

CONSULTA DE ENFERMAGEM: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE CRIANÇAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE¹

Clarice Martins Lima Maebara*

Flávia Lopes Sant'Anna**

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari***

Mauren Teresa G. M. Tacla****

Priscila Santa de Moraes*****

RESUMO

O acompanhamento de crianças na atenção primária à saúde é imprescindível para identificação e articulação multiprofissional do processo saúde-doença. Este estudo buscou 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. Tratou-se de pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória, utilizando como fonte de dados os prontuários. No total, foram realizadas 442 consultas, das quais 63,8% ocorreram no período neonatal, prevalecendo o atendimento na unidade. Em relação aos achados clínicos, verificou-se maior frequência de problemas alimentares (30,9%), seguidos pelos dermatológicos (15,9%), gastrointestinais (14,7%) e respiratórios (12,9%). Foram registradas 634 orientações no decorrer das consultas, sendo 41,8% relacionadas às especificidades dos achados clínicos. Quanto aos encaminhamentos, 39,4% das crianças foram direcionadas ao pediatra e 9,3% diretamente ao hospital por se tratarem de casos graves. A sistematização da assistência de enfermagem na saúde infantil ainda deve ser aperfeiçoada. Entretanto, a consulta de enfermagem permite detecção precoce de sinais e sintomas de doenças prevalentes na população pediátrica, fornecendo subsídios para redução da morbimortalidade por causas evitáveis mediante ações preventivas e de promoção da saúde.

Palavra-chaves: Enfermagem Pediátrica; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança.

INTRODUÇÃO

Os cuidados à criança estão entre as ações prioritárias da Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, programas de promoção e prevenção na perspectiva da vigilância em saúde infantil estão sendo estabelecidos desde a década de 70 de forma intensificada, na busca de atendimento mais humano e de melhor qualidade para redução dos agravos e, conseqüentemente, das mortes por causas evitáveis⁽¹⁾.

Essas ações convergem com a quarta meta dos Objetivos do Milênio, proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU), para diminuir em dois terços a mortalidade infantil. Para o Brasil, a proposta era alcançar taxa de

17,9 mortes por mil nascidos vivos até o ano de 2015, contudo, com quatro anos de antecedência o país atingiu a meta com coeficiente de 15,2 em 2011⁽²⁾.

O programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é o mais abrangente para saúde da criança e tem sido essencial para garantir redução desse índice. Tem como premissa a assistência integral por meio de consultas médicas e de enfermagem que promovem ações diversificadas, tais como: avaliação da curva ponderal, estado nutricional e desenvolvimento neuropsicomotor; cobertura vacinal; estímulo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e introdução da alimentação complementar subsequente; prevenção de doenças prevalentes na infância e

¹Trabalho extraído da monografia de conclusão do curso de Especialização em Enfermagem em Saúde da Criança, modalidade residência, Departamento de Enfermagem - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil.

*Enfermeira. Pós-Graduada em Enfermagem em Saúde da Criança pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). E-mail: cacamaebara@gmail.com

**Enfermeira. Mestre. Professor Assistente do Departamento de Enfermagem - Área Saúde da Criança e do Adolescente - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Estadual de Londrina (UEL). Email: santannafl@gmail.com

***Enfermeira. Doutora. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Coordenadora da Residência de Enfermagem em Saúde da Criança - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina - UEL. E-mail: ropimentaferri@uel.br

****Enfermeira. Doutora. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem - Área Saúde da Criança e do Adolescente - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Estadual de Londrina (UEL). Email: maurentacla@gmail.com

*****Enfermeira. Pós-Graduada em Enfermagem em Saúde da Criança pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Email: primoraes16@yahoo.com.br

acidentes domésticos; entre outros⁽³⁾.

Com a reorganização do modelo assistencial no serviço de atenção primária à saúde, houve ênfase na consulta de enfermagem para garantir continuidade e sistematização do processo de trabalho. O enfermeiro passou atuar embasado na integralidade das ações e de forma multiprofissional em todo o processo saúde-doença^(3,4).

