com muito baixo desempenho foi nove, 21 demonstraram baixo desempenho, e apenas um apresentou um desempenho aceitável, com IG acima do grau de exigência (70%).

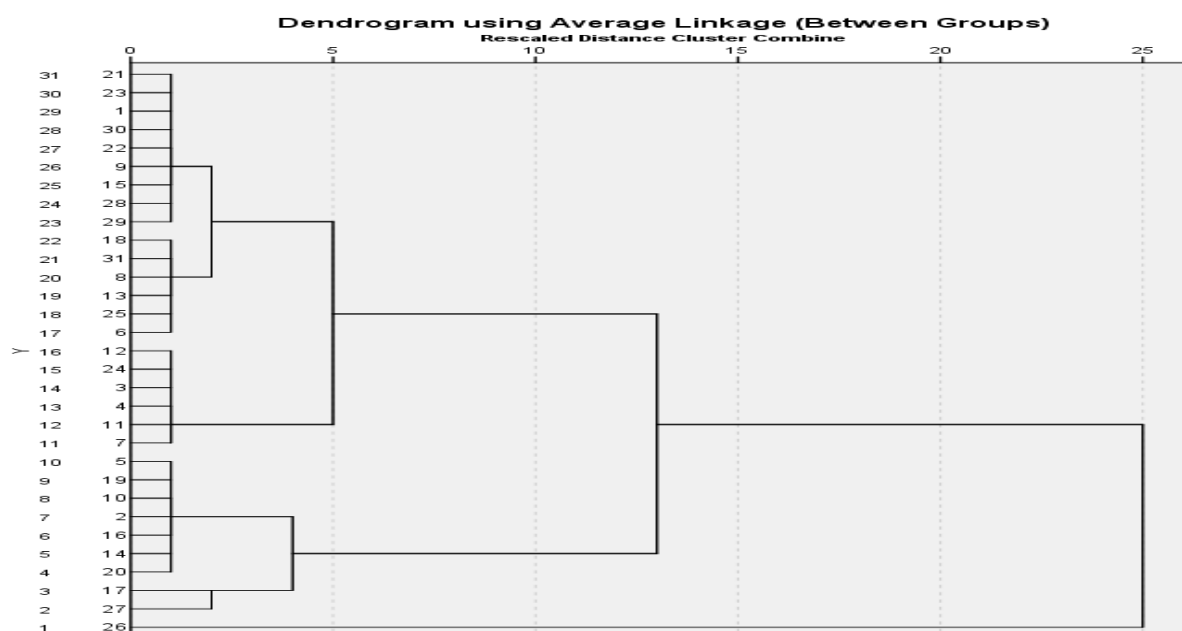


Figura 1. Classificação das enfermeiras pelo dendrograma do índice geral (IG). João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

Discussão

Os resultados demonstram, a partir do índice geral de cada dimensão, que os enfermeiros realizaram ações de cuidado de maneira pouco satisfatória e que a proporção de implementações das ações de cuidado na puericultura presentes nas categorias apresentam valores aproximados, evidenciando lacunas na assistência à criança. Isso pode indicar que as fragilidades existentes à luz de uma atenção integral à criança podem colaborar para distanciar a prática dos enfermeiros do que é preconizado pelas diretrizes do MS, bem como das necessidades de saúde da criança e da família.

Corroborando esse achado, estudo⁽⁷⁾ evidenciou fragilidade na assistência dos enfermeiros na realização da consulta de puericultura, com déficit nas ações implementadas em USF, o que pode comprometer a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. Ademais, o comprometimento das informações advindas das ações de cuidado dispensadas à criança, como exame físico, medidas antropométricas e histórico de saúde, podem influenciar a ocorrência de um diagnóstico equivocado⁽¹³⁾.

Em relação ao índice geral total das dimensões implementadas, constatou-se um valor (44,07%) abaixo do mínimo esperado, estabelecido em 75%. Isso sugere que a assistência ofertada por esses profissionais se encontra fragmentada e, portanto, as crianças atendidas pelos mesmos podem estar vulneráveis à situações de risco, haja vista que o estado de saúde delas não está sendo avaliado em sua totalidade.

Esse achado requer atenção dos enfermeiros envolvidos no cuidado com a criança, visto que um acompanhamento de boa qualidade tem potencial para reduzir a incidência de problemas, efetivar a vigilância do crescimento e do desenvolvimento e proporcionar uma vida saudável à criança⁽¹⁰⁾.

Assim, esse contexto incita reflexões acerca da qualidade da assistência ofertada à criança pelos enfermeiros nos serviços de atenção primária à saúde, tendo em vista sua importância para reduzir a morbimortalidade infantil⁽¹⁴⁾. Ademais, o acompanhamento

sistemático na consulta de enfermagem em puericultura é imprescindível, principalmente nos primeiros anos de vida, por causa da vulnerabilidade a que a criança está exposta⁽¹⁵⁾.

Na análise do trabalho vivo em ato do enfermeiro, verificou-se que as principais ações implementadas pelos mesmos nas consultas de puericultura estão direcionadas para situação vacinal, suplementações de ferro e vitamina A e avaliação do crescimento infantil, enquanto as ações de cunho preventivo e de promoção da saúde representam menos de 50%, sendo a educação em saúde, a dimensão menos realizada, evidenciando o predomínio das tecnologias leve-duras e duras no processo de trabalho do enfermeiro.

Esses achados são corroborados por estudo⁽¹⁶⁾ que identificou maior implementação da avaliação da situação vacinal e do crescimento nas consultas de puericultura realizadas na APS, o que sugere que a assistência ofertada à criança destina-se, principalmente, ao acompanhamento dessas ações.

O crescimento infantil é um processo dinâmico e importante indicador de saúde da criança⁽¹⁷⁾. Por essa razão, os parâmetros fundamentais para identificar riscos de mortalidade na criança como peso, estatura, perímetro cefálico e Índice de Massa Corporal (IMC)⁽³⁾, precisam ser monitorados no cuidado à criança.

Cabe ressaltar que a consulta de puericultura não pode se limitar às avaliações do crescimento, porquanto se caracteriza como um momento oportuno para se efetivar o cuidado integral à criança, considerando todo o contexto no qual está inserida⁽¹⁸⁾ e as necessidades para o pleno desenvolvimento de suas potencialidades.

Quanto à imunização e à suplementação de ferro e vitamina A, ações imprescindíveis para promoção da saúde e prevenção de doenças, as diretrizes do MS enfatizam que elas precisam ser contempladas pelos profissionais no processo de avaliação da criança e orientação aos pais na consulta de puericultura⁽³⁾.

Estudo⁽¹⁹⁾ demonstrou que o enfermeiro considera a verificação do calendário vacinal da criança e as orientações relacionadas a ele como ações de grande importância na consulta de puericultura, porque contribuem para o alcance da cobertura vacinal. Divergente dos resultados apresentados, estudos identificaram que não foi realizada avaliação da situação vacinal da criança pelos enfermeiros da ESF em nenhuma das consultas⁽⁷⁾ nem registrada a avaliação do calendário vacinal no prontuário⁽²⁰⁾.

O resultado positivo das suplementações pode estar relacionado ao fato de que, no município de João Pessoa, o enfermeiro tem autonomia para prescrever a suplementação de ferro para crianças, conforme recomendações do Programa Nacional de Suplementação de Ferro - PNSFe⁽²¹⁾, contrariamente à realidade do estudo, que evidenciou que o enfermeiro não realiza essa ação pela ausência de regulamentação⁽²²⁾.

Ressalta-se que a autonomia do enfermeiro é uma conquista que precisa ser estimulada em seu processo de trabalho. Porém, ao prescrever os medicamentos ele deve seguir os protocolos institucionais⁽⁶⁾ e quando está cuidando da criança, ele deve se apropriar das ações assistenciais e educativas, a fim de proporcionar confiança e segurança às mães, refletindo na valorização do seu trabalho^(4,10).

