



FACULDADE PARAENSE DE ENSINO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ALESSANDRA DE FÁTIMA PADILHA GOMES
LIDIANE DE SOUSA GOMES
SHYRNARA ROCHA BARBOSA

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO

BELÉM-PA

2015

ALESSANDRA DE FÁTIMA PADILHA GOMES
LIDIANE SOUSA GOMES
SHYRNARA ROCHA BARBOSA

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade Paraense de Ensino – FAPEN como
requisito para obtenção do grau de bacharel em
enfermagem.

Orientador: Prof^a Esp. Eliane da Costa Lobato da
Silva

BELÉM-PA

2015

ALESSANDRA DE FÁTIMA PADILHA GOMES
LIDIANE SOUSA GOMES
SHYRNARA ROCHA BARBOSA

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PRIMEIRA CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO

Trabalho de conclusão de curso apresentado á
Faculdade Paraense de Ensino - FAPEN como
requisito para obtenção do grau de bacharel em
enfermagem.

Orientador: Prof^aesp. Eliane da Costa Lobato da Silva

Data da aprovação: 18/12/2015

Banca examinadora:

Prof^a. Esp. Eliane da Costa Lobato da Silva

1º Membro: Milena Silva dos Santos

2º Membro: Elyade Nelly Galvão Pires Rocha

Conceito: Excelente.

AGRADECIMENTOS

É difícil agradecer todas as pessoas que de algum modo, nos momentos serenos e ou apreensivos, fizeram ou fazem parte da minha vida, por isso agradeço à todos de coração.

Agradeço aos meus pais, Alcinea do Socorro Oliveira Padilha, Mario Giovandro da Silva Xavier e Laercio Santos Gomes, pela determinação e luta na minha formação e ao meu irmão Alex Padilha Gomes pelos conselhos dados durante toda a vida.

Agradeço aos meus colegas de classe e com certeza futuros excelentes profissionais.

Não poderia deixar de agradecer pelo companheirismo, dignidade, carinho, autenticidade e amizade das minhas amigas Lidiane Gomes e Shyrnara Barbosa, que sempre estiveram ao meu lado nos momentos engraçados, tristes, alegres e na cumplicidade do dia-a-dia nos estágios, da paciência, ternura e convivência destes 4 anos, que serão infundáveis.

Agradeço a coordenadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Eliane Lobato, por ter acreditado num sonho que agora é de todos, por ter me mostrado o caminho das obras científicas com dedicação, presteza e competência que conduz sua profissão.

Agradeço aos professores que desempenharam com dedicação as aulas ministradas.

E finalmente agradeço ao maior mestre de todos Deus, por ter permitido que tudo isso acontecesse na minha vida e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer, agradeço também por proporcionar estes agradecimentos à todos que tornaram minha vida mais afetuosa, além de ter me dado uma família maravilhosa. Deus, que a mim atribuiu alma e missões pelas quais já sabia que eu iria batalhar e vencer, então agradecer é pouco. Por isso lutar, conquistar, vencer e até mesmo cair e perder, e o principal, viver é o meu modo de agradecer sempre.

Alessandra de Fátima Padilha Gomes

AGRADECIMENTOS

Á Deus por ter me dado força e perseverança desde a iniciativa de cursar a graduação, durante todos esses anos de desafios e agora na finalização do trabalho.

A minha mãe querida, fonte de sabedoria e garra que sempre esteve ao meu lado. Agradeço por ter me propiciado a vida e por me dar como herança a sua luz, energia, fé e força de viver.

Ao meu marido Carlos por compreender a minha ausência e dar apoio nos momentos mais difíceis.

As minhas amigas de curso Shyrnara e Alessandra por toda compreensão e contribuição na minha formação.

A minha orientadora Eliane pela oportunidade de crescimento e aprendizado e pela compreensão nos momentos de dificuldades.

Lidiane Sousa

AGRADECIMENTOS

Desde o início dessa trajetória sabia realmente que não seria fácil e enfim cheguei até aqui, desafios não faltaram mais Deus me deu forças para continuar, foi com o apoio de meus amados pais Nilda Rocha Barbosa e Ademilton Castro Barbosa que me ensinaram a retidão do caminho e sempre estiveram presentes em todos os momentos me apoiando sempre e me dando forças nos momentos difíceis para seguir em frente, o incentivo de minhas irmãs Sheyla Rocha Barbosa e Shyrlena, Rocha Barbosa, meu esposo Théo Paes. Não podia deixar de agradecer as orações de minha querida vovó Raimunda e a minha filha Sophia . Agradeço à Deus, que me deu tudo, o Dom da Vida por me permitir a concretização desse sonho. A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

Aos mestres, que com sua paciência, antes de me ensinarem me fizeram aprender. Aos meus colegas de classe, pelo convívio fraternal e familiar, A Todos, o meu, **MUITO OBRIGADO.**

Shyrynara Barbosa

“Não sabemos tudo, não abarcamos toda a teoria, não esgotamos o assunto, não lemos todos os autores, não examinamos todos os pontos, não escrevemos tão bem como gostaríamos. Mas uma coisa é certa: boa vontade não nos falta”. (MEIRA, 2007)

LISTA DE SIGLAS

- AIDPI – Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
- EEAN – Escola de Enfermagem Ana Nery
- HIV – Virus da Imunodeficiência Humana
- IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- RN – Recém-nascido
- SUS – Sistema Único de Saúde
- UTI – Unidade de Tratamento Intenso
- UNICEF – Fundo das Nações para a Infância

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Enfermeira realizando triagem neonatal.....	15
Figura 2- Método mãe-canguru	20
Figura 3- Tipos de balança pediátrica: a) mecânica; b) eletrônica	26
Figura 4- Técnica de medição da estatura	27
Figura 5- Caderneta de saúde da Criança – Capa para meninos	32
Figura 6- Caderneta de saúde da Criança – Folha de Identificação	33
Figura 7- Caderneta de saúde da Criança – Dados do Recém-nascido	34
Figura 8- Figura 8 – Calendário Básico de Vacinação da Criança	35

RESUMO

A enfermagem faz parte do ciclo de vida do ser humano, buscando o cuidar de forma holística, Assim ocorre na saúde infantil, onde a enfermagem atua na promoção do desenvolvimento e crescimento em relação a alimento materno, vacinas e todos os aspectos inerentes à saúde com qualidade, e no controle das situações de risco, visando a proporcionar um crescimento e desenvolvimento adequado da criança. Em meio a tamanhas mudanças históricas na concepção do ser criança e também na conscientização da necessidade de uma atenção especial voltada para o seu cuidado, evidenciados nas bibliografias, torna-se indispensável, hoje em dia termos a qualidade de viver em meio a recém-nascidos e crianças com mais saúde este estudo evidencia o papel do enfermeiro na primeira consulta do recém-nascido e durante o seu desenvolvimento. Considerando esse pressuposto, no ato de cuidar de pessoas, e mediante de recém-nascidos, emergiram as seguintes inquietações: “Quais as ações do enfermeiro na primeira consulta de enfermagem do RN? Quais as vantagens da primeira consulta do RN? Quais as dificuldades do enfermeiro na realização da primeira consulta do RN? Tendo como objetivo esclarecer a importância do papel do enfermeiro na primeira consulta de enfermagem do recém-nascido. A análise dos resultados foi feita mediante uma tabela em ordem cronológica (Tabela 1) de 08 artigos científicos, e 04 da Literatura Latino Americana em Ciências Científicas (LILACS) os mais relevantes relacionados ao papel do enfermeiro na primeira consulta do RN, e 02 manuais de atenção básica do Recém Nascido publicado pelo Ministério da Saúde nos anos de 2012 e 2014, respectivamente. Assim, acredita-se na importância da primeira consulta com a enfermagem, e que tal prática necessita ser exercida e vivenciada em sua totalidade, na tentativa de reduzir manuseios excessivos que possam comprometer o bem-estar do bebê, melhorando sua saúde a curto e longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem; primeira consulta; recém-nascido.

ABSTRACT

Nursing is part of the human life cycle, seeking care holistically, thus occurs in child health, where the nursing acts in promoting development and growth in relation to breast feed, vaccines and all aspects of health with quality, and control of risk situations, aiming to provide a proper growth and development of children. In the midst of such great historical changes in the conception of the child and also the awareness of the need for special attention on their care, evidenced in bibliographies, it is essential today have the quality of living in the midst of newborn and children over health this study highlights the role of nurses in the first visit of the newborn and during its development. Given this assumption, in the act of caring for people, and by newborns, emerged the following concerns: "What are the actions of the nurse in the first RN nursing consultation? What are the advantages of the first consultation of the RN? What are the challenges for nurses in achieving the first consulting the RN? Aiming to clarify the importance of the nurse's role in the first newborn nursing consultation. The analysis was made using a table in chronological order of (Table 1) 08 scientific articles and 04 Literature Latin American in scientific Sciences (LILACS) the most relevant related to the nurse's role in the first visit of the RN, and 02 primary care manuals newborn published by the Ministry of Health in 2012 and 2014 respectively. Thus, it is believed in the importance of early consultation with nursing, and that this practice needs to be exercised and lived in its entirety, in an attempt to reduce excessive handlings that could compromise the baby's well-being, improving their health in the short and long deadline.

KEYWORDS: nursing; first consultation; newborn.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO.....	14
1.2	QUESTÕES NORTEADORAS	16
1.3	JUSTIFICATIVA.....	16
1.4	OBETIVOS.....	19
1.4.1	Objetivo geral.....	19
1.4.2	Objetivo específico.....	19
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1	BREVE RELATO SOBRE A HISTÓRIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO.....	21
2.2	PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA CRIANÇA	23
2.2.1	Política de Promoção do Aleitamento Materno	24
2.2.2	Bancos de Leite	25
2.2.3	Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).....	25
2.2.4	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)	26
2.2.5	Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe-Canguru	28
2.2.6	Prevenção de Acidentes e Violência na Infância	29
2.2.7	Atenção à Criança Portadora de Deficiência	31
2.3	O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM	31
2.3.1	Ações de Enfermagem na primeira consulta do RN	33
2.3.1.1	Instrumentos e Técnicas de Medição	34
2.3.2	Exames Clínicos	36
2.3.3	Principais Patologias do Recém-Nascido e Prescrições de Enfermagem	37
2.3.4	Incentivo e Qualificação do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD).....	40
2.3.5	Imunização Infantil	43
3	METODOLOGIA	44
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	46
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
	REFERÊNCIAS.....	56

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem faz parte do ciclo de vida do ser humano, buscando o cuidar de forma holística, Assim ocorre na saúde infantil, onde a enfermagem atua na promoção do desenvolvimento e crescimento em relação a alimento materno, vacinas e todos os aspectos inerentes a saúde com qualidade, e no controle das situações de risco à saúde, visando a proporcionar um crescimento e desenvolvimento adequados da criança (CAMPOS et al; 2011).

Corroborando a isso, contamos com a Lei federal 8.069/1990 que cria o Estatuto da Criança e do Adolescente, que vem se mostrando um excelente instrumento na promoção dos direitos humanos da infância e da adolescência no nosso país. No que se refere ao direito à vida e a saúde, o capítulo 1 art.7 diz:

A criança e o adolescente tem direito á proteção a vida e á saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL; ECA, 1990).

Vasconcelos (2012) elucida que o recém nascido é um ser vulnerável que necessita de assistência sistemática e periódica. Logo, são preconizadas sete consultas durante o primeiro ano de vida, duas consultas dos 12 aos 24 meses e uma consulta anual dos 36 aos 72 meses.

Santos (2012) tratada que o papel do enfermeiro é de extrema importância, pois a equipe de enfermagem atua auxiliando na adaptação do recém-nascido, e através desse primeiro contato poderemos avaliar este paciente através de medias antropométricas, exame físico geral prevenindo e detectando complicações.

A consulta de enfermagem surgiu em nosso país na década de sessenta e sua legalização ocorreu em 25 de junho de 1986 através da Lei n.º 7.498/86, que regulamentou o Exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro (COFEN, 2015).

Em 1993, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução COFEN/159, estabeleceu a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição pública ou privada (COFEN, 2015) .

