Puericultura e educação em saúde – um relato de experiência

Child care and health education – an experience report

DOI: 10.46919/archv1n5-012

Recebimento dos originais: 10/07/2020

Aceitação para publicação: 30/08/2020

André Alexey Polidoro

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

Instituição: Universidade do Vale do Itajaí

Endereço: Rua Uruguai, 458 - Centro, Itajaí – SC, Brasil

E-mail: andre_alexey@hotmail.com

Rodrigo Cechelero Bagatelli

Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

Instituição: UNIMED – PR

Endereço: Rua Affonso Pena, 837, Bairro Tarumã, Curitiba – PR, Brasil

E-mail: rodrigobagatelli@yahoo.com.br

Aline Elias da Vinha Andrade Allegretti

Residência em Medicina da Família e Comunidade pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Instituição: Universidade Positivo

Endereço: Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300, Ecoville, Curitiba – PR, Brasil

E-mail: alineevandrade@yahoo.com.br

Juliana Schuster Semmer Krambeck

Residência em Medicina da Família e Comunidade pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Instituição: Prefeitura do Município de Rio Negro – PR

Endereço: Rua Dr. Getulio Vargas, 130, Centro, Rio Negro – PR, Brasil

E-mail: julianamedfam@outlook.com

Jacqueline Aedinet Pruner Polidoro

Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI)

Instituição: Prefeitura do Município de Porto Belo – SC

Endereço: Avenida Governador Celso Ramos, 2500, Centro, Porto Belo – SC, Brasil

E-mail: jackipruner@gmail.com

RESUMO

O atendimento de rotina às crianças saudáveis, também chamado de puericultura, é atualmente função executada pela equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), de forma multidisciplinar, nas unidades de saúde, fazendo com que todos os membros da equipe trabalhem conjuntamente neste cuidado. A necessidade e a origem desta prática são alvos de debates antropológicos e da própria Medicina Baseada em Evidências, mas a puericultura faz parte atualmente das recomendações no Ministério da Saúde e é uma demanda da parte dos pais. Além disso, a necessidade de ensinar os pais o cuidado de saúde com os filhos faz parte dessa atividade. Esta necessidade aumenta a pressão sobre a já sobrecarregada equipe de ESF. Este artigo mostra a elaboração em equipe de roteiro multiprofissional para a avaliação da criança em diferentes idades, e constrói a atividade coletiva de puericultura como um encontro entre população e

profissionais de saúde para troca de saberes, numa relação horizontal, com o objetivo de construção de autonomia, através da educação em saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde, Puericultura, Unidade de saúde, Atenção Primária.

ABSTRACT

Routine care for healthy children is currently a function performed by the Family Health Strategy (ESF) team, in a multidisciplinary way, at health units, making all team members work together in this care. The need and origin of this practice are targets of anthropological and Evidence-Based Medicine debates, but childcare is part of the Health Ministry recommendations and is a parent demand. In addition, the need to teach parents how to care for their children is part of this activity. This need increases the pressure on the already overworked ESF team. This article shows the team's elaboration of a multiprofessional script for evaluation of children at different ages, and it builds the collective childcare activity as a meeting between population and health professionals to exchange knowledge, by horizontal relationships, to building autonomy through health education.

Keywords: Health education, Child Care, Health Unit, Primary Care.

1 INTRODUÇÃO

O atendimento de crianças saudáveis ainda hoje é parte do escopo de práticas médicas¹. Sua realização rotineira está pautada pela concepção de que identificar precocemente alterações no desenvolvimento é essencial, favorecendo avaliação específica, diagnóstico e intervenção terapêutica, com plano de acompanhamento para a criança e a família². A esta atividade denominou-se puericultura, definida como “conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até a idade de 4 ou 5 anos, e, por extensão, da gestação à puberdade”³. A literatura enfatiza ainda a continuidade dessas ações, a fim de atingir o objetivo: crianças e adultos saudáveis, felizes e com melhor qualidade de vida⁴.

A puericultura abrange não apenas a vigilância do desenvolvimento da criança e a busca de alterações ou patologias, mas também apresenta uma série de orientações em saúde, para prevenção de agravos⁶. Este serviço ocupa cerca de 40% das agendas dos pediatras⁷, explicando uma parte dos motivos pelos quais, apesar da falta de evidências e de ausência de resultados positivos comprovados, manteve-se como atividade hegemônica⁸.

