

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

RAIANE FERREIRA DE CASTRO

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PUERICULTURA: Uma
revisão bibliográfica de 2007 a 2017.**

Paracatu

2018

RAIANE FERREIRA DE CASTRO

**O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PUERICULTURA: Uma revisão bibliográfica de
2007 a 2017.**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem

Área de concentração: Assistência em Enfermagem.

Orientador: Prof. Benedito de Souza Gonçalves Júnior.

Paracatu/MG

2018

RAIANE FERREIRA DE CASTRO

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PUERICULTURA: Uma revisão bibliográfica de
2007 a 2017.

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem

Área de concentração: Assistência em Enfermagem.

Orientador: Prof. Benedito de Souza Gonçalves Júnior.

Banca Examinadora:
Paracatu – MG, ____ de _____ de _____.

Prof. Benedito de Souza Gonçalves Júnior.
Centro Universitário Atenas

Prof^a. Msc. Nubia de Fátima Costa Oliveira
Centro Universitário Atenas

Prof^a. Priscilla Itatianny de Oliveira Silva
Centro Universitário Atenas

Dedico esse trabalho a Deus e a minha família por sempre me fortalecer e me fazer acreditar que eu era capaz, em especial ao meu avô Miguel e minha avó Maria onde estiverem sei que estão realizados e felizes por mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e Nossa Senhora por ser presença constante em minha vida, por toda força, ânimo e coragem para superar todas as dificuldades.

Aos meus pais Sônia e Etervalter que me proporcionaram a melhor educação e lutaram para que estivesse concluindo mais essa etapa da minha vida. Sei o quanto vocês se doaram para a realização desse sonho o meu muito obrigada.

A minha irmã Raissa que acompanhou minha dedicação e torceu por mim. Ao meu namorado Paulo que acreditou no meu sonho, me apoiou em todos os momentos, soube compreender quando eu não podia estar presente e me deu forças para vencer essa etapa da minha vida.

Aos meus amigos que viveram esses cinco anos de muita luta e conquistas.

Aos professores presentes ao longo desses anos, vocês foram essenciais nessa conquista, obrigada pelos ensinamentos, por nos mostrar a realidade e por nos fortalecerem sempre.

Ao meu orientador, professor Benedito Junior, por me dar certeza que tudo iria dar certo, e deu.

Escolhi os plantões, por que sei que o escuro da noite amedronta os enfermos. Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento. Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda. Escolhi o branco porque quero transmitir paz. Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte de saber. Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito à vida!”

Florence Nightingale.

RESUMO

A puericultura é uma consulta direcionada à criança, que visa assegurar o seu perfeito estado de desenvolvimento em todos os aspectos, biológico, psicológico e social, com intuito de garantir uma boa qualidade de vida prevenindo doenças e enfermidades. Esse trabalho tem como objetivo avaliar o papel do enfermeiro, e demonstrar sua importância nessa área de atuação, sendo que esse tem a responsabilidade de promover a prevenção e resguardar a proteção da saúde da criança. Na puericultura a atuação do enfermeiro visa sobretudo o aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento adequados a idade, cobertura de vacina e trabalhar o controle de risco a saúde, podem ser realizadas pelo enfermeiro na unidade de saúde de acordo com o protocolo de enfermagem do ministério da saúde. Na puericultura existem algumas dificuldades que acabam prejudicando o bom êxito da consulta do enfermeiro, como por exemplo, a falta de disponibilidade de materiais e capacitação para os profissionais da equipe.

Palavras-chave: Cuidado da criança. Enfermagem. Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Childcare is a consultation directed to the child, which aims to ensure its perfect state of development in all aspects, biological, psychological and social, in order to ensure a good quality of life preventing illness and disease. This study aims to evaluate the role of nurses and demonstrate their importance in this area of action, which has the responsibility to promote prevention and protect the health of the child. In the nursery nurses' work is mainly aimed at breastfeeding, growth and development appropriate to age, vaccine coverage and health risk control, can be performed by the nurse in the health unit according to the nursing protocol of the Ministry of Health Cheers. In childcare there are some difficulties that end up hampering the success of the nurses' consultation, such as the lack of availability of materials and training for the professionals of the team.

Keywords: *Child care. Nursing. Nursing care.*

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil.

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituio Brasileiro Geografia e Estatística

IMC – ndice de Massa Corporal

IRAs – Infecoes Respiratórias Agudas

MI – Mortalidade Infantil

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Portal do Departamento de Ateno Básica

PSF – Programa Saúde da Família

PHPN – Programa de Humanizao pré-natal e nascimento

UNICEF – Fundo das Naoes Unidas para Infância

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Balança pediátrica mecânica e régua antropométrica horizontal.

FIGURA 2 – Técnica de posicionamento da criança na régua antropométrica horizontal.

FIGURA 3 – Balança plataforma adulto e régua antropométrica vertical.

FIGURA 4 - Curva peso x idade (meninos), do nascimento aos cinco anos (percentis)

FIGURA 5 – Curva peso x idade (meninas), dos cinco aos 10 anos (escore-z)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 PROBLEMA	13
1.2 HIPÓTESE DE ESTUDO	13
1.3 OBJETIVOS	13
1.3.1 OBJETIVO GERAL	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.4 JUSTIFICATIVA	14
1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO	14
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO	15
2 HISTÓRICO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL	16
3 CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA CONFORME OS MARCOS DE DESENVOLVIMENTO	21
4 AÇÕES REALIZADAS PELO ENFERMEIRO NA PUERICULTURA	25
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Instituição Brasileiro Geografia e Estatística (IBGE) de 1974 a 2014, a mortalidade infantil no Brasil teve uma redução nas últimas décadas, os óbitos de crianças até um ano de idade eram de 4% do total registrados de 2005, reduziu para 2,5% no ano de 2015 e na faixa etária até 5 anos diminuiu de 4,8% para 3% dos óbitos (BRASIL, 2017).

Com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, ficou mais fácil garantir o direito de saúde a criança, já que este tem como principal estratégia programar ações de saúde da família no local onde surgiu o problema. Com melhor conhecimento da realidade, tendo fator primordial a interação (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2011).

O Programa de Humanização pré-natal e nascimento (PHPN) 2000 tem como objetivo ter um pré-natal qualificado e humanizado nas ações de enfermagem tendo uma boa assistência para garantir o desenvolvimento e crescimento da criança desde do seu ventre (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2011).