A primeira consulta de enfermagem ao recém-nascido é de extrema importância, pois a equipe de enfermagem atua auxiliando na adaptação do recém-nascido, e através deste primeiro contato poderemos avaliar este paciente prevenindo e detectando complicações. De acordo com Sales (2008)

O período neonatal trata-se de um momento de grande vulnerabilidade, onde estão concentrados riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo, desta forma, a necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de saúde a fim de reduzir a incidência de doenças e aumentar as chances de crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Sendo assim, ações de promoção, prevenção e assistência ao recém-nascido é essencial, uma vez que influenciarão nas suas condições de saúde e que será refletida na vida adulta (SALES. 2008, pg 83).

A motivação da escolha do objeto de estudo deu-se por cunho maternal e profissional. Por saber que o ato de cuidar não está unificado em amor e carinho, mas que requer sim informações técnicas para que haja a garantia do cuidado em casos de complexidade e de risco do neonato, compreendendo nosso papel como futuras enfermeiras no cuidado aos recém-nascidos e suas especificidades diante dos avanços ou da escassez dos recursos tecnológicos de enfermagem. A esse respeito Sales (2008) cita que

Crianças são produtos de projetos familiares, com destaque especial, aos projetos maternos, que podem ser bem ou mal sucedidos; são pessoas em fase de vulnerabilidade máxima e limitada autonomia. Portanto, além de cuidados físicos essenciais e de proteção, as crianças precisam ser contempladas em outras necessidades vitais para seu desenvolvimento mental e emocional, em particular, a necessidade de construir bons relacionamentos afetivos (SALES. 2008, pg 83).

Tais aspectos tornam a enfermagem um empreendimento humano e profissional de longo alcance, onde se mescla responsabilidade, satisfação e prazer. Complexa e ao mesmo tempo encantadora. Isto se reflete nas múltiplas e diferentes habilidades que devem possuir ou adquirir os enfermeiros durante a primeira consulta do recém-nascido.

A primeira consulta de enfermagem ao recém nascido deve ser feita o mais cedo possível, de preferência durante a primeira semana após a alta da maternidade. (FURTADO et al. 2010)

A consulta objetiva sistematizar, dar consistência, sentido, registro e memória à assistência de enfermagem nos três níveis da atenção à saúde humana, conforme

preconiza a Lei n.º 8080/1998. É composta por quatro fases: a coleta dos dados, o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, a fase da implementação de cuidados e a de avaliação dos resultados do plano de cuidados de enfermagem. (FURTADO et al. 2010)

A presente pesquisa, portanto, apresenta informações em termos de assistência realizada pelo enfermeiro durante a primeira consulta do recém nascido, visando respaldar suas ações a fim de oferecer subsídios para melhorar a qualidade da assistência prestada.

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

O componente neonatal da mortalidade infantil é aquele estreitamente vinculado aos cuidados no período da gestação, do nascimento e do recém-nascido. Implica, portanto, o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde em todo ciclo de gestação, a atenção adequada no momento do nascimento e os cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2014).

A mortalidade neonatal, entretanto, tem permanecido relativamente estável por ser resultante de uma estreita e complexa interação entre fatores biológicos, sociais, econômicos, políticos, demográficos e de assistência à saúde, que a tornam um componente de difícil controle. Isso faz com que seja, atualmente, a responsável por 75% das oito milhões de mortes de crianças com menos de 1 ano em todo o mundo. (ARAÚJO; TANAKA; MADI & ZATIM 2005)

Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida, e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país (BRASIL, 2014).

A primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, mais comuns em neonato pré-termo e de baixo peso. Além disso, muitos neonatos são acometidos por distúrbios metabólicos, dificuldades para alimentar-se e para regular a temperatura corporal. (BRASIL, 2012)

Em países em desenvolvimento como o Brasil predominam, ainda, os partos prematuros e de crianças com baixo peso ao nascer, desencadeados por más

condições sociais e econômicas, infecções e um deficiente atendimento pré-natal. (SILVEIRA et al. 2008).

Além do baixo peso de nascimento e da prematuridade, são fatores importantes de óbito, nesses países, as causas preveníveis e relacionadas com a qualidade de atenção perinatal, como a anóxia e as infecções neonatais, diferentemente dos países desenvolvidos, onde predominam as malformações congênitas. (SILVEIRA et al, 2008)

A prática de cuidados vem se modernizando, por isso há a necessidade de o enfermeiro manter-se sempre atualizado, possibilitando o eficaz papel de educador, aproveitando todas as oportunidades que encontrar, reforçando práticas saudáveis, corrigindo hábitos que coloquem a saúde do RN em risco e incentivando o indivíduo por melhor a qualidade de vida. (CARMO & OLIVEIRA, 2009)

Um conjunto de fatores torna o bebê mais sensível ante as primeiras experiências dolorosas e um sistema nervoso mais imaturo permite respostas exacerbadas. Sendo assim, o bebê pré-termo é mais sensível à dor do que o a termo e muito mais do que o adulto. (PACHECO et all. 2012)

A falta de cultura da mãe quanto a informação sobre a importância da consulta de enfermagem, no primeiro ano de vida do bebê, pois a maioria das causas de óbitos ocorridos nessa faixa de idade seriam preveníveis por imunização, diagnóstico e tratamento precoce de algumas doenças. A prematuridade é um dos fatores determinantes mais importantes da mortalidade infantil. (BRASIL, 2011)

Outro fato dá-se na incidência de malformações congênitas (MFC) ao nascer, pois as mais graves levam a perdas fetais, enquanto outras são de difícil diagnóstico e podem não ser percebidas no momento do nascimento (BRASIL, 2011).

Scochi et al. (2003) relatam que os pais dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso, são considerados população de risco, por apresentarem dificuldades para cuidar dos filhos, necessitando de apoio durante a internação e após a alta no acompanhamento ambulatorial.

A assistência a essas crianças após a alta hospitalar ainda é limitada, na realidade brasileira, no que se refere ao conhecimento tanto da evolução das mesmas, como das intervenções voltadas para suas peculiaridades e de sua família (TRONCO et al., 2010).

1.2 QUESTÕES NORTEADORAS

Considerando esse pressuposto, no ato de cuidar de pessoas, e mediante de recém-nascidos, emergiram as seguintes inquietações: “Quais as ações do enfermeiro na primeira consulta de enfermagem do RN? Quais as vantagens da primeira consulta do RN? Quais as dificuldades do enfermeiro na realização da primeira consulta do RN?”

1.3 JUSTIFICATIVA

O enfermeiro pode realizar consulta de enfermagem para diagnósticos e prevenção de patologias, conforme são definidas suas atribuições pela Resolução COFEN nº 271/2002

Art 5º: O Enfermeiro pode receber o cliente/paciente, nos limites previstos do art. 2º, para efetuar a consulta de Enfermagem, com o objetivo de conhecer/intervir, sobre os problemas/situações de saúde/doença(12);
Art. 6º: Em detrimento desta consulta, o Enfermeiro poderá diagnosticar e solucionar os problemas de saúde detectados, integrando às ações de Enfermagem, às ações multi-profissionais(12).

Esta prática assistencial foi legalizada pela Lei nº 7.498/86 que regulamentou o Exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro. A partir de então, tem sido alvo de diversas portarias e resoluções de diferentes instâncias, inclusive do Conselho Federal de Enfermagem, como a Resolução COFEN/159 que estabelece a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição pública e privada e regulamenta as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. (CAMPOS et al.2011)

Em meio a tamanhas mudanças históricas na concepção do ser criança e também na conscientização da necessidade de uma atenção especial voltada para o seu cuidado, evidenciados nas bibliografias, torna-se indispensável, hoje em dia termos a qualidade de viver em meio a recém nascidos e crianças com mais saúde. (CARMO & OLIVEIRA, 2009)

Como mães e futuras enfermeiras comprometidas com a assistência à criança e à família julgamos ser importante compreender o papel do enfermeiro na consulta

de enfermagem a fim de obter subsídios que nos auxiliem no planejamento de ações educativas voltadas ao preparo dos mesmos.

A possibilidade de acompanhar famílias ao longo do tempo mantém os profissionais da atenção primária em uma situação privilegiada no reconhecimento de situações que necessitam ser mais bem entendidas e acompanhadas.

Almeida M. C. P. (1991) apud Peña & cols. (2006), afirma que a enfermagem, como prática social permite estudar o seu próprio desempenho, identificando seus momentos de atenção, agentes de trabalho, instrumentos e finalidade, para o qual foi considerado o conceito de organização tecnológica. Desta forma, o enfermeiro integra uma rede de profissionais altamente qualificados e habilitados para refletir/atuar sobre o processo saúde-doença, no contexto das consultas de puericultura, viabilizando a qualidade desse serviço.

Porto (2007) define a consulta de enfermagem como prestação de assistência realizada pelo profissional de enfermagem, tanto para o indivíduo sadio quanto para aquele que se encontra hospitalizado. Em muitos casos é o primeiro contato com o cliente para que sejam identificados seus problemas de saúde.

Segundo Low & Cols. (2009), esta atividade emerge com um foco essencialmente na saúde pública. Sendo então de fundamental relevância, pois através dela, o enfermeiro tem subsídios para averiguar de modo mais precoce os diversos desequilíbrios nas áreas do crescimento, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

O Cuidado com o RN, pelas suas particularidades, exige conhecimento e estabelecimento de uma assistência direcionada às suas necessidades, abrangendo um cuidado específico durante o internamento e continuidade após a alta hospitalar. (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

A prática de cuidados vem se modernizando, por isso há a necessidade de o enfermeiro manter-se sempre atualizado, possibilitando o eficaz papel de educador, aproveitando todas as oportunidades que encontrar, reforçando práticas saudáveis, corrigindo hábitos que coloquem a saúde do RN em risco e incentivando o indivíduo por melhor a qualidade de vida (OLIVEIRA & RODRIGUES, 2005)

O presente estudo fundamenta-se no fato de a literatura pesquisada pouco enfatizar as temáticas que buscam a compressão sobre o papel do enfermeiro na primeira consulta do RN (MERIGHI et. al. 2011). Além disso, a revisão de literatura

apontou escassez de material acerca da temática nas fontes pesquisadas, ratificando a importância em se estudar o assunto.

Os objetivos da prática do exame físico ao recém-nascido são: avaliação do RN, avaliação de desvios e anormalidades, atribuir diagnósticos de enfermagem, prescrições de enfermagem e uma assistência adequada e específica do RN. O profissional responsável por executar do exame físico, diagnósticos e prescrições de enfermagem é o enfermeiro.

As ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dirigidas à gestante e ao RN têm grande importância, pois influenciam a condição de saúde dos indivíduos, desde o período neonatal até a vida adulta. Cada vez mais, vem sendo salientada a relação determinante entre a vida intrauterina, as condições de saúde no nascimento e no período neonatal e os problemas crônico-degenerativos na vida adulta, como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, saúde mental, entre outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011),

O enfermeiro deverá conhecer os aspectos mais relevantes do desenvolvimento e estar preparado para fazer algumas intervenções, se necessária, identificando com clareza as complicações do recém nascido, se necessário referi-lo para tratamento especializado, pois a falta de reconhecimento ou a demora na detecção de distúrbios do desenvolvimento provoca um atraso no início das intervenções de reabilitação (BRASIL, 2002).

A primeira consulta de enfermagem ao recém-nascido assegura pleno desenvolvimento físico e mental da criança desde o seu nascimento até o 5º ano de vida. O profissional de enfermagem responsável por este atendimento deve ter um olhar ampliado considerando que os objetivos da puericultura são os de promoção a saúde a mãe e recém-nascido (BRACCIALI, et al. 2011).

Madeira (1996) revela a percepção das pessoas de que a enfermeira é aquela pessoa que resolve as questões de saúde consideradas por elas de menor complexidade; quando se envolvem em situações de maior complexidade, sentem-se inseguras e buscam a consulta médica.

Segundo Silva (1998), a implantação da consulta de enfermagem requer mudanças na prática assistencial do enfermeiro, para que este compreenda sua complexidade e entenda que a consulta de enfermagem necessita de uma metodologia própria e objetivos definidos. Essa mudança deve partir dos próprios profissionais de enfermagem.