A crítica feita a esta atividade também está extensamente demonstrada em diversos artigos, pois a puericultura é alvo de debates nas áreas da saúde e também da sociologia, principalmente após a década de 60⁹. Nesta concepção, há uma proposta oculta, anterior à diminuição da mortalidade infantil, como o estabelecimento de um padrão comportamental, para as crianças e suas famílias, de cunho moralizante e orientado pelas classes dominantes¹⁰.

Esta percepção é baseada na visão histórica da “preocupação” dos Estados com a “sobrevivência das crianças até a vida adulta” advinda principalmente da necessidade de exércitos, mão-de-obra e mercado¹¹. Foucault, em sua crítica, denomina os cuidados do Estado com suas populações como “o privilégio da infância e a medicalização da família”, e analisa ainda a disseminação, nesta época, da sugestão de que a vida deve seguir recomendações médicas.

A prática da puericultura e, principalmente, da monitorização mensal do crescimento também tem sido vítimas de duras críticas da própria Medicina Baseada em Evidências, baseado em revisões sistemáticas que mostram ausência de benefício da atividade e que, além disso, mostram capacidade de criar malefícios, ferindo inclusive um dos princípios da bioética clássica: “*primum non nocere*”⁴⁴. Essas contradições presentes na puericultura estão presentes também no cotidiano do trabalho do profissional.

Assim, a partir deste entendimento inicial sobre a puericultura, é necessário localizarmos o atendimento às crianças na esfera organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS). A avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil acontece na Atenção Básica, definida pelo Ministério da Saúde (MS) como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de Saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação”¹². O Ministério da Saúde ressalta ainda a função da Atenção Primária à Saúde (APS) no cuidado da criança:

“até a criança completar 2 anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família”¹³.

Ainda se faz necessário entender o contexto de quem fará o atendimento a esta criança. Há diversos debates sobre quem é o profissional indicado para a avaliação do desenvolvimento da criança, que fogem do objetivo deste relato¹⁴. Porém, em 1994, foi proposta uma nova forma de organização da atenção básica, através do Programa de Saúde da Família (PSF)¹⁵, implantado em 2006 como estratégia nacional, a Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹⁶. Neste modelo, a atenção à criança é realizada pelo médico de família, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde, onde todos participam do cuidado¹⁷. A proposta desta estratégia era ampliar a cobertura dos serviços de saúde, rediscutir as ações educativas e enfatizar a integralidade da assistência³⁶.

Entretanto, a equipe de saúde da família depara-se com várias dificuldades. A pressão pelo número excessivo de consultas recomendadas por vários protocolos^{14,18}, o grande número de condutas e procedimentos sem caráter científico (mas que as vezes causa satisfação aos pais)^{14,19}, a necessidade de

acompanhar o desenvolvimento da criança¹³, a prevenção quaternária, o risco de tentar “normatizar” as crianças²⁰, a necessidade de educação em saúde²¹, não esquecendo que a equipe ainda é responsável por todas as outras demandas sua área de abrangência, de todas as faixas etárias e inclusive aquelas em relação às crianças que necessitam de consulta em caráter de urgência²².

A descrição da experiência a seguir objetiva a operacionalização da, mesmo contraditória, puericultura, apoiando sua prática em educação em saúde e na avaliação objetiva individual da criança, a partir de um roteiro construído pela própria equipe.

2 METODOLOGIA

Relato de experiência com investigação bibliográfica. Metodologia descritiva, indutiva e analítica.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas plataformas: Portal de Evidencias/Ministério da Saúde e ProQuest-Saúde da Família, com as palavras chave: “puericultura”, “avaliação da criança”, “desenvolvimento”, “rotina da criança”. Também foi pesquisado nas plataformas Pubmed e Cochrane e no Jornal American Academy of Family Physician, com as palavras: “childcare”, “child development”, “growth monitoring”. Os artigos foram selecionados pela percepção de relação com o tema, pelo resumo ou introdução.