A partir do pré-natal começa o vínculo do profissional e a gestante, tendo um relacionamento de confiança e segurança, onde ambos vão construir empatia ao longo das consultas. O planejamento é de suma importância para prestar assistência de qualidade a saúde da criança desde o ventre materno até o nascimento (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2011).

A enfermagem é respaldada pela a lei 7498/86 de 25 de julho de 1986 que pode ser exercida por profissionais inscritos no Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Onde o mesmo pode executar, programar, coordenar e avaliar serviços de assistência em enfermagem. Por lei é privativo do enfermeiro fazer consultas de enfermagem, cabendo a estas: consultas de puericultura, pré-natal, prevenção de câncer do colo uterino, dentre outros procedimentos de acordo com o protocolo do ministério da saúde exercendo a assistência no processo saúde e doença (BRASIL, 1986).

Através desse acompanhamento o enfermeiro nas consultas de enfermagem deve orientar as gestantes sobre a importância do ácido fólico (importante na formação do feto tubo neural), sulfato ferroso (na prevenção das anemias), realizar exames para detecção de doenças precoces que podem ser transmitidas de mãe para o filho. Através desse acompanhamento orienta sobre a

importância da puericultura que e o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento da criança (KATRNI et al., 2014).

1.1 PROBLEMA

Devido às observações diárias na prática como colaborador na Unidade de Saúde da Família Aeroporto e ciente da importância de uma consulta de enfermagem bem conduzida, a pesquisadora se propôs a responder a seguinte indagação: as (os) enfermeiras (os) realizam consultas de puericultura seguindo as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde?

1.2 HIPÓTESE DE ESTUDO

Condutas que podem ser realizadas de forma simples pelo enfermeiro nas unidades de saúde, como medidas antropométricas e avaliação de cartão de vacina, aleitamento materno, de acordo com as literaturas e práticas nem sempre são feitas da maneira imposta pelo protocolo do Ministério da Saúde.

Para que se tenha um bom resultado nas consultas de puericultura é necessária uma capacitação de técnicas e normas na articulação no trabalho integrado da equipe na atenção a criança.

De acordo com Vieira et al. (2012) a consulta de enfermagem na puericultura ocorre algumas dificuldades, pois a falta de preparo das técnicas de trabalho, a disponibilidade de matérias e capacitação dos profissionais. Tendo assim a deficiência no protocolo onde se dá o processo de comunicação de referência e contra referência na própria unidade básica de saúde.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar o papel do enfermeiro nas consultas de puericultura.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o cuidado da criança conforme preconiza o Ministério da Saúde;
- b) Identificar as ações do enfermeiro para conduzir as consultas na puericultura;

- c) Analisar através do levantamento bibliográfico o papel do enfermeiro nas consultas de enfermagem no cuidado da criança.

1.4 JUSTIFICATIVA

A criança deverá passar por vários estágios durante cada mês de vida diante do acompanhamento na Atenção Básica. A cada mês a criança é estimulada e avaliada a um desenvolvimento diferente, onde se avalia nos primeiros meses o tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa, sucção e medidas antropométricas.

Continuadamente as avaliações de cada mês, as mães são orientadas sobre a estimulação da criança, informar sobre os sinais de alerta em cada fase da vida, o momento certo de introduzir as comidas, o desenvolvimento locomotor, da fala e neuropsicomotora e além disso, é sempre lembrado o retorno do acompanhamento em 30 dias a unidade de saúde (BRASIL, 2012)

Essa pesquisa se faz relevante, diante das ações anteriormente citadas e ciente da importância da avaliação continua das ações de enfermagem, assim como da realização de uma puericultura de excelência.

1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO

A presente pesquisa é classificada como exploratória, uma vez que possui como base o estudo de diferentes assuntos ligados ao tema, com o objetivo de alcançar uma certa familiaridade com a problemática abordada, enriquecendo as hipóteses levantadas (GIL, 2012).

Os procedimentos utilizados foram o bibliográfico e documental, uma vez que o pesquisador valeu-se de conteúdos já abordados e publicados sobre o assunto, os quais foram utilizados como embasamento para a discussão do problema (MARCONI, LAKATOS, 2011).

Foram utilizados no levantamento bibliográfico artigos científicos, legislação específica, doutrinas, entre outras fontes bibliográficas publicadas acerca deste tema. As fontes pesquisadas estão entre o marco temporal de 2007 a 2017.

Nesse sentido, tem-se que toda pesquisa bibliográfica implica o levantamento de dados oriundos de diferentes fontes, que de modo geral abrange toda bibliografia disponibilizada inerente ao tema (GIL, 2012). Portanto, para

elaboração deste trabalho o pesquisador usou como fonte de pesquisa, livros, artigos acadêmicos e científicos, leis e decretos, entre outros.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho é composto por três capítulos divididos didaticamente com intuito de alcançar os objetivos almejados pela pesquisadora. No segundo capítulo foi feita uma abordagem histórica acerca da evolução da atenção básica à saúde da criança. O terceiro capítulo traz uma elucidação acerca da caracterização da criança conforme diretrizes do Ministério da Saúde. No quarto capítulo foi feita uma descrição das ações realizadas pelo enfermeiro no atendimento da puericultura. Este último capítulo demonstra ainda a importância desse profissional no que se refere à eficácia da finalidade da puericultura. E por fim, no quinto capítulo são apresentadas as considerações finais deste estudo.

2 HISTÓRICO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

O surgimento do termo puericultura se deu no ano de 1762 num tratado de Jacques Ballexserd, suíço, no entanto, este só chegou ao Brasil em 1899 através de Moncorvo Filho, o qual foi o fundador do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (GARCIA et al., 2008).

Antigamente a criança era considerada como um adulto em miniatura, ou seja, esta era tratada como se fosse um adulto. Devido as condições precárias em que estas crianças viviam, entre os séculos XIV e XVIII, a taxa de mortalidade era muito alta, a expectativa de vida de uma criança de Portugal, inclusive aquelas que vinham para o Brasil era mais ou menos 14 anos, sendo que metade dos nascidos vivos vinham a óbito antes de atingir os 7 anos de idade (RAMOS, 2000).

Nesse período, a criança não tinha nenhum valor, ela era vista com algo que poderia ser substituído, era vista apenas como um ser produtivo, ou seja, tinha uma função utilitária para a comunidade, uma vez que elas quando completavam seus sete anos de idade já eram inseridas na vida adulta, tornando-se úteis para a economia da família. Essas crianças realizavam diversas tarefas, acompanhando seus pais e suas mães em seus ofícios (ARAÚJO et al., 2014).

