

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

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE CUIDADO DE SAÚDE DA CRIANÇA PARA O
MUNICÍPIO DE LEME DO PRADO – O PAPEL DO ENFERMEIRO**

HELOÍSA MARIA DA CONSOLAÇÃO BARROSO

**ARAÇUAÍ/MG
2011**

HELOÍSA MARIA DA CONSOLAÇÃO BARROSO

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE CUIDADO DE SAÚDE DA CRIANÇA PARA O
MUNICÍPIO DE LEME DO PRADO – O PAPEL DO ENFERMEIRO**

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

Orientadora: Profa. Sirley Alves da Silva Carvalho

ARAÇUAÍ /MG

2011
HELOÍSA MARIA DA CONSOLAÇÃO BARROSO

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE CUIDADO DE SAÚDE DA CRIANÇA PARA O
MUNICÍPIO DE LEME DO PRADO – O PAPEL DO ENFERMEIRO**

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

Orientadora: Profa. Sirley Alves da Silva Carvalho

Banca examinadora

Profa. Sirley Alves da Silva Carvalho - UFMG

Prof. Alisson Araújo - UFSJ

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

**ARAÇUAÍ /MG
2011**

RESUMO

A construção de protocolos de atendimentos à criança contribui para a fundamentação das ações dos estabelecimentos de saúde e para o amparo legal dos profissionais, além de afastar ou minimizar o risco de iatrogenias, colaborando assim para redução da mortalidade infantil, desenvolvimento de ações que englobem a promoção da qualidade de vida, prevenção de doenças e vigilância em saúde. A partir de tal constatação constituiu-se o objetivo que fundamenta o presente trabalho: a elaboração de uma proposta de protocolo de cuidado a saúde da criança que possa ser adotado pelos enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família no município Leme do Prado-MG. Para atingir o objetivo deste trabalho, primeiramente foi realizada uma pesquisa bibliográfica baseada em publicações científicas da área. No transcorrer do trabalho deparou-se com a dificuldade de encontrar protocolo semelhante, ao mesmo tempo percebeu-se a importância de garantir uma atenção qualificada à população do município de Leme do Prado. Espera-se que o protocolo elaborado traga benefícios ao município uma vez que os profissionais de enfermagem poderão prestar cuidados às crianças de forma holística e integral melhorando assim as condições de saúde da população.

Palavras-chave: Atenção Básica. Enfermeiro. Protocolo.

ABSTRACT

The construction of care protocols to children contributes for the substantiation of the actions of the health establishments and legal support of the professionals, in more this allows remove or minimizing the risk of iatrogenic, thus contributing for reduction of infantile mortality, development of actions that of promotion of the quality of life, prevention of illnesses and monitoring in health. So, the aim of this study was the development of a care protocol to health of the children to be adopted by the nurses who work in the Strategy Health of the Family in the city of Leme do Prado-MG. Firstly, was performed a bibliographical research based in scientific publications in the area. During the development of this work it was noticed the difficulty to find similar protocol, at the same time was perceived the importance to guarantee a qualified attention to it the population of the city of Leme do Prado-MG. It is hoped that the protocol elaborated will bring benefits to the municipality since the nurses can provide care to children in a holistic and integral thus improving the health of this population.

Keyword: Basic Care. Nurses. Protocol.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	07
2. OBJETIVO -----	10
2.1 Objetivo Geral -----	10
2.2 Objetivos específicos -----	10
3 METODOLOGIA -----	11
4 DESENVOLVIMENTO -----	14
4.1 Organização de Serviço de Saúde -----	14
4.2 Protocolos de cuidado a saúde da criança e o papel do enfermeiro -----	15
4.3 Protocolo de cuidado a saúde da criança proposto para o Município Leme do Prado -----	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	22
6 REFERÊNCIAS -----	23
7. ANEXO I-----	25

1 - INTRODUÇÃO

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo em que todos os indivíduos obtivessem os seus direitos e deveres mediante políticas públicas.