O nascimento de um bebê é um momento de transição-chave do ciclo de vida da família. Por tal razão, é muito comum o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos. A família deverá reconhecer a equipe de saúde como um ponto de apoio para a superação das dificuldades desta etapa (DEMOTT et al., 2006; BRASIL, 2004), que se constitui na necessidade de adaptação à presença de um novo ser no sistema familiar, da representação de novos papéis e do realinhamento de relacionamentos (CARTER; MC GOLDRICK, 1989)

É necessário que a enfermeiro utilize abordagem centrada na criança e nos familiares dessa, a partir de uma visão holística, identificando a família do neonato como a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros. Portanto, deve considerar os problemas, necessidades, interesses, recursos, potencialidades e expectativas de toda a família no cuidado à saúde da criança hospitalizada. (SILVA; ARAÚJO & TEIXEIRA, 2012)

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a aquisição de conhecimentos por parte dos pesquisadores, profissionais de saúde e comunidade em geral, auxiliando na adoção de uma atenção eficaz e de qualidade ao neonato.

Através do acompanhamento da criança saudável – puericultura – priorizando aquelas de maior risco de adoecer e morrer, desta forma, espera-se reduzir a incidência de doenças aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se à alcançar todo seu potencial.

O conhecimento adquirido com o presente estudo traz relevantes contribuições para a sobrevivência e a qualidade de vida dos RN's. A primeira consulta de enfermagem do RN além da atenção focada na doença, fornece uma estrutura biopsicossocial e por isso é uma abordagem humanística e cultural.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

- Esclarecer a importância do papel do enfermeiro na primeira consulta de enfermagem do recém-nascido.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Buscar nas publicações quais as ações, que o enfermeiro desenvolve com mais frequência na realização da primeira consulta de enfermagem do recém-nascido.
- Mapear as vantagens da primeira consulta de enfermagem para o recém-nascido.
- Identificar quais os entraves mais frequentes, relatados pelos enfermeiros que dificultam a realização da primeira consulta do recém- nascido.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1. BREVE RELATO SOBRE A HISTÓRIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO.

BRASIL (2012) afirma que a consulta de enfermagem surgiu no Brasil na década de sessenta e sua legalização ocorreu em 25 de junho de 1986 através da Lei n.º 7.498/86, que regulamentou o Exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro.

Em 1993 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução COFEN/159, estabeleceu a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição pública ou privada .

Na primeira metade do século XX, muitas transformações ocorreram na assistência à criança, principalmente no atendimento a recém-nascidos e, em especial, aos prematuros. Em 1922, é criada a primeira unidade para os prematuros, em Chicago. Conforme cita Oliveira (2004)

O interesse e a preocupação pela condição da criança, por parte do poder público, juristas, educadores e médicos, manifestou-se a partir da segunda metade do século XIX até meados do século XX, em especial na transição de um para outro século. Nesse período houve um crescimento da valorização infantil no Brasil, despertando em determinados grupos a idéia de proteção, sendo que tal fenômeno predominou a partir do século XVII, na Europa.

Segundo as autoras Maciel & Araújo (2003), a denominação consulta de enfermagem surgiu no Brasil na década de 60, porém, já existia desde a década de 20. A conquista do espaço passou por quatro fases.

A primeira fase corresponde a época em que foi criada a escola Ana Nery, em 1923. Foi quando a enfermeira de saúde pública foi valorizada, por ter uma atuação definida junta aos pacientes. Nessa fase foi fundamental o apoio de médicos brasileiros e de enfermeiras americanas responsáveis pela implantação da consulta de enfermagem no país (MACIEL E ARAÚJO, 2003).

Inicialmente, a consulta de enfermagem era exercida de forma não oficial, direcionada às gestantes e crianças saudáveis, sendo, posteriormente, estendida aos

portadores de tuberculose e outros programas da área de saúde pública. (MACIEL E ARAÚJO, 2003)

A segunda fase, segundo Maciel & Araújo (2003), foi vista como o período de contradições: quando foram criados o Ministério da Educação e da Saúde, também foi regulamentado o exercício da profissão de Enfermagem. As ações dos profissionais de saúde eram subordinadas e limitadas pela prática médica.

As mudanças foram profundas para o país, principalmente a partir da revolução de 1930, que colocou Getúlio Vargas no poder, da quebra de bolsa de Nova York, em 1929, e da longa crise do café (CARVALHO et al. 2001).

O governo de Getúlio Vargas deu ênfase à clientela infantil, inaugurando dois grandes hospitais pediátricos: Hospital Jesus, em 1935 e Instituto de Puericultura, em 1937. (CARVALHO et al. 2001)

Concomitante ao surgimento de novos hospitais, estes passaram a integrar os campos de estágios das alunas da EEAN, sendo assim a prática em enfermagem pediátrica era realizada de forma onde a aluna pudesse correlacionar as aulas teóricas com a prática realizada por elas nos ambulatórios, enfermarias, clínicas cirúrgicas, berçários e consultórios de puericultura. (FONTES et al, 2007)

A terceira fase corresponde ao período pós-guerra, que mostrou uma imagem positiva da enfermagem e, conseqüentemente, para a consulta de enfermagem. Houve a criação e aperfeiçoamento de escolas de enfermagem, algumas incorporadas às universidades, e a criação do Serviço Especial de Saúde Pública. Embora a enfermeira ainda fosse uma presença tímida nos hospitais da rede privada, isso já não ocorria na rede pública, estando a enfermeira em luta por maior espaço (MACIEL & ARAÚJO, 2003).

Era uma época em que, no país, se começava a formular um modelo alternativo de seguridade social, servindo de instrumento político eleitoral do governo (CARVALHO et al., 2001).

Fontes *et al.* (2007) alega que no início dos anos 50, as enfermeiras ressaltavam a necessidade de um aprendizado contínuo em diferentes campos afim de manterem-se informadas acerca de novos desenvolvimentos científicos e novas tecnologias, para uma adequada assistência à criança hospitalizada. Assim substituindo a figura materna. As enfermeiras passam a sistematizar a assistência prestada pela equipe de enfermagem. Começa o processo de seleção pessoal com prática de cuidados voltados para infância.

Figura 1 – Enfermeira realizando triagem neonatal



Fonte: Rev. Bras. Enferm. Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 157-61

A quarta fase, em 1956, trouxe perspectivas para a profissão, com o surgimento das primeiras pesquisas de enfermagem, congressos abordando pesquisas, reformas do ensino das escolas de enfermagem e inclusão das enfermeiras nas equipes de planejamento de saúde. A partir de então se foi consolidando o trabalho de enfermeira na área de Saúde Pública, com a conquista da implantação da consulta (MACIEL & ARAÚJO, 2003).

Fontes *et al.*(2007) ainda comenta que a enfermagem também exerceu um papel fundamental no início do desenvolvimento da neonatologia. Os melhores resultados obtidos no cuidado aos recém-nascidos prematuros eram alcançados quando enfermeiras bem treinadas estavam à frente do serviço, neste caso a enfermeira era a supervisora. Nesse período, cresceu o incentivo pela especialização da enfermagem para o cuidado a recém-nascidos prematuros, e observa-se um grande investimento nessa área.

2.2 . PROGRAMAS DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DA CRIANÇA

O Ministério da Saúde, desde 1984, vem priorizando ações básicas de saúde que possuem comprovada eficácia na redução da morbimortalidade infantil: a atenção ao recém-nascido, a promoção do aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, as imunizações e a prevenção e o controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias

agudas, visando incrementar a capacidade resolutiva dos serviços na atenção à criança. Nesse sentido, algumas iniciativas têm sido desenvolvidas com sucesso no Brasil. (BRASIL, 2012)

2.2.1 Política de Promoção do Aleitamento Materno

Para elevar as taxas de aleitamento materno o Brasil implantou, em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Desde então, a iniciativa é responsável por melhorar os indicadores relativos à oferta e distribuição de leite para recém-nascidos, sobretudo os que estão em UTI neonatal (BRASIL, 2010).

O Brasil tem, hoje, o reconhecimento internacional pela sua política de promoção do aleitamento materno. A atuação das parcerias e da sociedade constitui um fator muito importante para o sucesso da política brasileira. A soma de esforços resultou em soluções criativas, eficientes e cientificamente comprovadas. Além disso, contribuíram para aumentar, de modo significativo, os índices de aleitamento materno. A amamentação elevou-se de 5,5 meses, em 1989, para 9,9 meses em 1999. A seguir, alguns projetos na área de promoção do aleitamento materno que merecem destaque. (BRASIL, 2013)

Segundo Oliveira *et al.* (2005) A promoção ao aleitamento materno deve ser iniciada na rede básica, tão logo a gestação seja detectada. A gestação é uma etapa chave para a promoção do aleitamento materno, pois é nesse período que a maioria das mulheres define os padrões de alimentação que espera praticar com seu filho.

Após a alta da maternidade, o acompanhamento pediátrico ou de puericultura durante a primeira infância é etapa chave para o apoio à manutenção da amamentação (OLIVEIRA; CAMACHO & SOUZA, 2005).

Alencar (2008) Utilizar a primeira visita da puérpera para consulta da criança como meio de orientar a mãe sobre os cuidados a serem prestados a criança, sendo estes: os benefícios da amamentação, os cuidados com as mamas (orientações de como agir em casos de fissura nos mamilos, ingurgitamento das mamas, posicionamento adequado para amamentar, higiene pessoal da mãe e do bebê, ordenha, armazenamento e conservação do leite materno, esclarecimento sobre os mitos e as verdades sobre amamentação, alimentação da puérpera, leis que protegem a amamentação e planejamento familiar);

De acordo com Faleiros *et al* (2010) as mães têm, geralmente, noção das vantagens do aleitamento materno porém apontam como relevantes os problemas relacionados à "falta de leite", "leite fraco", problemas mamários e a recusa do bebê em pegar o peito. Essas razões devem ser esclarecidas pelo enfermeiro durante a primeira consulta do RN, de modo a quebrar mitos e fornecer uma correta orientação.

2.2.2 Bancos de Leite

Entre as iniciativas de promoção do aleitamento materno, realizadas pelo MS, merece destaque a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, considerada a maior do mundo, que já conquistou reconhecimento nacional e internacional. Os Bancos de Leite Humano exercem um papel importante na assistência às mães e às crianças, uma vez que o leite fornecido é pasteurizado e recebe altíssimo controle de qualidade (FIOCRUZ, 2010). É definido como

Importante estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, é uma verdadeira "casa de amamentação". A sua principal ação é apoiar as mulheres que desejam amamentar seus filhos e, nesse processo, além de conseguir prolongar a amamentação, muitas descobrem ou aprendem a identificar o excesso de leite e se tornam doadoras. O leite humano pasteurizado no Brasil é seguro e atende, prioritariamente, os recém-nascidos prematuros e/ou os que por algum motivo necessitam de internação em Unidades Neonatais.(BRASIL, 2004)

Esses Bancos possuem um cadastro de doadoras que são sistematicamente acompanhadas. Essas mulheres doam um volume de leite suficiente para atender as demandas de recém-nascidos prematuros e de baixo peso, bem como àqueles lactentes hospitalizados. Atualmente contamos com 156 Bancos de Leite em todo o país, que coletam e distribuem cerca de 100 mil litros de leite humano, beneficiando milhares de crianças prematuras e de baixo peso (BRASIL, 2002).

2.2.3 Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

Hospitais/maternidades da rede e prestadores conveniados do SUS vêm redirecionando suas práticas e rotinas visando a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno e tornando-se referência na atenção humanizada à mãe e ao

recém-nascido. A IHAC estabelece dez passos e cinco critérios para alcançar o título que é reconhecido internacionalmente pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) (BRASIL, 2002).

O Ministério da Saúde vem capacitando profissionais e apoiando hospitais nesta iniciativa, aumentando o aporte financeiro e repassando um incentivo por procedimentos obstétricos realizados nos hospitais credenciados como Amigos da Criança. Até o momento, o Brasil já conta com 213 hospitais credenciados como Amigo da Criança. Em junho de 2001, foi publicada a Portaria nº 29 que estabelece novos requisitos para o credenciamento e reavaliação dos hospitais (Idem, 2002).