A consulta de enfermagem deve acontecer de forma sistemática no decorrer do primeiro ano de vida do lactente, iniciando-se na primeira semana após o parto, para acompanhamento e resolutividade dos problemas comuns na infância⁽⁵⁾. Entretanto, falta de capacitação profissional e ausência de protocolos municipais em serviços de referência e contrarreferência estão entre as dificuldades apontadas por enfermeiros para operacionalização do programa^(3,5-6).

Dessa forma, para adequado direcionamento das ações e preparo do profissional enfermeiro que atua em serviços de atenção primária à saúde, torna-se necessário conhecer o perfil do atendimento das crianças nesses serviços, assim como orientações e encaminhamentos necessários. Nesse sentido, o presente estudo buscou caracterizar o perfil epidemiológico das crianças atendidas na consulta de enfermagem em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Londrina, Paraná.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa quantitativa do tipo descritiva e transversal, realizada em uma USF localizada na região Norte da cidade de Londrina, Paraná, no período de maio de 2006 a maio de 2008.

O município de Londrina é considerado um dos principais centros regionais de saúde do Estado com população aproximada de 510.000 habitantes em 2010. A região Norte é a mais populosa da cidade, constituída por 126.305 habitantes.

A USF escolhida atua no município desde 1988 e possui três Equipes de Saúde da Família (ESF) para atender 12.426 habitantes em sua área de abrangência. Também possui importante concentração de crianças e é local de atuação da Criança da Universidade Estadual de Londrina

(UEL). Todas as crianças são cadastradas no programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e passam por consultas médicas e de enfermagem, intercaladas mensalmente.

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o ser criança compreende a faixa etária de zero a 12 anos incompletos. Dessa forma, a população da presente pesquisa foi composta por crianças dessa faixa etária que tenham sido atendidas na consulta de enfermagem pelas enfermeiras residentes.

Como critérios de inclusão, utilizou-se atendimentos de crianças cadastradas no programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (zero a 18 meses de idade), avaliadas na pré-consulta do pediatra e por procura espontânea de ajuda profissional. O número de consultas de enfermagem realizadas pelas enfermeiras residentes nesse período totalizou 442, constituindo a casuística do estudo.

Os dados da pesquisa foram extraídos dos prontuários das crianças. Também foram obtidas informações das consultas de enfermagem armazenadas em livro de registro criado pelas enfermeiras residentes.

Para proceder à organização dos dados, realizou-se classificação dos achados clínicos no exame físico e da história pregressa da criança, tendo como base a Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10). As faixas etárias foram agrupadas em: 0 a 27 dias (período neonatal), 28 a 364 dias (período pós-neonatal), 1 a 3 anos (primeira infância) e 4 a 12 anos (pré-escolares e escolares). Este último foi apresentado em maior intervalo pela menor concentração de atendimentos e para melhor apresentação dos resultados.

Os programas Microsoft Office Excel® e Epi Info® viabilizaram o processamento eletrônico das variáveis. Os resultados foram apresentados mediante frequência relativa em forma de tabelas e figuras. Para a análise estatística do tipo de consulta e local de atendimento, utilizou-se o teste qui-quadrado, considerando nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual de

Londrina (parecer nº 060/07, CAAE n. 0042.0.268.000-07) e autorização da Autarquia Municipal de Saúde C.D./009/07/Gecape.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos três anos de estudo, foram realizadas 442 consultas pelas enfermeiras residentes, ou seja, 160 (36,2%) primeiras consultas e 282 (63,8%) retornos. O sexo masculino correspondeu 52,3% dos atendimentos.

Tabela 1 - Distribuição do tipo de consulta de enfermagem e local de atendimento segundo a faixa etária, Londrina (PR), 2006 a 2008.