3 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A experiência aconteceu na área 2 de uma unidade de saúde, de ESF, localizada na periferia de Curitiba. O atendimento médico desta área era feita por residentes de Medicina de Família e Comunidade da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. A população assistida era de 3900 habitantes. Na prática, o residente atendia durante 30 horas semanalmente (excluindo tempo de visitas, reuniões de equipe e preceptoria). Tendo em vista a programação da agenda com oferta de cerca de 40% da agenda para demanda espontânea, restavam ao residente semanalmente 18 horas para as consultas de rotina, agendadas e as de retorno.

A área citada possuía 23 crianças menores de 1 ano e 26 crianças com idade entre 1 e 2 anos. A recomendação geral no município era que as crianças fossem acompanhadas mensalmente pela equipe da ESF até completar 01 ano de idade, podendo-se aumentar ou diminuir a frequência dependendo da necessidade percebida pelos profissionais de saúde. No segundo ano de vida, a recomendação era de espaçar a frequência para visitas a cada trimestre, também dependendo da observação subjetiva da equipe. Como o contexto social da região é de risco social, praticamente todas as crianças tinham alguma vulnerabilidade a ser destacada na sua avaliação e, tecnicamente, encontravam-se em risco aumentado de adoecimento.

Desta forma, em uma época em que os programas verticais eram diretivos, foi realizado um cálculo para inclusão de todas as crianças na agenda médica, causando, porém, grande impacto na agenda médica, sobrecarregando mais ainda a agenda com consultas programáticas e prejudicando a oferta de consultas, e até mesmo a universalidade.

A pressão por atendimento na Unidade de Saúde era um problema crônico e uma das formas que a equipe entendeu ser possível para garantir o acompanhamento das crianças e proporcionar um momento para discutir com os pais assuntos de interesse deles, além de vencer a imposição de realizar as consultas mensais das crianças, foi organizar a agenda incluindo atividade coletiva mensal de puericultura, apelidada de Programa da Criança. Neste momento, com duração de 2 horas, após conversa inicial de curta duração com os pais da criança, as mesmas eram avaliadas ora por médico, ora por enfermeiro, com auxílio dos auxiliares de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. A divisão entre médico e enfermeira era a depender da idade da criança, havendo, por exemplo, para as crianças de baixo risco, 8 avaliações médicas nos 2 primeiros anos.

Para a avaliação das crianças, a equipe elaborou conjuntamente um roteiro, com tópicos a serem observados na criança, de maneira objetiva. Ao contrário de tentar simplificar a infância ou reduzi-la a doenças, o roteiro foi útil apenas como ferramenta para auxiliar os membros da equipe a ter um olhar direto e específico para cada criança e aos aspectos relacionados às respectivas idades, visto o grande número de informações nesta área, com níveis variados de evidência, além de favorecer a lembrança de múltiplos aspectos relacionados à heterogeneidade de idades presentes no programa.

Simplificando e facilitando a avaliação clínica através do roteiro, foi feito melhor aproveitamento do tempo, possibilitando à equipe debruçar-se sobre aspectos importantes no acompanhamento das crianças, buscando superar o caráter padronizador da puericultura através de prática dialógica e participativa.

Foram formados assim grupos de educação em saúde, com a participação de toda equipe e dos pais das crianças. Porém, educação em saúde, bem como qualquer outra prática dentro do complexo campo da saúde, pode ser entendida de diversas formas a depender de estilo de pensamento adotado²³.

A maneira hegemônica de se pensar a educação a saúde e, por isso, de realizar ações, está relacionada à mudança do estilo de vida para um estilo mais saudável, cabendo ao indivíduo reduzir os riscos autoimpostos. Porém, em oposição, sabe-se que, em ambientes desfavoráveis, responsabilizar a pessoa e culpá-la por não adotar um determinado estilo de vida pode levar ao sentimento de incapacidade, que causa passividade, que por sua vez contribui para incapacidade de mudança²⁴. Esse processo denomina-se, na literatura, culpabilização da vítima, reduzindo algo abrangente e de complexo nexo causal à visão individual e à causalidade linear²⁵.