A partir de então, pela primeira vez a saúde entrou na constituição como direito social, sendo que esta é um direito de todos e um dever do Estado, que está expresso nos Artigos 6º e 196º da constituição federal de 1988:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 196º A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1999).

Para se alcançar o objetivo de redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS), para garantir saúde à população.

O SUS possui como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade e como princípios organizativos o controle social, a regionalização, a hierarquização e a complementação do setor privado (BRASIL, 1990).

Através destes princípios propõe-se uma nova atenção a saúde, que objetiva promoção, proteção e recuperação da saúde para todos.

Uma das medidas introduzidas com a criação do SUS, para produzir mudanças no estado de saúde, foi a Atenção Básica, que surge reorganizando os níveis assistenciais até então existentes.

Essa nova concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes multiprofissionais, compostas, por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tendo responsabilidade sobre um território delimitado (BRASIL, 1997).

A equipe multidisciplinar, denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF), estabelece vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade desses profissionais com os usuários e a comunidade, facilitando,

então, a acessibilidade da população à saúde. O foco principal desta equipe é atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, minimizando a demanda nos níveis, secundário e terciário, conseqüentemente, reduzindo custos, além de fortalecer os princípios do SUS (BRASIL, 1997).

Para isso, ESF propõe que seja realizada de maneira inter e multidisciplinar o acompanhamento da saúde da população, atribuindo à Unidade Básica de Saúde (UBS) a responsabilidade integral sobre o monitoramento da população que reside na sua área de abrangência.

É sabida a importância do profissional enfermeiro na Atenção Básica e da sua atuação interdisciplinar em equipe para a garantia da acessibilidade e da qualidade assistencial (BRASIL, 1997).

Porém, para a execução de atividades diagnósticas e prescritivas pelo enfermeiro é necessário que existam protocolos municipais ou institucionais normatizados, no caso da Atenção Básica, pela Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 1986).

Questionamentos legais têm sido colocados por outras categorias profissionais sobre a atuação do enfermeiro em ações protocolares direcionadas para o ciclo de vida das pessoas, entretanto o papel do enfermeiro tem sido evidenciado e garantido como maneira de fortalecimento do trabalho interdisciplinar na saúde coletiva (BRASIL, 2006 b).

Porém, ainda é notória a dificuldade dos profissionais de encontrarem um protocolo que englobe todos os ciclos de vida e todas as ações específicas.

Como aluna do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e enfermeira de uma equipe da estratégia de saúde da família do município de Leme do Prado/MG, a autora deste trabalho percebeu a necessidade de mais pesquisas e trabalhos acerca dos protocolos de enfermagem. Essa percepção se torna imprescindível, pois trata-se de um instrumento que tem a capacidade de subsidiar, qualificar e implementar as ações básicas de saúde, com enfoque centrado na necessidade do usuário e no trabalho interdisciplinar.

O protocolo também contribui para a solidificação do papel do enfermeiro junto à sociedade além de reafirmar a importância do trabalho em equipe para a consolidação do SUS.

Os protocolos de atendimento a criança são de extrema importância para a fundamentação das ações dos estabelecimentos de saúde e amparo legal dos profissionais, além de afastar ou minimizar o risco de iatrogenias, contribuindo assim para redução da mortalidade infantil, desenvolvimento de ações que englobem a promoção da qualidade de vida, prevenção de doenças e vigilância em saúde; de modo que as crianças recebam um atendimento com qualidade.

Diante do exposto este trabalho pretende elaborar uma proposta de protocolo de cuidado a criança que possa ser adotado pelos profissionais enfermeiros da ESF que atuam no município Leme do Prado - MG.

2 - OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Elaborar uma proposta de protocolo de cuidado à saúde da criança que possa ser adotado pelos enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família no município Leme do Prado-MG

2.2 Objetivos Específicos

- Aprofundar o conhecimento teórico sobre protocolo de cuidado á saúde da criança, organização do serviço, atendimento e procedimentos;
- Fornecer subsídios que contribuam para a melhoria do atendimento à população infantil no município Leme do Prado.