Outras ações encabeçam as estratégias que ampliam a atuação do Programa de Saúde da Criança (Idem, 2002)

2.2.4 Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)

A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) é considerada a principal intervenção disponível para melhorar as condições de saúde na infância nos países em desenvolvimento. Também representa um instrumento útil para a detecção precoce e tratamento efetivo das principais doenças que afetam a saúde das crianças menores de 5 anos de idade, contribui para melhorar os conhecimentos e as práticas das famílias, para a prevenção de doenças e para a promoção de saúde (BRASIL, 2012)

A AIDPI é uma estratégia que visa integrar as ações de promoção e prevenção da saúde, com atividades de assistência e tratamento das doenças mais freqüentes na infância, reduzindo as mortes e as doenças mais comuns em crianças menores de cinco anos de idade (BRASIL, 2012)

O processo da AIDPI pode ser utilizado por médicos, enfermeiras e outros profissionais da saúde, que trabalham com lactentes e crianças doentes desde o nascimento até 5 anos de idade. Trata-se de um processo de manejo de casos para ser utilizado em um estabelecimento de primeiro nível como um consultório, um centro de saúde ou um serviço ambulatorial de um hospital (BRASIL, 2012)

O processo da AIDPI descreve como atender à criança de 0 a 5 anos de idade que chega a um consultório por estar doente ou para uma consulta de rotina programada para avaliar o desenvolvimento ou estado de imunização. Os modelos oferecem instruções sobre a maneira de avaliar sistematicamente uma criança por

sinais gerais de doenças frequentes, desnutrição, anemia e para identificar outros problemas. Além do tratamento, o processo incorpora atividades básicas para a prevenção de doenças e como atender à gestante. (BRASIL, 2012)

O processo de atenção integrada de casos da AIDPI NEONATAL inclui os seguintes elementos (BRASIL, 2012):

- Avaliar a gestante ou a criança menor de 2 meses detectando, em primeiro lugar, os sinais de risco, mediante a formulação de perguntas que envolvem situações frequentes, realizando o exame físico, a avaliação da nutrição e do estado de vacinação. A avaliação inclui ainda examinar a gestante ou a criança para verificar a existência de outros problemas de saúde.

- Classificar as doenças por meio de um sistema codificado por cores. Cada doença é classificada de acordo com uma cor:

- tratamento e referência urgente (vermelho); ou
- tratamento médico específico e orientação (amarelo); ou
- orientação simples sobre o tratamento em casa (verde).

- Depois de classificar todas as condições, identificar tratamentos específicos. Se uma gestante ou uma criança requer referência urgente, administre o tratamento essencial antes de transferi-la. Se necessitar de tratamento em casa, elabore um plano integrado de tratamento e administre a primeira dose do tratamento da criança no consultório. Se necessitar vacinar, administre as vacinas.

- Dar instruções práticas para o tratamento, tais como: ensinar a mãe ou responsável pela criança como administrar os medicamentos orais, alimentar e oferecer líquidos durante a doença, assim como tratar infecções localizadas em casa.

- Solicite ao responsável pela criança que retorne para seguimento em uma data marcada e ensine ao mesmo como reconhecer os sinais que indicam que as crianças devem retornar imediatamente ao serviço de saúde. Informe à gestante a data para seguimento.

- Avaliar a alimentação, incluindo as práticas de aleitamento materno e oferecer orientação para resolver todo problema de alimentação identificado.

- A seguir, orientar a gestante ou a mãe sobre sua própria saúde. Quando a criança ou a gestante retornar ao consultório conforme foi solicitado, proporcionar

atenção de seguimento e, se for necessário, determinar se existem novos problemas.

Esta estratégia fortalece e organiza a atenção básica, capacitando as equipes dos programas Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família para uma atenção de qualidade à criança.

2.2.5 Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Mãe-Canguru

A adoção das Normas de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso nas 78 maternidades de atendimento de alto risco do Sistema Único de Saúde melhora, substancialmente, as chances de vida do recém-nascido de baixo peso ou prematuro. A estratégia é essencial na promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio da cidadania da família (BRASIL, 2002).

Figura 2 – Método mãe-canguru



Fonte: IBFAN, 2010

O Método Canguru é um tipo de assistência neonatal, de livre escolha da família e visa proceder ao atendimento humanizado e de qualidade ao recém-nascido de baixo peso.

Além de proporcionar maior apego na relação família-bebê, incentiva a prática do aleitamento materno, reduz o tempo de internação e diminui os riscos de infecção hospitalar. Já foram capacitados mais de 2.000 profissionais em 240 maternidades do SUS em todo o Brasil (BRASIL, 2002).

2.2.6 Prevenção de Acidentes e Violência na Infância

Ação que vem sendo trabalhada em parceria com as áreas técnicas do Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Pediatria, Secretaria de Direitos Humanos - Ministério da Justiça, priorizando medidas preventivas nas questões de acidentes e violência na infância (BRASIL, 2005).

Os acidentes e as violências correspondem às causas externas de morbidade e mortalidade, representadas no capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças – CID-10. Os acidentes englobam as quedas, o envenenamento, o afogamento, as queimaduras, o acidente de trânsito, entre outros; já as violências são eventos considerados intencionais e compreendem a agressão, o homicídio, a violência sexual, a negligência/abandono, a violência psicológica, a lesão autoprovocada, entre outras. Tanto os acidentes quanto as violências são eventos passíveis de prevenção (BRASIL, 2015).

Os custos com as violências são inúmeros e perpassam desde as perdas humanas com o desenvolvimento de sequelas permanentes ou não e o sofrimento causado para as vítimas e os familiares, o que não pode ser mensurado, até os custos com tratamento de saúde, despesas previdenciárias, absenteísmo no trabalho, reforçando a importância desses agravos enquanto problema de saúde pública (BRASIL, 2015).

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de morte entre crianças de zero a 9 anos, passando a ocupar a primeira posição na população de adultos jovens (10 a 49 anos) e ocupa a terceira posição entre a população acima de 50 anos (Idem, 2015).

Dentre as crianças de 0 a 9 anos os acidentes de transporte (31,5%), afogamentos (22,7%) e outros riscos à respiração (16,5%) se configuram como as principais causas de óbito nessa faixa etária. As agressões (violências) aparecem como a quarta causa de mortalidade (BRASIL, 2008).

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou em vinte e sete municípios brasileiros, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), a partir da ficha de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências (BRASIL, 2004)

Os dados coletados no período de 2006 e 2007 pelo VIVA mostraram que, dentre as crianças de 0 a 9 anos, a violência sexual foi a principal causa de

atendimentos nos serviços de referência de violências. Dos 1.939 registros de violência contra crianças, 845 (44%) foram por violências sexuais (BRASIL, 2004)

As equipes de saúde deverão estar atentas para reconhecer situações de risco nas famílias (alcoolismo, abuso de drogas, desagregação familiar) além de verificar sinais e sintomas sugestivos de violência em todos os seus atendimentos e visitas domiciliares, tais como lesões físicas (equimoses, fraturas, queimaduras), alterações de comportamento (agressividade, medo, timidez excessiva, apatia), negligência (criança malcuidada, internações repetidas, desnutrição crônica, etc.), entre outros (BRASIL, 2004)

Ainda, a Notificação Obrigatória de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes (PT/GM/MS n.º 1.968/2001) é um instrumento de fundamental importância para a implementação do cuidado à criança vítima de violência e deve ser implementada por todos os gestores (municipais e estaduais) da saúde.

O ECA art. 11 (Lei federal n.º 8.069 de 13/07/1990) informar a atuação dos profissionais de saúde

Art. 11 do ECA: “É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”.

A obrigatoriedade da notificação está assegurada também pelo Conselho Federal de Medicina e por alguns Conselhos Regionais, a despeito do receio de muitos profissionais que se omitem, alegando segredo profissional (BRASIL, 2002).

Contudo, a denúncia deve ser acompanhada de respeito, através do olhar arguto e sensível do profissional, conforme afirma a Sociedade Brasileira de Pediatria (2000)

O profissional de saúde, por motivos éticos, deve ter o cuidado de conversar com a família, explicando-lhe a necessidade da notificação para que ela seja beneficiada com ajuda competente. Portanto, a relação do profissional com a pessoa que acompanha a criança ou o adolescente deve ser muito firme, sincera e ao mesmo tempo, demonstrar a sensibilidade que esse tipo de problema requer (SBP, 2000).

Ao profissional de saúde é importante saber também que não é só a violência intrafamiliar que afeta a infância. Pois a violência social é muito mais ampla. Por exemplo, uma das suas manifestações mais perversas se dá na institucionalização, onde o afeto, o carinho, o respeito à sua vontade são substituídos pelo regulamento disciplinar, pelo tratamento massivo e, às vezes, pela repressão ou até a tortura (BRASIL, 2002).

2.2.7 Atenção à Criança Portadora de Deficiência

Segundo a UNICEF, pelo menos 10% das crianças nascem ou adquirem algum tipo de deficiência – física, mental ou sensorial – com repercussão negativa no desenvolvimento Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Por outro lado, cerca de 70 a 80% das seqüelas podem ser evitadas ou minimizadas através de condutas e procedimentos simples de baixo custo e de possível operacionalização (BRASIL, 2004)

A abordagem da criança deve ter como referencial a promoção da sua inclusão e participação social, para o quê é necessária a atuação integrada da equipe de saúde com a família, a comunidade e os equipamentos sociais disponíveis (MINAS GERAIS, 2004 p. 46)

Brito et. al. (2010) esclarece que o monitoramento permanente de ocorrências de deficiências e incapacidades nas crianças assim como a análise da prevalência e tendência constitui uma meta a ser alcançada pelos gestores da saúde, objetivando o planejamento de serviços e a adoção de medidas preventivas.

2.3 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PRIMEIRA CONSULTA DE ENFERMAGEM

O enfermeiro desempenha seu trabalho com ações não apenas clínicas, mas com uma concepção epidemiológica e social, relacionando as intimamente com o complexo saúde – indivíduo - família - comunidade (OLIVEIRA ,2012).

A consulta de enfermagem para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é uma atividade incorporada às ações de atenção primária à saúde, haja vista que constitui um modelo assistencial adequado às necessidades de saúde da população. Deve ser realizada sistematicamente, acompanhando as etapas do processo de enfermagem (OLIVEIRA,2009)

De acordo com Oliveira (2012) a consulta de Enfermagem é

uma estratégia eficaz para a detecção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, as quais se dirigem ao bem-estar das pessoas. Viabiliza o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao paciente, facilitando a identificação de problemas e as decisões a serem tomadas (BRASIL, 2010).

Segundo Vieira (2012), a infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. No entanto os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para os indivíduos e comunidades.

O enfermeiro poderá avaliar se a criança está crescendo e se desenvolvendo dentro dos padrões da normalidade ou se requer um encaminhamento, um retorno mais próximo ou um cuidar de diferentes profissionais da saúde (OLIVEIRA,2009)

Para que a criança cresça de maneira saudável e esteja preparada para enfrentar as transformações que ocorrem em seu organismo, é necessário que ela receba cuidados específicos, capazes de promover seu bem estar físico e prevenir problemas que possam interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2012)

O acompanhamento da criança prevê várias consultas durante os primeiros anos de vida (OLIVEIRA,2009)

Um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento bem realizado não se baseia somente na anotação dos dados antropométricos, precisa estar alicerçado em todas as etapas da consulta de enfermagem. Nesse sentido, percebe-se a importância do enfermeiro compreender e apreender a forma como o processo de comunicação escrita ocorre, e os elementos que compõem este processo. (OLIVEIRA, 2009)

Segundo OLIVEIRA (2007), entre os cuidados diretos básicos, destacam-se: higiene corporal e cuidado com o coto umbilical. Os cuidados diretos específicos são: infecções e síndromes respiratórias. Os cuidados indiretos estão relacionados com os materiais e equipamentos. Conclui-se que o discurso oficial das enfermeiras estava voltado para a sistematização dos cuidados de enfermagem aos recém-nascidos, como precursora dos cuidados intensivos neonatais.

O exame físico cefalocaudal, devendo abranger as etapas correspondentes à inspeção, palpação, percussão e ausculta, conforme a necessidade do órgão ou sistema a ser avaliado, o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, a prescrição, a implementação dos cuidados e a orientação das ações relativas aos problemas detectados (OLIVEIRA, 2009).