Uma ação de educação em saúde baseada no modelo de Promoção à Saúde Behaviorista traria estratégias educacionais vinculadas a uma relação pedagógica vertical, em que o saber técnico é superior à autonomia do sujeito, e traria informações às pessoas sobre atitudes saudáveis, de forma a influenciar hábitos e comportamentos²⁶.

A construção do conhecimento com a pessoa, como buscado nas reuniões realizadas, não nega a possibilidade dessa emancipação individual, mas considera ainda o contexto político e histórico das pessoas envolvidas, pensando a saúde como um bem comum e buscando o desenvolvimento da capacidade individual e comunitária (Nova Promoção da Saúde)²⁸. Além de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, atua na transformação na equidade, reflexão crítica e fortalecimento comunitário²⁹, sem deixar de lado a observação da necessidade de políticas públicas que favoreçam esse processo.

Diferente do que era feito anteriormente, a equipe empenhou-se em trabalhar com as pessoas, e não pelas pessoas, como orienta a Declaração de Jacarta²⁷. Houve um deslocamento do foco na doença para a saúde e os processos de decisão foram atrelados às subjetividades dos atores nos seus espaços do cotidiano. Essa valorização da participação social está na base desta perspectiva de promoção à saúde³⁰.

O grupo de puericultura não era um ambiente para repassar conhecimentos, mas de construção coletiva do mesmo e, dessa maneira, a prática pedagógica pôde tornar-se transformadora, dialógica e pautada no exercício da consciência crítica reflexiva³¹.

Voltando ao campo das ideias, temos que como consequências dos dois modelos de promoção à saúde demonstrados, pode-se notar duas tendências na área da educação em saúde³⁹. A primeira, denominada educação sanitária, volta-se ao modelo biologicista e, conseqüentemente, leva a uma prática preventivista. Esta concepção é marcada pelo estilo autoritário (pedagogia vertical), na qual o educador é o conhecedor da verdade científica e a transmite a população³². Assim, acarreta a responsabilização individual pela sua saúde e a modificação do comportamento. Ao poder público, caberia a responsabilidade de internalizar comportamentos adequados nas pessoas²⁶.

A segunda tendência recebe o nome de educação em saúde propriamente dita. Diferencia-se pela busca de formar cidadãos críticos e transformadores da sociedade, tendo como referência o trabalho de Paulo Freire³². O diálogo, na percepção deste, é um encontro entre homens mediados pelo mundo³⁷ e inicia-se na busca do tema, quando o educador-educando se pergunta em torno do que vai dialogar como educando-educador³⁸. Trata-se de uma relação biunívoca, com troca e construção de novos saberes.

Dessa maneira, as atividades coletivas em puericultura, tentavam colocar em prática o significado de promoção à saúde, presente parcialmente na Carta de Ottawa, 1986: “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde,

incluindo uma maior participação no controle deste processo”⁴⁰; e complementado na Política Nacional de Promoção à Saúde, que destaca a necessidade de políticas públicas favoráveis à saúde e à vida, estimulando cidadãos a se envolverem na sua elaboração e implementação⁴⁵. Apesar do tempo limitado para realização de todas as tarefas almejadas, considerou-se de maior importância o trabalho de reforçar a autonomia do sujeito, conceito que está ligado à emancipação dos sujeitos e à participação popular³³, visando, ainda, a promoção à cidadania e à qualidade de vida³⁶. Pra Fleury-Teixeira, et al, 2008, a autonomia é a categoria central no conceito de promoção à saúde, atingido neste trabalho que integrou mães e pais de crianças e profissionais da atenção básica⁴⁶.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após cerca de 6 meses de experiência, concebemos que a busca por exercer uma a educação em saúde de modo a torná-la um instrumento de promoção de saúde de modo participativo, dialógico e emancipatório não se tratou apenas de um resultado, mas de um processo árduo para valorizar a autonomia da população e sua corresponsabilidade no processo saúde-doença³⁴. Processo porque envolve um movimento contínuo e que considera a questão sócio-histórica. Árduo pela grande limitação dos profissionais envolvidos no processo, pela dificuldade de se desvincularem da lógica hegemônica do modelo biomédico³⁵, afinal, a formação médica atual não prepara o profissional para o trabalho interdisciplinar, nem para respeitar autonomia das pessoas, ou para o processo de fortalecimento comunitário⁴¹.