No Brasil, em meados dos anos 1500, durante o período da colonização, não havia que se falar em afetividade nas relações entre os adultos e as crianças, pois as mesmas eram vistas simplesmente como mão de obra enquanto estivessem vivas. Já, outras crianças, especialmente as que eram órfãs e virgens serviam sexualmente aos súditos da coroa. A pedofilia era uma prática comum, tendo em vista que nas embarcações que vinham ao país havia muitos homens e as mulheres eram escassas (RAMOS, 2000). Segundo Ariès (1981) os índices de mortalidade infantil (MI) e de infanticídio eram altíssimos durante os séculos XIII a XV.

Inobstante a indiferença e as crueldades a que as crianças eram expostas, as condições sanitárias que eram precárias influenciavam ainda mais para o adoecimento desses indivíduos. Na maioria das vezes, essas crianças eram submetidas a condições insalubres, vivendo em um único cômodo, o qual não possuía qualquer arejamento ou entrada para luz do sol, fato este que fomentou o quadro da mortalidade infantil neste período (ARIÈS, 1981).

Outro fator que influenciava na mortalidade infantil e propagação de doenças eram as condições nutricionais que eram precárias, assim como as

condições de vestimentas a que estas crianças eram submetidas. Diante deste quadro, o processo de adoecimento das crianças tornou-se acentuado, e quando estas adoeciam somente eram levadas a hospitais quando já era tarde demais. (ARIÈS, 1981).

Os cuidados diferenciados com a saúde das crianças tiveram início em meados do século XIV, no entanto, teve maior ênfase apenas nos últimos 100 anos (ARAÚJO et al., 2014).

Mas foi somente no século XVII que as crianças começaram ter a atenção da sociedade, uma vez que foi neste período que as famílias começaram a esboçar sentimentos de carinho e amor aos menores. Portanto, a sociedade passou a enxergar o infante como um ser que carecia de cuidados e de atenção por parte das famílias (ARIÈS, 1981).

Segundo Ariès (1981), as mudanças mundiais relacionadas aos cuidados com as crianças, no século XVII, especialmente na Europa, sofreram a interferência dos poderes públicos, bem como da igreja, no sentido de não aceitar passivamente o infanticídio, como aconteciam naturalmente. Nesse período surgiram algumas medidas que vislumbravam salvar as crianças. Nesse contexto, surgiram as figuras das crianças em forma de “anjo”, criadas pela igreja. No contexto da história do Brasil, a saúde nunca foi o foco principal da política do Estado brasileiro, o acompanhamento à saúde da criança demorou a ser conquistado.

Mesmo com todas essas mudanças, mesmo diante do reconhecimento dado à importância com o cuidado destinado aos infantes, o abandono ainda continuou por um longo período de tempo, sendo esta uma prática aceita pela sociedade em geral (MARCÍLIO, 1998).

As mudanças concretas nos índices de mortalidade infantil somente puderam ser identificadas quando a sociedade passou a ter consciência da situação da criança e os serviços públicos passaram a se responsabilizar pelas mesmas. Dessa forma, foi iniciado um trabalho mais efetivo para elaboração de políticas públicas e investimentos na saúde materno-infantil, por meio de ações com a finalidade de promover a educação de vigilância e preventivas com foco na criança e na família (ARAÚJO et al., 2014).

A evolução histórica da participação da criança na sociedade, do mesmo modo que os cuidados com a saúde das crianças, apresentou significativos avanços,

tendo como reflexo a redução da mortalidade infantil e implantação de diferentes tipos de políticas públicas voltadas para saúde. (ARAÚJO et al., 2014).

Entretanto, levando em consideração que esse fato é razoavelmente recente, ainda há muitas ações que têm a necessidade de serem discutidas mais profundamente, ser pontuadas e reorganizadas para que os avanços possam abarcar as necessidades reais das crianças (ARAÚJO et al., 2014).

O modelo de cuidado à criança por meio do voluntariado passou a ocupar um espaço, nunca antes ocupado por qualquer outra esfera estatal. São exemplos de ações que envolvem esse modelo, as ações da Legião Brasileira de Assistência (LBA) e da pastoral da criança (ARAÚJO et al., 2014).

Foi durante o período da Segunda Guerra Mundial, entre os anos de 1939 e 1945, que foi feita uma tentativa de assegurar medidas de proteção à saúde das crianças. Essa tentativa deu-se com a implementação de políticas assistenciais marcadas por ações com caráter de auxílio emergencial, tendo sido criada a LBA em 1942, a qual tem está vinculada à participação do Brasil na Segunda Guerra Mundial, a mesma foi extinta em 1995 (OLIVEIRA, 2001).

Deve ser citada ainda, outra ação criada em prol da saúde infantil no Brasil, é a fundação da Pastoral da Criança, que foi uma entidade criada em 1983 e é uma entidade de ação social da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil). Foi fundada no Paraná e teve a iniciativa de James Grant, o qual era diretor executivo do UNICEF, do cardeal Dom Paulo Evaristo Arns (Arcebispo de São Paulo), Dom Geraldo Majella Agnelo (Arcebispo de Londrina) e da pediatra e Sanitarista Zilda Arns Neumann (NETO, 2007).

Durante muitos anos, a saúde da criança esteve interligada à saúde materna devido à Política de Atenção à Saúde Materno-Infantil. Porém, no ano de 1984 foi implantado no Brasil, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança como uma estratégia para enfrentar as adversidades encontradas nas condições de saúde da população de crianças do país, principalmente no que diz respeito à sua sobrevivência.

Segundo Araújo et al. (2014), esse programa foi desenvolvido com o objetivo de fomentar a saúde de forma integral, buscando a priorização das crianças pertencentes a grupos de risco e buscando a qualificação da assistência e aumentando a cobertura dos serviços de saúde. Essas ações abarcavam acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento

materno; controle das doenças diarreicas e das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) e a imunização.

A fundação da Pastoral da Criança foi uma forma estratégica da igreja católica em alcançar as bases populares a partir dos anos 60. Dentre os diferentes programas voltados às comunidades podem ser destacados: o apoio integral da gestante; o incentivo ao aleitamento materno; a vigilância nutricional; as alternativas alimentares; o controle das doenças diarreicas; a estimulação para a vacinação da criança e da gestante; a prevenção de doenças respiratórias; a medicina caseira, entre outros procedimentos que ainda fazem parte das ações da Pastoral nos dias atuais (NETO, 2007).