Tipo de Consultas	Local de Atendimento				Valor <i>p</i> *
	USF		Domicílio		
	n	%	n	%	
Primeira Consulta	129	80,6	31	10,4	0,048
0 a 27 dias	89	55,6	13	8,2	
28 a 364 dias	38	23,8	10	6,2	
1 a 3 anos	2	1,2	7	4,4	
4 a 12 anos	-	-	1	0,6	
Consulta de Retorno	247	87,6	35	12,4	
0 a 27 dias	17	6,0	10	3,5	
28 a 364 dias	163	57,8	16	5,7	
1 a 3 anos	54	19,1	5	1,8	
4 a 12 anos	13	4,6	4	1,5	
Total	376	85,1	66	14,9	

*Teste qui-quadrado.

Em Londrina, o programa de acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança determina a realização de duas consultas no período neonatal, sendo a primeira em até sete dias após o parto e, preferencialmente, no domicílio. Após avaliação, o recém-nascido recebe uma estratificação de risco, podendo ser classificado em Risco Habitual (RH), Risco Intermediário (RI) e Alto Risco (AR). As consultas subsequentes serão determinadas com base nessa classificação, variando de 8 a 10 consultas no primeiro ano de vida da criança, intercaladas pelo enfermeiro e médico, as quais podem ser ampliadas conforme a necessidade do caso.

No presente estudo, observou-se importante percentual de primeira consulta nos primeiros 27 dias de vida, mas ainda não corresponde à totalidade dos atendimentos conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. A precocidade na realização da primeira consulta é

Tanto a primeira consulta como os retornos foram realizados predominantemente na USF, totalizando 129 (80,6%) e 247 (87,6%), respectivamente, com $p = 0,048$. O período neonatal predominou nos atendimentos de primeira consulta (160; 63,8%) e o período pós-neonatal nos retornos (282; 63,5%). A maior frequência de primeira consulta no domicílio ocorreu no período neonatal (13; 8,2%), já nos retornos em domicílio, predominou o período pós-neonatal (16; 5,7%) (Tabela 1).

fundamental pela maior concentração de agravos no período neonatal, aumentando o risco de morbimortalidade nesse período, que poderia ser evitado com adequada assistência ao binômio mãe e filho⁽⁷⁾. Ademais, as consultas domiciliares permitem identificação de vulnerabilidade social por precárias condições socioeconômicas e mapeamento das famílias de risco, estratégias essenciais para proteção da saúde infantil^(3,5,8).

Nesta pesquisa, as visitas domiciliares para realização de consultas foi muito menor comparado aos atendimentos em USF, reflexo da desorganização dos serviços assistenciais e existência de usuários que priorizam a prática curativista, descaracterizando o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família^(3,9). Para readequação dessa realidade, torna-se necessária existência de recursos físicos, humanos e materiais nos serviços de saúde, além de fluxo de atendimento domiciliar pré-

determinado direcionado às mães que não aderem ao programa de puericultura⁽⁸⁾.

Com relação aos achados clínicos identificados na consulta de enfermagem (Tabela 2), destacou-se problemas alimentares (177; 30,9%), seguidos por dermatológicos (91; 15,9%), gastrointestinais (84; 14,7%) e

respiratórios (74; 12,9%). Especificamente à categoria “outros”, dos 22 (3,8%) problemas encontrados, 12 (54,5%) eram de cunho social, ou seja, precárias condições sanitárias básicas, mães usuárias de substâncias ilícitas e acidentes e violência contra a criança.

Tabela 2 - Distribuição dos achados clínicos identificados na consulta de enfermagem, Londrina (PR), 2006 a 2008.

Achados Clínicos	N	%
Problemas Alimentares	177	30,9
Problemas Dermatológicos	91	15,9
Problemas Gastrointestinais	84	14,7
Problemas Respiratórios	74	12,9
Problemas Hematológicos	34	5,9
Malformações Congênitas	33	5,8
Problemas Geniturinários	26	4,5
Problemas Neuromotores	11	1,9
Problemas Oftalmológicos	11	1,9
Problemas Endócrinos	9	1,6
Outros	22	3,8
Total	725*	100,0

*Múltiplos achados clínicos.