Na formação em saúde, pouco aprendemos também sobre o “falar contigo”, em oposição ao “falar a ti”⁴³. Porém, o trabalho com as pessoas (e não para as pessoas) gera, como já dizia Paulo Freire, aprendizado no educador-educando e no educando-educador, possibilitando um movimento em direção à construção do conhecimento e alterando a percepção da equipe quanto ao próprio processo de aproximação da comunidade. Também foi possível observar que esta prática, aumentou a coesão da equipe, o trabalho interdisciplinar e a satisfação e dos pais com o programa, percebido também pelo aumento da assiduidade.

A partir dos olhos da gestão, essas atividades permitiram à equipe conhecer as crianças da área e manter o número esperado de visitas das mesmas à unidade, seguindo a concepção de puericultura inicialmente descrita.

Estes dois resultados associados levam a uma conclusão interessante, visto que, nesta experiência, associou-se uma atividade baseada em pressupostos biomédicos a uma atuação do campo da saúde coletiva. Normalmente, são vistas como duas macrotendências que disputam o controle das práticas em saúde (o modelo biomédico e o modelo da saúde coletiva)²⁶, porém a visão integral do processo saúde-

doença incorpora elementos das concepções biologicista, social e higienista / preventivista⁴², não fazendo disso uma contradição, mas sim um dos aspectos da integralidade.

Experiências como estas levam ainda à reflexão sobre as várias formas de se promover saúde, diferentes daquelas propagadas pelo atual modelo hegemônico, fortalecendo a visão integral de saúde e a necessidade de reformas nos modelos atuais de educação aos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- Blank, D. Acompanhamento de Saúde da Criança. In: Duncan, B.B.; Schimidt, M. I.; Giugliani, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidência**. Artmed, 2013. 20:170-80.
- Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee and Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening *Pediatrics* 2006;118:405. DOI: 10.1542/peds.2006-1231
- Ferreira ABH. Novo Aurélio Século XXI - O Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
- Schor, E.L. Rethinking well-child care. *Pediatrics*. 2004;114:210-6.
- Ricco RG, Santoro JR, Almeida CA, Del Ciampo LA. Atenção à saúde da criança e puericultura. In: Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CA. *Puericultura: princípios e p'ráticas: atenção integral à saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 1-4.
- MARCONDES, E. Ser puericultor. In: ISSLER, H.; LEONE, C.; MARCONDES, E. *Pediatric na atenção primária*. São Paulo: Sarvier, 1999. p.33-48.
- Hoekelman RA. Well-child visits revisited. *Am J Dis Child*. 1983;137:17-20
- Dinkevich E, Hupert J, Moyer VA. Evidence based well child care. *BMJ* 2001;323:846-9.
- Bonilha, L.R.C.M.; Rivorêdo, C.R.S.F. Puericultura: duas concepções distintas. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(1):7-13
- Boltanski, L. *Puericultura y moral de clase*. Barcelona: Laia; 1974.
- Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde: atividades 1999*. Brasília, 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)*
- Blank, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Pediatr (Rio J)* 2003;79(Supl.1):S13-S22.
- A Implantação da Unidade de Saúde da Família/Milton Menezes da Costa Neto, org. _Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, 298 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 2006;seção 1:21.

