



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Secretaria Municipal de Saúde

Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade

Fabiana Falcão de Souza

**Ação educativa para qualificação dos enfermeiros em consulta de
puericultura na estratégia de saúde da família**

Rio de Janeiro

2026

**Ação educativa para qualificação dos enfermeiros em consulta de
puericultura na estratégia de saúde da família**

Trabalho apresentado como requisito para obtenção
do título de Enfermeiro Especialista no Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem de Família e
Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do
Rio de Janeiro.

Orientador (a): Enf^a Mr. Pamela Silva George
Enf^a Alessandra Dutra

Rio de Janeiro

2026

Dedico este trabalho às minhas “três Marias”: Maria Tereza, Ângela Maria e Rosa Maria - três mulheres que dedicaram suas vidas a me proporcionar a melhor infância e educação, mesmo vindo de uma realidade difícil, na qual não tiveram as mesmas oportunidades que eu.

Em memória às minhas queridas bisavó, avó e tia, dedico este trabalho, que também é fruto de todo o amor que colocaram na minha criação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus pela oportunidade de iniciar e concluir esta tão sonhada especialização.

Agradeço ao meu marido, Rodrigo Moreira, por todo seu apoio e compreensão ao longo desses dois anos, sendo meu porto seguro em dias difíceis.

Agradeço às residentes Juliana, Luany, Leticia, Patricia e Isabelle por compartilhar a rotina, na qual o apoio mútuo tornou-se combustível diário.

Agradeço a minha preceptora Alessandra Dutra por toda sua dedicação em ensinar, pelo apoio constante, paciência e pelo exemplo de profissionalismo que inspira cada dia mais.

Agradeço a minha Equipe de Saúde da Família Três Reis por todo acolhimento e aprendizado que contribuíram para me tornar enfermeira especialista.

RESUMO

Souza, Fabiana Falcão. **Ação educativa para qualificação dos enfermeiros em consulta de puericultura na estratégia de saúde da família**. 2026. 60f. Monografia em Enfermagem de Família e Comunidade – Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2026.

Introdução: A mortalidade infantil por causas evitáveis é um grave problema de saúde pública, mesmo após a criação de políticas públicas de saúde voltadas para a atenção à saúde da criança. Nos últimos anos, observa-se um aumento da mortalidade infantil na região Sudeste do Brasil. Esses dados nos levam a refletir sobre as fragilidades no acompanhamento à saúde da criança na atenção primária, a atuação do enfermeiro diante deste cenário e a necessidade de ações de qualificação profissional pautadas na educação permanente em saúde. **Objetivo geral:** Avaliar o efeito de uma intervenção educativa realizada para enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre a assistência à saúde da criança de 0 a 2 anos. **Objetivos específicos:** Elaborar um treinamento em serviço sobre o cuidado da criança de 0 a 2 anos no âmbito da atenção primária à saúde; Realizar um um treinamento em serviço sobre o cuidado a crianças de 0 a 2 anos, para enfermeiros da estratégia de saúde da família; Analisar o efeito de uma intervenção educativa sobre o conhecimento dos enfermeiros quanto à consulta de puericultura na estratégia de saúde da família. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo descritivo exploratório, fundamentado na Teoria da Aprendizagem Significativa, de David Ausubel, como estratégia de ensino-aprendizagem. Realizado em Setembro/25, com enfermeiros de equipe de saúde da família da Clínica da Família Felipe Cardoso, localizada no município do Rio de Janeiro - RJ, no qual foi aplicado um instrumento de coleta de dados antes e após a ação educativa. Os dados foram analisados pela estatística descritiva bivariada. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética, sob o nº 89634125.9.0000.5279. **Resultados:** A análise do instrumento de coleta de dados realizado antes e após a intervenção evidenciou a potência e as fragilidades do conhecimento dos enfermeiros quanto à consulta de puericultura, no entanto, apresentaram um aumento no índice de acertos na maioria das questões após a ação educativa realizada. evidenciando a importância da educação permanente em saúde. **Conclusão:** A ação educativa para qualificação dos enfermeiros em consulta de puericultura na estratégia de saúde da família foi efetiva para melhoria do conhecimento e da prática dos enfermeiros na estratégia de saúde da família.

Palavras-chave: Enfermeiro; Puericultura; Desafios; Saúde da Família

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Questões com menor percentual de acertos e seu aumento no pós teste.....	35
Gráfico 2 –	Questões com maior percentual de acertos e seu aumento no pós teste.....	36
Gráfico 3 –	Média de acertos de todas questões no pré e pós teste.....	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Índice de acertos dos enfermeiros na ação educativa na realização do pré e pós teste.....	27
------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDIPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IRPM	Incursões respiratórias por minuto
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
RN	Recém Nascido
SIM	Sistema de informações sobre mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TAS	Teoria da Aprendizagem Significativa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de mortalidade infantil

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
>	Maior
<	Menor

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	QUESTÃO DE PESQUISA.....	16
3	JUSTIFICATIVA.....	16
4	OBJETIVOS.....	16
4.1	Geral.....	16
4.2	Específicos.....	17
5	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
5.1	Políticas públicas e seu impacto na redução da mortalidade infantil.....	17
5.2	Saúde da criança na atenção primária.....	19
5.3	Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia de saúde da família.....	21
6	METODOLOGIA	24
7	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	25
8	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	26
8.1	Análise e tratamento dos dados.....	26
8.2	Perfil dos Participantes.....	26
8.3	Análise de Categorias.....	27
8.3.1	Categoria 1: Rotina das consultas de puericultura.....	29
8.3.2	Categoria 2: Nutrição e Suplementação Infantil	30
8.3.3	Categoria 3: Crescimento e Desenvolvimento Infantil.....	30
8.3.4	Categoria 4: Imunização.....	32
8.3.5	Categoria 5: Prevenção de Acidentes.....	32
8.3.6	Categoria 6: Transmissão Vertical da Sífilis.....	33
8.4	Discussão.....	33
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
10	REFERÊNCIAS.....	40
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	47
	APÊNDICE B – Proposta do treinamento em serviço.....	52
	APÊNDICE C - Cronograma da ação educativa.....	52
	APÊNDICE D - Cronograma de pesquisa.....	54

APÊNDICE E - Proposta de convite de divulgação.....	54
APÊNDICE F - Produto Técnico Tecnológico.....	55
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido	59

1. INTRODUÇÃO

A motivação da presente pesquisa surgiu a partir da vigilância das consultas de puericultura no primeiro ano de residência em enfermagem de família e comunidade, no qual, as constantes remarcações de consultas, assim como, o adoecimento e agravamento de saúde das crianças estavam constantemente associados ao absenteísmo nas consultas. A partir deste cenário, surge o interesse em discutir a presente temática na perspectiva das repercussões do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Nos momentos de canal teórico prático (discussões realizadas semanalmente na unidade entre os residentes de enfermagem direcionadas pelos preceptores do programa de residência), também houve a oportunidade da troca de vivências quanto às consultas de puericultura com os enfermeiros da mesma unidade de saúde e os relatos em comum sobre óbito infantil por mortes evitáveis afluíram a necessidade de explorar esta temática e de criar um produto técnico tecnológico que gere contribuições na vivência diária destes profissionais.

Segundo o Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade infantil define-se como o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Dentro desta equação podemos desmembrar a taxa de mortalidade neonatal precoce, tardia e pós neonatal, sendo o número de óbitos de 0 a 06 dias de vida completos, de 07 a 27 dias de vidas completos e 28 a 364 dias de vida completos, respectivamente (Brasil, 2009).

Segundo o Boletim Epidemiológico da Mortalidade Infantil no Brasil, do Ministério da Saúde, no Brasil, nos anos de 2015 a 2021, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 244.307 óbitos infantis. Nos anos de 2015 e 2021, ocorreram 37.501 e 31.730 óbitos, respectivamente, representando uma redução de 15,3% no período (Brasil, 2022).

Segundo o Ministério da Saúde, observa-se que a taxa de mortalidade infantil no Brasil apresentou um declínio em algumas regiões brasileiras, durante o período de 2015 e 2021. A Região Sudeste foi a única que apresentou aumento na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) nos anos estudados, passando de 11,8 para 14,9 por 1.000 nascidos vivos. Esse aumento foi ocasionado pelo aumento na TMI do estado de São Paulo, de 10,8 para 12,7 por 1.000 nascidos vivos. O Rio de Janeiro apresentou uma redução de 12,6 para 11,3 por 1.000 nascidos vivos (Brasil, 2022).

Sendo este o último boletim epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde, ao realizarmos uma análise no Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal do Sistema de Mortalidade Infantil (SIM) do Ministério da Saúde, cujos dados são públicos, no ano de 2024, por causas evitáveis, foram registrados 18.476 óbitos infantis. A região com maior índice é a região Sudeste com o registro de 6.555 óbitos infantis, seguida da região Nordeste com 5.678 óbitos registrados, seguida da região norte com 2.536, Sul com 2.153 e Centro Oeste com 1.554 registros.

Ao desmembramos esta análise em mortalidade neonatal precoce, tardia e pós neonatal por causas evitáveis no ano de 2024, nos deparamos com os seguintes dados: No Brasil encontramos 10.366 registros de óbito neonatal precoce, sendo 1493 na região Norte; 3.275 na região Nordeste; 3.534 na região Sudeste; 1.208 na região Sul e 856 na região Centro-Oeste. Ao analisarmos os números do óbito neonatal tardio por causas evitáveis, foram registrados 3.368 óbitos no Brasil, sendo 360 na região Norte; 982 na região Nordeste; 1.296 na região Sudeste; 443 na região Sul e 282 na região Centro-Oeste. Tratando-se das estimativas quanto à mortalidade pós neonatal, o Brasil apresenta 4.742 registros, sendo 683 na região Norte; 1.421 na região Nordeste; 1.725 na região Sudeste; 502 na região Sul; 411 na região Centro-Oeste.

O Rio de Janeiro encontra-se entre os estados na região Sudeste com o maior índice de mortalidade infantil por causas evitáveis, em 2024 com número de 1.401 registros, sendo 730 óbitos neonatal precoce, 271 óbitos neonatal tardio e 400 no período pós neonatal;

Ao analisarmos os dados públicos sobre a mortalidade infantil no município do Rio de Janeiro, disponibilizados pelo DATASUS, no ano de 2024 foram registrados 12,3 óbitos a cada 1000 nascidos vivos.

A partir da reflexão dos números apresentados e o seu alto índice na região Sudeste, no Estado e Município do Rio de Janeiro me questionei quanto às crianças incluídas neste censo que pertencem a unidade de saúde no qual faço parte. Lidar com o óbito infantil é desafiador e, durante a trajetória na residência, pude perceber que a equipe em que estou lotada e outros enfermeiros da mesma unidade enfrentaram a mortalidade infantil e, por muitos momentos, refletimos como elas poderiam ter sido evitadas.