3 - METODOLOGIA

Para atingir o objetivo deste trabalho foram consultados os protocolos disponíveis em sites oficiais das prefeituras, dos Estados e do Ministério da Saúde e dados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) do município de Leme do Prado. No período de outubro de 2010 a março de 2011 foram feitas leituras sistematizadas das publicações encontradas. Os conteúdos encontrados nas publicações nortearam a proposta de adoção de um protocolo para o município Leme do Prado. Os descritores foram: enfermeiro, atenção básica e protocolo.

O município de Leme do Prado está situado no alto Jequitinhonha, na macrorregião de Diamantina, Gerência Regional de Saúde de Diamantina, microrregião de Capelinha/Minas Novas/Turmalina, comarca de Minas Novas, com extensão territorial de 282,2 km². Faz limite a oeste com o município de Botumirim, a leste com Chapada do Norte, ao norte com José Gonçalves de Minas e ao sul com os municípios de Turmalina e Minas Novas. Distancia-se da capital do estado, Belo Horizonte, cerca de 480 km.

O modelo de atenção a Saúde do município de Leme do Prado foi qualificado de acordo com a Norma Operacional de Assistência a saúde (NOAS/SUS/01/2002), como Modelo de Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada. O município possui: uma unidade de atendimento primário na sede que é a UBS Rodolfo Coelho Amaral e pontos de apoio nas comunidades; duas equipes de Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal; Farmácia Básica; Laboratório de Análises Clínicas; Laboratório de Epidemiologia; Setor de Fisioterapia; Atendimento Psicológico e Fonoaudiológico.

O Laboratório de Análises Clínicas realiza apenas exames básicos referenciando alguns exames aos laboratórios da GRS/Diamantina, Hermes Pardini, Hospital de Turmalina dentre outros. Os exames de apoio diagnóstico realizados na unidade são: Eletrocardiograma e Ultra-sonografia. No município possui 5 pontos de atendimentos primário a saúde (uma unidade central UBS Rodolfo Coelho Amaral localizado na sede do município, unidade de saúde em Gouveia, Posses, Acauã e Mandassaia). O Quadro 1 refere a composição das equipes da estratégia saúde da família no município Leme do Prado. Quadro 1: Composição das equipes da estratégia saúde da família no município Leme do Prado.

Quadro 1: COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE LEME DO PRADO/MG.

Equipe PSF	Composição	Área de Abrangência
Equipe 1	1 Médico 1 Enfermeiro 2 Técnico de Enfermagem 5 Agentes de saúde 1 Cirurgião Dentista 1 Auxiliar de Consultório Dentário	Acauã de Minas Córrego do Moinho Olhos D'água Córrego do Lamarão Mandassainha Velho Texas
Equipe 2	1 Médico 1 Enfermeiro 1 Técnico de Enfermagem 3 Auxiliares de Enfermagem 6 Agentes de saúde 1 Cirurgião Dentista 1 Auxiliar de Consultório Dentário	Posses Mandassaia Gouveia Palmital Barreiro Porto Coris

Fonte: Plano Diretor da Atenção Primária (2010).

Aspectos demográficos

A densidade demográfica do município de Leme do Prado é de 17,9 habitantes por km². Possui aproximadamente 5077 habitantes cuja maioria está concentrada na zona rural (cerca de 2.559 habitantes). De acordo com o quadro 2 a população se divide por gênero em partes praticamente iguais, sendo aproximadamente 2495 de mulheres e 2582 homens. A população é constituída por uma maioria de adultos jovens estando 2.132 pessoas na faixa etária de 15 á 39 anos e cerca de 9,8% da população idosa, 498 pessoas. Cerca de 5% da população possui plano de saúde.