É importante destacar que as ações preventivas e os cuidados com as crianças citadas anteriormente se fortaleceram após a promulgação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), o qual foi criado em 1990, através da Lei nº. 8069 e atualizado em 2003. O ECA passou a enxergar e tratar crianças e adolescentes sob a ótica pessoal e social, dando aos mesmos voz diante das decisões políticas (ARAÚJO et al., 2014).

No âmbito geral, nas décadas de 80 e 90, ocorreram inúmeras conquistas sociais no que se refere à saúde. Isso devido a promulgação da Constituição Federal de 1988, assim como das Leis Orgânicas Municipais e, posteriormente, as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, as quais tiveram uma contribuição profunda para a transformação do cenário da saúde brasileiro, especialmente no que se refere à saúde da criança. Esse conjunto de ações foi uma mola propulsora para o declínio da mortalidade infantil, pois na década de 90 os índices chegaram a 47,7/1000 NV, no entanto, um longo caminho ainda tinha que ser percorrido (ARAÚJO et al., 2014).

Apesar de toda evolução já exposta, foi apenas no ano de 1991, através da implantação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e no ano de 1994, por meio da implantação do PSF (Programa Saúde da Família) pelo Ministério da Saúde, é que a saúde da criança realmente foi potencializada, ou seja, foi somente nesse período que foi atribuída a devida atenção à saúde infantil (ARAÚJO et al., 2014).

O PACS teve sua inspiração nas vivências de prevenções às doenças dada por meio da aproximação da comunidade, fator este que proporcionou a comunicação fomentando a orientação como uma meta destinada a reorganizar os serviços de saúde (ARAÚJO et al., 2014).

Já a implantação do PSF inicialmente foi tido como um programa de saúde e mais tarde teve sua ampliação se transformando em uma estratégia de governo, passando a ser denominado como ESF (Estratégia Saúde da Família) (ARAÚJO et al., 2014).

Essa estratégia teve como seu principal objetivo a reestruturação dos serviços de saúde de cada município, por meio da transformação do modelo hegemônico centrado na medicalização para um modelo que visa a promoção da saúde e a participação da comunidade. Essa estratégia adotada tem um vínculo responsável entre uma equipe multidisciplinar e a comunidade/população (ARAÚJO et al., 2014).

3 CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA CONFORME OS MARCOS DE DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento e o crescimento da criança são compostos por diferentes marcos. O bom crescimento e o bom desenvolvimento são sinônimos de ter as necessidades de nutrientes biológicos e os estímulos afetivos e sociais supridos na hora certa, em cada fase da infância. Dessa forma tanto o crescimento quanto o desenvolvimento são considerados marcos e indicadores extremamente sensíveis da qualidade de vida de uma população, assim como da organização dos serviços de saúde (ALVES; MOULIN; SANTOS, 2013).

Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento é um eixo que integra a central de todas as ações voltadas para atenção à saúde da criança. As principais características desse acompanhamento são as tecnologias pouco complexas e a extrema eficácia na prevenção de problemas nutricionais, onde os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, atuam como vigilantes da saúde e fomentam os hábitos saudáveis de vida (ALVES; MOULIN; SANTOS, 2013).

A avaliação do desenvolvimento das crianças deve ser feita com base na observação de aquisição dos marcos de desenvolvimento infantil. Esses marcos são a base da maior parte dos instrumentos utilizados para a avaliação do desenvolvimento, permitindo ao profissional observar o progresso do infante, bem como possibilita indicar o atraso no desenvolvimento deste (BRASIL, 2002).

As crianças possuem como seus principais indicadores de suas condições de saúde o crescimento e o desenvolvimento. Desse modo, o Ministério da saúde coloca como prioridade o acompanhamento do desenvolvimento infantil desde o nascimento até os 10 anos de idade, sendo esse acompanhamento a atenção básica a saúde da criança. É através da puericultura que se busca encontrar qualquer alteração no crescimento e no desenvolvimento do infante, como forma de prevenir possíveis complicações (BRASIL, 2002).

Ante o exposto, pode-se considerar o crescimento como o aumento do tamanho do corpo, o qual cessa com o fim do aumento em altura. Desse modo, para que se possa analisar o crescimento de uma criança é necessário fazer medidas e acompanhar essas medidas, como por exemplo, peso, estatura, perímetro cefálico e torácico, e fazer uma relação entre todas essas mensurações (BRASIL, 2002).

Por outro lado, o desenvolvimento é considerado como a mudança e expansão graduais, ou seja, é o progresso dos estágios infantis, assim como o surgimento e a expansão das capacidades cognitivas e motoras da criança, como, por exemplo, maturidade e o aprendizado (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Dessa forma, pode-se afirmar que o crescimento e o desenvolvimento da criança sofrem interferências do ambiente em que vive, e portanto, deve ter o acompanhamento periódico conforme estabelece as diretrizes do Ministério da Saúde. Ante o exposto, segue abaixo um resumo sobre os marcos do desenvolvimento da criança.

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, um recém-nascido de 15 dias, no que diz respeito aos seus reflexos, apresenta um apoio plantar, uma sucção e preensão palmar, as quais desaparecem até o sexto mês de vida; preensão dos artelhos, desaparece até o décimo primeiro mês; o reflexo cutâneo plantar, o qual é obtido pelo estímulo da porção lateral do pé, nos recém-nascidos, desencadeia uma extensão do dedo grande do pé. Nesse caso, a partir do décimo terceiro mês, ocorre flexão do dedo grande do pé. A partir desta idade, essa extensão é patológica (BRASIL, 2012).

Outro marco de um bebê de até 15 dias de vida, é o reflexo de Moro. Esse reflexo é medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente os seus braços. Deve ser sempre simétrico. O mesmo é incompleto a partir do terceiro mês e não deve existir a partir do sexto mês (BRASIL, 2012).

Por fim, o reflexo tônico-cervical pode ser avaliado pela rotação da cabeça para um lado, com conseqüente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contra laterais. Essa atividade deve ser realizada de forma bilateral e deve ser simétrica. Desaparece até o terceiro mês (BRASIL, 2012)

Uma criança de 1 mês de vida possui uma percepção melhor de um rosto, e é medida com base na distância entre o bebê e o seio materno. Além disso, há um predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa (BRASIL, 2012).

Entre dois e três meses o bebê apresenta sorriso social, e entre dois e quatro meses, o bebê já fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros. Com dois meses o bebê já passa a buscar e seguir objetos com o olhar, expandindo o seu campo de visão, e aos 3 meses o infante passa a ter uma noção de profundidade.