Entre os problemas alimentares, prevaleceram aqueles inerentes ao aleitamento materno (66; 37,2%), destacando-se pega incorreta, ocorrência de aleitamento misto e desmame precoce. A manutenção do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o sexto mês de vida da criança, recomendação da Organização Mundial da Saúde, ainda é um desafio no país. Porém, entre 1999 e 2008 houve aumento de 30,7 dias na duração do AME nas capitais brasileiras e no Distrito Federal⁽¹⁰⁾. O início do aleitamento materno e sua duração sofrem influência multifatorial, tornando imprescindível atendimento oportuno à puérpera para diagnóstico precoce e manejo adequado dos problemas, principalmente na primeira semana após o parto, período no qual há maior fragilidade materna e adaptação às demandas do recém-nascido⁽¹¹⁾.

Erro alimentar ou introdução alimentar incorreta no primeiro ano de vida correspondeu 24,2% (43). A fase de substituição da refeição láctea por alimentos complementares costuma gerar dúvidas e conflitos entre membros das famílias. É nesse momento que o hábito

alimentar da criança é estabelecido, tornando o acompanhamento desse processo essencial para garantir adequada nutrição infantil. Espera-se que a criança receba alimentos nutritivos, evitando carboidratos simples como doces, refrigerantes, salgadinhos, alimentos industrializados, embutidos, enlatados, entre outros⁽¹²⁾.

Em relação aos problemas dermatológicos, prevaleceu a dermatite de contato em região de fraldas (38; 41,7%). Aproximadamente 80,0% dessas dermatites são provocadas por substâncias irritantes (sabões, detergentes, emolientes, fezes e urina), embora esteja associada à etiologia alérgica. O processo inflamatório é causado por dano tissular direto após contatos repetidos ou prolongados com essas substâncias, principalmente pelo uso contínuo de fraldas⁽¹³⁾. Seu diagnóstico e tratamento devem ser rapidamente instituídos para evitar complicações fúngicas ou bacterianas.

A cólica foi responsável por 48,8% (41) dos problemas gastrointestinais. Esse agravo é definido conforme a “regra dos três” de Wessel, ou seja, choro com duração de pelo menos 3

horas por dia, por pelo menos 3 dias na semana, durante pelo menos três semanas nos primeiros 3 ou 4 meses de vida. O bebê com cólica pode apresentar choro excessivo, em tom alto e gritante, ataques de irritabilidade e angústia, rubor facial, flexão das pernas, arqueamento das costas, punhos cerrados, eliminação de flatus, abdome rígido e dificuldade para se acalmar⁽¹⁴⁾.

Esses episódios podem acontecer a qualquer hora do dia e são considerados fator de risco para desmame precoce, mesmo tendo caráter transitório, por provocar angústia na criança e nos cuidadores pelo choro inconsolável, inexplicável e incessante. Sentimentos de frustração e preocupação dos pais, além do esgotamento físico, predispõem à introdução de fórmula láctea por interpretação errônea de situação de fome ou de chás calmantes para alívio da dor⁽¹⁴⁾.

Para controle da cólica do lactente, os profissionais de saúde devem seguir as seguintes recomendações: examinar a criança buscando eliminar possíveis problemas fisiológicos; excluir causas de choro, como fome e frio; incluir questões relativas à dieta da criança, indícios de refluxo, padrões de sono, eliminações intestinais e urinárias; afirmar os esforços dos pais em cuidar de seu bebê aflito e reconhecer o sentimento de desamparo que pode sentir ao ver o seu bebê tão angustiado; reduzir ou eliminar os alérgenos que podem estar sendo oferecidos à criança de forma direta ou indireta; e encorajar os pais a buscar apoio dos membros da família para ajudar no cuidado do bebê para poderem descansar⁽¹⁴⁾.

Quanto ao sistema respiratório, infecções de vias aéreas ou resfriado comum totalizaram 55,4% (41) dos atendimentos. Problemas pulmonares costumam acontecer com frequência na população infantil, gerando grande impacto na morbimortalidade por essa causa. A criança possui particularidades anatômicas e funcionais que favorecem surgimento rápido de complicações graves pelo comprometimento da ventilação alveolar. É necessário que o enfermeiro seja capaz de reconhecer os sinais precoces da insuficiência respiratória para intervenção e encaminhamentos aos centros de referência em tempo hábil. Alguns desses sinais são: taquicardia, taquipneia, alterações da pressão arterial, dispneia com uso intenso de

musculatura acessória, torpor, gemência, cianose ou palidez e perfusão periférica lentificada⁽¹⁵⁾.