De acordo com Sistema de Nascido Vivos (SINASC) nascem, anualmente, uma média de 50 crianças no município, são ofertados aproximadamente 80 atendimentos programados ao mês e em caso de urgência toda criança é atendida. Esses 80 atendimentos são divididos em consulta médica e de enfermagem, vacinação entre outros. Pode-se perceber que a população infantil do município é atendida de maneira incipiente de acordo com os parâmetros proposto pelo Ministério da Saúde onde a criança no 1º ano de vida deveria ter no mínimo 7

consultas médicas, atendimento diferenciado na puericultura . O município apresenta muitos desafios a ser superados de modo atingir os objetivos do modelo de atenção a saúde vigente. Uma das principais barreiras enfrentadas é que muitas crianças residirem na zona rural onde se ausentam dos atendimentos programados e procuram a unidade somente em caso de urgências. Com este protocolo espera-se que as ações de atenção a saúde da criança seja melhor organizada seguindo os parâmetros do Ministério da Saúde assim como de acordo com a realidade local do município seja ofertar maior número de consulta médica para as crianças entre outras ações.

Quadro 2: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO LEME DO PRADO/MG POR FAIXA ETÁRIA E SEXO, 2010

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA E SEXO			
Faixa etária	Masculino	Feminino	População Total
< de 1 Mês	10	11	21
1 a 11 meses	28	38	66
1 a 4 anos	143	153	296
5 a 9 anos	238	246	484
10 a 14 anos	255	231	489
15 a 19 anos	268	229	497
20 a 24 anos	256	204	460
25 a 29 anos	229	223	452
30 a 34 anos	196	184	380
35 a 39 anos	178	165	343
40 a 44 anos	169	164	333
45 a 49 anos	173	169	342
50 a 54 anos	121	109	230
55 a 59 anos	89	99	188
60 a 64 anos	60	82	142
65 a 69 anos	56	50	106
70 a 74 anos	38	53	91
75 a 79 anos	29	35	66
> 80 anos	46	47	93
TOTAL	2582	2495	5077

Fonte: Plano Diretor da Atenção Primária, Leme do Prado (2010).

4 - DESENVOLVIMENTO

4.1-Organização do Serviço de Saúde

As mudanças relacionadas às políticas públicas de saúde apontam para uma progressiva mudança da organização dos serviços, o antigo modelo assistencial dá lugar a um modelo de atenção integral, baseado em práticas de promoção e prevenção, além da recuperação da saúde (BRASIL, 2000).

A enfermagem tem um papel essencial na prestação de serviços de saúde, com as mudanças nos processos de organização do trabalho. Cabe aos profissionais buscarem alternativas para romper com os modelos tradicionais de gestão que apresentam um processo de organização do trabalho focado em tarefas e com uma visão fragmentada do cliente, numa estrutura centralizadora e pouco flexível (MAGALHÃES E DUARTE, 2004).

4.2- Protocolos de cuidado a saúde da criança e o papel do enfermeiro

É esperado que o enfermeiro desenvolva diversas ações, no cuidado a criança. O olhar específico sobre a saúde da criança, não deve fragmentá-la do todo representado por uma família e por uma comunidade. As ações protocolares devem ser entendidas como uma diretriz de qualidade mínima a ser seguida e não devem substituir o bom senso do profissional de saúde e nem eximi-lo da responsabilidade do conhecimento científico. Este ciclo de vida vai de 0 aos 12 anos de idade, sendo um período de acelerado desenvolvimento estrutural, ponderal e cognitivo. As ações deste visam promover, proteger e recuperar a saúde da criança, oferecendo condições adequadas para o seu desenvolvimento natural. Dentre essas ações estão: a primeira semana integral, screening neonatal (teste do pezinho), vacinação, puericultura 0 a 6 anos, crescimento e desenvolvimento (6 a 12 anos), saúde bucal e ações educativas (BRASIL, 2006b).