Aos quatro meses o bebê passa a ter uma preensão voluntária das mãos, e entre os quatro e seis meses o bebê vira a cabeça em direção a uma voz ou som de algum objeto (BRASIL, 2012).

Por volta dos 6 meses de vida é iniciada a noção de “permanência do objeto”, e a partir do sétimo mês o bebê passa a sentar-se sem apoio e entre os seis e nove meses começa a engatinhar (BRASIL, 2012).

É entre os nove meses e um ano que o neném começa a andar com algum apoio e por volta dos dez meses muitos já começam a ficar em pé sem nenhum apoio. Entre um ano e um ano e meio o neném já anda sozinho (BRASIL, 2012).

A partir do primeiro ano de vida o bebê já tem a acuidade visual de um adulto e entre um ano e seis meses e dois anos o infante consegue correr ou subir degraus mais baixo (BRASIL, 2012).

Por volta dos dois anos o bebê passa a se reconhecer no espelho e começa a brincar com o faz de conta, uma atividade que estimula o desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças, fazendo com que o infante cresça aprendendo a lidar com situações de ansiedade e conflitos. Além disso, é entre os dois e três anos que o bebê já pronuncia seu próprio nome e começa a nomear objetos como seus. É nessa fase que os pais ou responsáveis devem começar a retirada das fraldas e ensinar o bebê a usar o sanitário (BRASIL, 2012).

Entre os três e quatro anos a criança começa a vestir-se com o auxílio de alguém, e entre os quatro e cinco anos ela começa a contar e inventar pequenas histórias. Nesse período o comportamento da criança é caracteristicamente egocêntrico, no entanto, ao longo do tempo as demais crianças tornam-se cada vez mais importantes (BRASIL, 2012).

A partir dos seis anos de vida, a criança começa a desenvolver um pensamento lógico e a sua memória e habilidades com a linguagem são ampliadas. Nessa fase os ganhos cognitivos melhoram a capacidade de aproveitar a educação formal, e a sua autoestima é afetada a partir do desenvolvimento da sua auto imagem. É nesse período que as amizades ganham uma fundamental importância, tendo em vista que a criança começa a compreender a constância de gênero. Não é incomum a segregação entre gêneros nessa idade, a ideia de que meninos “não se misturam” com meninas e vice-versa é muito comum (BRASIL, 2012).

A partir dos sete anos de idade a criança inicia o desenvolvimento do julgamento global de auto valor, integrando a sua auto percepção, é nessa fase que a

criança adquire ideias sobre quem ela é e como ela deve ser. Nesse período a influência dos que a rodeiam, como amigos e colegas da mesma idade, passa a ter uma importância enorme na vida da criança, ao passo que a influência dos pais ou responsáveis diminui (BRASIL, 2012).

Por fim, a partir dos dez anos de idade inúmeras mudanças relacionadas à puberdade se iniciam e há um grande avanço no crescimento, ou seja, na estatura das crianças, geralmente este “estirão” nas meninas se dá por volta dos 11 anos e nos meninos ocorre por volta dos 13 anos (BRASIL, 2012).

Ante o exposto é possível afirmar que as características do crescimento da criança é um processo contínuo e dinâmico. Esse processo deve ser harmônico e seguir um ritmo constante. No entanto, o processo de crescimento do infante possui uma importante característica, que é a variabilidade individual, ou seja, cada criança tem uma forma diferente de crescer, fato este que é determinado tanto pela herança genética, quanto pelas influências do meio em que a criança vive. O papel do enfermeiro e de toda equipe de saúde é conseguir identificar quando isso é ou não normal (ALVES; MOULIN; SANTOS, 2013).

O processo de crescimento de uma criança pode ser acompanhado por meio da antropometria sequencial das crianças. Os índices antropométricos são muitos, como por exemplo peso/idade, peso/altura, altura/idade, índice de massa corporal (IMC)/idade e perímetro cefálico/idade. Vale ressaltar que sempre que for possível deve ser feita a combinação de dois ou mais índices com a finalidade de alcançar um diagnóstico mais estruturado do crescimento infantil (ALVES; MOULIN; SANTOS, 2013).

4 AÇÕES REALIZADAS PELO ENFERMEIRO NA PUERICULTURA

Inicialmente, a puericultura surgiu com o foco voltado essencialmente para a saúde pública, voltando-se em seguida aos ambulatórios como uma complementação da pediatria personalizada destes.

Nesse sentido, a puericultura foi vista com uma relevância fundamental, tendo em vista que por meio dela o enfermeiro possui ferramentas essenciais para detecção mais precoce dos diferentes desequilíbrios existentes nas áreas do crescimento, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor da criança (LOW et al., 2009).

Nesse contexto, a consulta de puericultura pode ser vista como um conjunto de regras e noções que norteiam os cuidados fisiológicos e higiênicos de uma criança, sendo que a mesma possui como objeto a criança saudável em todos os âmbitos, e como meta, um adulto saudável física e psicologicamente, bem como um adulto equilibrado (LIMA et. al., 2009).

Em resumo, pode-se afirmar que a puericultura é uma arte que visa a proteção da saúde das crianças, por meio de uma atenção integral, tendo em mente que a criança é um ser em desenvolvimento e como tal possui suas particularidades.

Há o entendimento de que as ações praticadas na puericultura têm como prioridade a saúde ao invés da doença, e, portanto, seus objetivos englobam a prevenção de doenças e conseqüentemente a educação da criança e de seus familiares, através de orientações periódicas sobre os ricos à saúde, visando oferecer, sempre que possível, medidas que funcionem como prevenção mais eficazes (DEL CIAMPO et. al., 2006).

Quando a equipe de saúde leva em consideração as vulnerabilidades em que as crianças bem como suas famílias estão inseridas, é possível criar um planejamento e executar um cuidado de maneira integral à saúde, estimulando a construção de uma rede de apoio, tanto no âmbito hospitalar, quanto no âmbito doméstico (PEDROSO; MOTTA, 2010).

Ressalta-se que o profissional da enfermagem exerce um papel fundamental no que se refere à atenção primária à saúde e ao desenvolvimento infantil, especialmente no que diz respeito às ações educativas que têm como finalidade fomentar o auto cuidado das crianças e familiares (CARNEIRO, 2010).