No tocante ao registro no prontuário e na CSC, essa é uma das três dimensões mais efetivadas pelos enfermeiros nas consultas, o que pode indicar que eles compreendem a importância dos registros no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças e o potencial para identificar alguma alteração diante dos indicadores de saúde da criança⁽¹⁷⁾. Estudo comprova que, na consulta da criança, o enfermeiro é o profissional de saúde que mais preenche os achados na CSC⁽²³⁾. Portanto, a falta de registros nas consultas compromete a assistência do enfermeiro, tendo em vista que deixa em dúvida as ações implementadas no atendimento à criança^(17,20).

No que diz respeito ao acolhimento e à anamnese, os dados revelam que essas dimensões são pouco utilizadas na consulta, evidenciando o comprometimento da efetivação das tecnologias leves no processo de trabalho do enfermeiro. Salienta-se que elas são ferramentas importantes de interação entre profissionais e familiares e têm potencial para fortalecer o vínculo entre o profissional e a família da criança⁽²⁴⁾, construir relações de confiança, promover o diálogo e a escuta qualificada, e identificar situação de risco para a saúde da criança⁽³⁾.

As dimensões relacionadas ao exame físico e à educação em saúde obtiveram as mais baixas proporções de implementações. Em relação ao exame físico, o estudo em tela diverge de outro estudo que evidenciou essa ação como a etapa efetivada com mais frequência na consulta de puericultura⁽⁷⁾. Devido a isso, o resultado ora apresentado pode indicar o comprometimento da assistência prestada pelos enfermeiros à criança, pois a ausência do exame físico sugere que as consultas não estão sendo sistematizadas, apesar de essa ser uma condição fundamental para o cuidado de qualidade à criança.

Neste estudo, a avaliação do desenvolvimento foi associada ao exame físico da criança, colocando em evidência o comprometimento dessa ação nas consultas, apesar de sua grande importância para a prevenção de agravos, tendo em vista que muitas crianças que frequentam as unidades de saúde na APS encontram-se em risco de atraso no desenvolvimento⁽²⁵⁾, tendo entre os fatores de risco as condições de vida.

Estudo realizado na Coreia do Sul evidenciou a necessidade de os profissionais atentarem para a detecção precoce de alterações no desenvolvimento de crianças pertencentes a famílias de baixa renda, visto que os fatores ambientais que cercam as crianças em situação de pobreza influenciam o desenvolvimento infantil⁽²⁶⁾. Diante disso, é necessário repensar a assistência efetivada às crianças carentes atendidas na APS.

No que concerne à dimensão educação em saúde, a baixa proporção de orientações destinadas às mães/responsáveis durante a consulta de puericultura corrobora outros estudos^(4,7). Isso sugere uma lacuna existente nas ações preventivas e de promoção da saúde na prática do enfermeiro, haja vista que a puericultura é um momento oportuno para efetivar a educação em saúde⁽¹⁹⁾, bem como reforça a baixa utilização das tecnologias leves na prática profissional. Estudo de intervenção realizado em Guiné-Bissau concluiu que crianças de famílias que foram orientadas pelos profissionais de saúde adoeceram menos porque os familiares souberam cuidar melhor das crianças e tratar as morbidades⁽²⁷⁾.

Apesar da importância de todas essas dimensões avaliadas, os resultados demonstrados no dendrograma do índice geral enfatizam que apenas um enfermeiro alcançou o desempenho aceitável na assistência, ao implementar, em maior proporção as ações recomendadas pelas diretrizes brasileiras de saúde da criança.

Esse achado é alarmante, porque uma assistência insatisfatória diante de algum agravo interfere na melhora do quadro da criança e pode afastá-la e a sua família, da equipe de saúde⁽¹⁸⁾ e levá-la a uma hospitalização por causa evitável. Estudo comprovou que o desempenho inadequado dos profissionais com pouca qualidade técnica estava relacionado às mortes evitáveis de crianças⁽²⁸⁾.

Porém, o resultado ora apresentado estimula reflexões, acerca dos fatores presentes no processo de trabalho do enfermeiro que podem estar favorecendo o seu baixo desempenho no cuidado à criança, como sobrecarga de trabalho, excesso de demanda, baixos salários e jornada de trabalho excessivo, elementos esses que aumentam a carga de trabalho do enfermeiro na ESF⁽²⁹⁾ e influenciam na qualidade da assistência ofertada. Ressalta-se também que o déficit de médicos atuantes na ESF aumenta a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros e interfere nas definições de papéis no serviço⁽²⁸⁾.

O comprometimento da estrutura física e falta de equipamentos necessários para a realização da consulta de puericultura, bem como a ausência de capacitação também são mencionados na literatura como fatores que influenciam diretamente na qualidade da assistência ofertada à criança^(6,10). Outro aspecto importante destacado na literatura é a ausência de protocolos para organizar o processo de trabalho do enfermeiro na consulta de puericultura nos municípios, o que desfavorece a implementação de ações preconizadas⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Também é mister ressaltar a necessidade de um olhar diferenciado sobre a formação dos enfermeiros para o cuidado integral à criança, de modo a contemplar todas as dimensões recomendadas pelas diretrizes nas consultas de puericultura, bem como o desenvolvimento de educação permanente para formar profissionais que trabalham na APS, a fim de compreenderem o processo de trabalho nesse nível de atenção e suas atribuições no trabalho individual e coletivo de boa qualidade. Isso porque estudo evidenciou que os profissionais atuantes na ESF não são preparados na graduação e nem por meio da educação continuada para inserir-se nesse contexto⁽³⁰⁾.

A principal limitação deste estudo remete à pequena abrangência de realização da pesquisa, tendo em vista que se restringiu a um único distrito sanitário do município. Contudo, acredita-se que o número de consultas observadas é representativo para se avaliar a assistência ofertada à criança, assim como o instrumento elaborado contempla todas as ações necessárias para este fim de acordo com as diretrizes de atenção à saúde da criança.

Conclusão

O estudo evidenciou a fragilidade na assistência ofertada pelo enfermeiro à criança, ao demonstrar a baixa efetividade das ações de cuidado nas consultas de puericultura, em que o exame físico e a educação em saúde são as dimensões de cuidado menos implementadas na prática cotidiana. Também ficou evidente que apenas uma enfermeira alcançou um

desempenho aceitável na assistência, logo, pode-se afirmar que a atenção à saúde da criança no contexto estudado ainda está aquém do esperado.

Assim, urge a necessidade de capacitar os enfermeiros, a fim de melhorar a assistência prestada à população infantil, visando aperfeiçoar suas práticas, com ações que promovam a saúde e previnam doenças, bem como a utilização de tecnologias leves no cuidado à criança. Outro aspecto identificado no estudo diz respeito à necessidade de adotar, no município, um protocolo de atendimento referente à consulta de puericultura, a fim de organizar a assistência e padronizar as ações desenvolvidas no trabalho do enfermeiro, o que se refletirá na qualidade da assistência.

Almeja-se, com este estudo, sensibilizar os profissionais e os gestores sobre a qualidade da assistência ofertada às crianças, para que seja possível alcançar um crescimento e um desenvolvimento saudáveis. É preciso, ainda, a realização de novos estudos, a fim de apontar caminhos para a integralidade da assistência à criança.