Estando em uma unidade situada no Complexo da Penha com a presença de 14 (quatorze) equipes de saúde da família em um extenso território localizado na zona norte do Rio de Janeiro que conta com a presença de treze comunidades. O bairro da Penha ergue-se ao redor do Cortume Carioca, uma indústria têxtil instalada na região. Atualmente, o Complexo da Penha é uma importante área geográfica na zona norte do Rio de Janeiro, com grande

densidade populacional, funcionando como polo de convivência, comércio e circulação. Nessa região encontramos um dos mais importantes símbolos religiosos: Santuário da Igreja da Penha, fundado no século XVII. É considerado patrimônio histórico, além de ser cenário de festas populares e manifestações culturais. O Complexo da Penha possui uma diversidade de territórios e muitos são marcados por vulnerabilidades sociais e econômicas. Desta forma, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil vai de encontro a muitas especificidades presentes no contexto em que a criança está inserida.

Na estratégia de saúde da família, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é realizado nas consultas de puericultura pelo enfermeiro e médico da equipe de referência. A consulta de puericultura é um recurso fundamental, com foco na promoção e recuperação da saúde e do bem-estar da criança, possui ainda como propósito a garantia tanto de um bom crescimento, quanto um desenvolvimento favorável aos aspectos físico, emocional e social, de modo que colabore na redução da morbimortalidade infantil (Lima, 2023).

Ao longo da história, vemos diversas legislações surgirem a fim de garantir a proteção e promoção dos direitos da criança. De acordo com a Declaração dos Direitos da Criança (1959), serão proporcionadas oportunidades e facilidades, por lei e por outros meios, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, de forma sadia e normal e em condições de liberdade e dignidade (ONU, 1959).

A Constituição Brasileira de 1988 garante a saúde como um direito a toda a população, sendo dever do Estado assegurá-la mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil 1988). Tratando-se da saúde da criança, a presente constituição deixa em evidência a necessidade de priorização, sendo dever da família, da sociedade e do Estado a garantia dos seus cuidados.

Ao abordamos a infância, um dos maiores marcos da garantia de sua proteção é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8069/1990, no qual assegura que a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990, art. 7º).

Como iniciativa para garantir um cuidado integral à saúde da criança, o Ministério da Saúde constrói em 2004 a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança. O objetivo deste documento é apoiar a organização da assistência à

população infantil e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde identifiquem as ações prioritárias para a saúde da criança (Brasil, 2004).

Em 2015 surge a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), estabelecida pela Portaria nº 1.130 de 05 de Agosto de 2015. A presente política se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, à prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (Brasil, 2015).

Considerando as presentes legislações, questionamos como estamos garantindo o cuidado integral à saúde da criança na nossa prática diária frente à mortalidade infantil. Os índices de mortalidade infantil são um indicativo considerável para o acompanhamento do Estado como garantidor do cuidado da população pediátrica (Wohlenberg *et al.*, 2025). Estes indicadores nos revelam as condições de vida socioeconômicas de uma população bem como seu acesso aos serviços de saúde, assim como, saneamento básico, educação, alimentação adequada, entre outros.

Tendo em vista o papel do enfermeiro na atenção primária à saúde no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, delimita-se como questão norteadora do estudo: Como podemos qualificar as consultas de puericultura a fim de garantir o cuidado integral à saúde da criança de modo que colabore na redução da morbimortalidade infantil?

O presente estudo visa evidenciar os resultados do treinamento em serviço realizado através da aplicação de um instrumento de coleta de dados antes e após a intervenção realizada. Será realizada uma qualificação profissional capaz de contribuir para a atuação do enfermeiro na consulta de puericultura, fortalecendo o seu cuidado para diminuição da mortalidade infantil por causas evitáveis.

Esta pesquisa é de grande relevância para o ensino, pois evidencia a urgência em debatermos a mortalidade infantil. Em termos de pesquisa e assistência, o estudo enfatiza a importância das consultas de puericultura, reforçando o papel da enfermagem no cuidado integral à saúde da criança. Além disso, propõe a construção de uma ação educativa e a discussão de seus resultados, buscando demonstrar as potências e fragilidades das consultas de puericultura realizadas pelos enfermeiros.

2. QUESTÃO DE PESQUISA

Diante do cenário epidemiológico da mortalidade infantil no Brasil e, em especial, na região Sudeste, torna-se evidente a importância de estratégias de promoção e prevenção voltadas para a saúde da criança. Nesse contexto, o enfermeiro possui uma grande autonomia e importância no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Considerando este contexto, emergiu a seguinte questão de pesquisa: “Quais desafios e potencialidades do enfermeiro diante da consulta de puericultura na atenção primária à saúde?”

3. JUSTIFICATIVA

A mortalidade infantil representa um desafio de saúde pública no Brasil, mesmo após a criação de diversas políticas públicas de saúde que garantem o atendimento integral na primeira infância. O índice de mortalidade infantil está relacionado a mortes evitáveis, relacionadas a falhas no acompanhamento pré-natal e nas consultas de puericultura. Nesse cenário, a consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia de saúde da família desempenha um papel essencial. No entanto, o enfermeiro enfrenta desafios como a necessidade de atualização constante, absenteísmo das consultas, cultura medicalocêntrica e sobrecarga de demandas. Desta forma, torna-se relevante desenvolver e analisar ações educativas que qualifiquem esses profissionais, bem como para evidenciar as potencialidades e desafios da sua prática profissional. Este estudo justifica-se pela sua relevância no fortalecimento da atuação do enfermeiro na consulta de puericultura, evidenciando suas potencialidades e contribuindo para construção de novas estratégias a partir das fragilidades encontradas.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar o efeito de uma intervenção educativa realizada para enfermeiros da estratégia de saúde da família sobre a assistência à saúde da criança de 0 a 2 anos.

4.2 Objetivos específicos

Elaborar um treinamento em serviço sobre o cuidado da criança de 0 a 2 anos no âmbito da atenção primária à saúde;

Realizar um um treinamento em serviço sobre o cuidado a crianças de 0 a 2 anos, para enfermeiros da estratégia de saúde da família;

Analisar o efeito de uma intervenção educativa sobre o conhecimento dos enfermeiros quanto à consulta de puericultura na estratégia de saúde da família.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Políticas públicas e seu impacto na redução da mortalidade infantil

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (Lucchese, 2004).

A Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

A história das políticas públicas voltadas para saúde da criança no Brasil está intrinsecamente ligada aos indicadores de mortalidade infantil, que sempre refletiram as condições de vida, o acesso aos serviços de saúde e as políticas públicas voltadas à infância.

As crianças por muitos anos foram tratadas da mesma forma que adultos, sem nenhuma consideração pelos aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil. A infância não era percebida pela família e nem pelo Estado como uma etapa do ciclo vital, com necessidades singulares. Entretanto, no decorrer dos séculos a criança passou a ser vista socialmente, com particularidades significativas que exigiram transformações sociais, econômicas e políticas (Araújo *et al.*, 2014).

Ao analisarmos os avanços da saúde da criança no Brasil, encontramos diversas políticas públicas com foco na redução da mortalidade materna e infantil. O primeiro programa estatal foi desenvolvido pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, cujas atividades posteriormente foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr) em 1940 (Ministério da Saúde, 2011). Neste período os índices de MI encontravam-se altos, pois alcançavam números preocupantes chegando a 120,7/1000 Nascidos Vivos (NV), sendo que a criança era assistida apenas em questões pontuais decorrentes das condições agudas de saúde (Araújo *et al.*, 2014).

Desde então, muitos foram os avanços com a criação e melhoria de diversos programas, como o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, em 1975; Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) em 1983, que deu lugar a dois programas específicos que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).

De forma geral, nas décadas de 1980 e 1990, houve muitas conquistas sociais no âmbito da saúde, por meio da Constituição Federal de 1988, das Leis Orgânicas Municipais e, posteriormente, as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, as quais contribuíram profundamente para delinear as transformações no modelo de saúde brasileiro, bem como no que diz respeito à saúde da criança. Esse conjunto de ações proporcionou um declínio importante da mortalidade infantil, pois nesta época (1990) os índices alcançaram 47,7/1000 nascidos vivos. (Araújo *et al.*, 2014).

À medida que as políticas públicas de saúde avançam, observa-se o declínio da mortalidade infantil. Isso ocorre pela ampliação do acesso, cobertura e medidas para além de curativistas, com ênfase na prevenção, promoção, proteção e cuidado longitudinal proporcionados através da estratégia de saúde da família e comunidade. No entanto, também se faz necessário políticas sociais e econômicas, que vão de encontro a redução das desigualdades que ainda afetam a população, mesmo nos seus direitos mais básicos e essenciais, como o saneamento básico. Os índices de mortalidade infantil também evidenciam as condições de vida socioeconômicas de uma população.

Para que os avanços permaneçam no combate à mortalidade infantil, é preciso compreender o cenário de saúde atual. No último boletim epidemiológico publicado no Brasil pelo Ministério da Saúde, nos anos de 2020 e 2021, os grupos de causas de mortalidade infantil com maior ocorrência foram referentes a: Algumas afecções originadas no período

perinatal, com 18.618 (59,2%) e 18.468 (58%); Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas que obtiveram 7.273 (23,1%) e 7.311 (23,0%); Algumas doenças infecciosas e parasitárias que tiveram 1.381 (4,4%) e 1.432 (4,5%) e Doenças do aparelho respiratório que foram notificados com 829 (2,6%) e 1.012 (3,2%) (Brasil, 2022).

Dentre as estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde para as afecções presentes na primeira infância, temos a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, visa diminuir a morbi-mortalidade infantil mediante sistematização do atendimento das doenças prevalentes de forma integrada e simultânea (Higuchi *et al.*, 2011).

É importante reforçar que a assistência à saúde da criança deve ser integral, baseada na equidade, compreendendo os determinantes e condicionantes de saúde, a fim de contemplar a promoção do crescimento saudável e o acompanhamento do desenvolvimento infantil.

São notáveis os avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento à saúde da criança, no entanto, muitos são os desafios enfrentados pelos enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família para a garantia deste cuidado. A redução da mortalidade infantil é um desafio para o SUS, já que não envolve apenas questões biológicas; relacionam-se às questões sociais, econômicas, ambientais e culturais, que exigem um sistema de saúde apto a oferecer à população um atendimento biopsicossocial, voltado às ações de promoção da saúde na comunidade (Silva *et al.*, 2019).

Evidencia-se a importância de investimentos para a implementação de boas práticas baseadas em evidências científicas para a qualificação dos processos assistenciais na Atenção Primária à Saúde, referente aos serviços de pré-natal, puericultura, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento para assegurar à gestante e à criança o acesso, em tempo oportuno, ao serviço de qualidade e, conseqüentemente, a redução dos riscos e de óbitos infantis (Silva *et al.*, 2019). Desta forma, mesmo com maior estruturação do Sistema Único de Saúde, faz-se necessário o maior investimento também na qualificação dos profissionais.

5.2 Saúde da criança na atenção primária

A Atenção Primária é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. A Atenção Primária considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual

constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (Brasil, 2017).

A Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) consideram a criança uma pessoa de até 12 anos incompletos, e o adolescente, a pessoa entre 12 e 18 anos de idade (Brasil, 1988; Brasil, 1990). O Ministério da Saúde, para efeitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), segue o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera: “Criança” – pessoa na faixa etária de zero a 9 anos, ou seja, de zero até completar 10 anos; “Primeira infância” – pessoa de zero a 5 anos, ou seja, de zero até completar 6 anos (Brasil, 2018).