A assistência à saúde da criança é muito importante e possui cinco ações básicas que surgiram como respostas aos agravos mais freqüentes e de maior peso na morbimortalidade de crianças. Essas ações são: promoção do aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, prevenção e controle das doenças

diarréicas agudas, prevenção e controle das doenças respiratórias agudas, imunização e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil (BRASIL,1994).

O enfermeiro ao assumir as ações da Estratégia Saúde da Família deve ser o responsável direto pela equipe de enfermagem, devendo ser capaz de reconhecer os processos educativos, o aprender, o ensinar como também finalidade do trabalho da enfermagem, que é o cuidar numa perspectiva multidimensional (BOAS, ARAÚJO e TIMÓTEO, 2008).

A equipe de enfermagem deve ser capaz de realizar o atendimento com qualidade em ações educativas efetivas de sensibilização, garantindo o vínculo da mãe/ família com a UBS para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, estimulando a mãe a se envolver. Diálogo é essencial para a busca da qualidade de vida do autocuidado e da cidadania (BRASIL, 1994).

As ações protocolares visam à qualificação da assistência aos usuários, determinando ações mínimas a serem desenvolvidas para cada pessoa de acordo com o ciclo de vida (MINAS GERAIS, 2004).

O Protocolo pretende, essencialmente, subsidiar e qualificar a implementação das ações básicas de saúde, com enfoque centrado na necessidade do usuário e no trabalho interdisciplinar. Em suma, nota-se uma necessidade preeminente da criação de estratégias cada vez mais bem definidas e seguras dos planos de assistência, melhor dizendo, a criação de protocolos de atenção à saúde onde se tenha a obtenção de resultados efetivos que predominem as relações interpessoais e um compromisso afetivo com o cliente e sua família (CAMPINAS, 2001).

Uma dificuldade ainda vivenciada por vários municípios é a adaptação de outros protocolos federais e estaduais à sua realidade, fazendo as modificações necessárias para o funcionamento adequado. Outra dificuldade é a maneira em que esses protocolos se organizam, de maneira fragmentada, o que pode promover a redução da ação profissional a nichos de atendimentos não pensados de forma longitudinal (BRASIL, 2006 b).

Ao nível local fica a responsabilidade de combater essa fragmentação fazendo adaptações que forem necessárias em padrões mínimos de qualificação assistencial (MINAS GERAIS, 2004).

4.3 Protocolo de cuidado a saúde da criança proposto para o município o Município Leme do Prado – MG

Um protocolo que aborda tanto ações de prevenção e promoção a saúde quanto a técnicas e procedimentos clínicos realizados por enfermeiros na atenção a saúde da criança fortalece a atuação do enfermeiro frente à assistência - puericultura, imunização, ações preventivas e promocionais, atividades grupais - contribuindo assim para melhoria das condições de saúde das crianças e dos indicadores de saúde a nível municipal e regional (CAMPINAS, 2001).

Diante disso, optou-se pela criação de um protocolo centrado no desenvolvimento humano, diferenciado da maioria dos protocolos já existentes, focalizando os cuidados básicos de saúde de acordo com as necessidades mais peculiares em cada estágio de vida, iniciando pela concepção e seguindo pelo desenvolvimento da criança.

Dessa forma, o protocolo foi dividido em seções (Quadro 3, Quadro 4 e Quadro 5), para facilitar seu uso pelos enfermeiros na assistência à criança, em momentos e procedimentos distintos de acordo com a faixa etária.

Acredita-se que este protocolo irá contribuir para melhoria dos atendimentos prestados as crianças do município visto que é completo e que todos os profissionais envolvidos na atenção a criança estarão cientes deste acompanhamento seguindo a mesma linha de atendimento e não um trabalho onde cada um faz uma parte.

O protocolo está representado a seguir pelos quadros 3, 4 5 e 6.

Cabe ressaltar que os profissionais responsáveis pelo atendimento devem identificar as crianças em situação de risco para acompanhamento mais rigoroso e encaminhamentos necessários. No protocolo Atenção à Saúde da Criança proposto pela SES-MG em 2004 foram identificadas duas categorias de risco (Anexo I):

Grupo I: Criança que necessita de uma avaliação mais cuidadosa podendo ser acompanhada pela equipe de saúde, avaliando com freqüência a necessidade de encaminhamento.