Referências

1. Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013 [Internet]; 21(2):554-61. DOI: 10.1590/S0104-11692013000200012
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF; 2015. [Acesso 11 jul 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil [Internet]. Brasília, DF; 2012. [Acesso 7 mar 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf

4. Malaquias TSM, Baldissera VAD, Higarashi IH. Perceptions of the health team and family members regarding the childcare consultation. *Cogitare Enferm.* 2015; 20(2):368-75
5. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DR; 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1 [Acesso 11 nov 2016]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/1986/06/26/Secao-1>
6. Ribeiro SP, Oliveira DS, Fernandes SLSA, Felzemburgh RDM, Camargo CL. O cotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura. *Rev enferm UERJ.* 2014 [Internet]; 22(1):89-95. [Acesso 7 mar 2016]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a14.pdf>
7. Oliveira FFS, Oliveira ASS, Lima LHO, Marques MB, Felipe GF, Sena IVO. Child care consultations held by nurses within the family health strategy. *Rev Rene.* 2013 [Internet]; 14(4):694-703. [Acesso 9 jun 2016]. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/183/pdf_1
8. Souza RS, Ferrari RAP, Santos TFM, Tacla MTGM. Pediatric health care: practice of nurses in the family health program. *Rev Min Enferm.* 2013 [Internet]; 17(2):331-39. DOI: 10.5935/1415-2762.20130025
9. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva.* 2012; 6 (2):151-63.
10. Benicio AL, Santana MDR, Bezerra IMP, Santos RR. Care to the child less than one year old: nursing practice perspective about child care. *J Nurs UFPE* 2016 [Internet]; 10(2):576-84. [Acesso 10 set 2016]; Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7095/pdf_9600
11. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI [Internet]. Washington: OPAS; 2005. [Acesso 13 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/vigilancia.pdf>

12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da caderneta e saúde da criança. Brasília, DF; 2005. [Acesso 21 Jan 2016]. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf>
13. Nóbrega VM, Damasceno SS, Rodrigues PF, Reichert APS, Collet N. Atenção à criança com doença crônica na estratégia saúde da família. *Cogitare Enferm.* 2013; 18(1):57-63.
14. Cassiani SHB, Zug KE. Promoting the Advanced Nursing Practice role in Latin America. *Rev Bras Enferm.* 2014 [Internet]; 67 (5): 673-4. DOI: 10.1590/0034-7167.2014670501
15. Apostólico MR, Hino P, Egry EY. Possibilities for addressing child abuse in systematized nursing consultations. *Rev Esc Enferm USP* 2013 [Internet]; 47(2):320-7. [Acesso 11 out 2016]; Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_07.pdf
16. Andrade GN, Rezende TMRL, Madeira AMF. Child Health Booklet: experiences of professionals in primary health care. *Rev Esc Enferm USP* 2014 [Internet]; [Acesso 17 out 2016]. 48(5):854-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/0080-6234-reeusp-48-05-857.pdf>
17. Moreira MDS, Gaíva MAM. Monitoring of child growth and development: analysis of records of nursing consultations. *R. pesq.: cuid. fundam.* Online 2013 [Internet]; 5(2):3757-66. [Acesso 6 Set 2016]. Available from:
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2150/pdf_774
18. Andrade RD, Santos JS, Pina JC, Silva MAL, Mello DF. The child care as time defense of the right to health of children. *Cienc Cuid Saude.* 2013 [Internet]; 12(4):719-27. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v12i4.21037
19. Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enferm.* 2012; 17(1):119-25.

20. Baratieri T, Soares LG, Botti ML, Campanini AC. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. Rev Enferm UFSM. 2014 [Internet]; 4(1):206-16. DOI: 10.5902/217976928553
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de Condutas Gerais [Internet]. Brasília, DF; 2013. [Acesso 29 jun 2016]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf
22. Gauterio DP, Irala DA, Cezar-Vaz MR. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. Rev Bras Enferm. 2012 [Internet]; 65(3):508-13. DOI: 10.1590/S0034-71672012000300017
23. Modes PSSA, Gaíva MAM. Users' satisfaction concerning the care delivered to children at primary healthcare services. Esc Anna Nery. 2013 [Internet]; 17(3):455-65. DOI: 10.1590/S1414-81452013000300008
24. Reichert APS, Rodrigues PF, Albuquerque TM, Collet N, Minayo MCS. Bond between nurses and mothers of children younger than two years: perception of nurses. Cien Saude Colet. 2016 [Internet]; 21(8):2375-82. DOI: 10.1590 / 1413-81232015218.07662016
25. Reichert APS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Child development surveillance: intervention study with nurses of the Family Health Strategy. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015 [Internet]; 23(5):954-62. DOI: 10.1590/0104-1169.0272.2636
26. Lee, G, McCreary L, Kim MJ, Park CG, Yang S. Individual and Environmental Factors Influencing Questionable Development among Low-income Children: Differential Impact during Infancy versus Early Childhood. J Korean Acad Nurs. 2012 [Internet]; 42(7):1039-49. DOI: 10.4040 / jkan.2012.42.7.1039.
27. Boone P, Elbourne D, Fazzio I, Fernandes S, Frost C, Jayanty C, et al. Effects of community health interventions on under-5 mortality in rural Guinea-Bissau (EPICS): a

cluster-randomised controlled trial. *The lancet global health*. 2016 [Internet]; 4(5):328-35. DOI: 10.1016 / S2214-109X (16) 30048-1.

28. Vanderlei LCM, Navarrete MLV. Preventable infant mortality and barriers to access to primary care in Recife, Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2013 [Internet]; 47(2):379-89. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047003789

29. Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Nursing workloads in family health: implications for universal access. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016 [Internet]; 24:e2682. DOI: 10.1590/1518-8345.0992.2682.

30. Schweitzer MC, Zoboli ELCP, Vieira MMS. Nursing challenges for universal health coverage: a systematic review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016 [Internet]; 24:e2676. 10.1590/1518-8345.0933.2676

5 CONCLUSÃO

Por meio da avaliação observacional e da análise quantitativa da prática dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família do município de João Pessoa, este estudo constatou que a assistência prestada às crianças nas consultas de puericultura ainda apresenta fragilidades, porquanto não atende ao que é preconizado pelas diretrizes de atenção à saúde da criança.

Com base no índice geral de cada dimensão, o estudo mostrou que os enfermeiros praticavam ações de cuidado de maneira pouco satisfatória e voltavam suas ações para avaliar a situação vacinal e suplementações de ferro e vitamina A e crescimento infantil, descaracterizando a consulta de puericultura como ferramenta para o cuidado integral, revestida de práticas preventivas e de promoção à saúde. Outro dado preocupante encontrado no estudo foi que, dos 31 enfermeiros observados, só um apresentou um desempenho aceitável, embora não ideal, mas aceitável para o atendimento à criança.

Assim, os resultados mostraram que a assistência vivenciada em algumas USFs do município não difere da prática dos enfermeiros participantes dos estudos realizados em outras realidades. Isso denota que o cuidado que os enfermeiros dispensam às crianças ainda está aquém do recomendado. Como consequência, a consulta de puericultura deixa de ser uma estratégia de vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil. Por essa razão, é preciso, com urgência, melhorar a qualidade da assistência, a fim de promover a saúde infantil.

Compreende-se que essa fragilidade observada no estudo não revela apenas a realidade do território analisado, pois a revisão integrativa sobre a temática apresentada no presente trabalho, também aponta lacunas na assistência à criança, sobretudo porque os artigos analisados apresentam, principalmente, ações destinadas a promover saúde e a prevenir doenças. Todavia, os enfermeiros utilizam, em maior proporção, em suas práticas, as tecnologias leve-duras, em detrimento da implementação de ações que favoreçam as relações subjetivas, a comunicação, a criação e o fortalecimento de vínculo e orientações importantes de cuidado dispensado à criança. Quanto às intervenções para o tratamento de agravos, apesar de poderem refletir a autonomia do enfermeiro no cuidado, percebeu-se que estas são representadas por práticas complementares ao cuidado da criança, realizadas por meio de encaminhamentos para outros profissionais ou serviços.