O cuidado da criança demanda visão de integralidade em todos os aspectos, contemplando postura acolhedora com escuta qualificada, olhar zeloso e estabelecimento de vínculo e responsabilização. Da mesma maneira, é necessária a visão integral dos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, potencializando os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutive à necessidade da criança (Brasil, 2018). O foco dos profissionais deve ser a criança, dentro do contexto da sua família e sociedade.

O acompanhamento da saúde da criança na atenção primária inicia-se desde o pré-natal, através do cuidado do binômio mãe-bebê. Após o nascimento, temos diversas estratégias para garantir a detecção precoce de agravos, prevenção de doenças e a promoção do desenvolvimento saudável como a imunização, o acolhimento mãe-bebê e a triagem neonatal. Desta forma, a atenção primária à saúde desempenha um papel crucial no acompanhamento da criança. Como um ser em formação com total dependência dos seus cuidadores, compreender o seu contexto social, econômico e cultural é essencial para garantir um cuidado pautado na equidade, integralidade e longitudinalidade.

Os cuidadores da criança são parte ativa do cuidado, no qual serão os corresponsáveis pela efetivação das ações de promoção e prevenção. Desse modo, o vínculo torna-se uma ferramenta essencial para garantir o cuidado longitudinal.

A atenção primária visa acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como, estabelecer intervenções para garantia de que ocorram de forma saudável. O programa de puericultura na Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui-se como um conjunto de medidas e cuidados preventivos capazes de orientar a promoção da saúde e o bem-estar da criança, atentando-se para o desenvolvimento nos aspectos físico, emocional e social (Brito *et al.*, 2018). Segundo o Ministério da Saúde, é recomendado sete consultas de rotina no

primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais (Brasil, 2012).

Um dos desafios enfrentados na atenção primária no acompanhamento da criança é a busca pelo serviço de saúde apenas em casos de queixa clínica, que muitas vezes ocorre no serviço de pronto-atendimento. Um estudo evidencia que há uma grande procura dos cuidadores para atendimento pelos serviços de emergência em detrimento da atenção primária (Silva *et al.*, 2014). A presente problemática acompanha também o absenteísmo nas consultas de puericultura programadas, onde culturalmente ocorre o maior acesso associado à necessidade clínica, ou seja, o adoecer. Este cenário contribui para a não valorização da puericultura e vai de encontro a uma visão curativista, privando a criança de um cuidado longitudinal e integral.

5.3 Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia de saúde da família

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, fundamentada no processo de enfermagem e respaldada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 736/2024 (COFEN, 2024). Sua aplicação à consulta de puericultura torna-se essencial para a assistência à saúde infantil, no qual o enfermeiro realiza o acompanhamento e vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança.

A consulta de enfermagem à criança é entendida como uma metodologia da assistência empregada pelo enfermeiro para promover, proteger e recuperar a saúde da criança e de sua família (Cavalheiro, 2021). Para tanto, contempla as ações preconizadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, a saber: acompanhamento periódico e sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança, imunização, prevenção de acidentes e violência, atenção às doenças prevalentes na infância, aleitamento materno, alimentação complementar saudável e prevenção do óbito infantil (Brasil, 2015).

A atuação do enfermeiro em puericultura é essencial na atenção primária à saúde. É importante destacar que a presente atuação se dá também mediante o adoecimento, sendo o enfermeiro fundamental para redução de agravos à saúde e do índice de mortalidade infantil, através da atenção integral às doenças prevalentes na primeira infância.

Um estudo realizado evidenciou que para os enfermeiros a puericultura é um momento importante, pois além de avaliar o estado de crescimento e desenvolvimento da criança, passa a ser um momento de troca de informações, e as orientações são socializadas de acordo com o estado de saúde da criança bem como a realidade das condições sociais em que vive,

preocupando-se assim, com o bem estar da criança e o acolhimento da mesma (Benício *et al.*, 2016).

No entanto, a atuação do enfermeiro em puericultura na estratégia de saúde da família está além do consultório. Suas práticas podem ser desenvolvidas na unidade de saúde, nos lares e nos diferentes espaços comunitários, como escolas, associações, igrejas, grupos comunitários, dentre outros, devendo ser considerados os contextos familiares e os determinantes sociais e de saúde (Souza *et al.*, 2020). O Programa Saúde na Escola é uma parte do cotidiano de trabalho, visando proporcionar a integralidade do cuidado, através da expansão de ações de saúde à criança para além dos muros da unidade básica (Filho *et al.*, 2019).

Para garantia do cuidado em saúde da criança pautada na integralidade é necessário compreender o contexto social, cultural, econômico e político que a mesma está inserida. É importante oportunizar a realização de um diagnóstico situacional e, conseqüentemente, a definição de um plano terapêutico que atenda às singularidades dos indivíduos (Filho *et al.*, 2019).

A potência do enfermeiro na consulta de puericultura é pautada na ciência, sustentada pelo conhecimento técnico e pelas evidências que orientam sua prática. Nessa perspectiva, o cuidado envolve a criança e sua família, no qual o enfermeiro examina, investiga e compartilha informações, articulando diferentes saberes da puericultura, como imunização, triagem neonatal, alimentação na primeira infância, estímulo e vigilância do desenvolvimento infantil, monitoramento do crescimento saudável, entre outros.

Ao abordar a atuação do enfermeiro em puericultura e a sua busca em fornecer um cuidado fundamentado na integralidade, equidade e longitudinalidade, é essencial compreender suas dificuldades na atenção primária à saúde. Estudos apontam que as práticas dos enfermeiros na atenção à saúde da criança são demandadas por um modelo curativista, centrado na doença, e realizadas de forma individualizada e fragmentada, quando se observam a falta de capacitação, a sobrecarga de trabalho e o excesso de atividades administrativas. Este mesmo estudo revela que há uma baixa adesão das mães à continuidade do acompanhamento das consultas de puericultura, com enorme prejuízo à longitudinalidade do cuidado. Outro desafio é o trabalho centrado na produtividade, com estipulação de metas e indicadores de saúde, não sendo levado em consideração o diagnóstico local de cada estratégia de saúde da família (Souza *et al.*, 2020). Outro estudo revela que o enfermeiro enfrenta diversos desafios, como a falta de materiais e de manutenção dos mesmos, a alta demanda e o absenteísmo das consultas (Benício *et al.*, 2016). Outro estudo afirma que, dentre as dificuldades na assistência

de enfermagem em puericultura estão a centralização do trabalho no enfermeiro, ineficiência da estrutura física, falta de reconhecimento e apoio e da inabilidade na sistematização da assistência de enfermagem (Cavalheiro, Silva e Pereira, 2021). Diversos atravessamentos podem prejudicar o fornecimento de um cuidado integral em puericultura, como infraestrutura inadequada, indisponibilidade de recursos materiais, déficit de recursos humanos e problemas de articulação da rede de atenção à saúde (Filho *et al.*, 2019).

Dentre os desafios enfrentados pelo enfermeiro na consulta de puericultura, estudos demonstram a falta de qualificação como uma grande preocupação destes profissionais. Os enfermeiros revelam despreparo para o atendimento à criança e suas famílias, frente à disponibilidade restrita de treinamentos em serviço direcionados para esse público (Souza *et al.*, 2020). A capacitação dos profissionais de enfermagem possui grande relevância para atuarem nas ESF na possibilidade de promover uma atenção integral à saúde, contemplando ações de promoção, proteção, prevenção de agravos, atenção precoce, cura e reabilitação. No entanto, há uma grande dificuldade em prestar assistência à criança devido à falta de cursos de capacitação na área (Benício *et al.*, 2016). Outro estudo realizado mostra que uma das dificuldades em promover a integralidade da saúde da criança é a falta de treinamentos específicos (Filho *et al.*, 2019). Os enfermeiros identificam a necessidade de momentos de estudo e debate que os conduzam a processos reflexivos sobre suas práticas profissionais, a fim de serem adequadas ou mantidas abordagens mais indicadas para a qualidade e efetividade de assistência à criança (Cavalheiro *et al.*, 2021).

A qualificação profissional na Atenção Primária à Saúde está prevista na Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal (Brasil, 2018).

A capacitação teórico-prática é fundamental para inserção dos profissionais no cuidado com a criança, podendo fomentar a identificação das condições de vulnerabilidade e o reconhecimento de gravidades, bem como o aconselhamento e o preparo das famílias quanto à continuidade de assistência à criança (Souza *et al.*, 2020).

Qualificar os enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família é de extrema

importância para garantir um cuidado integral, assim como, para reduzir os agravos à saúde e o índice de mortalidade infantil.

6. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo exploratório. A pesquisa quantitativa exploratória baseia-se no método de coleta de informações e investigação do objeto de estudo, onde a mensuração é feita por números (ou informações conversíveis em números) que são classificados e analisado (Dalfovo *et al.*, 2008)

O presente projeto de intervenção baseia-se na Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS), de David Ausubel. Esta teoria destaca a relevância de despertar o aprendiz para aprender, a partir do que ele já sabe, proporcionando a integração entre o novo e o já vivenciado, a fim de ampliar o seu conhecimento e de transformar a sua realidade (Vieira *et al.*, 2023).

Na Teoria da Aprendizagem Significativa, a fim de estimular o processo de aprendizagem, é importante considerar aquilo que o indivíduo já sabe. Desta forma a presente pesquisa se deu a partir de um treinamento em serviço com a aplicação de um instrumento de coleta de dados antes e após o treinamento, a fim de avaliar a eficácia do processo de qualificação dos enfermeiros e provocar a reflexão dos mesmos quanto às temáticas abordadas, disponível no Apêndice A.

Para a construção da ação educativa, foram elaboradas uma proposta de treinamento em serviço e um cronograma com as temáticas mais comumente abordadas nas consultas de puericultura, bem como aquelas de maior relevância epidemiológica, disponíveis no Apêndice B e C, respectivamente.

A metodologia da presente qualificação foi expositiva dialogada. Trata-se de uma exposição de conceitos, com a participação ativa, onde o conhecimento prévio é extremamente importante, devendo ser considerado este o ponto de partida. O diálogo deve ser a ferramenta chave desta estratégia, favorecendo a análise crítica, a produção de novos conhecimentos e propondo aos alunos a superação da passividade e da falta da mobilidade intelectual (Lopes, 2012).

Após a realização da ação educativa, foi disponibilizado um produto técnico tecnológico cujo objetivo é fornecer acesso rápido a ferramentas teóricas e práticas que podem ser utilizadas durante a consulta. O presente material conta com links que direcionam

o profissional para diversos materiais norteadores disponíveis de forma on-line, conforme Apêndice F.

Os participantes do estudo foram os enfermeiros de equipe de saúde da família atuantes na Clínica da Família Felipe Cardoso, localizada no bairro da Penha, município do Rio de Janeiro (RJ), Brasil (BR).

Os critérios de inclusão dos potenciais participantes são: Enfermeiros atuantes nas equipes da Estratégia de Saúde da Família da Clínica da Família Felipe Cardoso, maiores de 18 anos, de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão serão: Enfermeiros de outras unidades de saúde; Enfermeiros que estejam de férias ou afastamento por motivo de doença; Profissionais que não aceitem o TCLE.

O presente estudo ocorreu na Clínica da Família Felipe Cardoso. A escolha desta unidade de saúde deve-se por sua característica populacional que abrange 14 (quatorze) equipes no seu território, no qual inclui uma grande parte das periferias do Complexo da Penha com uma população com extrema diversidade e vulnerabilidade social. O presente território também faz parte da unidade de lotação na Residência de Enfermagem de Família e Comunidade da presente autora.