17. Sucupira, A.C.S.L. Saúde da Criança. In: Gusso, G.; LOPES, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed 2012.
18. Green M, Palfrey JS. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. 2ª ed. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health; 2002.
19. Brosco JP. Weight charts and well-child care: how the pediatrician became the expert in child health. Arch Pediatr Adolesc Med 2001;155:1385-9.
20. Novaes, H.M.D. A puericultura em questão. In: Mota A.; Schraiber, L.B. Infância e Saúde: perspectivas históricas. São Paulo: Hucitec; 2009.
21. Busey S, Schum TR, Meurer JR. Parental perceptions of well-child care visits in an inner-city clinic. Arch Pediatr Adolesc Med 2002;56:62-7.
22. Gusso, G.; Poli Neto, P. Gestão da Clínica. In: Gusso, G.; LOPES, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed 2012
23. Fleck, L. (2010). *Gênese e desenvolvimento de um fato científico* (Otto & Camilo de Oliveira, trads.). Fabrefactum (Trabalho original em alemão, 1935).
24. Figueira, T. R., Ferreira, E. F., Schall, V. T., & Modena, C. M.(2009). Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. *Rev.Saúde Pública*, 43(6), 937-943.
25. Carvalho, S. R. (2004). As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3), 669-678.
26. Silva-Arioli, I.G.; Schneider, D.R.; Barbosa, T.M.; Da Ros, M.A. Promoção e Educação em Saúde: uma Análise Epistemológica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 2013, 33(3), 672-687.
27. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The 4th International Conference on Health Promotion;1997 Jul 21-5; Jakarta, Indonesia. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/english.html>
28. Carvalho, S. R. (2010). *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança* (3a ed.). São Paulo: Hucitec.
29. Rabello, L. S. (2006). *Promoção da saúde: desafio ou adaptação? A construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá*. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
30. Czeresnia, D. (2009). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
31. Buss, P. M. (2009). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (2a ed.). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
32. Da Ros, M. A. (2000). *Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP – USP e ENSP – FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwick Fleck*. (Tese Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
33. Sícoli, J. L., & Nascimento, P. R. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 91-112.
34. WENDHAUSEN, Agueda; SAUPE, Rosita. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. *Texto Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 17-25, jan./mar. 2003.
35. Matos, E., Gonçalves, J. R., & Ramos, F. R. S. (2005). A epistemologia de Ludwick Fleck: subsídios para a prática interdisciplinar em saúde. *Texto Contexto – Enferm.* (online), 14(3), 383-390. doi: 10.1590/S0104-7072005000300009.

36. OLIVEIRA, S.R.G.; WENDHAUSEN, A.L.P. (RE)SIGNIFICANDO A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DIFICULDADES E POSSIBILIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 129-147, jan./abr. 2014
37. MIRANDA, Karla C. L.; BARROSO, Maria G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática da educação crítica em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.12, n. 4, jul./ago.2004.
38. Freire, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
39. MAEYAMA, M.A.; CUTOLO, L.R.A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. Arquivos Catarinenses de Medicina, Vol. 39, no. 1, p. 89-96, 2010.
40. OPAS. Carta de Ottawa. Ottawa, 1986.
41. Da Ros MA. A ideologia nos cursos de medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Orgs.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec,2004. p. 224-244.
42. Cutolo, L. R. A. Estilo de Pensamento em Educação Médica – Um estudo do currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC. Tese de Doutorado – CED/USFC. Florianópolis, 2001.
43. Ceccim, R.B. Pacientes impacientes: Paulo Freire. Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Gestao Estrategica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestao Participativa. Caderno de educacao popular e saude – Brasilia, 2007.160:32-45.
44. Garner P, Panpanich R, Logan S. Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials. Arch Dis Child 2000;82:197-201.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ, F. A. C.; CAMPOS, F. C. C.; ÁLVARES, J.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, sup. 2, p. 2115-2122, 2008.

ROTEIRO (Forma impressa – dobrável)

10º MÊS: __/__/__

- ☐ Alimentação: _____
☐ Usa Vit. A+D
☐ Sulfato ferroso profilático

OBSERVAÇÕES: _____

PESO: _____

PC: _____

COMP: _____

11º MÊS: __/__/__

- ☐ Alimentação: _____
☐ Usa Vit. A+D
☐ Sulfato ferroso profilático

OBSERVAÇÕES: _____

PESO: _____

PC: _____

COMP: _____

12º MÊS: __/__/__

- ☐ Sulfato ferroso profilático
☐ Põe-se de pé e abaixa
☐ "Engatinha"
☐ Ajuda a vestir-se
☐ Primeiras palavras
☐ Entende ordens simples

- ☐ Curvas de Crescimento adequadas ☐ Alteração: _____
☐ Alimentação adequada ☐ Alteração: _____
☐ Erro: _____

ALARME: Não suporta peso nas pernas, fica imóvel, assimetrias, usa somente uma das mãos, não responde a voz, não brinca, não mastiga.
 OBSERVAÇÕES E CONDUTA: _____