Grupo II: Criança que necessita de acompanhamento com o pediatra ou especialista necessitando também de um acompanhamento contínuo da equipe saúde.

Quadro 3 - Protocolo de Cuidado à Criança - Abordagem Preventiva e Promocional - de 0 a 21 dias

Protocolo de Cuidado à Criança – de 0 a 21 dias		
Abordagem Preventiva e Promocional		
PERÍODO	ABORDAGEM	PROCEDIMENTOS
Primeira semana	Visita Domiciliar (mãe e filho)	Observar o elo de mãe e filho, Observar coto umbilical; (higienização e sinais de infecção) Observar icterícia; (coloração da pele, conjuntiva ocular) Observar infecções (oculares), Observar mama da mãe; (mamilo, presença de fissura, mastite entre outros) Fazer aconselhamento pré-teste do Pezinho;
	Avaliação da condição de saúde; Na Unidade de Saúde	Anamnese; Exame físico;
	Vacinação – Na Unidade de Saúde	BCG; Hepatite B (1ª dose)
	Ações do 5º dia – Na Unidade de Saúde	-Preencher o Cartão da Criança com orientações à família sobre o seu objetivo e importância; - Verificar o estado geral da criança e presença de sinais de perigo; - Coletar o material para a triagem neonatal (Teste do Pezinho), orientando a família sobre quais são as doenças triadas, qual a importância do diagnóstico precoce e como será informada do resultado; - Orientar a família sobre reações vacinais e retorno para as próximas vacinas; - Orientar sobre o aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical e cuidados de higiene; - Verificar a presença de icterícia. Se esta for detectável abaixo da cintura, a criança deve ser imediatamente encaminhada à consulta médica ou de enfermagem; - Agendar a primeira consulta; - Verificar o estado geral da mãe; - Aplicar a vacina anti-rubéola na mãe; - Agendar a consulta do pós-parto para a mãe.
15 a 21 dias	1ª consulta (puericultura) consulta de enfermagem	Anamnese; Exame físico; Orientações gerais; Agendar retorno;

Fonte: Linha Guia Saúde da Criança SES.

Quadro 4 - Protocolo de Cuidado à Criança - Abordagem Preventiva e Promocional - de 01 a 24 meses

Protocolo de Cuidado à Criança – de 01 a 24 meses		
Abordagem Preventiva e Promocional		
PERÍODO	ABORDAGEM	PROCEDIMENTOS
1º mês	Puericultura (consulta médica) Vacinação	Anamnese; Exame físico; Hepatite B (2ª dose);
2º meses	Puericultura (consulta de enfermagem) Vacinação	Anamnese; Exame físico; Orientações gerais; Agendar retorno; Rota vírus 1ª dose; Anti-pólio 1ª dose; DTP (Tetraivalente) 1ª dose; Pneumo 10
3º meses	Puericultura (consulta médica) Vacinação	Anamnese; Exame físico; Agendar retorno; Meningite C
4º meses	Puericultura (consulta de enfermagem) Vacinação	Anamnese; Exame físico; Agendar retorno; Iniciar sulfato ferroso RN a termo, do início do desmame (leite materno exclusivo) até 2 anos de idade RN pré termo e/ ou baixo peso, do 30º dia de vida até 2 anos de vida Rota vírus 2ª dose; Anti-pólio 2ª dose; DTP 2ª dose; Pneumo 10
5º meses	Puericultura (consulta médica) Vacinação	Anamnese; Exame físico; Agendar retorno; Meningite C
6º meses	Puericultura (consulta de enfermagem)	Anamnese; Exame físico; Orientações sobre início da alimentação Agendar retorno