Nessa perspectiva, são necessárias atividades de educação permanente para os enfermeiros e todos os profissionais envolvidos no cuidado com a população infantil, a fim de

melhorar a assistência que lhe é ofertada, aperfeiçoar suas práticas e identificar ações prioritárias na atenção à sua saúde. Acrescente-se a isso uma formação de boa qualidade nas instituições de ensino superior, para que os futuros profissionais compreendam que é sobremaneira importante vigiar o crescimento e o desenvolvimento da criança e que devem ser capacitados para cuidar das crianças de acordo com o recomendado pelas diretrizes de atenção à sua saúde e suas condições de trabalho.

Sugere-se, ainda, a adesão do município a um protocolo de atendimento referente à consulta de puericultura, na perspectiva de organizar a assistência e padronizar o trabalho do enfermeiro nos serviços, bem como o desenvolvimento de um instrumento de registro, a fim de nortear esses profissionais para uma assistência sistemática, a fim de contribuírem para reduzir a morbimortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

1. Reichert APS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Child development surveillance: intervention study with nurses of the Family Health Strategy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015 sept.-oct; 23 (5): 954-62.
2. Reichert APS, Almeida AB, Souza LC, Silva MEA, Collet N. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Rev Rene*. 2012; 13 (1): 114-26.
3. Benicio AL, Santana MDR, Bezerra IMP, Santos RR. Care to the child less than one year old: nursing practice perspective about child care. *J Nurs UFPE on line*. 2016 Feb [cited 2016 Oct 10] 10 (2): 576-84. Available from:
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7095/pdf_9600
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272p.
5. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data. Causes of child mortality. [Internet] 2015 [cited 2016 Nov 5]. Available from:
http://www.who.int/gho/child_health/mortality/causes/en/
6. World Health Organization. You D, Hug L, Ejdemyr S, Idele P, Hogan D, Mathers C, Gerland P, New JR, Alkema L. Global, regional, and national levels and trends in under-5 mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UM Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. *Lancet*. 2015; 386: 2275–86. [Cited 2016 Nov 10]. Available from:
http://www.who.int/gho/child_health/mortality/en/
7. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea. [Internet] 2014 [Acesso em 2016 Nov 10]. 208 p. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/140523_relatorioodm.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Sala de apoio à gestão estratégica (SAGE). [Internet] 2014 [Acesso em 29 Mar 2017]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>
9. Fundação Abrinq (BR). Observatório da criança e do adolescente. Cenário da Infância. [Internet] 2015 [Acesso em 29 Mar 2017]. Disponível em: <https://observatoriocrianca.org.br/>
10. Ministério da Saúde (BR). Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Boletim Informativo: Desenvolvimento da Primeira Infância. [Internet] 2015 [Acesso em 2016 Nov 06]. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/09/Boletim-DPI-final.pdf>
11. Ministério da Saúde (BR). Gestões e gestores de políticas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

12. Ministério da Saúde (BR). Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Normas e Manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa. 2015.
14. Assis WD, Collet N, Reichert APS, Sá LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. Rev Bras Enferm. 2011; 64 (1): 38-46.
15. Silva KD, Araújo MG, Sales LKO, Valença CN, Moraes FRR, Moraes IF. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na visão de mães da estratégia saúde da família. Rev. Bras. Pesq. Saúde. 2014 Abr-Jun; 16 (2): 67-75.
16. Brasil. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2011.
17. Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MCC, Mello DF. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2012 Jan-Fev; 65 (1): 148-54.
18. Blanco e Silva F, Gaíva MAM, Mello DF. Use of the child health record by families: perceptions of professionals. Text Context Nursing. 2015 Abr-Jun; 24 (2): 407-14.
19. Brasil. Lei nº 7498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. [Acesso em 2016 Nov 11]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
20. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN - 159/193. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. [Acesso em 2016 Nov 11]. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html
21. Ribeiro SP, Oliveira DS, Fernandes SLSA, Felzemburgh RDM, Camargo CL. O cotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura. Rev enferm UERJ. 2014 Jan-Fev; 22 (1): 89-95.
22. Cassiani SHB, Zug KE. Promoting the Advanced Nursing Practice role in Latin America. Rev Bras Enferm. 2014 Set-Out; 67 (5): 675-6.
23. Andrade RD, Santos JS, Pina JC, Silva MAI, Mello DF. The child care as time defense of the right to health of children. Ciênc Cuid Saude 2013 Oct-Dec; 12 (4): 719-27.
24. Oliveira SKP, Queiroz APO, Matos DPM, Moura AF, Lima FET. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm. 2012 Jan-Fev; 65 (1): 155-61.

25. Modes PSSA, Gaíva MAM. Users' satisfaction concerning the care delivered to children at primary healthcare services. *Esc Anna Nery*. 2013 Jul-Sep; 17 (3): 455- 65.
26. Oliveira FFS, Oliveira ASS, Lima LHO, Marques MB, Felipe GF, Sena IVO. Child care consultations held by nurses within the family health strategy. *Rev Rene*. 2013; 14 (4): 694-703.
27. Malaquias TSM, Baldissera VAD, Higarashi IH. Perceptions of the health team and family members regarding the childcare consultation. *Cogitare Enferm*. 2015 Abr-Jun; 20 (2): 368-75.
28. Baratieri T, Soares LG, Botti ML, Campanini AC. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. *Rev Enferm UFSM*. 2014 Jan-Mar; 4 (1): 206-16.
29. Silva ICA, Rebouças CBA, Lúcio IML, Bastos MLA. Nursing consultation in childcare: a reality of care. *J Nurs UFPE on line*. 2014 Abr [cited 2016 Dez 17]; 8 (4): 966-73. Available from:
http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4241/pdf_4913
30. Silva FB, Gaíva MAM. Completion of the child health record: perception of professionals. *Ciênc Cuid Saude*. 2015 Abr-Jun; 14 (2): 1027-34.
31. Andrade GN, Rezende TMRL, Madeira AMF. Child Health Booklet: experiences of professionals in primary health care. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48 (5): 854-60.
32. Martins TSA, Vilela RV, Pereira FV, Cária NZ, Faria HP. Implementation of the evaluation of growth and psychomotor development in children under 5 years in the Grajau Family health unit of the city of Brumadinho - MG, by the UFMG internship in rural areas. *Rev Med Minas Gerais*. 2013; 23 (1): 27-32.
33. Ferrer APS, Grisi SJFE. Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions. *Rev Assoc Med Bras* 2016 Sep; 62 (6): 513-23.
34. Stábile AP, Braz JC, Furtado MCC, Mello DF. Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Rev. Ciênc. Méd*. 2013 Jan-Abr; 22 (1): 31-41.
35. Gauterio DP, Irala DA, Cezar-Vaz MR. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. *Rev Bras Enferm*. 2012 Mai-Jun; 65 (3): 508-13.
36. Abud SM, Gaíva MAM. Records of growth and development data in the child health handbook. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015 Jun; 36 (2): 97-105.
37. Palombo CNT, Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ATM. Use and records of child health handbook focused on growth and development. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48 (Esp): 59-66.

38. Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enferm.* 2012 Jan-Mar; 17 (1): 119-25.
39. Walsh A, Barnes M, Mitchell A E. Nursing care of children in general practice settings: roles and responsibilities. *J Adv Nurs.* 2015 Nov; 71 (11): 2585–2594.
40. Malaquias TSM, Gaíva MAM, Higarashi IH. Perceptions of the family members of children regarding well-child check-ups in the family healthcare strategy. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015 mar; 36 (1): 62-8.
41. Vanderlei LCM, Navarrete MLV. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47 (2): 379-89.
42. Bertoni JH, Pires DEP, Ramos FRS. Dimensões do trabalho da enfermagem em múltiplos cenários institucionais. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva.* 2011; 5 (1): 123-33.
43. Thofehrn MB, Montesinos MJL, Jacondino MB, Fernandes HN, Gallo CMC, Figueira AB. Work processes of nurses in health production in a university hospital in Murcia / Spain. *Ciênc Cuid Saude* 2015 Jan-Mar; 14 (1): 924-32.
44. Marx, K. O capital: crítica da economia política. Livro I: O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo. 2013.
45. Sanna MC. Os processos de trabalho em Enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007 Mar-Abr; 60 (2): 221-4
46. Pires, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 1ªed. São Paulo: Annablume; 1998, 254p.
47. Gonçalves, RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992. 53p. [Cadernos CEFOR - Série Textos 1]. [Acesso em 2016 Nov 11]. Disponível em: <https://www.scribd.com/doc/61303995/Ricardo-Bruno-Mendes-Goncalves-Praticas-de-Saude-Processos-de-Trabalho-e-Necessidades>
48. Santos Filho SB, Barros MEB. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva.* 2012; 6 (2): 101-22.
49. Lunardi Filho WD, Leopardi MT. O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral. Rio grande: EDGRAFurg, 1999. 84p.
50. Pires DEP. Considerações sobre o texto “análise do trabalho em saúde”. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva.* 2011; 5 (1): 39-43.
51. Santos FPA. Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial [Dissertação de Mestrado]. Jequié (BA): Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2010. 169p.

52. Franco TB, Merhy EE. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. 2012; 6 (2): 151-63.
53. Malta DC; Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde - revendo alguns conceitos. *Reme, Rev. Min. Enferm.* 2003 Jan-Jul; 7 (1): 61-6.
54. Merhy EE, Onocko R (Org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. 385p.
55. Navarro ASS, Guimarães RLS, Garanhini ML. Teamwork and its meaning to professionals working in the family health strategy program. *Reme, Rev. Min. Enferm.* 2013 Jan-Mar; 17 (1): 61-8.
56. Duarte MLC, Boeck JN. O trabalho em equipe na enfermagem e os limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. *Trab. Educ. Saúde*. 2015 Set-Dez; 13 (3): 709-20.
57. Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
58. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012. 512p.
59. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.
60. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66 (Esp): 158-64.
61. Ferrer APS, Brentani AVM, Sucupira ACSL, Navega ACB, Cerqueira ES, Grisi SJFE. The effects of a people-centred mode l on longitudinality of care and utilization pattern of healthcare. *Health Policy and Planning*. 2014 Sep; 29 (Supl. 2): 107-13.
62. Paula M, Peres AM, Bernardino E, Eduardo EA, Sade PMC, Larocca LM. Characteristics of the nurses' work process in the family health strategy. *Reme, Rev. Min. Enferm.* 2014 Abr-Jun; 18 (2): 463-70.
63. Mello DF, Furtado MCC, Fonseca LMM, Pina JC. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2012 Jul-Ago; 65 (4): 675-9.
64. Suto CSS, Laura TAOF, Costa LEL. Puericultura: a consulta de enfermagem em unidades básicas de saúde. *Rev enferm UFPE on line*. 2014 Set. [Acesso em 2016 Nov 28] 8 (9): 3127-33. Available from:
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/index>
65. Gomes GC, Xavier DM, Pintanel AC, Farias DHR, Lunardi VL, Aquino DR. Meanings attributed by family members in pediatrics regarding their interactions with nursing professionals. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 (6): 951-57.

66. Owili PO, Muga MA, Chou YJ, Hsu YHE, Huang N, Chien LY. Associations in the continuum of care for maternal, newborn and child health: a population-based study of 12 sub-Saharan Africa countries. *BMC Public Health*. 2016 May; 16: 414.
67. Fernandes APP, Alexandre AMC, Dezoti AP, Mazza VA. Families' perceptions regarding the organization of primary health care for their children. *Cogitare Enferm*. 2014 Jan-Mar; 19 (1): 57-63.
68. Leite MS, Andrade ASA, Lima LMD. AIDPI: conhecimento dos enfermeiros da atenção básica do município de Aracajú-SE. *Reme - Rev. Min. Enferm*. 2011 Out-Dez; 15(4): 481-490.
69. Pereira MM, Penha TP, Vieira DS, Vaz EMC, Santos NCCB, Reichert APS. Nursing educational practice in primary health care aimed to healthy child development. *Cogitare Enferm*. 2015 Out-Dez; 20 (4): 761-67.
70. Boone P, Elbourne D, Fazzio I, Fernandes S, Frost C, Jayanty C, King R, Mann V, Piaggio G, Santos A, Walker PR. Effects of community health interventions on under-5 mortality in rural Guinea-Bissau (EPICS): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Health*. 2016 May; 4 (5): 328-35.
71. McCarthy G, Cornally N, Moran J, Courtney M. Practice nurses and general practitioners: perspectives on the role and future development of practice nursing in Ireland. *J Clin Nurs*. 2012 Aug; 21 (15-16): 2286–95.
72. Lopes EG, Martins CBG, Lima FCA, Gaíva MAM. Situação vacinal de recém-nascidos de risco e dificuldades vivenciadas pelas mães. *Rev Bras Enferm*. 2013 Mai-Jun; 66 (3): 338-44.
73. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Kooga; 2012, 596p.
74. Prefeitura Municipal de João Pessoa (PB). Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, 2016.
75. Prefeitura Municipal de João Pessoa (PB). Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Sistema de Informação da Atenção Básica (2014). 2016.
76. Prefeitura Municipal de João Pessoa (PB). Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Distrito Sanitário I. 2017.
77. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington: OPAS, 2005. 52p.
78. Ministério da saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da caderneta e saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 38p.

79. Grimm LG, Yarnold PR. Reading and understanding multivariate statistics. 9th. ed. American Psychological Association; 2004.

80. Johnson AR, Wichern DW. Applied Multivariate Statistical Analysis. 5th. ed. Wiley Books; 2004.

81. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. Publicada no DOU nº 12, quinta-feira, 13 de junho de 2013, Seção 1, 59p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados Observacional

IDENTIFICAÇÃO

1. Número do questionário _____
2. Data da avaliação: ____/____/____
3. Nome da Unidade de Saúde da Família _____
4. Quantos anos de formada em enfermagem? _____ anos
5. Há quantos anos você atua no ESF? _____ anos
6. Possui Pós Graduação? (1) Sim (2) Não. Se SIM, em qual área?

CLASSIFICAÇÃO DA CONSULTA

7. Qual consulta?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
Primeira consulta (1)	Primeira consulta (1)	Primeira consulta (1)
Consulta subsequente (2)	Consulta subsequente (2)	Consulta subsequente (2)

8. Idade da Criança: _____

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3

ACOLHIMENTO

9. O enfermeiro recebe a mãe/cuidador da criança de maneira acolhedora?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

10. O enfermeiro chama a criança pelo nome?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

11. O enfermeiro refere-se à mãe/cuidador da criança pelo nome?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

ANAMNESE E HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

12. O enfermeiro questiona a mãe/cuidador sobre alguma intercorrência na saúde da criança?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

13. O enfermeiro pergunta a opinião da mãe sobre o desenvolvimento do seu filho?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

14. O enfermeiro interroga as mães/cuidadores sobre:

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
14.1 Sono (1) Sim (2) Não	14.1 Sono (1) Sim (2) Não	14.1 Sono (1) Sim (2) Não
14.2 Alimentação (1) Sim (2) Não	14.2 Alimentação (1) Sim (2) Não	14.2 Alimentação (1) Sim (2) Não
14.4 Funções eliminatórias (1) Sim (2) Não	14.3 Funções eliminatórias (1) Sim (2) Não	14.3 Funções eliminatórias (1) Sim (2) Não
14.4 Hábitos de higiene (1) Sim (2) Não	14.4 Hábitos de higiene (1) Sim (2) Não	14.4 Hábitos de higiene (1) Sim (2) Não