De acordo com a figura 1, foram registradas 634 orientações durante as consultas de enfermagem, média de 1,4 orientações/atendimento, das quais 41,8% estavam relacionadas aos achados clínicos, 30,9% ao desenvolvimento neuropsicomotor e prevenção de acidentes e 18,6% ao aleitamento materno com destaque ao manejo.

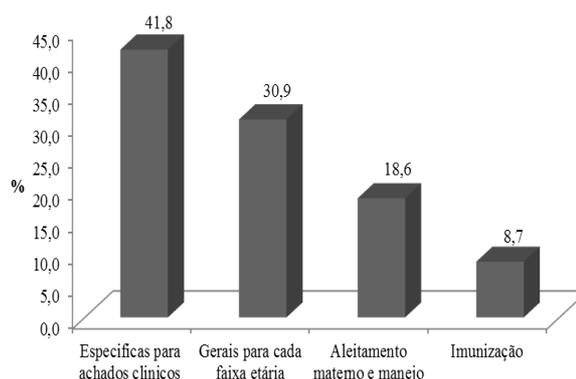


Figura 1 - Orientações realizadas nas consultas de enfermagem, Londrina (PR), 2006 a 2008.

A partir dos achados clínicos e anamnese, cabe ao enfermeiro programar ações prescritivas de cuidados e avaliá-las quanto à efetividade e eficácia, estabelecendo retornos necessários conforme as peculiaridades da criança e família^(3,16). O atendimento da criança nos serviços de saúde demanda investimento para capacitação profissional pela diversidade de agravos e condições biopsicossociais de acordo com a faixa etária (neonatal, pós-neonatal, infante, pré-escolar e escolar), gerando gama de orientações para atendimento das especificidades de cada etapa do desenvolvimento e crescimento infantil.

Dos 335 encaminhamentos realizados após a consulta de enfermagem (Figura 2), 132 (39,4%) foram para médicos pediatras, 93 (27,8%) para atualização de vacinas e 65 (19,4%) para acompanhamento odontológico. O encaminhamento hospitalar correspondeu 9,3% (31) dos casos por serem considerados graves e com necessidade de atendimento de urgência. A categoria “outros serviços” (14; 4,2%) foi direcionada ao Instituto Londrinense de Educação de Surdos (ILES), o qual realiza “teste

da orelhinha”, ao Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), e aos profissionais da fonoaudiologia, psicologia e cirurgia infantil.

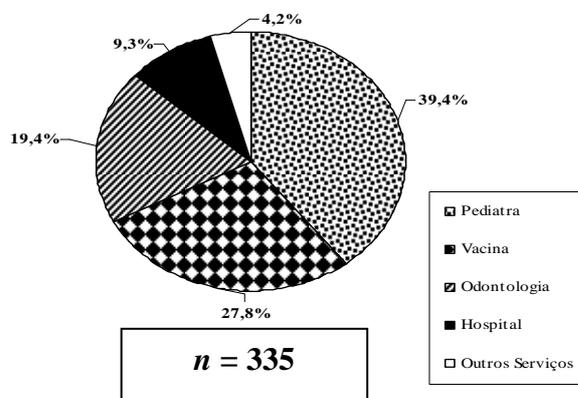


Figura 2 - Distribuição dos encaminhamentos realizados após consulta de enfermagem, Londrina (PR), 2006 a 2008.

Os atendimentos realizados nas USF foram ampliados após investimento na contratação de outros profissionais como psicólogos, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e educadores físicos, proporcionando ações multiprofissionais e interdisciplinares para qualificação da assistência preventiva e de promoção da saúde⁽¹⁷⁾. Entretanto, o médico pediatra ainda concentra boa parte dos encaminhamentos por ser o profissional que intercala as consultas de puericultura com o enfermeiro e também pela sua resolutividade curativista. Já os odontólogos destacaram-se por iniciarem os acompanhamentos sistemáticos das crianças para promoção da saúde bucal desde o nascimento até 12 anos de idade.