A Consulta de Enfermagem tem como atribuição receber e acolher a criança e responsável ou outro acompanhante durante a consulta, observando sempre, o comportamento da criança e mãe e outros familiares quando presentes, sempre

solicitar o Cartão da Criança e juntamente com prontuário resgatando dados pertinentes para obter informações relativas aos focos de atenção a serem avaliados durante a consulta, como informações sócio-ambientais e dados da consulta anterior, além de registrar as informações atuais, como peso, estatura, temperatura, perímetro cefálico e torácico (BRASIL, 2013).

Durante a consulta de enfermagem deve-se realizar anamnese e exame clínico, identificar a presença de fatores de risco; avaliar: crescimento, desenvolvimento e estado nutricional, orientar quanto à imunização; preencher: gráfico de peso, estatura e perímetro cefálico, cartão da criança e prontuário, orientar sobre as doenças e intercorrências, alimentação e higiene. (SÃO PAULO, 2003 apud COLOMBO, 2012).

2.3.1 Ações de Enfermagem na primeira consulta do RN

Cuidados com o recém-nascido na higiene pessoal orientando o banho diário e a limpeza do recém-nascido. Assim também como lavar as mãos antes de manipular o mesmo. Orientar que não se deve usar perfume ou talco no recém-nascido, a limpeza da região anal e perineal a cada troca de fraldas para evitar lesões na pele. (MINAS GERAIS, 2004, p. 46 apud COLOMBO, 2012)

Cuidados com o coto umbilical explicar a importância de cuidar adequadamente do coto umbilical para evitar infecções. Manter o coto umbilical sempre limpo e seco. Após o banho, depois de secar bem o umbigo, envolvê-lo em uma gaze embebida com álcool absoluto. Não cobrir o umbigo com faixas ou esparadrapo. Desaconselhar o uso de moedas, fumo ou qualquer outra substância para “curar” o umbigo. (MINAS GERAIS, 2004, p.47 apud COLOMBO, 2012).

Higiene do ambiente, Cuidar das roupas do recém-nascido, mantendo-as limpas, Ferver a água do banho, se essa não for tratada, manter limpo o lugar em que o recém-nascido dorme, manter a casa arejada e usar mosquiteiros, se necessário. (Idem, 2012).

Sinais gerais de perigo na criança de 1 semana a 2 meses, a serem verificados. Convulsões, bebê mais “molinho”, parado e com choro fraco, gemente, não pega o peito ou não consegue se alimentar, febre (temperatura igual ou maior a 38°C). Temperatura baixa (igual ou menor que 35,5°C), diarreia, umbigo vermelho

e/ou com pus, pústulas na pele, pele amarelada, placas brancas persistentes na boca. (Idem, 2012)

Quando necessário encaminhar para vacinação, marcar próximo retorno, quando indicado, providenciar encaminhamento para consulta médica, informando e orientando a mãe ou acompanhante sobre a necessidade desta consulta (SÃO PAULO, 2003 apud COLOMBO, 2012).

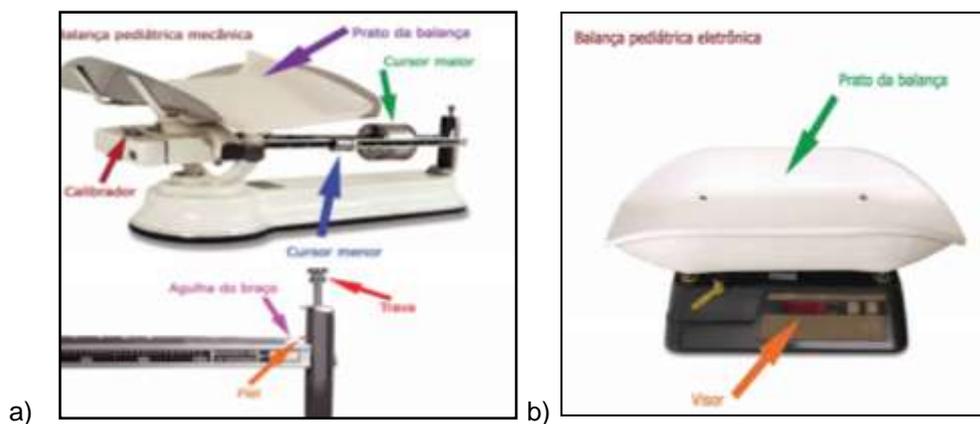
2.3.1.1 Instrumentos e Técnicas de Medição

- **PESO**

O profissional deve estar atento à técnica descrita a seguir, de modo a evitar uma leitura e, conseqüentemente, uma avaliação incorreta da criança de 0 a 2 anos de idade (MINAS GERAIS, 2004 apud COLOMBO, 2013):

EQUIPAMENTO: balança pediátrica mecânica, com capacidade para 16 kg, variações de dez gramas, na qual é acoplado um prato; balança eletrônica, com capacidade para 15 kg e variações de 5 gramas com suporte para a criança (BRASIL, 2004).

Figura 3 – Tipos de balança pediátrica: a) mecânica; b) eletrônica



Fonte: SISVAN - BRASIL, 2004

TÉCNICA: colocar a balança em superfície plana, em altura que permita boa visualização da escala; destravar e tarar a balança antes de toda e qualquer pesagem; as balanças devem estar em local seguro e em altura que permita uma boa visualização da escala, normalmente na altura dos olhos do profissional de

saúde; tarar a balança antes de toda e qualquer pesagem; a criança deve estar sem roupas e sem sapatos (BRASIL, 2004).

Para a balança pediátrica mecânica: com o auxílio da mãe ou acompanhante, colocar a criança no centro da balança, deitada ou sentada; mover o marcador maior (Kg) sobre o suporte, aproximando-o do valor esperado de peso para a idade da criança; mover o marcador menor (g) até que o ponteiro da balança atinja o equilíbrio; ler o peso e anotá-lo imediatamente na ficha de registro; colocar os marcadores no ponto zero do suporte e travar a balança após cada pesagem; registrar a medida no gráfico (BRASIL, 2004).

Para balanças eletrônicas com o auxílio da mãe, colocar a criança no centro da balança; observar a pesagem até atingir o equilíbrio; ler o peso e anotá-lo, imediatamente, na ficha de registro (BRASIL, 2004)..

- **ESTATURA**

EQUIPAMENTO: régua antropométrica (ou infantômetro), geralmente de madeira, com fita métrica de 100 cm e escala de 1 mm e com duas peças acopladas em ângulo de 90° à régua, uma delas fixa, correspondente à marca zero e onde será encostada a cabeça da criança, e uma outra móvel, para ser ajustada aos pés da criança. (BRASIL, 2004)

Figura 4 – Técnica de medição da estatura



Fonte: SISVAN - BRASIL, 2004

TÉCNICA: a criança deve estar descalça e despida ou com roupas leves; deitar a criança em uma mesa ou superfície plana e firme; o corpo deve estar alinhado, com os ombros e a cabeça apoiados na mesa, olhando para cima, com os joelhos esticados e os dedos dos pés apontando para cima; pedir auxílio para a mãe da criança para mantê-la na posição correta; encostar a peça fixa da régua na cabeça da criança; deslizar a peça móvel até encostar nos calcanhares; tomar a medida e anotá-la imediatamente; registrar a medida no gráfico. (BRASIL, 2004)

- **PERÍMETRO CEFÁLICO**

EQUIPAMENTO: fita métrica com divisões em cm e subdivisões em mm.
TÉCNICA: a criança deve estar deitada ou sentada; pedir auxílio para a mãe da criança para mantê-la na posição correta; passar a fita métrica em torno da cabeça da criança, fixando-a nos pontos mais salientes da região frontal e da região occipital; tomar a medida e anotá-la imediatamente; registrar a medida no gráfico. (MINAS GERAIS, 2004)

2.3.2 Exames Clínicos

- **Teste do Pezinho**

Faz o diagnóstico de Hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias e fibrose cística. O momento para a coleta da amostra de sangue no pezinho do bebê, preferencialmente, não deve ser inferior a 48 horas de alimentação protéica (amamentação) e nunca superior a 30 dias, sendo o ideal entre o 3º e o 7º dia de vida. As gestantes devem ser orientadas, ao final de sua gestação, sobre a importância do teste do pezinho (BRASIL, 2012).

- **Teste da Orelhinha**

É um programa de avaliação da audição em recém nascidos, indicada por instituições do mundo todo para diagnóstico precoce de perda auditiva, uma vez que sua incidência, na população geral, é de 1 a 2 por 1000 nascidos vivos. A técnica utilizada é a de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAs). O exame é indolor, com a colocação de um pequeno fone na parte externa do ouvido, com a duração por um tempo médio de 3 a 5 minutos (BRASIL, 2012).

- **Teste do Reflexo Vermelho (Teste do Olhinho):**

É baseado no mesmo fenômeno que se observa quando se fotografa alguma pessoa, e a pupila fica vermelha e para o exame se utiliza um equipamento chamado oftalmoscópio direto. Este aparelho permite ao médico que realiza o exame observar um reflexo avermelhado na pupila que quando ocorre, significa que o exame está normal. Ou seja, não existe nenhum obstáculo a luz que penetra no olho: os meios estão transparentes. Entretanto, na presença de doenças oculares, como catarata, opacidades de córnea, retinoblastoma entre outras, este reflexo estará diminuído ou abolido. É um teste indolor pois cada olho é observado individualmente com o auxílio do oftalmoscópio direto a uma distância aproximada de 30-45 cm (BRASIL, 2012).

2.3.3 Principais Patologias do Recém-Nascido e Prescrições de Enfermagem

Conforme Orlandi & Sabrá (2005) os enfermeiros e a equipe de enfermagem devem estar familiarizados com as medidas exigidas pela criança, sendo necessário o reconhecimento de patologias no primeiro instante de vida. A partir desta premissa selecionou-se algumas afecções inerentes ao recém nascido, sendo:

- **Obstrução Nasal**

Pode estar presente nos primeiros dias de nascimento, e ser acompanhada de dor intensa a ponto de causar esforço respiratório. O enfermeiro deverá realizar exame físico detalhado; orientar a mãe, na ausência de outras alterações, quanto à benignidade do quadro; prescrever o soro fisiológico nasal para lavar as narinas, no modo de conta gotas em cada narina sempre que necessário; é contra-indicado qualquer tipo de vasoconstritor nasal (MINAS GERAIS, 2004 apud COLOMBO, 2013).

- **Conjuntivite química neonatal**

É a Hiperemia em conjuntiva, edema palpebral e secreção ocular bilateral, secundária ao uso do nitrato de prata utilizado para prevenção da conjuntivite gonocócica. O profissional deverá orientar impeza dos olhos com soro fisiológico várias vezes ao dia. Na presença de contaminação bacteriana secundária, o tratamento pode ser feito com colírio à base de aminoglicosídeos (genta ou

tobramicina), de acordo com prescrição médica (MINAS GERAIS, 2004 apud COLOMBO, 2013).

- **Refluxo gastroesofágico**

Pode ser fisiológico: resultante da imaturidade dos mecanismos naturais de defesa anti-refluxo. Grande frequência do refluxo nessa idade, com redução das regurgitações e vômitos em torno de 4 a 6 meses de vida; ou patológico: as regurgitações são acompanhadas de ganho insuficiente de peso, sinais sugestivos de esofagite, otites, sinusites, broncoespasmos e apnéia. (MINAS GERAIS, 2004 apud COLOMBO, 2013)

Os pais devem ser orientados sobre a natureza benigna do refluxo fisiológico. Devem-se recomendar medidas posturais: berço elevado, decúbito lateral direito para dormir, não amamentar deitado, permitir que a criança arrote sempre que mamar, evitar deitar o RN logo após as mamadas. Na presença de sinais e sintomas sugestivos de refluxo patológico, deve-se realizar a propedêutica específica e iniciar medicação anti-refluxo. (MINAS GERAIS, 2004 apud COLOMBO, 2013)

- **Cólicas do RN**

As cólicas são resultantes da imaturidade do funcionamento intestinal. Podem estar relacionadas com a deglutição excessiva de ar durante a mamada, “pega incorreta”, ou com a introdução de outros tipos de alimentos, como leite de vaca e chás.