Cabe ao enfermeiro realizar consultas de puericultura conforme o preconizado no Caderno de Atenção Básica nº 33 (MS, 2012); realizar a aferição da pressão arterial dos escolares conforme o preconizado no Caderno de Atenção Básica nº 33 (MS, 2012) e encaminhar o resultado ao médico da equipe quando o exame estiver alterado; monitorar, notificar e orientar escolares, pais e professores diante de efeitos adversos das vacinais; realizar a aferição dos dados antropométricos¹ de peso e altura e avaliar o Índice de Massa Corporal (IMC) das crianças; solicitar exames de rotina e complementares; realizar prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB (MINAS GERAIS, 2017).

Uma das principais e mais importantes atividades exercidas pelo profissional de enfermagem, já implementada desde os primeiros meses de vida do infante. Diz respeito ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, onde são feitas análises dos índices antropométricos colhidos pelo enfermeiro. O enfermeiro deve fazer uma avaliação periódica, com intuito de averiguar quaisquer alterações que advenham de doenças que podem desencadear anormalidades na estrutura morfológica e estrutural do corpo de uma criança (MONTEIRO; CAETANO; ARAUJO, 2010).

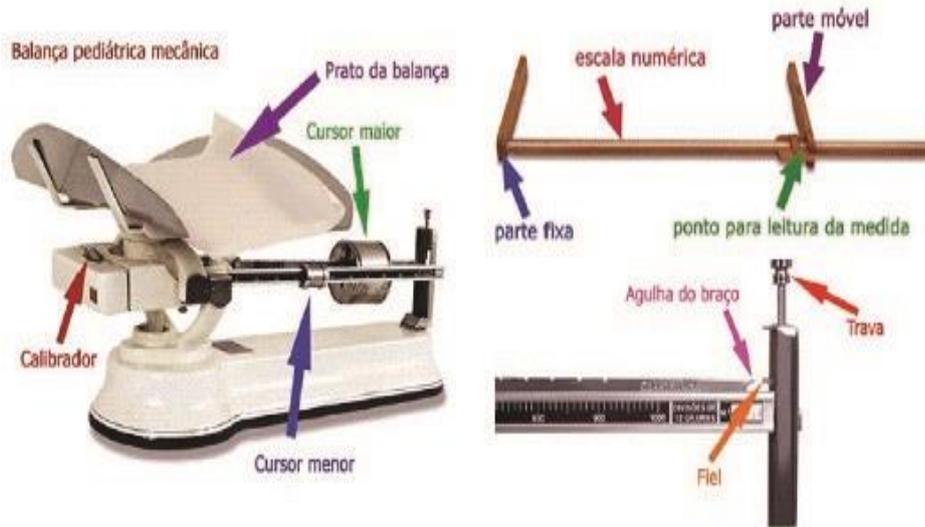
O enfermeiro precisa se ater a certos detalhes no que se refere ao procedimento de obtenção de dados antropométricos. O enfermeiro deve seguir alguns passos para obter o sucesso esperado desse procedimento, quais sejam, a escolha adequada do equipamento e obtenção das medidas; o registro das medidas; a interpretação dos dados antropométricos e o compartilhamento das informações colhidas com a família da criança (ALVES; MOULIN; SANTOS, 2013).

No que se refere à escolha do equipamento, uma criança com menos de três anos pode ter seu peso obtido por uma balança pediátrica, a qual pode ser mecânica ou eletrônica, e tem a capacidade média de até 16kg. Nessa faixa etária, as medidas da criança devem ser obtidas por meio de uma régua antropométrica horizontal, devendo ser dada preferência àquelas que possuem base de madeira em que a criança deve se deitar. Vale ressaltar que esse tipo de régua tem o limite de até 1 metro de comprimento (ALVES; MOULIN; SANTOS, 2013).

¹ Antropometria trata-se de conjunto de técnicas que são usadas para medir o corpo humano e suas partes.

Para ilustrar os equipamentos comumente utilizados, segue abaixo as figuras 1 e 2, que mostram como medir uma criança com até 3 anos de vida. É muito importante que os procedimentos sejam feitos da maneira estabelecida pelo Ministério da Saúde, pois é somente assim que as informações podem ser colhidas de forma mais precisa.

FIGURA 1 – Balança pediátrica mecânica e régua antropométrica horizontal.



FONTE: BRASIL, 2011.

FIGURA 2 – Técnica de posicionamento da criança na régua antropométrica horizontal.

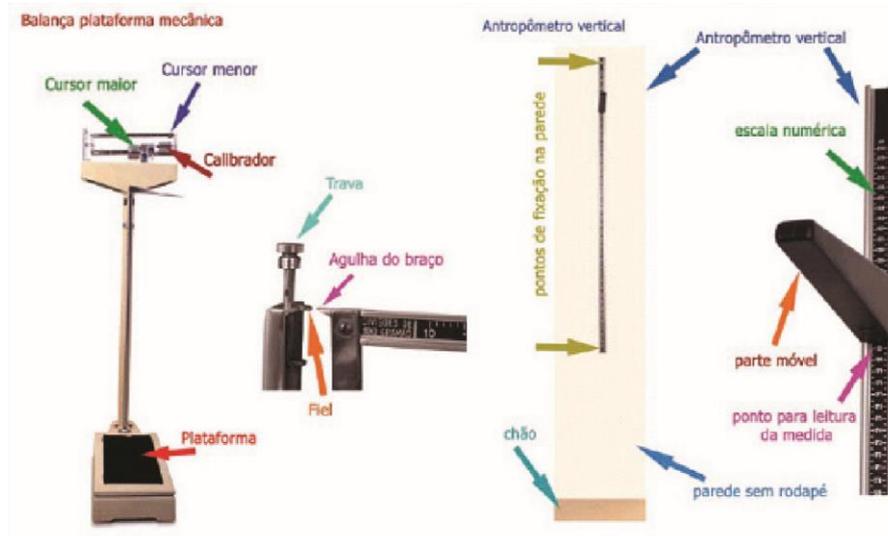


FONTE: BRASIL, 2011.

Para aquelas crianças que são maiores de três anos ou que pesam mais de 16 kg, ou medem mais de 1 metro de altura, deve ser utilizada a balança mecânica tipo adulto e a régua antropométrica vertical. Para a régua vertical deve ser dada preferência àquela de parede, e vale ressaltar que nessa faixa etária e condições as crianças devem ser medidas e pesadas em pé (BRASIL, 2011).

A figura 3 retrata os equipamentos mencionados.

FIGURA 3 – Balança plataforma adulto e régua antropométrica vertical.



FONTE: BRASIL, 2011.