O encaminhamento hospitalar se dá quando é detectado algum risco à saúde da criança e não há médico pediatra na USF para atendimento. Nesses casos, aciona-se Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) para crianças de maior gravidade ou realiza-se encaminhamentos por meio de requerimento específico ao hospital de referência. Após o atendimento, a criança retorna à USF para dar continuidade ao acompanhamento pela equipe

de saúde, bem como por serviços especializados quando pré-estabelecidos.

Dessa forma, para garantir oferta de rede integrada de assistência é necessária organização do processo de trabalho entre agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família, equipes de apoio, USF, serviços especializados e de urgência, ações complementares como assistência farmacêutica e apoio diagnóstico, e atenção hospitalar, além de ações intersetoriais envolvendo a criança e sua família^(4,17,18).

Nesse contexto, a consulta de enfermagem tornou-se ferramenta indispensável para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, devendo ser cada vez mais ampliada e valorizada para implementação de medidas que contribuam na promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade, reduzindo os agravos infantis^(16,18,19). Além disso, o fortalecimento dos serviços públicos quanto aos recursos físicos, humanos e materiais é essencial para maior cobertura do programa e adequada concentração das consultas, principalmente, entre as mães que consideram esse acompanhamento desnecessário na ausência de doença da criança⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, as consultas de enfermagem foram realizadas predominantemente na USF, o que evidencia a necessidade de reorganização do processo de trabalho para ampliar as visitas domiciliares ainda na primeira semana de vida. Também foi possível identificar agravos comuns à população infantil que podem ser efetivamente minimizados por ações direcionadas à atenção primária, mediante acompanhamento sistemático. O trabalho multiprofissional pode ser verificado por meio dos encaminhamentos realizados a outros profissionais e serviços especializados disponibilizados pelo serviço municipal de saúde. Por outro lado, há que se avaliar o acesso e adesão ao programa e o impacto das ações e intervenções de enfermagem.

NURSING CONSULTATION: EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF CHILDREN ATTENDED IN THE PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

The monitoring of children in primary care is essential for the identification and articulation of multidisciplinary disease process. This study aimed to characterize the epidemiological profile of children from birth to 12 years of age attended in nursing consultations in a Family Health Unit of Londrina-PR between 2006 and 2008. This was a descriptive quantitative exploratory research, using as source of data records. In total, there were 442 appointments, of which 63.8% occurred in the neonatal period, and being in the health unit the prevalent site of care. In relation to identified clinical findings, there was a higher frequency of eating disorders (30.9%), followed by dermatologic (15.9%), gastrointestinal (14.7%) and respiratory (12.9%). 634 professional orientations were recorded during the consultations, 41.8% related to specific clinical findings. As for referrals, 39.4% of children were directed to the pediatrician and 9.3% went directly to hospital because they were severe cases. The systematization of nursing care in child health should still be improved. However, the nursing consultation allows early detection of signs and symptoms of prevalent diseases in pediatric population, providing subsidies to reduce morbidity and mortality from preventable causes through preventive and health promotion.

Keywords: Pediatric Nursing; Primary Health Care; Child Health.

CONSULTA DE ENFERMERÍA: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LOS NIÑOS ACOMPAÑADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESUMEN

El acompañamiento de niños en la atención primaria a la salud es imprescindible para la identificación y articulación multiprofesional del proceso salud-enfermedad. Este estudio buscó caracterizar el perfil epidemiológico de niños de cero a 12 años atendidos en las consultas de enfermería en la Unidad de Salud de la Familia, Londrina-PR, entre 2006 y 2008. Se trató de una investigación cuantitativa, descriptiva y exploratoria, utilizando como fuente de datos los historiales médicos. En total, fueron realizadas 442 consultas, de las cuales 63,8% ocurrieron en el período neonatal, mediante el atendimento en la unidad. En relación a los hallazgos clínicos, se observó una mayor frecuencia de problemas alimentarios (30,9%), seguida de los dermatológicos (15,9%), gastrointestinales (14,7%) y respiratorios (12,9%). Se registraron 634 orientaciones en el transcurrir de las consultas, siendo 41,8% relacionadas a las especificidades de los hallazgos clínicos. En cuanto a los encaminamientos, 39,4% de los niños fueron dirigidos a la pediatría y 9,3% directamente al hospital por tratarse de casos graves. La sistematización de la asistencia de enfermería en la salud infantil aún debe perfeccionarse. Sin embargo, la consulta de enfermería permite la detección precoz de los indicios y síntomas de las enfermedades prevalentes en la población pediátrica, proporcionando contribuciones para la reducción de la morbimortalidad por causas evitables mediante acciones preventivas y de promoción de la salud.

Palabras clave: Enfermería Pediátrica; Atención Primaria a la Salud; Salud Infantil.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. 2011; 1(2):32-46.
2. Ministério do Desenvolvimento Social(BR). Indicadores de Desenvolvimento Brasileiro. Brasília; 2013. 57 p. [citado 22 ago 2013]. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/simulacao/pdf/Indicadores%20de%20Desenvolvimento%20Brasileiro-final.pdf>.
3. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saparolli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3):566-74.
4. Gehrmann T, Paiva KV, Aquino MW, Boehs AE. O grupo como estratégia para a atenção integral da criança lactente. *Cienc Cuid Saúde*. 2007; 6(1):120-5.
5. Slomp FM, Mello DF, Scochi CGS, Leite AM. Assistência ao recém-nascido em um Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3):441-6.
6. Saparolli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(1):55-61.
7. Maran E, Uchimura TT. Mortalidade Neonatal: fatores de risco em um município no sul do Brasil. *Rev Eletr Enferm*. 2008; 10(1):29-38.
8. Machado MMT, Lima ASS, Filho JGB, Machado MFAS, Lindsay AC, Magalhães FB et al. Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. *Ciênc saúde colet*. 2012; 17(11):3125-33.
9. Vasconcelos VM, Frota MA, Martins MC, Machado MMT. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2012; 16(2):326-31.
10. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e distrito federal: situação atual e avanços. *J Pediatr*. 2010; 86(4):317-24.
11. Salustiano LPQ, Diniz ALD, Abdallah VOS, Pinto RMC. Fatores associados à duração do aleitamento materno

em crianças menores de seis meses. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34(1):28-33.

12. Lima APE, Javorski M, Vasconcelos MGL. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. Rev Bras Enferm. 2011; 64(5):912-8.

13. Motta AA, Aun MV, Kalil J, Giavina-Bianchi P. Dermatite de contato. Rev Bras Alerg Immunopatol. 2011; 34(3):73-82.

14. The Joanna Briggs Institute (JBI). Best Practice. Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro Colaborador do Instituto Joanna Briggs. Informativo sobre Práticas Baseadas em Evidências para Profissionais de Saúde. A Efetividade das intervenções na cólica do lactente. 2008; 12(6). [citado 31 jan. 2013]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/pesq/nucleo/jbi/documentos/Best%20Practices%20traduzidos/n%2057%20The%20effectiveness%20of%20interventions%20for%20infant%20colic.pdf>

15. Andrade LZC, Chaves DBR, Silva VM, Beltrão BA, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem respiratórios para crianças com infecção respiratória aguda. Acta Paul Enferm. 2012; 25(5):713-20.

16. 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.

17. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, Brentani A, Rios IC. Núcleos de apoio à saúde da família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção primária do município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2012; 28(11):2076-84.

18. Ellery AEL, Pontes RJS, Loiola FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. Physis. 2013; 23(2):415-37.

19. 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.

20. Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PDB. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. J Pediatr. 2010; 86(1):80-4.

Endereço de correspondência: Priscila Santa de Moraes. Rua João Borges, 123, CEP: 86063-290, Jd. Tokio, Londrina-PR, Brasil.

Data de recebimento: 02/05/2012

Data de aprovação: 02/09/2013