O enfermeiro deverá orientar quanto o caráter benigno do fato, que pode ocorrer nos 3 ou 4 primeiros meses de vida. Medicamentos que diminuem o peristaltismo intestinal são contra-indicados. Na presença de dor e distensão abdominal, acompanhada de fezes com sangue, a criança deve ser encaminhada imediatamente para um serviço de referência. (MINAS GERAIS, 2004 apud COLOMBO, 2013)

- **Granuloma Umbilical**

Tecido de granulação com secreção serosa e hemorrágica que aparece após a queda do cordão no fundo da cicatriz umbilical. O deve ser tratado através da aplicação de bastão de nitrato de prata no fundo da lesão duas vezes ao dia até a cicatrização. (MINAS GERAIS, 2004 apud COLOMBO, 2013)

- **Hérnia Umbilical**

Tumoração umbilical, redutível e indolor, determinada pela falta de fechamento do anel umbilical em grau variável. A cirurgia deve ser indicada em casos de hérnias muito grandes, em que não se observa tendência para involução após 2º ano de vida. (MINAS GERAIS, 2004 apud COLOMBO, 2013)

- **Hérnia Inguinal**

Tumoração na região inguinal que surge, geralmente, durante o choro ou qualquer esforço. Quando estrangulada, torna-se irreductível e muito dolorosa. Neste caso, a criança apresenta-se pálida, agitada e com vômitos freqüentes. O estrangulamento é mais comum em RN, prematuros e lactentes jovens. A conduta é sempre cirúrgica e, nos prematuros, não deve ser adiada (MINAS GERAIS, 2004 apud COLOMBO, 2013).

- **Onfalite**

Edema, hiperemia e secreção fétida na região peri-umbilical. Encaminhar o RN para serviço de referência devido ao risco iminente de sepse neonatal (MINAS GERAIS, 2004 apud COLOMBO, 2013).

- **Impetigo**

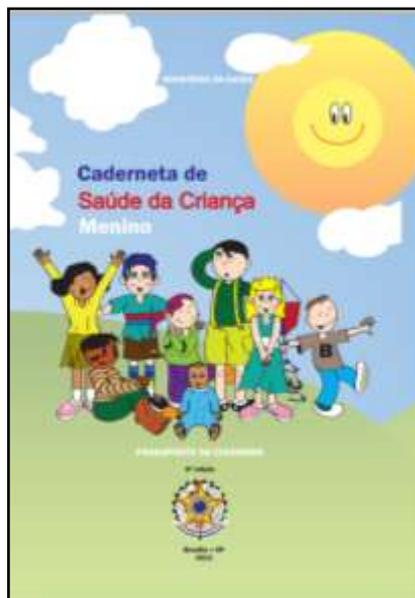
Lesões vesiculosas com secreção purulenta e base hiperemiada. A extensão do acometimento pode ser variada. O RN com impetigo de pequena extensão e sem nenhuma outra alteração pode ser tratado ambulatorialmente com antibióticos orais. Nos casos de grande extensão das lesões com ou sem outros sinais e sintomas, o RN deve ser encaminhado para um atendimento de maior complexidade. Recomenda-se o uso de antibióticos orais de acordo com prescrição médica (cefalexina ou eritromicina durante 10 dias, para o tratamento ambulatorial). A avaliação deve ser diária para detectar sinais de sepse em tempo hábil. (MINAS GERAIS, 2004 apud COLOMBO, 2013)

- **Monilíase oral e perineal**

Placas esbranquiçadas, na mucosa oral, que, ao serem removidas, deixam base eritematosa sangrante. O tratamento deverá ser a base de nistatina solução oral. Se em uso de mamadeiras ou bicos, lavar, com água e sabão e ferver mais vezes. O tratamento de monilíase perineal: nistatina tópica na região de fraldas após cada troca. (MINAS GERAIS, 2004 apud COLOMBO, 2013)

2.3.4 Incentivo e Qualificação do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD)

Figura 5 – Caderneta de saúde da Criança – Capa para meninos



Fonte: BRASIL (2013, Capa)

O Ministério da Saúde declara que

Toda criança deve receber o “Cartão da Criança”, de preferência ainda na maternidade. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (0 a 6 anos), que envolve o registro no, Cartão da Cartão da Criança, de avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento. (BRASIL;, 2004, pg 24)

A caderneta de Saúde da Criança é o documento oficial brasileira para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos.

A primeira parte é dedicada a quem cuida da criança. Contém informações e orientações para ajudar a cuidar melhor da saúde da criança.

Apresenta os direitos da criança e dos pais, orientações sobre o registro de nascimento, amamentação e alimentação saudável, vacinação, crescimento e desenvolvimento, sinais de perigo de doenças graves, prevenção de acidentes e violências, entre outros.

A segunda parte é destinada aos profissionais de saúde, com espaço para registro de informações importantes relacionadas à saúde da criança. Contém, também, os gráficos de crescimento, instrumento de vigilância do desenvolvimento e tabelas para registros das vacinas aplicadas. (BRASIL, 2013, pg.1)

Figura 6 – Caderneta de saúde da Criança – Folha de Identificação

IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança: _____

Data de nascimento: _____

Município de nascimento: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço: _____

Posto de Referência: _____

Sexo: _____

Estado: _____

Cidade: _____

Raça/Etnia: () Branco () Negro () Amarelo () Pardo () Indígena

Unidade Básica que frequenta: _____

Nº de Processo no SUS: _____

Nº de Declaração de Nascimento: _____

Nº de Registro Civil de Nascimento: _____

Nº do Cartão de SUS: _____

Fonte: BRASIL (2013, Capa)

Logo, o enfermeiro deve estar preparado para esse acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuro-psicomotor da criança.

O registro, pelos profissionais de saúde, das informações sobre os diversos aspectos da saúde da criança é fundamental para tornar esta Caderneta um importante instrumento de vigilância e promoção da saúde e de articulação entre a

unidade básica de saúde e os serviços de especialidades, de emergências e hospitalares (BRASIL, 2013).

Figura 7 – Caderneta de saúde da Criança – Dados do Recém-nascido

DADOS DO RECÉM-NASCIDO

Nascimento:
 Nasceu em: ____/____/____
 Maternidade/Cidade, UF: _____
 Peso ao nascer: _____ g Comprimento ao nascer: _____ cm
 Perímetro cefálico: _____ cm Sexo: () Masculino () Feminino
 Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____
 Idade gestacional (IG): _____ semanas _____ dias
 Método de avaliação da IG: () DUPT () Ultrassom () Exame do RN
 Tipo(s) sanguíneo(s) do RN: _____ Mãe: _____
 Profissional que assistiu ao recém-nascido (RN)
 () Pediatra () Enfermeiro () Parteira () Outro _____
 Aleitamento materno na primeira hora de vida: () Sim () Não

Exames/Triagem neonatal:
 Manobra de Ortolani: () Negativa () Positiva
 Conduta: _____
 Teste do reflexo vermelho: () Normal () Alterado
 Conduta: _____
 Teste do pezinho: () Não () Sim Data: ____/____/____
 Resultado: _____
 Fenilalanina: () Normal () Alterado
 Hipotireoidismo: () Normal () Alterado
 Anemia falciforme: () Normal () Alterado
 Outros: _____
 Triagem auditiva: () Não () Sim Data: ____/____/____
 Testes realizados: () PEATE¹ () ECA²
 Resultado: OD _____ OE _____ (normal/alterado)
 Conduta: _____
 Reteste: () Não () Sim Data: ____/____/____
 Resultado: OD _____ OE _____ (normal/alterado)
 Conduta: _____

Outros exames:
 Outros exames: _____

Dados na alta:
 Data: ____/____/____ Peso: _____
 Alimentação:
 () leite materno () leite materno e outro leite () outro leite _____

39

Fonte: BRASIL (2013, pg. 39)

Para organizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o Ministério da Saúde propõe um calendário mínimo de atendimentos à criança.

Figura 8 – Calendário mínimo de Atendimento a Criança

Número de atendimentos/ano	Idade											
	Dias	Meses						Anos				
	Até 15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5
1º ano - 7 atendimentos	●	●	●	●	●	●	●					
2º ano - 2 atendimentos								●	●			
3º ano - 1 atendimento										●		
4º ano - 1 atendimento											●	
5º ano - 1 atendimento												●

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2005)

2.3.5 Imunização Infantil

Toda criança até 10 anos deve possuir a caderneta que deverá ser entregue à sua mãe na maternidade. Se isso não ocorreu, entregar quando for a Unidade Básica de Saúde ou a Unidade de Saúde da Família, onde essa deve conter todas as consultas realizadas pela mesma, com as devidas observações, medidas e todo procedimento realizado com a criança, nunca se esquecendo das vacinações.

Figura 8 – Calendário Básico de Vacinação da Criança

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	Vacina BCG	Dose única	Formas graves de tuberculose, principalmente miliar e meningite
	Vacina hepatite B (recombinante)	Dose ao nascer	Hepatite B
2 meses	Vacina adjuvada difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Hemophilus influenzae B (conjugada)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, além de meningite e outras infecções causadas pelo Hemophilus influenzae tipo B
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (ativada)	1ª dose	Poliomielite (parálise infantil)
	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	1ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococ
3 meses	Vacina rotavírus humano G1P1 [R] (atenuada)	1ª dose	Diarréia por rotavírus
	Vacina meningocócica C (conjugada)	1ª dose	Doença invasora causada por Meningite meningocócica do sorotipo C
	Vacina adjuvada difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Hemophilus influenzae B (conjugada)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, além de meningite e outras infecções causadas pelo Hemophilus influenzae tipo B
4 meses	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (ativada)	2ª dose	Poliomielite (parálise infantil)
	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	2ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococ
	Vacina rotavírus humano G1P1 [R] (atenuada)	2ª dose	Diarréia por rotavírus
5 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doença invasora causada por Meningite meningocócica do sorotipo C
	Vacina adjuvada difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Hemophilus influenzae B (conjugada)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, além de meningite e outras infecções causadas pelo Hemophilus influenzae tipo B
6 meses	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (ativada)	3ª dose	Poliomielite (parálise infantil)
	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	3ª dose	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococ

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
9 meses	Vacina febre amarela (atenuada)	Dose única	Febre amarela
10 meses	Vacina sarampo, caxumba, rubéola	2ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	Subseq	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo Pneumococ
15 meses	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (ativada)	Subseq	Poliomielite (parálise infantil)
	Vacina adjuvada difteria, tétano e pertussis	2ª dose	Difteria, tétano e coqueluche
	Vacina meningocócica C (conjugada)	Subseq	Doença invasora causada por Meningite meningocócica do sorotipo C
6 anos	Vacina adjuvada difteria, tétano e pertussis	2ª dose	Difteria, tétano e coqueluche
	Vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada 10 anos	Febre amarela

Nota: Hemofiliococci segundo a Resolução de Diretoria Colegiada de Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - RDC nº 19 da Diretoria de 2012.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2005)

3 METODOLOGIA

Estudo baseado em revisão bibliográfica da literatura registrada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana em Ciência da Saúde Scientific (LILACS), Fletonic Library Online (SciELO) indentificados por meio da biblioteca virtual em saúde identificados pela pesquisa no google.

Segundo Silva e Menezes (2005) a revisão de literatura contribui para obtenção de informações sobre a situação atual do tema ou problema pesquisado; no conhecimento das publicações existentes sobre o tema e os aspectos que já foram abordados; e na verificação das opiniões similares e divergentes, além dos aspectos relacionados ao tema ou ao problema de pesquisa.

Os tipos de estudos incluídos nesta revisão foram bibliográfica da literatura com período e publicação nas últimas duas décadas, por motivo de falta de acervo mais recente, tendo como o critério de inclusão os artigos que respondem a importância do enfermeiro na primeira consulta de enfermagem.

Foram identificadas 93 (artigos) e selecionados aqueles que: a) permitissem a pesquisa por ocorrência de palavras-chave; b) possuíssem uma abrangência temporal que cobrisse o período fixado para a pesquisa – ano de 1996 a 2014; e c) possuíssem confiabilidade, sendo consideradas como mais confiáveis aquelas disponibilizadas ou redirecionadas a partir das páginas institucionais de órgãos/setores do sistema de saúde e legislativo.