Já o perímetro cefálico obrigatoriamente é medido até o segundo ano de vida e para tanto deve ser utilizada a fita métrica, que seja flexível e inextensível. Deve ser dada preferência para as fitas métricas mais estreitas, comumente conhecidas como trena antropométrica (BRASIL, 2011).

A técnica de antropometria deve seguir alguns passos para que seja feita da forma correta, primeiramente, o enfermeiro deverá checar a calibragem das balanças antes de usá-las. Além disso, as crianças devem sempre ser pesadas despidas e descalças. No processo de pesagem, o enfermeiro deve estar atento se a criança ou a balança não estão tocando a parede ou qualquer outro móvel. Já no que se refere à balança do tipo plataforma, o enfermeiro deve se atentar para que a criança não esteja segurando partes da balança e deve estar centralizada no prato (ALVES; MOULIN; SANTOS, 2013).

Além disso, ao fazer a medida da criança o enfermeiro deve verificar se os pés estão bem juntos, se os joelhos estão estendidos e se a linha dos olhos está perpendicular à linha do corpo. Para fazer a medida de uma criança que tenha menos de um metro de altura, o enfermeiro irá precisar da ajuda do responsável ou de outro profissional da equipe de saúde para que seja possível posicioná-la da forma adequada na régua antropométrica, conforme ilustrado na figura 2. Por fim, para medida do perímetro cefálico a fita métrica ser posicionada passando pelas sobrancelhas do bebê e na proeminência occipital, caso seja necessário o enfermeiro

deve pedir ajuda ao responsável ou um colega da equipe (ALVES; MOULIN; SANTOS, 2013).

Como foi visto no capítulo anterior, o crescimento de uma criança pode ser diferente de uma criança para outra e o principal desafio do profissional de enfermagem é conseguir identificar quando essa diferença é normal ou não. Para resolução desse problema, foram criadas curvas de referência, nas quais é possível fazer uma comparação entre crescimento de uma criança e de outra da mesma idade, saudável e com suas necessidades atendidas (ALVES; MOULIN; SANTOS, 2013).

As figuras 4 e 5 ilustram as chamadas curvas de referência, que é a maneira mais eficaz de se registrar os dados antropométricos e analisar o crescimento de uma criança. Esse procedimento de registrar os dados antropométricos nos gráficos permite ao profissional observar se o crescimento da criança está ou não dentro da normalidade.

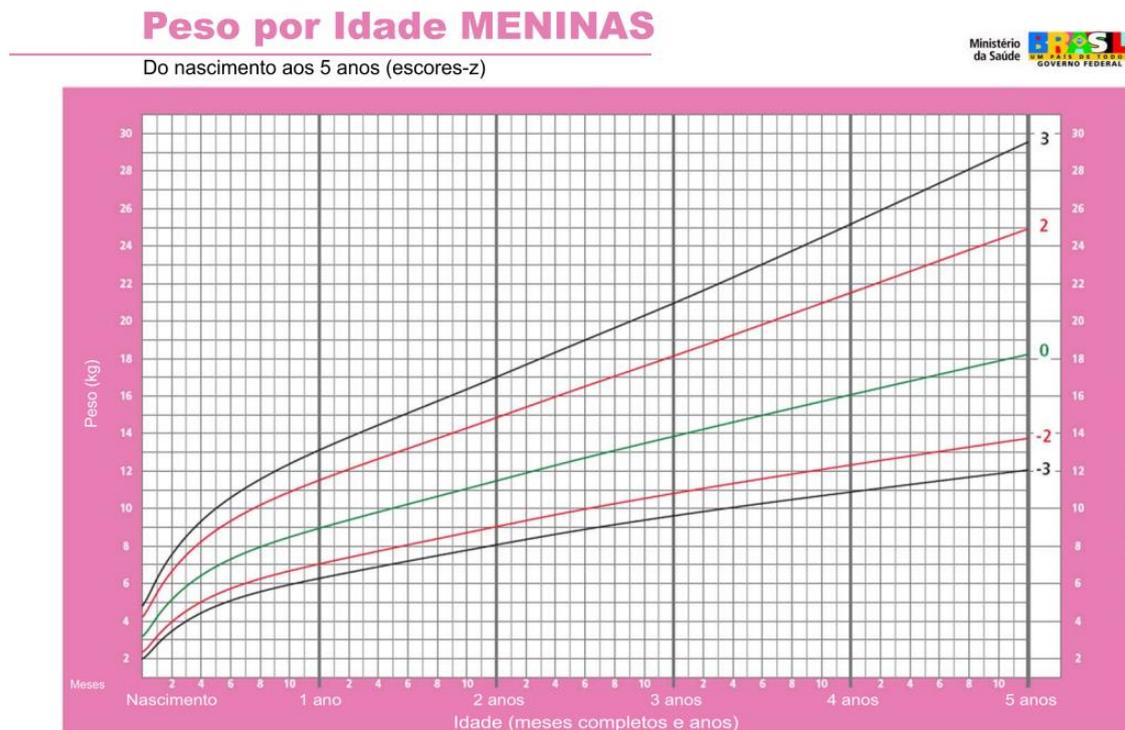
FIGURA 4 – Curva peso x idade (meninos), do nascimento aos cinco anos (percentis)



FONTE:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/graficos_oms/peso_por_idade_meninos_escor es.pdf
http://189.28.128.100/nutricao/docs/graficos_oms/maiores_5anos/peso_por_idade_meninas_percentis.pdf, 2006.

FIGURA 5 – Curva peso x idade (meninas), dos cinco aos 10 anos (escore-z)



FONTE:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/graficos_oms/peso_por_idade_meninas_escores.pdf, 2006.

Nesse sentido, o MS orienta que a avaliação das curvas de crescimento da criança com o uso do escore-z deve ser padronizado, esperando conseguir dessa forma um maior poder de comparação de dados de países diferentes (ALVES; MOULIN; SANTOS, 2013).

Para que haja um cuidado integral da saúde da criança, é necessário que se conheça e analise os serviços prestados em cada unidade básica de saúde, buscando traçar metas e estratégias de melhorias para sanar as falhas e os pontos fracos que por ventura possam existir, por parte de toda equipe (CARVALHO et al, 2008).