	Vacinação	Iniciar sulfato ferroso prófilático Rota vírus 3ª dose; Anti-pólio 3ª dose; DTP 3ª dose
7º meses	Puericultura (consulta médica)	Anamnese; Exame físico; Orientações quanto à alimentação Agendar retorno Renovar receita de sulfato ferroso profilático
8º meses	Puericultura (consulta de enfermagem)	Anamnese; Exame físico; Orientações gerais; Agendar retorno
9º meses	Puericultura (consulta médica) Vacinação	Anamnese; Exame físico; Agendar retorno Febre Amarela (dose única)
10º meses	Puericultura (consulta de enfermagem)	Anamnese; Exame físico; Orientações quanto à alimentação Agendar retorno Renovar receita sulfato ferroso profilático
11º meses	Puericultura (consulta de enfermagem)	Anamnese; Exame físico; Renovar receita Agendar retorno Solicitar hemograma e EPF
12º meses	Puericultura (consulta médica) Vacinação	Anamnese; Exame físico; Renovar receita Agendar retorno (orientando que as consultas serão trimestrais) Pedido de exames (hemograma, glicemia de jejum, EAS e EPF-3 amostras). SRC - tríplice viral (dose única)
15º meses (1 ano e 3 meses)	Puericultura (consulta de enfermagem) Vacinação	Anamnese; Exame físico; Orientações gerais Renovar receita Agendar retorno DPT – 1º reforço VOP (anti-pólio) Pneumo 10

18° meses (1ano e 6 meses)	Puericultura (consulta médica)	Anamnese; Exame físico; Orientações gerais; Renovar receita Agendar retorno
18° meses (1ano e 6 meses)	Puericultura (consulta médica)	Anamnese; Exame físico; Orientações gerais; Renovar receita Agendar retorno
24° meses (2 anos)	Puericultura (consulta médica)	Anamnese; Exame físico; Orientações gerais Encerrar Sulfato Ferroso Agendar retorno orientando que a consulta passa a ser anual

Fonte: Manual Operacional do Programa nacional de Saúde de ferro, linha saúde da criança SES.

Quadro 5 - Protocolo de Cuidado à Criança - Abordagem Preventiva e Promocional - de 02 a 11 anos

Protocolo de Cuidado à Criança –de 02 a 11 anos		
Abordagem Preventiva e Promocional		
PERIODO	ABORDAGEM	PROCEDIMENTO
2 a 4 anos	Puericultura (consulta de enfermagem) Consulta anual	Anamnese; Exame físico; Orientações gerais Solicitar hemograma e EPF Agendar retorno
4 a 6 anos	Puericultura (consulta de enfermagem) Consulta anual Vacinação (aos 5 anos)	Anamnese; Exame físico; Orientações gerais Solicitar EPF e hemograma Agendar retorno DPT –2º reforço VOP - reforço SRC – reforço
6 a 11 anos	Consulta de enfermagem Consulta anual Vacinação	Anamnese; Exame físico; Orientações gerais Solicitar hemograma e EPF Agendar retorno Febre Amarela - reforço (10anos)

Fonte: Linha Guia Saúde da Criança, 2004.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Leme do Prado/MG e aluna do CEABSF/UFMG, a autora percebeu a necessidade de fundamentação das ações do profissional de enfermagem e acredita que o caminho desta fundamentação e organização seja através dos protocolos. Isso se justifica pois, estes proporcionarão mudanças no comportamento da equipe de enfermagem levando à melhoria da qualidade do atendimento, resultando em benefícios para o usuário e criando oportunidades para futuras intervenções visando à melhoria contínua do serviço.

O caminho escolhido na busca em alcançar tal objetivo foi a revisão bibliográfica sistematizada procurando primeiramente protocolos de enfermagem de atenção a criança já existentes no estado de Minas Gerais, exatamente para que baseasse em uma realidade próxima, que acabou se tornando um pouco mais trabalhoso do que imaginava-se, justamente pela falta de protocolos semelhantes.