A coleta de dados ocorreu no dia da ação educativa em setembro/2025 através de questionários desenvolvidos virtualmente pela plataforma Google Forms. Os dados coletados foram exportados para o software Microsoft Excel, onde foram analisados por meio da estatística descritiva. A análise possibilitou avaliar a eficácia do treinamento em promover a qualificação dos enfermeiros para a realização de consultas de puericultura.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e mediante a concordância dos participantes com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), disponível no Anexo A.

Esta pesquisa estará pautada na Resolução 466/12 e Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos.

7. RECURSOS NECESSÁRIOS

Para realização da presente pesquisa os recursos utilizados foram próprios da presente autora: Notebook com acesso à internet e programas de edição de texto (Word), planilhas (Excel), apresentação de slides (Canva) para construção da ação educativa, do produto e da dissertação. Os demais recursos foram fornecidos pela instituição na qual a

pesquisa foi realizada (Clínica da Família Felipe Cardoso), em que foram utilizados o auditório com um computador e projetor visual para realização do treinamento.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para construção dos resultados e discussão, realizou-se inicialmente a análise do perfil de participantes, seguida da categorização do conteúdo abordado em: Rotina das consultas de puericultura; Nutrição e suplementação infantil; Crescimento e desenvolvimento infantil; Imunização; Prevenção de acidentes; Transmissão vertical da sífilis;

8.1 Análise e tratamento dos dados

Para análise de dados utilizou-se o software Microsoft Excel 2019, sendo realizada a análise estatística descritiva, antes e após a intervenção educativa, a fim de comparar o desempenho dos participantes antes e após a intervenção educativa. Os dados foram analisados pela estatística descritiva bivariada e estão expostos com o auxílio de quadros e gráficos para uma melhor compreensão. Essa análise possibilitou identificar as áreas com maior ganho de conhecimento, bem como, com maior fragilidade teórica antes da qualificação, fornecendo dados para reflexão sobre a efetividade da ação educativa e sobre a importância do treinamento contínuo sobre o cuidado à criança na atenção primária.

8.2 Perfil dos Participantes

Apresentam-se, inicialmente, os dados de caracterização do estudo com o objetivo de compreender o perfil dos participantes. Dos 17 enfermeiros entrevistados, 93,3% são do sexo feminino e 6,7% do sexo masculino; Com relação a faixa etária, 80% possui idade entre 20 e 30 anos, 13,3% entre 30 e 40 anos e 6,7% mais de 50 anos. Quanto ao tempo de experiência profissional, 86,7% atuam em até 5 anos na estratégia de saúde da família, 6,7% a mais de 5 anos e 6,7% entre 10 a 15 anos. Com relação a especialização, todos possuem ou estão cursando pós graduação em saúde da família, sendo que 66,7% está cursando, 20% concluíram em até 5 anos e 13,4% finalizaram a mais de 05 anos. Os participantes em formação realizam a pós-graduação nos moldes de residência em enfermagem de família e comunidade. Referente ao vínculo empregatício com a unidade, 46,7% são enfermeiros residentes do primeiro ano, 13,3% são enfermeiros residentes do segundo ano, 13,3% são enfermeiros de equipe sem cargo de preceptor e 26,7% são enfermeiros de equipe com cargo

de preceptor. O presente estudo possui a fragilidade de que 02 (dois) candidatos não responderam ao questionário para conhecer o perfil dos participantes.

8.3 Análise de Categorias

A análise de categorias permitiu um diagnóstico situacional do conhecimento dos enfermeiros sobre a consulta de puericultura, identificando suas lacunas e potencialidades no cuidado à criança.

Quadro 1 – Índice de acertos dos enfermeiros (n =) na realização do pré e pós teste. Rio de Janeiro, Brasil, 2025.

ITENS	Pré Teste		Pós Teste		D	Aumento
	N	%	N	%		
Categoria 1 - Rotina das consultas de puericultura						
1. Em até quantos dias deve ocorrer a primeira consulta do recém nascido pelo médico ou enfermeiro da equipe?	16	94,1	17	100%	5,9	6,2%
2. É fundamental que na primeira consulta de puericultura sejam avaliadas as situações de risco e vulnerabilidade da criança. Sobre essas situações de vulnerabilidade, é correto afirmar que:	13	76,5%	15	88,2%	11,7	15%
3. O Agente Comunitário de Saúde deve realizar o acompanhamento da criança através de visita domiciliar. Sobre a periodicidade de suas visitas, é correto afirmar:	14	82,4%	15	88,2%	5,8	7%
Categoria 2 - Nutrição e Suplementação Infantil						
4. A introdução alimentar deve ocorrer quando a criança demonstra sinais de prontidão. Analise as proposições a seguir:	14	82,4%	15	88,2%	5,8	7%
5. As crianças de 6 a 24 meses de idade devem receber dois ciclos de suplementação de ferro. Considerando uma criança a termo em uso de fórmula infantil, essa suplementação deve ocorrer, PREFERENCIALMENTE:	11	64,7%	14	82,4%	17,7	27%
Categoria 3 - Crescimento e desenvolvimento infantil						
6. Conforme os marcos de desenvolvimento presentes na Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde (2024), é esperado que	16	94,1%	17	100%	5,9	6%

uma criança de 03 meses seja capaz de:						
7. Você compreende e sabe aplicar a idade corrigida para avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil?	8	47,1	17	100%	52,9	112%
8. A avaliação do crescimento infantil é acompanhada através das medidas antropométricas e sua relação com as curvas de crescimento. Dessa forma, ao realizar a mensuração do peso de uma criança de 04 meses cujo percentil encontra-se adequado para idade, o mesmo será:	10	58,8%	9	56,3%	-2,5	-4%
9. A avaliação de enfermagem é de extrema importância para identificar sinais de alerta. Pensando em uma criança de 06 meses com taquipneia, podemos afirmar que a frequência respiratória é:	5	29,4%	7	41,2%	11,8	40%
10. Considerando uma criança a termo em aleitamento materno exclusivo em livre demanda, em que momento, idealmente, deve ser realizado o teste do pezinho?	11	64,7%	12	70,6%	5,9	9%
Categoria 4 - Imunização						
11. De acordo com o Calendário Nacional de Imunização do Ministério da Saúde de 2025, quais vacinas uma criança deve receber com 15 meses?	05	29,4%	10	58,8%	29,4	100%
Categoria 5. Prevenção de Acidentes						
12. Uma criança na idade de 0 (zero) a 06 (seis) meses está exposta a alguns riscos de acidente, dentre eles podemos citar:	12	70,6%	16	94,1%	23,5	33%
13. Você se sente seguro para orientar a manobra de desengasgo nas consultas de puericultura?	16	94,1%	16	94,1%	0	0
Categoria 6. Transmissão Vertical da Sífilis						
14. De acordo com o PCDT-IST 2022, é considerada criança exposta a sífilis:	02	11,8%	15	88,2%	76,4	647%
15. Nos casos de crianças expostas à sífilis, em quais meses deve ser realizada a Avaliação laboratorial com teste não treponêmico (VDRL) no seguimento da APS?	16	94,1%	17	100%	5,9	6%

Fonte: Elaborado pela própria autora

8.3.1 Categoria 1: Rotina das consultas de puericultura

As questões referentes à rotina das consultas de puericultura, conforme disposto na Tabela 1, apresentam um índice de acertos maior que 75% no pré teste e maior que 85% no pós teste, representando um aumento de 9% no índice de acertos a partir do cálculo da média de aumento percentual entre as três perguntas.

A presente amostra evidencia o conhecimento dos enfermeiros quanto ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil estabelecido pelo Ministério da Saúde, principalmente no que diz respeito ao acolhimento mãe-família-bebê, tendo o índice de acertos de 94,1% no pré teste e um total de acertos de 100% no pós teste, com um aumento de 6,2%. Segundo o Ministério da Saúde, o seguimento da puericultura prevê um calendário mínimo de consultas à criança, propondo sete consultas no primeiro ano de vida, duas no segundo e, a partir do terceiro ano, o acompanhamento anual. O maior número de consultas nesta faixa etária estão relacionadas à adaptação da família, fragilidade da criança e o acompanhamento do calendário vacinal (Brasil, 2012).

É necessário uma visão global da criança, enfocando a identificação daquela com maior vulnerabilidade e risco, possibilitando a continuidade da assistência até a solução dos problemas apresentados (Brito *et al.*, 2018). A avaliação de situações de risco e vulnerabilidade da criança são preconizadas pelo Ministério da Saúde já na primeira consulta de puericultura, e são essenciais no combate à mortalidade infantil. Na questão voltada para essa temática, houve um alto índice de acertos no pré-teste (76,5%) e pós teste (88,2%), com um aumento de 15%. Essa avaliação permite uma atuação precoce do enfermeiro, contribuindo para a prevenção de agravos (Miranda *et al.*, 2021). Esta análise também é importante pensando no princípio da integralidade, a partir da compreensão do contexto em que a criança está inserida. Deve-se considerar a multidimensionalidade da criança, como o reconhecimento do indivíduo como um ser biopsicossocial, vislumbrando o seu contexto de inserção (Filho *et al.*, 2019).

A captação das crianças para o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento é realizada, na maioria das vezes, pelo agente comunitário de saúde (ACS), que é o ator principal na interação entre unidade de saúde e a comunidade, é quem realiza as visitas domiciliares, garantindo a efetivação das consultas de puericultura e identifica as necessidades em tempo oportuno (Brito *et al.*, 2018). O ACS vai conhecer o cotidiano da família, além de ser capaz de realizar orientações em saúde e identificar riscos em que a criança possa estar exposta. Dentre as atribuições do enfermeiro na estratégia de saúde da família está a supervisão dos agentes comunitários de saúde, sendo imprescindível o

conhecimento quanto ao acompanhamento das crianças através da visita domiciliar. No pré teste os enfermeiros apresentaram um índice de acertos de 82,4% e no pós teste 88,2%, um aumento de 7%.

8.3.2 Categoria 2: Nutrição e Suplementação Infantil

As questões referentes à nutrição e suplementação infantil, conforme disposto na Tabela 1 obtiveram os seguintes resultados: Com relação aos sinais de prontidão na introdução alimentar os enfermeiros apresentaram um índice de acertos elevados, com 82,4% no pré teste e 88,2% no pós teste, com um índice de aumento de 7%; Sobre a suplementação de ferro os enfermeiros obtiveram um índice de acerto de 64,7% no pré teste e 82,4% no pós teste, com um índice de aumento de 27%. A Organização Mundial de Saúde recomenda a suplementação diária de ferro como uma intervenção de saúde pública para a prevenção da deficiência de ferro e anemia em lactentes e crianças de 6 a 24 meses (Brasil, 2022). A proporção de respostas corretas no pré teste, mesmo ultrapassando a margem de 60% (o que representa mais da metade dos participantes com acerto), nos faz refletir quanto a efetividade do cumprimento do Programa Nacional de Suplementação de Ferro a partir do conhecimento dos enfermeiros nessa prática cotidiana. No Brasil a anemia e a desnutrição estão entre os principais agravos de saúde pública, requerendo um acompanhamento mais de perto (Assis *et al.*, 2015). Desta forma, o aumento do percentual de acertos com a atividade de treinamento em serviço destaca a importância do investimento em qualificação profissional.