PESO: _____

PC: _____

COMP: _____

15º MÊS: __/__/__

- ☐ Alimentação: _____
☐ Sulfato ferroso profilático
☐ Anda com apoio

OBSERVAÇÕES: _____

PESO: _____

PC: _____

COMP: _____

18º MÊS: __/__/__

- ☐ Sulfato ferroso profilático
☐ Faz rabiscos
☐ Anda bem
☐ Bebe sozinho com copo
☐ Sabe usar a colher
☐ Compreende muitas palavras

- ☐ Curvas de Crescimento adequadas ☐ Alteração: _____
☐ Alimentação adequada ☐ Alteração: _____
☐ Erro: _____

ALARME: Não fica de pé, anda nas pontas dos pés, assimetria, sem pinça fina, sem resposta ao chamado, não faz contato nem percebe o ambiente, não vocaliza.
 OBSERVAÇÕES: _____

PESO: _____

PC: _____

COMP: _____

21º MÊS: __/__/__

- ☐ Alimentação: _____
☐ Sulfato ferroso profilático
☐ Anda com apoio

OBSERVAÇÕES: _____

PESO: _____

PC: _____

COMP: _____

2 ANOS: __/__/__

- ☐ Sulfato ferroso profilático
☐ Aponta partes do corpo
☐ Folheia livro
☐ Corre, sobe e desce escadas
☐ Abre portas
☐ Usa bem a colher
☐ Coloca o calçado
☐ Fala sozinho

- ☐ Curvas de Crescimento adequadas ☐ Alteração: _____
☐ Alimentação adequada ☐ Alteração: _____
☐ Erro: _____

ALARME: Não anda, não constrói nada, não compreende o que lhe dizem, não pronuncia palavras inteligíveis, não faz contato, estrabismo.
 OBSERVAÇÕES: _____

PESO: _____

PC: _____

COMP: _____

AVALIAÇÃO DA CRIANÇA DE BAIXO RISCO

Nome: _____

DN: __/__/__ Peso: _____ Comprimento: _____ Perímetro cefálico: _____

APGAR ____ Via de Parto: _____ Idade Gestacional: _____

Nome da mãe: _____

☐ Sem intercorrências na gravidez/parto☐ Intercorrência: _____☐ Sem intercorrências neonatais☐ Intercorrência: _____☐ Exame do reflexo luminoso normal ☐ alterado☐ Exame de evocação normal ☐ alterado☐ Teste do Pezinho normal ☐ alterado

FATORES DE RISCO:

☐ Baixo peso (peso inferior a 2500 g).☐ Prematuridade (idade gestacional igual ou inferior a 36 semanas).☐ Más condições de nascimento (Índice de Apgar no 5º minuto menor do que 7).☐ Menos do que 4 consultas de pré-natal.☐ Mãe adolescente com idade inferior a 16 anos.☐ Malformações congênitas.☐ Interações ou infecções repetidas.☐ Desnutrição instalada ou curva ponderoestatural estacionada ou em declínio.☐ Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para idade.☐ Casos na família de tuberculose, HIV/AIDS, desnutrição, drogadição.☐ Criança sob cuidados de pessoa não habilitada.☐ Gravidez indesejada ou depressão pós-parto.☐ Um dos pais com transtorno mental, neurológico ou portador de deficiência.☐ História de óbito de irmão menor de 5 anos por causas evitáveis.☐ Mãe adolescente sem apoio familiar.☐ Ausência da mãe por abandono ou morte.☐ Mãe usuária de álcool e/ou drogas.☐ Mais que um morador por cômoda.

ORIENTAÇÕES:

- ☐ Pome
☐ Técnica de amamentação
☐ Eliminações
☐ Vômitos
☐ Sono
☐ Choro

- ☐ Cólicas
☐ Banho
☐ Asfixia
☐ Vacinas
☐ Infecções respiratórias
☐ Acidentes

1ª consulta (domiciliar) __/__/__

- ☐ AME
☐ Fórmula em diluição ideal
☐ Outros: _____
☐ Boa pega e sucção
☐ Ausência de fissuras em mamas
☐ Adequada Higiene em cordão umbilical
☐ Ortolani ausente
☐ Pulsos em MMII simétricos

OBSERVAÇÕES E CONDUTA: _____

- ☐ Alteração em genitais.
 Descrever: _____
☐ MV presentes bilateralmente
☐ BCRNF 2T sem sopro
☐ Coluna vertebral sem alterações
☐ Fontanelas normais
☐ Palato normal
☐ Reflexo pupilar/piscamento normal

Curvas de Crescimento adequadas

☐ Alteração: _____☐ Alimentação adequada☐ Erro: _____☐ Neuropsicomotor normal☐ Alteração: _____☐ Vacinas em dia

ALARME: Não sorri, não segue a face humana, nunca fica em alerta, não interage, hipo ou hipertonicidade quando colocado de pé, não faz força no pescoço.