De modo geral, o enfermeiro tem o papel de prestar assistência e gerenciar as ações da puericultura, é este profissional que tem a capacidade de analisar a realidade vivida pelos pacientes e buscar formas de adequar ou até mesmo transformar essa realidade com intuito de melhorar a qualidade dos cuidados destinados à saúde infantil.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa demonstrou quais condutas podem ser realizadas de forma simples pelo enfermeiro nas unidades de saúde, como medidas antropométricas, avaliação de cartão de vacina e orientações ao aleitamento materno, de acordo com as literaturas e práticas nem sempre é feito de maneira desejada pelo protocolo do ministério da saúde. Para que se tenham um bom resultado nas consultas de puericultura é necessária uma capacitação de técnicas e normas na articulação no trabalho integrado da equipe na atenção a criança.

Existem algumas dificuldades na consulta de enfermagem na puericultura, como por exemplo, a falta de preparo das técnicas de trabalho, a disponibilidade de materiais e capacitação dos profissionais. Tendo assim a deficiência no protocolo onde se dá o processo de comunicação de referência e contra referência na própria unidade básica de saúde.

A criança passa por vários estágios durante cada mês de vida diante do acompanhamento na Atenção Básica. A cada mês a criança é estimulada e avaliada a um desenvolvimento diferente, onde se avalia nos primeiros meses o tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa, sucção e medidas antropométricas.

Continuadamente as avaliações de cada mês, as mães deverão ser orientadas sobre a estimulação da criança, informar sobre os sinais de alerta em cada fase da vida, o momento certo de introduzir as comidas, o desenvolvimento locomotor, da fala e neuropsicomotora. E sempre lembrar o retorno do acompanhamento em 30 dias a unidade de saúde.

Mediante as ações anteriormente citadas é evidente a importância da avaliação contínua das ações de enfermagem pelo enfermeiro, assim como da realização de uma puericultura de excelência. Sendo assim esta pesquisa atingiu sua meta prioritária descrevendo as ações a serem realizadas pelo enfermeiro na puericultura, podendo então ser consultada por profissionais e acadêmicos do curso de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALVES, Cláudia Regina Lindgren; MOULIN, Zeína Soares; SANTOS, Luana Caroline dos. **Atenção à Saúde da criança: aspectos básicos**. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013. 145p.

ARAÚJO, J. P.; SILVA, R. M. M.; COLLET, N.; NEVES, E. T.; TOSO, B. R. G. O.; VIEIRA, C. S. **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014. *Scielo*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>. Acesso em: 31 Mai de 2018.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BRASIL. **Lei nº. 7.498 de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm>. Acesso em: 10 Mai 2018.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (Cadernos de Atenção Básica, nº 11). Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76p.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272p.

_____. **Governo do Brasil. Mortalidade infantil continua em queda no Brasil**. 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2016/11/mortalidade-infantil-continua-em-queda-no-brasil>>. Acesso em: 9 Mai 2018.

CARNEIRO, V. G. **A puericultura realizada pelo enfermeiro: importância na estratégia saúde da família**. Corinto-MG, 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2607.pdf>>. Acesso em: 10 Mai 2018.

CARVALHO, M. F. et al. **Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil**. Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, n.3, pp. 675-685. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/csp/v24n3/21.pdf>>. Acesso em: 10 Mai 2018.

DEL CIAMPO, L. A.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C.; DEL CIAMPO, I. R. L.; FERRAZ, I. S., ALMEIDA, C. A. N.; **O Programa de Saúde da Família e a Puericultura**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n. 3, novembro, 2006.

GARCIA, B. L. de; MACHADO, C. M.; FERNANDES, J. M.; MIRAPALHETE, I. M. C; BURILLE, A.; QUADROS, L. de C. M. de. **Avaliação do Programa de Puericultura em uma Unidade Básica no Município de Pelotas/RS**. Anais do XVII CIC (Congresso de Iniciação Científica) – Conhecimento sem fronteiras – 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong**: fundamentos de enfermagem pediátrica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=wXJ2BQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=D9qd-xYrEQ&sig=1GLT3JfNepilbd0ZICrFH8BTIPQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 15 Mai 2018.

KATRNI, Guidolini Martinelli; NETO, Edson Theodoro dos Santos; GAMA, Silva Granado Nogueira da; OLIVEIRA, Adauto Emmerich. **Adequação do processo de Assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede cegonha**. Rev. Bras. Ginecol. Obstd, 2014.

LIMA, G. G. T.; SILVA; M. F. O. C.; COSTA, T. N. A.; NEVES, A. F. G. B.; DANTAS, R. A.; LIMA, A. R. S. O. **Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura**. Rev. Rene. Fortaleza, v. 10, n.03, jul/set. 2009.

LOW, S. T.; ABRÃO, F. M. S.; AQUINO, J. M.; MONTEIRO, E. M. L.; NETA, M. J. P. **Consulta de enfermagem em puericultura no centro de saúde escola na cidade do Recife, Pernambuco: um relato de experiência**. Anais do 2º SENABS – Seminário Nacional de Diretrizes para Enfermagem na Atenção Básica em Saúde, Recife-PE, 2009.

MARCÍLIO, M.L. **História social da criança abandonada**. São Paulo: Hucitec; 1998.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. São Paulo: Atlas: 2011.

MINAS GERAIS. **Guia de Orientações para a Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde/ Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Coren-MG, 2017. 220p.

MONTEIRO, Flávia Paula Magalhães; CAETANO, Joselany Áfio; ARAUJO, Thelma Leite de. **Enfermagem na saúde da criança: estudo bibliográfico acerca da avaliação nutricional**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 406-411, Jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Mai 2018.

NETO, L. G. **Solidariedade e capital social**: um estudo das suas expressões na pastoral da criança em Niterói. 82f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

OLIVEIRA, R. C. S. Crianças e adolescentes (des) acolhidos: a perda da filiação no processo de institucionalização. 188f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

PEDROSO, M. L. R.; MOTTA, M.G. C. **Vulnerabilidades socioeconômicas e o cotidiano da assistência de enfermagem pediátrica**: relato de enfermeiras. Esc. Anna Nery, v.14, nº 2. Rio de Janeiro, Abr/Jun 2010.

RAMOS, Fábio Pestana. A história trágico-marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In: PRIORE, Mary Del (Org). História das Crianças no Brasil. São Paulo: Contexto, 2000.

RODRIGUES, E. M; NASCIMENTO, R. G e ARAÚJO, A. **Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família**. Rev. Esc. Enfermagem. USP, 2011

VIEIRA, V. C. L.; FERNANDES, C. A.; DEMITTO, M. O.; BERCINI, L. O.; SCOCHI, M. J.; MARCON, S. S. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 17, n. 1, mar. 2012. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26384>>. Acesso em: 10 Mai 2018.