8.3.3 Categoria 3: Crescimento e Desenvolvimento Infantil

Iniciaremos a análise da categoria de crescimento e desenvolvimento infantil a partir da questão sobre a compreensão da aplicação da idade corrigida, no qual, traduz o ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade, devendo ser utilizada para avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil até os 2 anos de idade (Brasil, 2012). No pré teste, para avaliação do conhecimento sobre a temática, os enfermeiros relataram que “sim” em 47,1% e “não” em 52,98%. No entanto, após a ação educativa 100% dos enfermeiros responderam que “sim”, representando um aumento de 112%. A presente estimativa reforça a importância de atividades de educação permanente em saúde e a sua contribuição para um cuidado pautado na equidade e integralidade em puericultura. O desconhecimento sobre essa prática pode resultar na não identificação adequada de crianças em baixo peso e atraso no desenvolvimento.

Tratando-se da curva de crescimento, o índice de acertos no pré teste foi de 58,8% e 56,3% no pós teste, representando uma redução de 4%. Esta foi a única questão que

apresentou um declínio na porcentagem, o que nos levou a refletir sobre o grau de clareza quanto a ministrar este conteúdo na qualificação ofertada. No entanto, na prática cotidiana os enfermeiros realizam o preenchimento da curva de crescimento com o suporte da legenda ao lado dos gráficos, tornando a memorização do escore algo não essencial.

A avaliação dos marcos de desenvolvimento devem ser realizados em toda consulta, no pré teste os enfermeiros apresentaram 94,1% de acertos e no pós teste 100%. O êxito obtido na primeira etapa reforça a potência na atuação do enfermeiro na avaliação do desenvolvimento infantil, o que contribuiu para a detecção precoce de possíveis atrasos. Dessa forma, observa-se a efetividade da ação educativa na consolidação de saberes e na qualificação da prática assistencial do enfermeiro. A primeira infância corresponde ao período até os 06 anos de idade e essa fase é extremamente sensível para o desenvolvimento do ser humano, pois é quando ele forma toda a sua estrutura emocional e afetiva, além de desenvolver áreas fundamentais do cérebro relacionadas à personalidade, ao caráter, à capacidade de aprender e de memorizar. Nesse mesmo período, vários fatores podem interferir nas vias bioquímicas que regulam o desenvolvimento do cérebro (Brasil, 2023). Desta forma, além do enfermeiro ser essencial na identificação de atrasos no desenvolvimento, é fundamental sua atuação na orientação às famílias quanto às formas de estimular a criança. A estimulação para a promoção do desenvolvimento da criança constitui-se um dos cuidados básicos para sua saúde física, mental, psíquica e social (Gaíva *et al.*, 2019).

As afecções respiratórias na primeira infância estão entre as principais causas de óbito infantil, desta forma, a questão referente a frequência respiratória de uma criança de 06 meses com taquipneia objetiva refletir quanto a identificação de sinais de alarme pelo enfermeiro. No pré teste o enfermeiro apresentou índice de acertos de 29,4%, o menor encontrado entre todas as questões, no pós teste os índices subiram para 41,2%, representando um aumento de 11,8%. O aumento após a qualificação profissional também não foi significativo, sendo o segundo menor no estudo realizado. O presente fato evidencia a urgência em debater as doenças prevalentes na infância com foco na redução da mortalidade infantil e a considerar as fragilidades no conhecimento dos profissionais quanto aos sinais de alerta e, consequentemente, as condutas realizadas. Se faz necessário investir em treinamentos contínuos para garantir um cuidado seguro à primeira infância.

A triagem neonatal é uma ação preventiva que permite identificar, em tempo oportuno, distúrbios e doenças congênitas, e realizar acompanhamento e tratamento para diminuir ou eliminar os danos associados a eles (Brasil, 2024). Desta forma, contribui para o crescimento

e desenvolvimento adequado da criança. Em uma das questões foi abordado o período que é preconizado a realização do teste do pezinho pelo Ministério da Saúde, no qual os enfermeiros obtiveram índice de acertos de 64,7% no pré teste e 70,6% no pós teste, com um aumento de 9%. O aumento dos acertos refletem a contribuição da ação educativa e reafirmam a necessidade de melhor explorar essa área do saber no cuidado à criança.

8.3.4 Categoria 4: Imunização

A questão referente à imunização buscou resgatar a atualização do Calendário Nacional de Vacinação, que incluiu a substituição da vacina oral contra a poliomielite (VOP) pela vacina inativada (Brasil, 2024). No pré teste os enfermeiros apresentaram índice de acertos de 29,4% e no pós teste 58,8%, com um aumento de 29,4%. Nesta análise, o índice de acertos no pré teste é um dos dois menores do estudo e, no pós teste, não apresenta o aumento esperado. O enfermeiro no cuidado à criança é responsável pela leitura da caderneta de vacinação, podendo atualizá-la ou encaminhar a criança para a sala de vacina. O presente estudo nos leva a refletir sobre a importância da contínua atualização destes profissionais quando se trata de imunização, uma vez que, a imunização é essencial no combate a mortalidade infantil por causas evitáveis. O papel do enfermeiro na prática da imunização é essencial, bem como dos outros membros da equipe de enfermagem, especialmente como educadores, transmitindo informações referentes à prevenção de doenças, contribuindo para que as famílias percebam o valor das vacinas (Gaíva *et al.*, 2019).

8.3.5 Categoria 5: Prevenção de Acidentes

Os acidentes na primeira infância fazem parte dos índices de mortalidade infantil por causas evitáveis. Os acidentes constituem o extremo de um processo cuja cadeia causal pode ser antecipada, razão pela qual é fundamental contextualizá-los para propor ações possíveis e viáveis de prevenção (Brasil, 2012). Desta forma, essa é uma temática que deve ser continuamente empregada junto aos cuidadores nas consultas de puericultura. Em uma das questões abordou-se os riscos de acidente de uma criança de 0 (zero) a 06 (seis) meses de idade, no qual, no pré teste os enfermeiros obtiveram um índice de acertos de 70,6% e no pós teste 94,1%, com um aumento de 33%. Em outra questão indagou-se se os enfermeiros sentem-se seguros para orientar a manobra de desengasgo, no qual 94,1% respondeu que “sim” antes da ação educativa e, após, a mesma porcentagem respondeu que “sim”. Os altos índices de acerto, bem como, a segurança dos enfermeiros na orientação da prevenção de acidentes reforçam a sua potência no combate à mortalidade infantil e na identificação de

riscos à criança. Assim, o conhecimento técnico aliado à prática de educação em saúde fortalecem a integralidade da assistência. No entanto, o não aumento no percentual com relação à manobra de desengasgo revela a necessidade de maior investimento em treinamento nesta temática. Os acidentes domésticos envolvendo crianças representam danos e agravos à saúde de abrangência mundial. A atuação dos enfermeiros nesse contexto, é fundamental pois podem avaliar e prevenir os riscos frente ao meio em que a criança vive, reforçando que a Atenção Primária à Saúde ultrapassa os limites físicos do consultório e considera o contexto real do cotidiano da família (Silva *et al.*, 2025)

8.3.6 Categoria 6: Transmissão Vertical da Sífilis

A transmissão vertical da sífilis é um grave problema de saúde pública. Entre mulheres com sífilis precoce não tratada, 40% das gestações resultam em aborto espontâneo. Estima-se que, na ausência de tratamento eficaz, 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo e 13% em parto pré termo ou baixo peso ao nascer, além de pelo menos 20% de RN que apresentaram sinais sugestivos de sífilis congênita (Brasil, 2022). Desta forma, para garantia do crescimento e desenvolvimento saudável da criança torna-se imprescindível o conhecimento dos profissionais referente a esta temática. Na questão que aborda a definição de criança exposta a sífilis os enfermeiros obtiveram 11,8% de acertos no pré teste e 88,2% de acertos no pós teste, o que representa uma diferença de 76,4%. O baixo índice de acertos no pré teste, bem como, o aumento significativo reforçam a contribuição do presente estudo para prática destes profissionais. No entanto, torna-se essencial refletir quanto às lacunas do cuidado à criança exposta ou com sífilis congênita que podem existir caso haja profissionais com baixa percepção desse eixo temático. Quanto à rotina de avaliação laboratorial com o teste não treponêmico na atenção primária à saúde, os índices de acertos no pré teste foram de 94,1% e no pós teste 100%, com uma diferença de 5,9%. Em contrapartida à definição de criança exposta à sífilis, os profissionais apresentaram alto desempenho quanto ao seguimento do cuidado. No entanto, a não identificação correta de crianças que necessitem de monitoramento e/ou seguimento à nível secundário, podem trazer graves prejuízos ao desenvolvimento infantil.

8.4 DISCUSSÃO

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil,

apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial. Fornecer uma assistência integral à saúde da criança é compreendê-la como o sujeito em formação, considerando o seu contexto social, cultural e econômico, que se unem no seio familiar e serão de grande impacto no seu crescimento e desenvolvimento (Brasil, 2004).

A consulta de puericultura tem um papel fundamental que influencia positivamente no crescimento e desenvolvimento, na qual visa assistir a criança de forma integral, não se limitando só em exame físico como pesagem, realizar medidas antropométricas e verificar a vacinação, mas proporcionar um acolhimento humanizado durante as consultas e transmitindo orientações acerca dos cuidados com a saúde da criança para que possa crescer e se desenvolver de maneira saudável prevenindo precocemente os agravos à saúde (Benício *et al.*, 2016).

O profissional enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolve suas práticas na saúde de criança por meio de um conjunto de ações que abrangem a puericultura, que consiste no cuidado integralizado à criança na proteção, prevenção de agravos e promoção da saúde (Souza *et al.*, 2019). Este cuidado está além do consultório, estendendo-se a diversos espaços para construir um cuidado integral. É importante a inclusão de todos os profissionais envolvidos no cuidar para a promoção de uma atenção mais integral, individualizada e de qualidade (Araújo *et al.*, 2019).

No entanto, é importante refletir que para a garantia deste cuidado é essencial a contínua capacitação do enfermeiro, a fim de assegurar um cuidado qualificado alinhado às demandas da assistência infantil. Um estudo relata algumas dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro na promoção de um cuidado integral, como: a infraestrutura inadequada das unidades básicas de saúde; a indisponibilidade de recursos materiais e déficit de recursos humanos; e a falta de treinamentos específicos para a saúde da criança (Araújo *et al.*, 2019).

A capacitação teórico-prática é fundamental para a plena inserção dos profissionais no cuidado com a criança, podendo fomentar a identificação das condições de vulnerabilidade e o reconhecimento de gravidades, bem como o aconselhamento e o preparo das famílias quanto à continuidade da assistência à criança (Souza *et al.*, 2019).