15. A CSC ^(Caderneta de Saúde da Criança) é solicitada pelo enfermeiro no momento da consulta?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

AValiação DO Crescimento

16. A USF apresenta os instrumentos e equipamentos necessários para a mensuração do crescimento da criança?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Balança	(1) Balança	(1) Balança

(2) Régua	(2) Régua	(2) Régua
(3) Fita métrica	(3) Fita métrica	(3) Fita métrica

17. O enfermeiro utiliza os instrumentos para o acompanhamento do crescimento da criança?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não
(3) Alguns, quais: _____	(3) Alguns, quais: _____	(3) Alguns, quais: _____

18. O Peso e Comprimento da criança foi verificado?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não
(3) Apenas _____	(3) Apenas _____	(3) Apenas _____

19. Durante a consulta é verificado o:

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
Perímetro cefálico: (1) Sim (2) Não	Perímetro cefálico: (1) Sim (2) Não	Perímetro cefálico: (1) Sim (2) Não
Perímetro torácico: (1) Sim (2) Não	Perímetro torácico: (1) Sim (2) Não	Perímetro torácico: (1) Sim (2) Não
Perímetro abdominal: (1) Sim (2) Não	Perímetro abdominal: (1) Sim (2) Não	Perímetro abdominal: (1) Sim (2) Não

EXAME FÍSICO

20. Os tópicos a seguir são avaliados na consulta de puericultura?

- Examina a pele

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

- Examina a face

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

- Palpa as fontanelas

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

- Examina orelhas e audição

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

- Avalia a presença de linfonodo no pescoço

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

- Avaliação pulmonar

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

- Avaliação cardíaca

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

- Avaliação abdominal

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

- Examina o aparelho geniturinário

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

- Examina o sistema osteoarticular

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

21. O enfermeiro verifica a temperatura da criança?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

22. O enfermeiro avalia os marcos do desenvolvimento infantil?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

ANÁLISE DA SITUAÇÃO VACINAL E SUPLEMENTAÇÕES

23. Durante a consulta há avaliação da situação vacinal da criança?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

24. O enfermeiro encaminha a criança para sala de vacinal quando necessário?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

25. O suplemento de sulfato ferroso é prescrito para a criança durante a consulta?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não
(3) Não se aplica	(3) Não se aplica	(3) Não se aplica

26. A mãe foi orientada a realizar a suplementação de vitamina A na sala de vacina?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não
(3) Não se aplica	(3) Não se aplica	(3) Não se aplica

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

27. O enfermeiro orienta as cuidadoras a respeito de:

27.1 Alimentação:

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

27.2 Prevenção de acidente:

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

27.3 Higiene oral:

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

27.4 Higiene corporal:

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
-------------------	-------------------	-------------------

(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não
---------------------	---------------------	---------------------

27.5 Sinais de alerta:

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

27.6 Posição para dormir:

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

27.7 Estimular o desenvolvimento da criança no domicílio:

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

27.8 Brincar com a criança no domicílio:

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

27.9 Realizar banho de sol:

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

27.10 Cuidados gerais com a criança no domicílio

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

27.11 Outros tipos de orientações?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

- Se SIM, quais?

28. As orientações são fornecidas utilizando uma linguagem clara para facilitar a compreensão dos cuidadores?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

29. O enfermeiro certifica-se ter sido entendido pela mãe/cuidador?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

30. O enfermeiro demonstra à mãe/cuidador os registros realizados nos gráficos da CSC?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

- Se SIM, quais gráficos?

31. O enfermeiro informa a mãe sobre o desenvolvimento da criança?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

32. O enfermeiro realiza o agendamento da próxima consulta da criança?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

33. O enfermeiro indaga a mãe/cuidador sobre sua própria saúde?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

34. O enfermeiro parabeniza a mãe por cuidar bem da criança?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

REGISTROS NA CSC E NO PRONTUÁRIO

35. Onde o enfermeiro registra os dados da criança?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Prontuário	(1) Prontuário	(1) Prontuário

(2) CSC	(2) CSC	(2) CSC
(3) Prontuário e CSC	(3) Prontuário e CSC	(3) Prontuário e CSC
(4) Outro impresso	(4) Outro impresso	(4) Outro impresso

36. O enfermeiro avalia os registros anteriores realizados na CSC?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

37. O enfermeiro registra os dados do crescimento corretamente nos gráficos de:

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Perímetro cefálico: () Sim () Não	(1) Perímetro cefálico: () Sim () Não	(1) Perímetro cefálico: () Sim () Não
(2) Peso X idade: () Sim () Não	(2) Peso X idade: () Sim () Não	(2) Peso X idade: () Sim () Não
(3) Comprimento X idade: () Sim () Não	(3) Comprimento X idade: () Sim () Não	(3) Comprimento X idade: () Sim () Não

38. Os marcos do desenvolvimento são registrados em qual documento?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Na CSC	(1) Na CSC	(1) Na CSC
(2) No prontuário	(2) No prontuário	(2) No prontuário
(3) Nos dois documentos	(3) Nos dois documentos	(3) Nos dois documentos
(4) Nenhum	(4) Nenhum	(4) Nenhum

39. O registro do fornecimento do sulfato ferroso é registrado:

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Na caderneta	(1) Na caderneta	(1) Na caderneta
(2) No prontuário da criança	(2) No prontuário da criança	(2) No prontuário da criança
(3) Prontuário e CSC	(3) Prontuário e CSC	(3) Prontuário e CSC
(4) Em nenhum documento	(4) Em nenhum documento	(4) Em nenhum documento
(5) Não se aplica	(5) Não se aplica	(5) Não se aplica

40. É realizado algum registro sobre as atividades de educação em saúde realizada?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não

- Se SIM, onde?
-

41. O enfermeiro registra o encaminhamento da criança para sala de vacina no prontuário?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não	(1) Sim (2) Não
(3) Não se aplica	(3) Não se aplica	(3) Não se aplica

42. O registro apresenta alguma rasura?

Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3
() Sim () Não	() Sim () Não	() Sim () Não

CONSIDERAÇÃO FINAL DA OBSERVAÇÃO

Situações identificadas:

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Esta pesquisa intitulada “**Consulta de puericultura: um olhar sobre a prática do enfermeiro**” objetiva analisar as práticas de enfermeiros das Unidades de Saúde da Família nas consultas à criança menor de dois anos. Está sendo desenvolvida pela enfermeira Daniele de Souza Vieira e tem como orientadora a professora Dr^a Altamira Pereira da Silva Reichert. Em qualquer etapa do estudo você terá acesso a responsável pela pesquisa, pelo telefone: 98739-2290.

Solicito autorização para observação das suas consultas de puericultura que visa identificar as práticas de enfermeiros na consulta à criança menor de dois anos de idade. Não haverá remuneração financeira para a participação na pesquisa e você não terá despesas em qualquer fase do estudo. A pesquisa apresenta riscos mínimos ao participante, como perda de privacidade e desconforto. Sua participação beneficiará o estudo, contribuirá para o conhecimento científico, o fortalecimento das ações de prevenção e promoção a saúde da criança na atenção primária à saúde, repercutindo na melhoria do cuidado na saúde da criança. A (o) senhora terá total liberdade para retirada do seu consentimento em participar da pesquisa em qualquer etapa do estudo, sem qualquer prejuízo ou constrangimento à sua pessoa. As informações obtidas com o estudo serão analisadas em conjunto com a de outros profissionais, não sendo divulgado a identificação de nenhum profissional, e o material será utilizado somente para esta pesquisa.