OBSERVAÇÕES E CONDUTA: _____

PESO: _____

PC: _____

COMP: _____

ALARME: Não firma a cabeça, não percebe sons, pobreza de movimentos, mão sempre fechada, membros rígidos, não vocaliza, estrabismo constante, não olha ou segura objetos.

OBSERVAÇÕES E CONDUTA: _____

7º MÊS: __/__/__

- ☐ Alimentação: _____
☐ Usa Vit. A+D
☐ Sulfato ferroso profilático

OBSERVAÇÕES: _____

PESO: _____

PC: _____

COMP: _____

8º MÊS: __/__/__

- ☐ Alimentação: _____
☐ Usa Vit. A+D
☐ Sulfato ferroso profilático

OBSERVAÇÕES: _____

PESO: _____

PC: _____

COMP: _____

9º MÊS: __/__/__

- ☐ Usa Vit. A+D
☐ Sulfato ferroso profilático
☐ Ortolani ausente
☐ Senta sem apoio
☐ Fica em pé com apoio
☐ Preenso e manipulação presentes
☐ Brinca de esconde/achou
☐ Possui angústia de separação
☐ Reconhece seu nome

ALARME: Não senta, sem preensão palmar, não reage a sons, sem relações preferenciais, estrabismo, engasga-se com facilidade.
 OBSERVAÇÕES E CONDUTA: _____

PESO: _____

PC: _____

COMP: _____

1º MÊS: __/__/__

- ☐ AME
☐ Fórmula em diluição ideal
☐ Outros: _____
☐ Ortolani ausente
☐ Pulsos em MMII simétricos
☐ Alteração em genitais.

- Descrever: _____
☐ MV presentes bilateralmente
☐ BCRNF 2T sem sopro
☐ Fontanelas normais
☐ Levanta as cabeças em decúbito ventral
☐ Mãos fechadas
☐ Iniciar Vit. A+D

OBSERVAÇÕES E CONDUTA: _____

PESO: _____

PC: _____

COMP: _____

2º MÊS: __/__/__

- ☐ AME
☐ Fórmula em diluição ideal
☐ Outros: _____
☐ Usa Vit. A+D
☐ Sorriso social

OBSERVAÇÕES: _____

PESO: _____

PC: _____

COMP: _____

3º MÊS: __/__/__

- ☐ AME
☐ Fórmula em diluição ideal
☐ Outros: _____
☐ Usa Vit. A+D
☐ Ex. cardiopulmonar normal
☐ Fontanelas normais
☐ Vocalização presente

- ☐ Vira-se aos sons
☐ Reconhece a mãe
☐ Junta mãos na linha média
☐ Segura a cabeça quando sentado
☐ Em DV, apoia-se nos antebraços

6º MÊS: __/__/__

- ☐ AME
☐ Fórmula em diluição ideal
☐ Outros: _____
☐ Ortolani ausente
☐ Fontanelas normais
☐ Ex. cardiopulmonar normal
☐ Hirschberg negativo
☐ Firma a cabeça
☐ Pega objetos (preensão palmar)
☐ Mantém-se sentado sem apoio
☐ Leva objetos à boca
☐ Orientar a introdução de sólidos
☐ Usa Vit. A+D

- ☐ Iniciar sulfato ferroso profilático
☐ Curvas de Crescimento adequadas ☐ Alteração: _____
☐ Alimentação adequada ☐ Alteração: _____
☐ Erro: _____
☐ Neuropsicomotor normal ☐ Alteração: _____
☐ Vacinas em dia

PESO: _____

PC: _____

COMP: _____