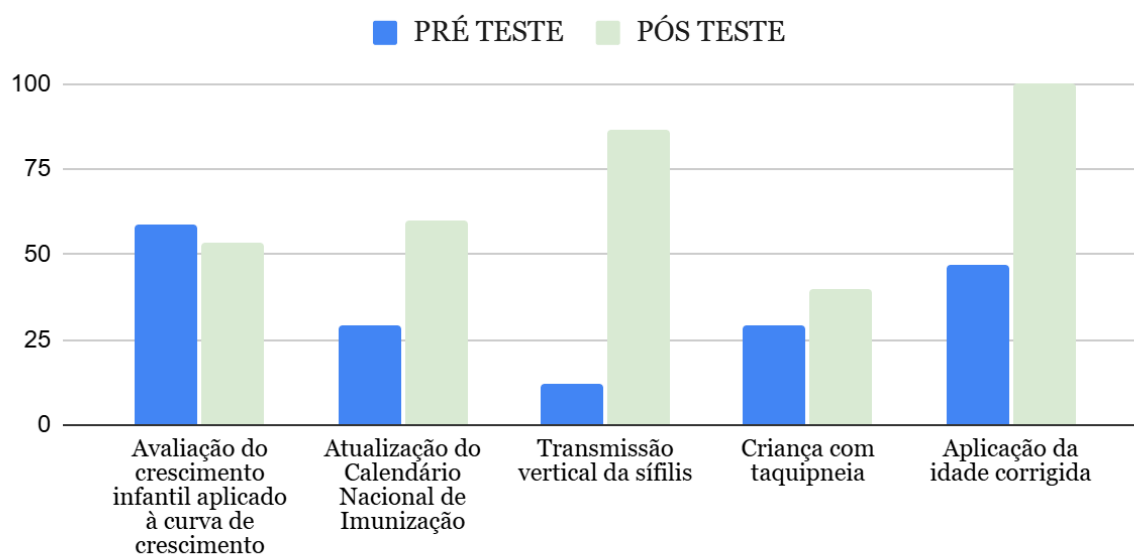
Diversos estudos demonstram a falta de capacitação profissional como um desafio à atuação do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família em Puericultura. Em um estudo constatou-se que alguns profissionais revelaram ter dificuldade em prestar assistência à criança na puericultura devido à falta de cursos de capacitação na área (Benício *et al.*, 2016). A falta de capacitação profissional é uma dificuldade enfrentada pelos enfermeiros no manejo

das doenças prevalentes na infância (Simião *et al.*, 2017). A capacitação teórico prática e a supervisão da educação permanente das equipes de saúde da família e de atenção básica são fundamentais para a plena inserção de todos os profissionais no cuidado com a criança (Brito *et al.*, 2018). A falta de capacitação e a pouca utilização dos protocolos ministeriais contribuem como fator limitante no cuidado à criança (Souza *et al.*, 2019).

Nesse estudo, percebeu-se algumas fragilidades quanto à prática profissional dos enfermeiros no pré teste realizado. Conforme disposto na Tabela 1 e descrito na categorização, os enfermeiros apresentam um menor percentual de acertos quanto às seguintes questões abordadas, considerando uma margem menor que 60%: Avaliação do crescimento infantil aplicado à curva de crescimento (58,8%); Atualização do calendário nacional de imunização de 2025 (29,4%); Transmissão vertical da sífilis (11,8%); Sinais de alerta em síndrome respiratória (29,4%); Compreensão quanto a aplicação da idade corrigida para avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil (47,1%). Os presentes dados nos levam a refletir quanto às lacunas de temas essenciais na puericultura, que impactam diretamente na qualidade e integralidade no cuidado à saúde da criança. No entanto, a maioria das presentes questões obtiveram um aumento no número de acertos pelos enfermeiros após a ação educativa, conforme disposto no gráfico abaixo:

Gráfico 1: Questões com menor percentual de acertos e seu aumento no pós teste.

Gráfico 01



Questões com menor percentual de acertos e seu aumento no pós teste

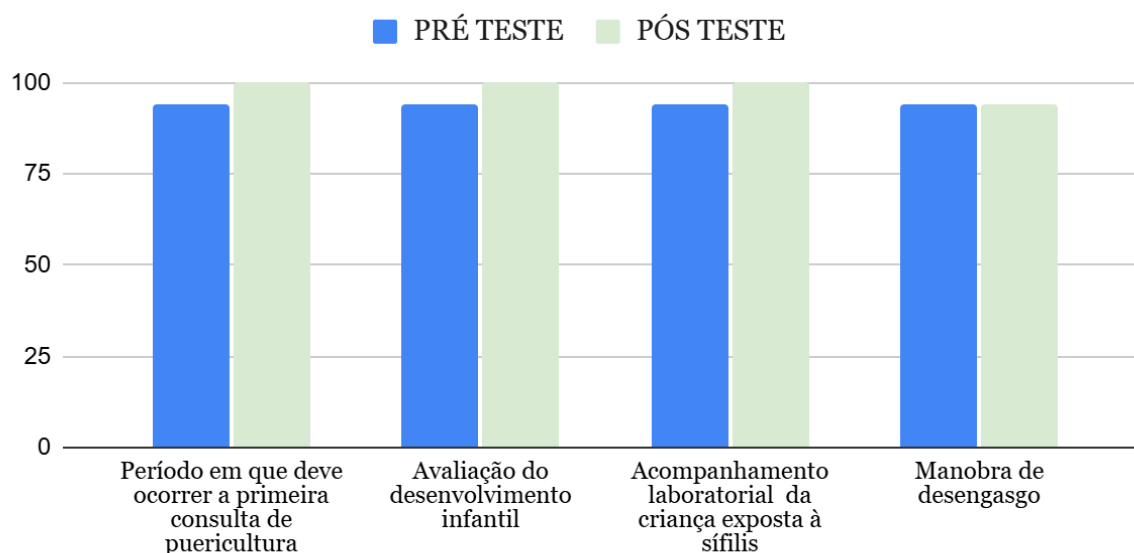
Fonte: Elaborado pela própria autora

Os presentes dados evidenciam a efetividade da ação educativa proposta, demonstrando que os enfermeiros tiveram maior domínio dos assuntos para responder às questões após a intervenção. O estudo traz contribuições quanto à prática dos enfermeiros, reforçando a importância da educação permanente em saúde no cuidado à saúde da criança. A capacitação é uma das estratégias mais usadas para enfrentar os problemas de desenvolvimento dos serviços de saúde. Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas (Brasil, 2009).

No entanto, também é importante enaltecer o conhecimento prévio dos enfermeiros quanto algumas temáticas, considerando um percentual de acertos maior que 90% no pré teste, conforme disposto no gráfico abaixo: Indicação do período em que deve ocorrer a primeira consulta de puericultura (94,1%); Avaliação do desenvolvimento infantil (94,1%); Acompanhamento laboratorial da criança exposta à sífilis (94,1%); No que se refere à segurança profissional para orientar quanto a manobra de desengasgo a maioria afirmou que sim (94,1%). Os dados analisados reforçam a importância da atuação do enfermeiro em consulta de puericultura pautada no saber científico.

Gráfico 2: Questões com maior percentual de acertos e seu aumento no pós teste.

Gráfico 02

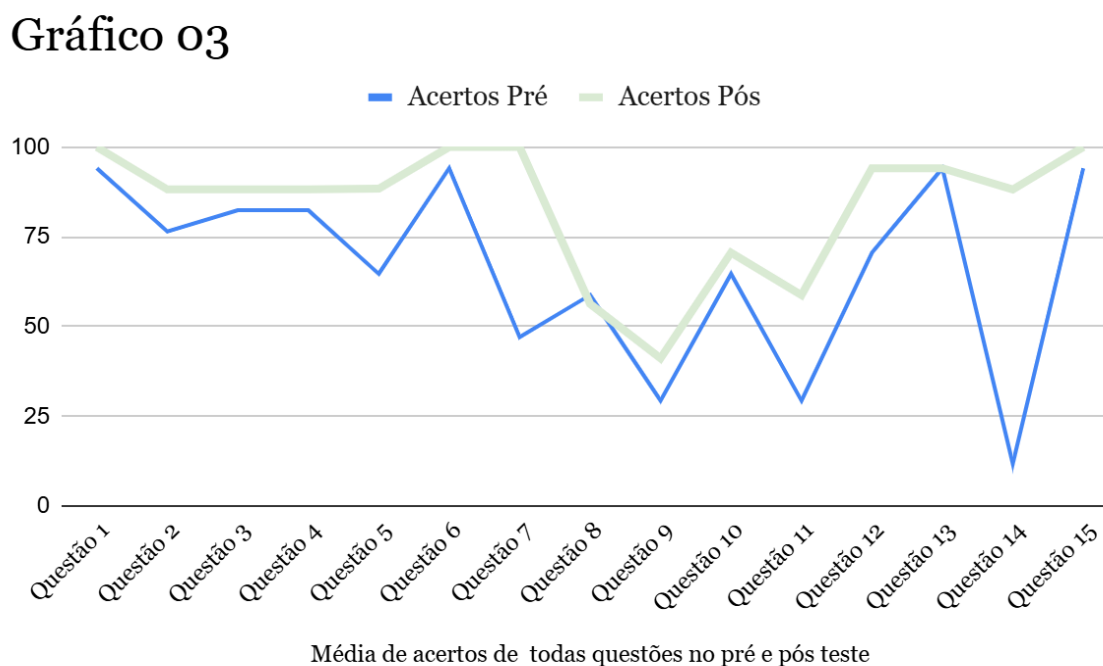


Questões com maior percentual de acertos e seu aumento no pós teste

Fonte: Elaborado pela própria autora

Ao refletirmos sobre todas as questões analisadas, percebe-se um aumento gradativo na maioria das questões no pós teste, reforçando a efetividade do treinamento em serviço realizado, conforme disposto no gráfico abaixo:

Gráfico 3: Média de acertos de todas questões no pré e pós teste



Fonte: Elaborado pela própria autora

No entanto, os altos índices de acertos antes e após o treinamento também evidenciam a potência da atuação do enfermeiro no cuidado à saúde da criança, principalmente dentro da categoria de rotina das consultas de puericultura, nutrição e suplementação infantil e prevenção de acidentes. Torna-se perceptível domínio de conhecimentos essenciais para a garantia de uma assistência integral no combate à mortalidade infantil.

Desta forma, verifica-se que a aprendizagem foi significativa, no qual os enfermeiros ampliaram seus conhecimentos a partir dos saberes que já possuíam. Quando o ensino é baseado no conhecimento que o aluno possui, esse é um importante fator que servirá de âncora para os novos conceitos e, conseqüentemente, haverá aprendizagem (Vieira *et al.*, 2023). Desta forma, a Teoria da Aprendizagem Significativa é uma metodologia de grande contribuição para as práticas na área da saúde, estimulando a reflexão e construção de conhecimento pelos profissionais a partir dos seus próprios saberes. A aprendizagem significativa é a organização e integração do material na estrutura cognitiva. Novas ideias e informações podem ser aprendidas e retidas na medida em que conceitos relevantes e inclusivos estejam adequadamente claros e disponíveis na estrutura cognitiva do indivíduo e funcionem, dessa forma, como ponto de ancoragem para novas ideias e conceitos (Moreira e

Miasini, 1982). O presente treinamento trouxe temáticas do cotidiano desses enfermeiros e o pré teste realizado propôs a provocação do saber prévio a ser trabalhado no treinamento.