A busca nas bases de dados selecionadas, foi desenhada de modo a esgotar a ocorrências de palavras-chave – descritores – em bases específicas. Os descritores foram selecionados, partindo-se da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de forma a selecionar os descritores mais relacionados à atuação do enfermeiro na primeira consulta de enfermagem do recém nascido, como eles ainda são limitados, a lista foi expandida, mediante inclusão de termos mais aproximados ao tema.

A estratégia de busca incluiu o uso da palavra-chave isoladamente e depois pela associação de duas ou mais palavras-chave, de modo a aumentar as variáveis de especificidade e exaustividade, que influenciam todo o processo de recuperação da informação.

Na biblioteca eletrônica SCIELO, utilizaram-se as palavras: enfermagem AND primeira consulta, e encontrou-se 93 publicações, das quais 08 atendiam aos critérios de seleção. Assim, a amostra foi composta por 08 artigos.

Na Literatura Latino Americana em Ciências Científicas (LILACS), utilizaram-se as palavras enfermeiro, consulta, importância, e encontrou-se 30 publicações, das quais 04 atendiam aos critérios de seleção. Assim a amostra foi composta por 04 artigos.

Para concluir a amostra, incluiu-se acervos disponíveis na base de sítios (online) institucionais do ministério da saúde, relevantes para o objeto da pesquisa, onde foram incluído manuais de atenção básica ao recém nascido publicados em anos distintos nos últimos dez anos.

Foram excluídos do estudo, artigos em que só disponibilizam o resumo ou estudos que não foram concedidos na íntegra, período de publicação fora do contexto escolhido, artigos em outros idiomas que não fossem a língua portuguesa, com duplicidade entre as categorias, e os com textos que não atenderam a temática do estudo.

Por ser uma pesquisa de revisão bibliográfica, o estudo referenciou os autores consultados, com base na Lei de Direitos Autorais (Lei nº /1998) que está diretamente relacionada com a proteção da propriedade intelectual de obras artísticas, literárias, científicas, fotográficas, entre outras (BRASIL, 1998).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise dos resultados foi feita mediante uma tabela em ordem cronológica (Tabela 1) de 08 artigos científicos, sendo selecionados os mais relevantes relacionados ao papel do enfermeiro na primeira consulta do recém-nascido, e 02 manuais de atenção básica do Recém Nascido publicado pelo Ministério da Saúde de publicação mais recentes.

A identificação do número de publicações foi selecionada através de planilha, instrumento de coleta de dados correlacionando o ano, autores, objetivos.

Quadro 1 – Objetivos dos Autores Pesquisados

ANO	AUTOR	BASE	OBJETIVOS
1996	MADEIRA, Anézia Moreira Faria.	SCIELO Brasil	Compreender o abandono da consulta de enfermagem direcionada à criança de 0 a 2 anos de idade
2004	MOREIRA, MEL., LOPES, JMA and CARVALHO, M.	SCIELO Brasil	Abordar os procedimentos mais freqüentemente realizados pelo enfermeiro na assistência neonatal.
2005	OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos and RODRIGUES, Renata Gomes.	LILACS	Descrever os cuidados de enfermagem ao recém-nascido.
2006	PINA, Juliana Coelho; MELLO, Débora Faleiros ; LUNARDELO, Simone Renata.	LILACS	Descrever a elaboração e utilização de um instrumento de observação, entrevistas e registro de dados sobre a criança, entre 0 e 24 meses de idade.
2009	OLIVEIRA, Valéria Conceição de and CADETTE, Matilde Meire Miranda.	LILACS	Compreender o significado que o enfermeiro atribui as anotações de enfermagem, na realização, do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 5 anos
2009	FONTES, Aline Silva; SANTOS, Tânia Cristina Franco and OLIVEIRA, Alexandre Barbosa de	SCIELO Brasil	Caracterizar o ensino de enfermagem ao recém nascido na Escola de Enfermagem Anna Nery.
2010	FURTADO, Maria Cândida de Carvalho et al.	LILACS	Avaliar a prática assistencial da equipe de enfermagem de um Programa de atenção à saúde do recém-nascido
	CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol; RIBEIRO, Circéa	SCIELO Brasil	Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família

	Amália; SILVA, Conceição Vieira da, Eliana Campos Leite Saporoli.		
2012	BRASIL. Ministério da Saúde	Biblioteca de Saúde Virtual	Disponibilizar aos profissionais de saúde o que há de mais atual na literatura científica para este cuidado integral ao recém-nascido.
2014	BRASIL. Ministério da Saúde	Biblioteca de Saúde Virtual	Disponibilizar aos profissionais de saúde o que há de mais atual na literatura científica para este cuidado integral ao recém-nascido.

Do total de artigos publicados, somente 05 encontraram-se totalmente vinculados ao tema abordados, os outros artigos incluídos estavam aproximados a temática pesquisada. Isso mostra a escassez de publicações sobre este tema, sendo pertinente as edições temáticas para o equilíbrio de informações nas diversas áreas.

Pinna et.al.(2006) afirma que no tocante ao trabalho do enfermeiro em atenção primária à saúde, no Brasil, as ações e/ou intervenções de enfermagem são pouco estruturadas em relação a ter instrumentos para guiar a assistência. É preciso que haja a compreensão de que uma linguagem padronizada sobre a prática de enfermagem faz-se necessária, mas não se configura como um gesso.

No tocante ao trabalho do enfermeiro em atenção primária à saúde, no Brasil, as ações e/ou intervenções de enfermagem são pouco estruturadas em relação a ter instrumentos para guiar a assistência. É preciso que haja a compreensão de que uma linguagem padronizada sobre a prática de enfermagem faz-se necessária, mas não se configura como um gesso.

Todas as publicações tiveram a participação de docentes e doutores, o que mostra pouca participação dos enfermeiros de serviços com pesquisa.

O cuidado prestado ao recém-nascido encontrado em maior número de citações nos textos está relacionado com a higiene corporal do bebê.

Oliveira e Rodrigues(2005) ainda afirma que om base na análise documental, conclui-se que a sistematização do cuidado com o recém-nascido no Brasil está mais presente a partir da década de 50, antes deste ano apenas três artigos foram publicados descrevendo os cuidados com recém-nascidos. Com isto, supõe-se que o assunto era ainda pouco conhecido.

É importante ressaltar que os autores deixam explícito a necessidade de observação do enfermeiro, a qual deveria estar atenta aos sinais e sintomas do recém-nascidos e às possíveis complicações (BRASIL, 2014).

Quadro 2 – Ações do enfermeiro na primeira consulta de enfermagem do recém-nascido.

ANO	AUTOR	Título do trabalho	Ações do enfermeiro
1996	MADEIRA, Anézia Moreira Faria.	O abandono da consulta de enfermagem: uma análise compreensiva do fenômeno.	Orientar as mães sobre a importância da consulta de enfermagem a criança de 0 a 2 anos de idade.
2004	MOREIRA, MEL., LOPES, JMA and CARVALHO, M.	O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar	Cuidados ao neonato na UTI e cuidados gerais do recém-nascido de alto risco.
2005	OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos and RODRIGUES, Renata Gomes.	Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia	Descrição detalhada dos cuidados diretos (básicos e específicos) e indiretos prestados ao recém-nascido pela equipe de enfermagem.
2006	PINA, Juliana Coelho; MELLO, Débora Faleiros ; LUNARDELO, Simone Renata.	Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde	Viabilizar que o bebê inicie o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento ainda na primeira semana de vida, de forma a garantir a promoção da saúde infantil.
2009	OLIVEIRA, Valéria Conceição de and CADETT E, Matilde Meire Miranda.	Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família	compreende a entrevista para a coleta dos dados, o exame físico cefalalocaudal, e a orientação relativas aos problemas detectados.
2009	FONTES, Aline Silva; SANTOS, Tânia Cristina Franco and OLIV EIRA, Alexandre Barbosa de	Atenção a saúde do Recém Nascido	Decorre à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos e, em especial no período neonatal.
2010	FURTADO, Maria Cândida de Carvalho et al.	Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde.	Observar a assistência quanto: a higiene corporal do bebê, cuidado com o coto umbilical e controle de infecção ambiental e do equipamento, atenção aos sinais e sintomas do recém-nascidos e às possíveis complicações.
2011	CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol; RIBEIRO, Circéa	Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e	Caracterizar o ensino de enfermagem na pediatria, O presente estudo se justifica por sua

	Amália; SILVA, Conceição Vieira da, Eliana Campos Leite Saporoli.	desenvolvimento infantil	contribuição à história da enfermagem brasileira, mediante uma breve reconstrução de publicações sobre enfermagem pediátrica na Revista Annaes de Enfermagem
2012	BRASIL, Ministério da Saúde	Atenção à saúde recém-nascido: guia aos profissionais de saúde	Acompanhamento do enfermeiro em todo ciclo de gestação, a atenção adequada no momento do nascimento, e os cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade.
2014	BRASIL, Ministério da Saúde	Atenção à saúde recém-nascido: guia aos profissionais de saúde	Acompanhamento do enfermeiro em todo ciclo de gestação, a atenção adequada no momento do nascimento, e os cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade.

Com relação a atuação do enfermeiro no atendimento ao Recém nascido envolve, o estudo observou que além das orientações sobre a importância do seguimento do recém-nascido, sua aproximação com a unidade de saúde, deve ser facilitada, viabilizando que o bebê inicie o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento o mais cedo possível, ainda na primeira semana de vida, como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Considerando-se as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no país, a maioria dos autores identificam as principais linhas de cuidado que devem ser priorizadas pelo enfermeiro durante a primeira consulta, são: promoção do nascimento saudável; acompanhamento do recém-nascido de risco acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização; promoção do aleitamento materno e alimentação saudável: atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais; abordagem das doenças respiratórias e infecciosas (BRASIL, 2014).

A identificação das principais ações de enfermagem durante a primeira consulta do recém-nascido foram encontradas mais explicitamente no manual “Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil”, criado pelo Ministério da Saúde. Esse manual disponibilizou um método de avaliação do crescimento baseado em medidas antropométricas e em índices e indicadores de crescimento (BRASIL, 2012).

Todas as fontes pesquisa englobam a primeira consulta de enfermagem como sendo primordial para a saúde infantil, devido a complexidade que permeia sua realização.

Oliveira & Cadette (2007) discorrem que um acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do RN bem realizado não se baseia somente na anotação dos dados antropométricos, precisa estar alicerçado em todas as etapas da consulta de enfermagem.

Os estímulos quanto ao aleitamento materno foi apontado pelos autores como a estratégia de promoção de saúde primordial durante a primeira consulta, sendo tal estratégia citada em 6 dos 8 artigos, e, unânimes nas duas cartilhas nacionais de saúde.

De acordo com Brasil (2012) garantia fundamental para a da saúde infantil, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado com alimentos apropriados até os dois anos de idade só se desenvolverá se for promovido com apoio integral à mulher. Por isso, é prioridade o desenvolvimento das várias ações de promoção da amamentação.

Dentre o método de diagnósticos e profilaxia realizado durante a primeira consulta de enfermagem do RN, a importância da realização do teste do pezinho e da vacina BCG foi contemplada em todos os momentos de observação. Em cinco deles, as mesmas abordaram também algumas dificuldades que podem surgir durante a amamentação, como posicionamento e pega incorretos do RN e conseqüente trauma mamilar, além de acompanharem uma mamada, orientando as puérperas sobre como proceder.

Quanto aos conteúdos das orientações fornecidas às puérperas versam sobre a coleta do teste do pezinho, a vacinação e o incentivo ao aleitamento materno e prevenção de intercorrências mamárias com a busca de orientação e atendimento da enfermagem de saúde pública (FURTADO et.al.2010).