É importante salientar que esse estudo, envolvendo a elaboração de um protocolo numa dimensão em defesa da vida transcende os protocolos tradicionais centrados nos procedimentos multiprofissionais. Optou-se em apresentar o protocolo por meio de quadros, em função dos períodos críticos de cuidado idade da criança e focando no período em que criança será acolhida pela ESF, abordagem do atendimento e o procedimento a ser realizado pelo profissional.

Assim, é mais um recurso às equipes de saúde que estão se colocando à disposição do desafio de recriar os seus processos de trabalho no sentido da efetivação das ações básicas de saúde; uma nova tecnologia no campo da atenção e da gestão, que ambiciona a reorganização social da produção dos serviços de saúde, especialmente no que se refere ao modo da produção do cuidado.

Espera-se que o protocolo seja utilizado em Leme do Prado – MG e contribua para nortear o trabalho da equipe de enfermagem o que conseqüentemente impactará de forma positiva à assistência prestada aos seus moradores.

6 - REFERÊNCIAS

- 1- BOAS,V.M.F.M.L.; ARAUJO,S.B.M.;TIMOTEO,S.P.R.; **A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva de sua ação pedagógica educativa:uma breve reflexão**. Ciênc. saúde coletiva vol.13 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2008. Disponível em www.scielo.br <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400033>
- 2-BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Saraiva, 1999. p.111.
- 3- BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set.1990. www.funai.gov.br/projetos/Plano_editorial/Pdf/.../capitulo-05.pdf
- 4- BRASIL. Caderno de atenção básica: **Controle do câncer do colo útero e da mama**. Brasília: Secretaria Municipal da Saúde, 2006a.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em maio de 2011.
- 6-BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível nutricao.saude.gov.br/ferro.php>acesso em 03 de out.2011.
- 7- BRASIL. Lei 7498, de 25 de JUNHO de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jun.1986..
- 8- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de saúde da família: saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n4/25.pdf Acesso em: 25 jul. 2010.
- 9- BRASIL. Ministério da Saúde. Informes técnicos Institucionais: programa saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, p316-319, jun.2000.
- 10- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB – SUS 01/93**. Atos Normativos. Brasília: Ministério da Saúde,

1996a.

11- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60p.

12- CAMPINAS. **Protocolo de ação para a assistência de enfermagem no projeto Paidéia de saúde da família**. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde, 2001.

13-CORREA, E. J. et al. **Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2009.96p.

14- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen n. 223, de 03 de dezembro de 1999. **Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal**: 1999. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resoluções/resoluções.HTML>>.

15- LEME DO PRADO. **Plano Diretor da Atenção Primária**. Secretaria Municipal de Saúde 2010.

16- MAGALHAES, A. M. M e DUARTE, E. R. M **Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos** Rev. bras. enferm. vol.57 no. 4 Brasília jul./ago. 2004.

17- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224p

ANEXO
DESCRIÇÃO DOS GRUPOS DE RISCO

GRUPO DE RISCO I

Mãe com baixa escolaridade
Mãe adolescente
Mãe deficiente mental
Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose, ou sífilis, com crianças negativas para estas doenças:
Morte materna
História de óbito em crianças menores de 01 ano na família
Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis
Pais ou familiares dependentes de drogas lícitas ou ilícitas
Criança nascidas em parto domiciliar não assistida
Recém nascido retido na maternidade
Desmame antes do seis meses de vida
Internação prévia
Criança não vacinada ou vacinação atrasada

GRUPO DE RISCO II

Baixo Peso ao nascer
Prematuridade
Desnutrição Grave
Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme.
Fibrose cística,
Doenças de transmissão vertical, toxoplasmose, sífilis e AIDS.
Sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído para toxoplasmose, sífilis e AIDS.
Intecorrências neonatal importante no período neonatal, notificados na alta hospitalar
Crescimento e Desenvolvimento inadequados
Evolução desfavorável de qualquer doença.

(SES-MG Atenção à Saúde da Criança, 2004)