É essencial refletirmos sobre a importância da formação especializada do enfermeiro em saúde de família e comunidade, uma vez que, a maioria dos participantes são residentes do primeiro ano de formação nos moldes da residência. Apesar do pouco tempo de atuação, é notável que esses profissionais demonstram domínio dos principais aspectos relacionados à consulta de puericultura. A formação em residência com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental na preparação de profissionais de saúde para atuar frente aos desafios contemporâneos postos ao Sistema Único de Saúde (Teixeira *et al.*, 2025). Um dos desafios enfrentados na saúde pública é a mortalidade infantil e a cooperação de profissionais qualificados é essencial diante dessa realidade.

O presente estudo possui como limitação a restrição de analisar profissionais de apenas uma unidade de saúde e com a realização de um instrumento de coleta de dados com questões pontuais acerca da temática abordada. Dessa forma, se faz necessário o aprofundamento de estudos quanto aos conhecimentos dos enfermeiros em consulta de puericultura e as contribuições de ações de qualificação profissional.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que a ação educativa para qualificação dos enfermeiros em consulta de puericultura na estratégia de saúde da família, fundamentada na Teoria da Aprendizagem Significativa apresentou o resultado esperado, contribuindo para o aperfeiçoamento do conhecimento desses profissionais, sendo perceptível o aumento no índice de acertos após o treinamento realizado. No entanto, os enfermeiros envolvidos no estudo apresentaram um alto score na maioria das questões, até mesmo antes da intervenção realizada, o que demonstra a potência do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil dos profissionais envolvidos.

Os objetivos deste estudo foram alcançados, revelando o efeito de uma intervenção educativa no cuidado à saúde da criança para os enfermeiros na estratégia de saúde da família através da compreensão de suas potências e fragilidades no cuidado à criança.

A mortalidade infantil é uma temática que precisa estar em constante discussão a fim de construir estratégias de cuidado que vão de encontro aos dados epidemiológicos. Desta forma, o presente estudo apresenta potencial para desdobramentos futuros, através do aprofundamento das principais causas evitáveis de mortalidade infantil e o atravessamento do

enfermeiro na atenção primária à saúde dentro deste contexto. O quantitativo limitado de enfermeiros e a restrição de uma única unidade de saúde foram fragilidades encontradas no presente estudo.

Conclui-se que o investimento em ações de qualificação em saúde é capaz de contribuir para uma assistência pautada na equidade e integralidade na assistência à saúde da criança, fundamentais para a garantia do crescimento e desenvolvimento saudável. Desta forma, o produto técnico tecnológico gerado neste trabalho espera contribuir para a prática dos enfermeiros, oferecendo orientações que qualifiquem a consulta de puericultura e promovam melhorias na assistência à saúde infantil.

10. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, dez. 2014. DOI: 10.1590/0034-7167.2014670620. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYzx/abstract/?lang=pt> Acesso em 03 abril 2025

ASSIS, T.J. *et al.* Sistematização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança: relato de experiência. **Revista Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 9, supl. 5, p. 8493-8498, jun. 2015. DOI: 10.5205/reuol.6466-55061-3-SM.0905supl201521. Disponível em: periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/citationstylelanguage/get/modern-language-association?submissionId=10618&publicationId=5822. Acesso em 08 jun. 2025

BENÍCIO, A.L. *et al.* Cuidado à criança menor de um ano: perspectiva da atuação do enfermeiro na puericultura. **Revista Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 10, n. 2, p. 576-584, fev. 2016. DOI: 10.5205/reuol. 8557-74661-1-SM1002201626. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10992/12345>. Acesso em 08 nov. 2025

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 maio 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 736, de 19 de março de 2024**. Estabelece normas e diretrizes relacionadas ao exercício profissional da Enfermagem, 20 mar. Brasília, 2024

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 14 maio 2025.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 44 p. : il

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico da Mortalidade Infantil no Brasil, 2015 a 2021**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022, volume 53 nº 46. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no46/view>. Acesso em: 18 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST/** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento do Programa Nacional de Imunizações Informe técnico: retirada da vacina poliomielite 1 e 3 (atenuada) (VOPb) e adoção do esquema exclusivo com vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) (Vip)** – Brasília : Ministério da Saúde, 2024. 20 p.: il

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 77/2025-CGIC/DPNI/SVSA-MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-77-2025-cgici-dpni-svsa-ms.pdf>. Acesso em: 01 agos. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança: Passaporte da Cidadania**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_7ed.pdf. Acesso em: 02 fev. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento neuropsicomotor, sinais de alerta e estimulação precoce: um guia para profissionais de saúde e educação**. Ministério da

Saúde, Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada, Hospital da Criança de Brasília José Alencar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 198 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/70ahsaudecrianca.pdf>. Acesso em 05 out. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em 18 maio 2025

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação** – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 180 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento?** - 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 211 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/sim/>. Acesso em: 17 de maio de 2025

BRITO, G.V. *et al.* Consulta de puericultura na estratégia de saúde da família: Percepção de enfermeiros. **Revista APS**. 2018 jan/mar; 21(1): 48 - 55. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16040/8301>. Acesso em: 10 out. 2025

CAVALHEIRO, A. P.; SILVA, C. L.; VERÍSSIMO, M. L. Consulta de enfermagem à criança: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 3, p. 540-545, 2021. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4305. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/consulta-de-enfermagem-a-crianca-atuacao-do-enfermeiro-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 07 set. 2025

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: Um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008. ISSN1980-7031. Disponível em: <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/rica/article/view/17591>. Acesso em: 03 agos. 2025

FILHO, A.C. *et al.* Possibilidades para a integralidade do cuidado da criança na atenção básica. **Rev. cuba. enferm** ; 35(1): e1765, ene.-mar. 2019. ID: biblio-1149860. Disponível em: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1765/419>. Acesso em: 02 fev. 2025

GAÍVA, M.A. Alves M.D. Monteschio C.A. Nursing appointments in puericulture in family health strategy. **Rev Soc Bras Enferm Ped**. 2019;19(2):65-73. Portuguese. Disponível em: https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-19-2-0065/2238-202X-sobep-19-2-0065.x90452.pdf. Acesso em: 03 fev. 2025

HIGUCHI, C.H. *et al.* Atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):241-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Q3WWPcS5vc8tyVsCFgsGRVt/?lang=pt>. Acesso em: 28

maio 2025

LIMA, A.E. *et al.* Atuação do Enfermeiro na Consulta de Puericultura: Uma Revisão Integrativa. **Rev Enferm Atual In Derme** v. 97, n 1, 2023 e 023006. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1404/3616>.

Acesso em: 04 maio 2025

LOPES, Tania Oliveira. **Aula expositiva dialogada e aula simulada: Comparação entre estratégias de ensino na graduação em Enfermagem**, 2012. 126p. Tese (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LUCHESI, P.T. *et al.* **Políticas públicas em saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2004. 43 p.

MIRANDA, A.L.P. *et al.* O puerpério e a vulnerabilidade infantil: uma estratégia da atenção primária à saúde. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, v. 11, n. 1, Jan./Mar. 2021. Disponível em: <https://www.remas.faculdededofuturo.edu.br/remas/article/view/6/11>. Acesso em: 08 nov. 2025.

MOREIRA, Marco Antônio; MASINI, Elcie F. Salzano. **Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel**. São Paulo: Moraes, 1982.

Organização das Nações Unidas. **Declaração dos Direitos da Criança**. Nova Iorque: ONU, 1959.

Disponível

em:

<https://www.unicef.org/brazil/media/22026/file/declaracao-dos-direitos-da-crianca-1959.pdf>

Acesso em: 20 de maio 2025.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Cadernos de promoção da saúde: **Alimentação adequada e saudável no primeiro ano de vida**. Rio de Janeiro: Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde – SUBPAV, 2024. Disponível em: [https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Prefeitura_CadernosPromoc%CC%A7a%CC%83oSau%CC%81de_AlimentacaoPrimeiroAno_Online_v8_\(1\).pdf](https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Prefeitura_CadernosPromoc%CC%A7a%CC%83oSau%CC%81de_AlimentacaoPrimeiroAno_Online_v8_(1).pdf). Acesso em: 04 abr. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (SES-RJ). Informe técnico nº 01/2025: **Atualiza as atribuições e as normas operacionais do Programa de Triagem Neonatal do Estado do Rio de Janeiro – ATSC/SAPS/SES-RJ**. Rio de Janeiro: SES-RJ, 2025.

Disponível

em:

<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NzM1OTU%2C>. Acesso em: 03 maio 2025.

SILVA, A.P. *et al.* Perfil dos óbitos infantis: um reflexo da assistência à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 13, n. 4, p. 973–980, abr. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237731>. Acesso em: 04 abril 2025

SILVA, B.A. *et al.* Caracterização da demanda e procura de um pronto atendimento infantil: Opinião de pais e responsáveis. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina**, v. 36, n. 1, supl, p. 33-42, ago. 2014. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/18338/16938>. Acesso em: 10 agos. 2025

SILVA, G.S. *et al.* Atuação do enfermeiro na prevenção de acidentes domésticos na infância. **Revista FT. Enfermagem**, Volume 29 - Edição 146/MAI 2025. DOI: 10.69849/revistaft/cl10202505301128. Disponível em: <https://revistaft.com.br/atuacao-do-enfermeiro-na-prevencao-de-acidentes-domesticos-na-infancia/>. Acesso em: 02 abril 2025

SIMIÃO, C.K.S. *et al.* Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: prática do enfermeiro. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 11, supl. 12, p. 5382–5390, dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230448>. Acesso em: 25 agost. 2025

SOUZA, A.F. *et al.* O papel do enfermeiro na capacitação dos pais para situações de engasgo: A importância da manobra de Heimlich. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 10, p. 4141–4156, 27 out. 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n10p4141-4156. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/4155>. Acesso em: 28 de maio de 2025.

SOUZA, A.A. *et al.* Situações-limite às práticas de promoção da saúde da criança: Desafios ao empoderamento dos enfermeiros. **Rev Esc Enferm USP**. 2020;54:e03652. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019019303652>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tpNKx9wL9mFXQm7dzgyZksg/?lang=pt>. Acesso em 10 nov 2025

TEIXEIRA, M.B. *et al.* **Guiando o futuro dos residentes: o papel estratégico da preceptoria no âmbito da Atenção Primária à Saúde**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2025. 114 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 29). ISBN 978-65-5462-149-6. DOI: <https://doi.org/10.18310/9786554621496>

VIEIRA, D.S. *et al.* Ação educativa para vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil fundamentada na teoria da aprendizagem significativa. **Rev Esc Enferm USP**. 2023;57:e20230200. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0200en>. Disponível em: scielo.br/j/reeusp/a/t9Gw4BRzryXWKzHJXZxTSdn/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 10 fev 2025

WOHLENBERG, E.D. *et al.* Principais causas de mortalidade infantil no Brasil: Uma análise do âmbito regional ao nacional. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 01-16, jan./feb., 2025. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/770301>. Acesso em 15 março 2025

APÊNDICES

APÊNDICE A- Instrumento de Coleta de Dados

1. Perfil dos Participantes

1 - Qual seu sexo?

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Nada a declarar

2 - Qual a sua idade?

- ☐ Entre 20 e 30 anos
- ☐ Entre 30 e 40 anos
- ☐ Entre 40 e 50 anos
- ☐ Mais de 50 anos

3 - A quanto tempo você atua na estratégia de saúde da família?