Quadro 3 – Vantagens da Primeira Consulta de Enfermagem do RN

ANO	AUTOR	Título do trabalho	Vantagens da 1ª Consulta de Enfermagem do RN
1996	MADEIRA, Anézia Moreira Faria.	O abandono da consulta de enfermagem: uma análise compreensiva do fenômeno.	A consulta de enfermagem mantém uma relação estreita entre a idade da criança e às suas condições de saúde.
2004	MOREIRA, MEL., LOPES, JMA and CARVALHO, M.	O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar	A responsabilidades pelo cuidado da criança também após sua alta hospitalar.
2005	OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos and RODRIGU ES, Renata Gomes.	Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia	Introdução de uma assistência de qualidade e responsáveis pela redução da morbimortalidade peri e neonatal.
2010	FURTADO, Maria Cândida de Carvalho et al.	Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde	Viabiliza que o bebê inicie o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento ainda na primeira semana de vida.
2011	CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol; RIBEIRO, Circéa Amália; SILVA, Conceição Vieira da, Eliana Campos Leite Saparolli	Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família	Viabilizar o acesso e a promoção da saúde integral da criança, inclusive com o desenvolvimento de ações para prevenção de agravos e assistência nas intercorrências.
2009	FONTES, Aline Silva; SANTOS, Tânia Cristina Franco and OLIVEIRA , Alexandre Barbosa de.	Publicações de enfermeiras sobre recém nascidos	Constrói e divulga um corpo sólido de conhecimentos relativos à execução do cuidado de enfermagem referente ao cuidado à criança.
2012	BRASIL. Ministério da Saúde	Atenção à saúde recém nascido: guia aos profissionais de saúde	Ajuda na redução da mortalidade infantil, assim como a promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde.
2014	BRASIL. Ministério da Saúde	Atenção à saúde recém nascido: guia aos profissionais de saúde	Ajuda na redução da mortalidade infantil, assim como a promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde.

No total de 8 autores apontaram vantagens da primeira consulta de enfermagem do recém nascido, e confirmaram ser esta um processo contínuo de acompanhamento das atividades relacionadas à promoção do potencial de desenvolvimento da criança e à detecção de problemas.

Observo-se prevalência das seguintes vantagens dentre a amostra estudada: suporte à família dado à família garantindo o controle da mãe quanto à saúde do neonato; redução da morbimortalidade peri e neonatal; detecção precoce de doenças inerentes.

Campos et. al,(2011) afirma que para o enfermeiro, empreender a consulta de enfermagem significa estar realizando um atendimento integral à criança e à família, indo além das intercorrências, considerando a questão educativa, o que lhe permite prevenir precocemente os agravos à saúde. Assim, além de pesar, medir e examinar a criança inteira, ele avalia seu crescimento e desenvolvimento, a carteira de vacinação, acompanha a criança desde a gestação, buscando direcionar a família para que tenha condições de lidar de maneira satisfatória com seus problemas

O crescimento e desenvolvimento da criança são importantes indicadores de saúde e sofrem influência de fatores biológicos e ambientais. Vigiar o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extrauterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, estando, portanto, mais sujeito aos agravos (BRASIL, 2012).

Desta forma, considera-se que essa rede deve ser divulgada na sociedade para ampla utilização pela população e contribuição para aumento dos índices de aleitamento no país, diminuição da mortalidade infantil e combate a doenças da infância.

Quadro 4– Dificuldades enfrentadas na Primeira Consulta de Enfermagem do Recém-Nascido.

ANO	AUTOR	Título do trabalho	Dificuldades
1996	MADEIRA, Anézia Moreira Faria.	SCIELO Brasil	Desvalorização da consulta de enfermagem
2006	PINA, Juliana Coelho; MELLO, Débora Faleiros ; LUNARDELO, Simone Renata.	Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde.	Falta de compreensão de uma linguagem padronizada sobre a prática de enfermagem.
2010	FURTADO, Maria Cândida de Carvalho et al.	Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde	Indisponibilidade de agenda de consulta de enfermagem.
2011	CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol; RIBEIRO, Circéa Amália; SILVA, Conceição Vieira da, Eliana Campos Leite Saparolli	Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família	Falta de local adequado para a realização da primeira consulta do RN;

Apenas 4 das 10 amostras apontaram as dificuldades enfrentadas na primeira consulta de enfermagem, sendo apontadas como principais fatores: a insegurança das vulneráveis frente àquelas doenças consideradas por elas mais sérias. O medo, a insegurança que as cercam, pois o respaldo de um profissional mais competente, e nesse caso, surge a presença de um médico. Essas afirmações são confirmadas nos enunciados de Madeira (1996) quando afirma que

Na percepção das mães, o enfermeiro é aquele profissional que resolve as questões de saúde consideradas por elas de menor gravidade, não necessitando, portanto, da ajuda médica. Ao passo que ao conviverem com situações de maior gravidade, sentem-se inseguras e recorrem à presença do médico. Campos et. al,(2011)

Outra dificuldade foi apontada por Furtado et al. (2010) referente a indisponibilidade de agenda de consulta de enfermagem, inviabilizando assim o acesso imediato aos serviços de atenção básica, como continuidade da assistência ao recém nascido.

Diante do exposto, cabe destacar que os processos que engloba a primeira consulta de enfermagem ao recém nascido são diversos. Deve-se portanto, potencializar estudos sobre a temática, e estender as políticas públicas relacionadas ao recém nascido, juntamente com a capacitação profissional dos enfermeiros para o correto atendimento, visando valorizar a primeira consulta como prioridade na atenção a saúde do neonato.

A disponibilidade de recursos humanos capacitados para o desenvolvimento de ações de prevenção e atenção integral à criança com deficiência deve ser providenciada para a efetiva operacionalização desta política (PINNA et al. 2006)

Campos et. al. (2011) destaca problemas quanto ao espaço físico exclusivo para o atendimento da primeira consulta do RN. Ao não conseguir realizar a consulta de enfermagem como julga ser o ideal, o enfermeiro vai fazendo adaptações: em função de ter pouco espaço físico, faz adaptações no ambiente.

Campos et. al. (2011) também afirma que para a consulta de enfermagem ser prestada com qualidade, é fundamental o serviço de saúde dispor de estruturas adequadas no que se refere à área física e instalações, disponibilidade de materiais e equipamentos, número adequado de enfermeiros com capacitação específica que interaja com o cliente e a família na perspectiva da criação de vínculo e respeito à autonomia do usuário.

Ao comparar as análises dos estudos foi possível detectar uma realidade preocupante no segmento da atenção à saúde da criança onde enfermeiro pouco é indicado para o atendimento da primeira consulta do recém-nascido.

Em sua maioria, estas complicações foram constatadas uma, no máximo, duas vezes nos artigos analisados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O período neonatal trata-se de um momento de grande vulnerabilidade, onde estão concentrados riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo, desta forma, a necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de saúde a fim de reduzir a incidência de doenças e aumentar as chances de crescimento e desenvolvimento do indivíduo. Sendo assim, ações de promoção, prevenção e assistência ao recém-nascido é essencial, uma vez que influenciarão nas suas condições de saúde e que será refletida na vida adulta.

A primeira consulta de Enfermagem ao recém-nascido faz com que o Enfermeiro e residente de enfermagem tenham contato com os mais variados problemas vivenciados pelas famílias após a alta hospitalar do recém-nascido, contribuindo para nortear as diferentes formas de orientação, encaminhamentos e manejo dos cuidados na atenção à saúde.

Na primeira consulta o enfermeiro é um vínculo no processo de avaliação do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, com envolvimento e esclarecimento da importância da família nesse processo e saber as reais situações em que convive esse recém-nascido, fortalecendo ainda mais os laços e cuidados com o mesmo.

Assim, acredita-se na importância da primeira consulta com a enfermagem, e que tal prática necessita ser exercida e vivenciada em sua totalidade, na tentativa de reduzir manuseios excessivos que possam comprometer o bem-estar do bebê, melhorando sua saúde a curto e longo prazo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**. Lei federal n.º 8.069 de 13/07/1990.

_____. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998 - Lei de Direitos Autorais**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9610.htm>>. Acesso em: 30 nov. 2015

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na Saúde das Crianças e Adolescentes na Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz**, Brasília – DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001)**., Brasília – DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde (SUS). **SVS: Violências e Acidentes**. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/711-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/violencia-e-acidentes/17256-os-acidentes-e-as-violencias>. Criado: 01 Abril 2015. Acesso em: 28 nov 2015

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.: il.: color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. Reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 84 p. : il.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1460>. Acesso em: 25/08/2015.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil**. Cadernos de Atenção Básica – nº 11. Brasília – DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. **Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras**. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2002, vol.2, n.2, pp. 193-200. ISSN 1806-9304. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000200013>.

_____. **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 (DF), de 26 de junho de 1986. Seção I - fls. 9.273 a 9.275.

CARMO, A. M. L; Netto de Oliveira L. **O Papel do Enfermeiro na Prevenção da Onfalite e seus Principais Aspectos em Aaúde**. *Rev Enferm UNISA* 2009; 10(2): 124-9.

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol; RIBEIRO, Circéa Amália; SILVA, Conceição Vieira da, Eliana Campos Leite Saporoli. **Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**. *Revista da Escola de Enfermagem. USP vol.45 nº.3 São Paulo June 2011*

FALEIROS, FTV; TREZZA, EMC; CARANDINA, L. **Aleitamento Materno: fatores de influência na sua decisão e duração**. *Rev. Nutr.* [online]. 2006, vol.19, n.5, pp. 623-630. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732006000500010&script=sci_arttext&lng=pt%23nt> Acesso em: 26 set 2015

FIOCRUZ. **Rede de Bancos de Leite Humano**. Disponível em: <En ligne <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352>> Acesso em: 26/10/2015

FONTES, Aline Silva; SANTOS, Tânia Cristina Franco and OLIVEIRA, Alexandre Barbosa de. **publicações de enfermeiras sobre pediatria (1932-1941)**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009, vol.62, n.1, pp. 157-161. ISSN 1984-0446. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100025>.

FURTADO, Maria Cândida de Carvalho; MELLO, Débora Falleiros; PARADA, Cristina Maria Garcia Lima; PINTO, Ione Carvalho; REIS, Márcia Cristina Guerreiro; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. **Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde**. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010 out/dez;12(4):640-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.7625>.

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*.

MADEIRA, Anézia Moreira Faria. **O abandono da consulta de enfermagem: uma análise compreensiva do fenômeno.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 1996, vol.30, n.1, pp. 82-92. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341996000100008>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde da Criança.** Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224p. : il.

MOREIRA, MEL., LOPES, JMA and CARVALHO, M., orgs. **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Available from SciELO Books.

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira. **Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1901-1910, 2005.

OLIVEIRA, Valéria Conceição de and CADETTE, Matilde Meire Miranda. **Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2009, vol.22, n.3, pp. 301-306. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300010>.

OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos and RODRIGUES, Renata Gomes. **Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2005, vol.14, n.4, pp. 498-505. ISSN 1980-265X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000400005>.

_____. **O advento das incubadoras e os cuidados de enfermagem aos prematuros na primeira metade do século XX.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2004, vol.13, n.3, pp. 459-466. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000300017>.

PEDROSO, Maria de Lourdes Rodrigues; MOTTA, Maria da Graça Corso da. **Vulnerabilidades socioeconômicas e o cotidiano da assistência de enfermagem pediátrica: relato de enfermeiras.** *Esc. Anna Nery*, vol.14 nº 2 Rio de Janeiro Abr./Jun 2010.

PINA, Juliana Coelho; MELLO, Débora Faleiros de and LUNARDELO, Simone Renata. **Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2006, vol.59, n.3, pp. 270-273. ISSN 1984-0446. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000300004>.

Resolução COFEN-159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. [citado 2006 Ago 07]. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.gov.br/--novoportall/>. Acesso e: 23.10.2015

RIOS, Claudia Teresa Frias and VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** *Ciênc. saúde coletiva*[online]. 2007, vol.12, n.2, pp. 477-486. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>. (referencial teorico pasmi)

SILVEIRA, M.F; SANTOS, I.S; BARROS, A.J.D, MATIJASEVICH, A.; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. **Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional.** *Revista Saúde Publica.* v.42, n.5, p.957-964, 2008

SILVA, Gomes; ARAÚJO, Rosália Teixeira de; TEIXEIRA, Marizete Argolo. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012 jul/sep;14(3):634-. **O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem.** *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. from: Available <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a21.htm>.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005. 138 p. Disponível em: <<http://www.portaldeconhecimentos.org.br/index.php/por/content/view/full/10232>>. Acesso em: 28 novembro 2015.