Declaro estar ciente a respeito das informações que recebi sobre o estudo, ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de sigilo e de esclarecimento permanentes. Ficou também claro que minha participação é isento de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Data: ____/____/____

Assinatura do profissional

Daniele de Souza Vieira (pesquisadora)

ANEXOS

ANEXO A - Certidão de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 8ª Reunião realizada no dia 28/08/2012, o projeto de pesquisa intitulado: "VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: CAMINHOS E PERSPECTIVAS PARA A ENFERMAGEM" da Pesquisadora Altamira Perelra da Silva Reichert. Prot. nº 0096/12, CAAE: 02584212.3.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Dr. Altamira Perelra da Silva Reichert
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618

ANEXO B – Declaração de Encaminhamento para Realização da Pesquisa



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES



João Pessoa, 03 de março de 2016

Processo nº 03.095/2016

Da: **GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Para: **DS I**

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A **Gerência da Educação na Saúde (GES)** encaminha o(a) pesquisador(a) **DANIELE DE SOUZA VIEIRA**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **"CONSULTA DE PUERICULTURA: UM OLHAR SOBRE A PRÁTICA DO ENFERMEIRO"**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de João Pessoa, subscrevo-me.

Daniela Pimentel
Secretaria de Saúde
Mat. 34.259-1 3405-17
Daniela Pimentel
Daniela Pimentel
Gerente da Educação na Saúde

Ciente em:
18/04/16

Silvana Lúcia de S. Lisboa
Silvana Lúcia de S. Lisboa
Direção Técnica - DS I
Matrícula: 672999

ANEXO C – Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva

Ciência & Saúde Coletiva

**ISSN 1413-8123 versão impressa ISSN
1678-4561
Versão online**

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para saúde coletiva; Artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versam sobre o assunto do tema central. Uma revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar uma consolidação e promover uma atualização permanente das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com uma agenda contemporânea da Ciência e Tecnologia.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviada por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para uma área, sobre os resultados encontrados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, Termo de Referência avaliado em seu mérito científico e relevância dos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores convidados acumulam uma tarefa de selecionar os artigos em conformidade com o escopo, para ser julgados em seu mérito por pareceristas.

- Por Organização Interna dos Próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre uma proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos artigos tratados já tem nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não desenvolvido ultrapassar três, como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de empresas internacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Apresentação de manuscritos

- **Não há taxas e encargos da submissão**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de

subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/ehttp://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção da autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e como conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. À medida que as referências são fornecidas, são redigidas de forma consecutiva de acordo com uma ordem em que são citadas no texto. No caso de referências são de mais de dois

autores, nenhum corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado para a maturidade do PSF" 11 ...

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, uma cidade ..."

As referências citadas apenas nossos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. À medida que as referências citadas são fornecidas, são apresentadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos, e os periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser informados na língua original da publicação. Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (Todos os autores):

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Eqüidade na alocação de recursos para uma saúde: uma experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (2): 275-286.

2. Instituição como autor:

A Sociedade Cardíaca da Austrália e Nova Zelândia. Teste clínico de estresse físico. Diretrizes de segurança e desempenho. *Med J Aust* 1996; 164 (5): 282-284

3. Sem indicação de autoria:

Câncer na África do Sul [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento:

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9 (Supl. 1): 71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário:

Enzensberger W, Fischer PA. Metrônomo na doença de Parkinson [carta]. *Lancet* 1996; 347: 1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor:

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor:

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor:

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ / IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro:

Sarcinelli PN. Um expositor de crianças e adolescentes a agrotóxicos. Em: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente . Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos:

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Avanços recentes em neurofisiologia clínica. *Procedimentos do 10º Congresso Internacional de EMG e Neurofisiologia Clínica*; 1995 15 a 19 de outubro; Kyoto, Japão. Amesterdão: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos:

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. Em: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência* ; 1993; Belo Horizonte. P. 581-582.

12. Dissertação e tese:

Carvalho GCM. *O público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Alguns trabalhos publicados

13. Artigo de jornal:

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 31 de janeiro; P. 12

14. Documentos legais:

Brasil. Lei n.º 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para uma promoção, proteção e recuperação da saúde, uma organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

15. Artigo em formato eletrônico:

Morse SS. Fatores no surgimento de doenças infecciosas. *Emergência Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [cerca de 24 p.]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

17. Monografia em formato eletrônico:

CDI, dermatologia clínica ilustrada [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, produtores. 2ª ed. Versão 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

Os Artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** POR No Mínimo Três consultores da área de Conhecimento da Pesquisa, de Instituições de Ensino e / ou Pesquisa Nacionais e Estrangeiras, de Comprovada Produção Científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito por dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

ANEXO D - Revista Latino-Americana de Enfermagem



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1. Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da Enfermagem e de outras áreas da saúde por meio da publicação de artigos de elevado mérito científico. Publica artigos inéditos nos idiomas inglês, português e espanhol, nas categorias Artigo Original, de Revisão e Cartas ao Editor. Adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (rolling pass). Números especiais são publicados a critério do Conselho de Editores. O processo de avaliação adotado é o de revisão por pares (peer review) preservado o anonimato dos autores e revisores.

A revista Adota a normalização dos “Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations>).

A RLAE segue o código de conduta ética em publicação recomendado pelo Committee on Publication Ethics (COPE) (<http://publicationethics.org>) e as condutas de Boas Práticas de Editoração – Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors (<http://publicationethics.org/resources/code-conduct>).

Todos os artigos devem ser encaminhados a revista com a cópia de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em casos de pesquisas com seres humanos (exceto dados de domínio público). Os estudos tipo ensaio clínico deve ter o número do Registro de Aprovação de Ensaio Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) o qual deve ser enviado a revista. Em casos de pesquisas envolvendo animais, a aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais deve ser encaminhada.

Os artigos devem ser submetidos pelo sistema eletrônico ScholarOne (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>) em português ou inglês ou espanhol e destinados exclusivamente para a RLAE. Não é permitida a apresentação simultânea a qualquer outro veículo de publicação. A RLAE considera como infração ética a publicação duplicada ou fragmentada de uma mesma pesquisa. Ferramentas para localização de similaridade de textos são utilizadas pela revista para detecção de plágio.

2. Instruções Gerais

• Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A quantidade de autores é limitada a seis e, excepcionalmente, para estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais autores, considerando as justificativas apresentadas pelos mesmos. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em Declaração (download), assinada individualmente pelos autores, para esta finalidade e enviada para RLAE na submissão do manuscrito. Todos os autores devem informar o seu número de registro ORCID (<http://orcid.org>) na Declaração e no sistema ScholarOne (solicite aos demais autores que incluam o registro ORCID no cadastro de usuário do ScholarOne).

Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Dados de identificação do autor responsável (cadastro)

Nome e sobrenome: O autor deve seguir o formato pelo qual o seu nome já é indexado nas bases de dados e incluir o número de registro no ORCID.

Correspondência: Deve constar o nome e endereço completo do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição: Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Direitos autorais

Os autores devem ceder os direitos autorais patrimoniais do artigo a Revista Latino-Americana de Enfermagem por meio da Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada por todos os autores (Download).

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a RLAE adota a Licença Creative Commons – Licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original ao autor e conferindo os devidos créditos de publicação à RLAE. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

- Categorias de artigos aceitos para publicação

Artigos originais. São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Artigos de revisão. Estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original e recente. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a enfermagem e/ou outras áreas da saúde. Dentre os métodos utilizados estão: metanálise, metassíntese, revisão sistemática e revisão integrativa.

Cartas ao Editor. Incluem cartas que visam discutir artigos recentemente publicados pela revista ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos.

- Processo de julgamento

Os artigos submetidos e encaminhados de acordo com as normas de publicação são enviados à pré-análise feita pelo Editor Científico Chefe que decidirá pela aprovação ou recusa do artigo caso ele não contemple o escopo do periódico, seja novo, verdadeiro e contribua para o avanço do conhecimento científico. Uma vez aprovado na pré-análise o manuscrito é enviado ao Editor Associado para seleção de consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado realiza uma recomendação para o Editor Científico Chefe o qual com base nas avaliações feitas pelos consultores e pelo Editor Associado decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

- Custos de publicação

Os custos de publicação para o autor são compostos pelo pagamento da taxa de submissão e dos custos de tradução do artigo para a publicação em três idiomas.

- Taxa de submissão

A taxa de submissão é solicitada no ato da submissão do artigo e não será devolvida aos autores dos artigos recusados, seja na pré-análise ou na avaliação dos consultores, bem como aos autores dos artigos cujas correções foram solicitadas pela revista e não atendidas pelos autores. Valor da taxa de submissão: R\$300,00 (trezentos reais) por artigo. Forma de pagamento: depósito ou transferência bancária Banco do Brasil Favorecido: Receita Própria EERP CNPJ: 63.025.530/0027-43 Agência: 028-0 Conta Corrente: 130.151-9.

- Traduções

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação do artigo. Nesse momento, o texto original deve ser traduzido para mais dois idiomas, diferentes daquele de origem da submissão. O custo das duas traduções é de responsabilidades dos autores. Para garantir a qualidade das traduções, as mesmas somente serão aceitas acompanhadas do certificado de tradução de umas das empresas credenciadas pela RLAE.

- Guias para apresentação do texto

Os textos dos artigos devem seguir os guias da Rede Equator conforme tipo de estudo realizado: Para todos os tipos de estudos usar o guia Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0 – checklist). Para ensaio clínico randomizado usar o seguir CONSORT (checklist e fluxograma). Para revisões sistemáticas e metanálises seguir o guia PRISMA (checklist e fluxograma). Para estudos observacionais em epidemiologia seguir o guia STROBE (checklist). Para estudos qualitativos seguir o guia COREQ (checklist). Melhorar a qualidade e a transparência da pesquisa em investigação em saúde (<http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-research-reports/authors-of-research-reports/#auwrit>). Pode ser usado para todos os tipos de pesquisas em saúde.

Preparo do artigo

- Estrutura
 - Título somente no idioma do artigo
 - Resumo somente no idioma do artigo
 - Descritores em português
 - Descritores em inglês .
 - Descritores em espanhol
 - Introdução
 - Método
 - Resultados
 - Discussão
 - Conclusão
 - Referências

Os Agradecimentos deverão constar apenas na Title Page.

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores a revista sugere o uso das seções convencionais Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão.

- Quantidade de palavras
 - Artigos Originais e de Revisão: 5000 palavras.

- Cartas ao Editor: 500 palavras (na contagem de palavras não incluir: tabelas, figuras e referências)

• Formatação

- Arquivo no formato Word, papel tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,3” x 11,7”)
- Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm (1”) . Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), com o arquivo digitado em formato .doc ou .docx, ou .rtf
- Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas que devem ter espaçamento simples
- Para destaques utilizar itálico. Não são permitidas no texto: palavras em negrito, sublinhado, caixa alta, marcadores do MS Word

Título

- Conciso e informativo com até 15 palavras. Utilizar negrito
- Somente no idioma em que o artigo dor submetido
- Itens não permitidos: caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa.

Resumo

- O resumo deve ser estruturado em: Objetivos, Método, Resultados e Conclusão. Redigido em parágrafo único, em até 200 palavras.
- O Objetivo deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. O Método deve conter o tipo de estudo, amostra, variável(is), instrumento(s) e o tipo de análise. Os Resultados devem ser concisos, informativos e apresentar principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos participantes e análise final dos dados. As Conclusões devem responder estritamente aos objetivos, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e conter três elementos: o resultado principal, os resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico.
- Os Ensaio clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.
- Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.
- Descritores em português, inglês e espanhol. Selecionados da lista do Medical Subject Headings (MeSH) ou vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).
- Devem ser incluídos 6 descritores separados entre si por ponto e vírgula. A primeiras letra de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão

- Negrito
- Caixa alta somente na primeira letra
- Itens não permitidos: subseções

Introdução: Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional. Descrever o(s) objetivo(s) no final desta seção

Método: Descrever o tipo de estudo, o local, o período, a população, os critérios de inclusão e exclusão, amostra, as variáveis do estudo, o(s) instrumento(s), a forma da coleta de dados, a organização dos dados para análises e aspectos éticos.

Resultados: Limitados a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto contempla e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

Discussão: Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. Comparar e contrastar os resultados com os de outros estudos atuais e apresentar possíveis mecanismos ou explicações para os resultados obtidos. Apresentar as limitações do estudo e os avanços ao conhecimento científico.

Conclusão: Responder os objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências.

Tabelas: Até 5 itens entre tabelas e figuras, contendo título informativo, claro e completo, localizado acima da tabela, indicando o que se pretende representar na tabela. Conter: participantes do estudo, variáveis, local (cidade, estado, país) e período da coleta de dados.

Formatação: Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word . Dados separados por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula . Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela

Menção no texto: Obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1

Cabeçalho: Negrito. Sem células vazias

Inserção no texto: Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

Fonte da tabela: Descrever a fonte da informação quando se tratar de dados secundários

Notas de rodapé da tabela: Restritas ao mínimo necessário . Indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares. Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem

Siglas: Restritas ao mínimo necessário . Descritas por extenso em nota de rodapé da tabela utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Formatação não permitida: Quebras de linhas utilizando a tecla Enter, Recuos utilizando a tecla Tab, Espaços para separar os dados; Caixa alta; Sublinhado; Marcadores do MS Word; Cores nas células; Tabelas com mais de uma página . Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto.

Figuras: São figuras: Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos. Título. Localizado abaixo da figura Resolução. Em alta resolução (mínimo de 900 dpi). Quadros (contém dados textuais e não numéricos, são fechados nas laterais e contém linhas internas. Quando construídos com a ferramenta de tabelas do MS Word poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras. Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura. Gráficos (Plenamente legíveis e nítidos. Tamanho máximo de 16x10cm . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura). Fotos (Plenamente legíveis e nítidas . Tamanho máximo de 16x10cm . Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas) Notas de Rodapé nas tabelas e figuras (indicadas pelos símbolos sequenciais *,†,‡,§,||,¶,**,††,‡‡ apresentando-os tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares . Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem)

Citações no texto

- Formatação: Números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ex: (12). Ordenadas consecutivamente, sem pular referência . Citações de referências sequenciais: separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: ...literatura(12-15). . Citações de referências intercaladas: separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: ...literatura(3,6,16,21)
- Local de inserção: quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma.
- Citações “ipsis literes”: entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na seqüência do texto.
- Itens não permitidos: espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede. Ex: Cândida albicans (3-6,16,21) . indicação da página consultada . nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico.
- Falas de participantes: Itálico, fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas, na seqüência do texto. Identificação da fala: obrigatória, codificada, apresentada ao final de cada fala entre parênteses e sem itálico.
- Notas de Rodapé no artigo: No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário.

Referências

- Estilo Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)
- Sem limite máximo desde que todas adequadas ao texto e com link de acesso para averiguação de pertinência ao texto. Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al.
- Citar a versão do documento em inglês
- Inserir DOI ou link de acesso em todas as referências
- Referências cinzentas não são aceitas por dificultar o acesso da comunidade científica internacional (exceto as imprescindíveis). É considerada literatura cinzenta os livros, teses, dissertações, manuais, normas, legislação, etc. Exemplo de como citar consultar site da RLAE (<http://www.scielo.br/revistas/rlae/iinstruc.htm#003>)