- ☐ Até 5 anos
- ☐ 05 a 10 anos
- ☐ 10 a 15 anos
- ☐ 15 anos ou mais

4 - Qual a sua especialização? (Especificar se está em formação ou concluída)

5 - A quanto tempo você se formou como enfermeiro?

- ☐ Até 5 anos
- ☐ 05 a 10 anos
- ☐ 10 a 15 anos
- ☐ 15 anos ou mais

6 - A quanto tempo você concluiu sua especialização?

- ☐ Cursando
- ☐ Até 5 anos
- ☐ 5 a 10 ano
- ☐ 10 a 15 anos

7 - Qual seu vínculo empregatício com a unidade?

- ☐ Enfermeiro de equipe sem cargo de preceptor
- ☐ Enfermeiro de equipe com cargo de preceptor
- ☐ Enfermeiro residente do primeiro ano
- ☐ Enfermeiro residente do segundo ano

2. Pré e Pós Teste

Categoria 1 - Rotina das consultas de puericultura

1. Segundo as recomendações do Ministério da Saúde presentes no Caderno de Atenção Básica: Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento (2012), em até quantos dias deve ocorrer a primeira consulta do recém nascido pelo médico ou enfermeiro da equipe?
 - A. Até 07 dias;
 - B. Entre 03 a 10 dias;
 - C. Até 15 dias;
 - D. Antes de completar 01 mês;
2. Segundo o Ministério da Saúde, descrito no Caderno de Atenção Básica: Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento (2012), é fundamental que na primeira consulta de puericultura sejam avaliadas as situações de risco e vulnerabilidade da criança. Sobre essas situações de vulnerabilidade, é correto afirmar que:
 - A. Aleitamento materno ausente ou não exclusivo
 - B. Criança residente em área de risco
 - C. História familiar de morte de crianças com menos de 05 anos de idade
 - D. Todas as alternativas estão corretas
3. De acordo com o *Livro Acompanhamento da Criança na Primeira Infância: Orientações para Agentes Comunitários de Saúde* (2024) disponível na plataforma SUBPAV, o Agente Comunitário de Saúde deve realizar o acompanhamento da criança através de visita domiciliar. Sobre a periodicidade de suas visitas, é correto afirmar:
 - A. Deve ser realizada mensalmente desde o 1º mês até o final do 1º ano de vida
 - B. Deve ser realizada a cada 15 (quinze) dias no 1º mês de vida
 - C. Deve ser realizada a cada 03 (três) meses a partir do 1º mês de vida
 - D. A primeira visita após o nascimento deve ocorrer em até 30 (trinta) dias

Categoria 2 - Nutrição e Suplementação Infantil

4. Segundo o *Manual de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável* (2022), a introdução alimentar deve ocorrer quando a criança demonstra sinais de prontidão. Analise as proposições a seguir:
 - I – A criança deve manter-se sentada com apoio mínimo, apresentando controle cervical adequado.
 - II – O reflexo de protrusão da língua encontra-se diminuído, favorecendo a deglutição dos alimentos.

III – A presença de dois dentes erupcionados é condição necessária para o início da alimentação complementar.

IV – O bebê mostra interesse pelos alimentos, tenta pegá-los com as próprias mãos e leva-os à boca.

V – O ato de segurar a colher sozinho e conduzir o alimento com este objeto é considerado critério indispensável para iniciar a oferta de alimentos.

Assinale a alternativa correta:

- A. Apenas I, II e IV estão corretas.
- B. Apenas II, III e V estão corretas.
- C. Apenas I, III e V estão corretas.
- D. I, II, III, IV e V estão corretas.

5. Segundo o Cadernos dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes do Ministério da Saúde (2022), as crianças de 6 a 24 meses de idade devem receber dois ciclos de suplementação de ferro. Considerando uma criança a termo em uso de fórmula infantil, essa suplementação deve ocorrer, PREFERENCIALMENTE:

- A. De forma contínua dos 4 aos 24 meses, sem interrupções.
- B. Dos 6 aos 9 meses, com pausa dos 9 aos 12 meses, e novo ciclo dos 12 aos 15 meses.
- C. Apenas dos 4 aos 9 meses, sem necessidade de novos ciclos.
- D. Dos 9 aos 12 meses e depois novamente dos 18 aos 21 meses.

Categoria 3 - Crescimento e desenvolvimento infantil

6. A avaliação do desenvolvimento da criança deve ocorrer em todas as consultas de puericultura. Conforme os marcos de desenvolvimento presentes na Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde (2024), é esperado que uma criança de 03 meses seja capaz de:

- A. Levantar-se sozinha e sem apoio
- B. Levantar a cabeça e apoiar-se nos antebraços, de bruços.
- C. Duplica palavras
- D. Construir torre de três cubos

7. Você compreende e sabe aplicar a idade corrigida para avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil?

A) SIM

B) NÃO

8. De acordo com a Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde (2024), a avaliação do crescimento infantil é acompanhada através das medidas antropométricas e sua relação com as curvas de crescimento. Dessa forma, ao realizar a mensuração do peso de uma criança de 04 meses cujo percentil encontra-se adequado para idade, o mesmo será:

A. $> \text{escore-z} +2$

B. $\leq \text{escore-z} -3$

C. $\geq \text{escore-z} -3$ e $< \text{escore-z} -2$

D. $\geq \text{escore-z} -2$ e $\leq \text{escore-z} +2$

9. Segundo o Ministério da Saúde, conforme descrito no Caderno de Atenção Básica: Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento (2012), às doenças respiratórias na infância estão entre as principais causas de óbito infantil. A avaliação de enfermagem é de extrema importância para identificar sinais de alerta. Pensando em uma criança de 06 meses com taquipneia, podemos afirmar que a frequência respiratória é:

A. Maior que 50irpm

B. Maior que 60irpm

C. Maior que 40irpm

D. Maior que 30irpm

10. Considerando uma criança a termo em aleitamento materno exclusivo em livre demanda, em que momento, idealmente, deve ser realizado o teste do pezinho?

A. Entre o 1º e o 5º dia de vida

B. Entre o 2º e o 5º dia de vida

C. Entre o 3º e o 5º dia de vida

D. Entre o 1º e o 3º dia de vida

Categoria 4 - Imunização

11. De acordo com o Calendário Nacional de Imunização do Ministério da Saúde de 2025, quais vacinas uma criança deve receber com 15 meses?

A. Pneumo 10; Meningo ACWY e Tetra Viral

B. DTP; Varicela e Tríplice Viral

C. DTP; VIP; Hepatite A e Tetra Viral

D. Penta e VIP

Categoria 5. Prevenção de Acidentes

12. Segundo o Ministério da Saúde, conforme descrito no Caderno de Atenção Básica: Saúde

da Criança – Crescimento e Desenvolvimento (2012), às orientações voltadas à prevenção de acidentes na infância são fundamentais para promover a segurança e o desenvolvimento saudável da criança. Uma criança na idade de 0 (zero) a 06 (seis) meses está exposta a alguns riscos de acidente, dentre eles podemos citar:

- A. Quedas
- B. Sufocação
- C. Queimaduras
- D. Todas as alternativas estão corretas

13. Você se sente seguro para orientar a manobra de desengasgo nas consultas de puericultura?

- A. SIM
- B. NÃO

Categoria 6. Transmissão Vertical da Sífilis

14. De acordo com o PCDT-IST 2022, é considerada criança exposta a sífilis:

- A. RN de mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada.
- B. RN de mulher com sífilis no pré-natal adequadamente tratada, cujo teste não treponêmico (VDRL) é não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno. RN com exame físico normal;
- C. RN de mulher com sífilis tratada ou tratada de forma inadequada, com Teste não treponêmico (VDRL) da criança maior que duas diluições que o materno;
- D. Todas as alternativas estão incorretas

15. De acordo com o PCDT-IST 2022: Nos casos de crianças expostas à sífilis, em quais meses deve ser realizada a Avaliação laboratorial com teste não treponêmico (VDRL) no seguimento da APS?

- A. Avaliação laboratorial com teste não treponêmico com 2, 4, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo-se o seguimento após três testes não reagentes consecutivos;
- B. Avaliação laboratorial com teste não treponêmico com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo-se o seguimento após dois testes não reagentes consecutivos;
- C. Avaliação laboratorial com teste não treponêmico com 3, 6, 9, 12 e 18 meses de idade, interrompendo-se o seguimento após três testes não reagentes consecutivos;
- D. Avaliação laboratorial com teste treponêmico com 1, 6, 12, e 24 meses de idade, interrompendo-se o seguimento após três testes não reagentes consecutivos;

APÊNDICE B - Proposta do treinamento em serviço como composição da pesquisa do Trabalho de Conclusão de Residência

Ação educativa para qualificação dos enfermeiros em consulta de puericultura na estratégia de saúde da família	
Objetivos	● Geral: - Promover a qualificação através da troca de saberes de enfermeiros da Clínica da Família Felipe Cardoso, da Área de Planejamento (AP) 3.1, sobre o cuidado realizado à criança na atenção primária à saúde. ● Específicos: - Apresentar os dados epidemiológicos referentes à mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil, com ênfase no estado do Rio de Janeiro do ano de 2024; - Refletir sobre a atuação do enfermeiro frente à mortalidade infantil por causas evitáveis no cuidado à criança na estratégia de saúde da família; - Discutir sobre a atuação do enfermeiro na consulta de puericultura; - Apresentar o produto técnico tecnológico para nortear a atuação profissional na consulta de puericultura.
Local	Auditório da Clínica da Família Felipe Cardoso
Público - Alvo	Enfermeiros de equipe de saúde da família da Clínica da Família Felipe Cardoso
Capacidade máxima	32 pessoas
Metodologia de Aprendizagem	Oficina
Moderadora	Fabiana Falcão de Souza
Recursos didáticos	Datashow/slides Caderneta de Saúde da Criança (modelo físico/digital) Protocolos e manuais do Ministério da Saúde
Método de Avaliação	Instrumento de coleta de dados antes e após o treinamento.

Fonte: Elaborado pela Autora

APÊNDICE C - Cronograma da ação educativa

Cronograma		
Horário	Descrição da atividade	Metodologia
14:00 - 14:15	Apresentação e aplicação do instrumento de coleta de dados	Avaliação quase-experimental do

		tipo antes-e-depois
14:15-14:30	Panorama epidemiológico da mortalidade infantil.	Expositiva dialogada
14:30 - 14:35	Consulta de enfermagem em puericultura	Expositiva dialogada
14:35 - 14:45	Acompanhamento do agente comunitário de saúde.	Expositiva dialogada
15:00 - 15:15	Triagem Neonatal: Teste do Pezinho	Expositiva dialogada
15:15 - 15:45	Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil.	Expositiva dialogada
15:45 – 16h	Prevenção de acidentes na infância: Manobra de desengasgo	Expositiva dialogada e demonstração prática
16:00 - 16:15	Sífilis congênita e criança exposta à sífilis (definições)	Expositiva dialogada
16: 15 - 16:30	Alimentação para crianças menores de 02 anos: Materiais nortecedores	Expositiva dialogada
16:30 - 16:40	Atualizações no calendário de imunização da criança dos anos	Expositiva dialogada
16:40 - 17:00	Encerramento e aplicação do instrumento de coleta de dados após o treinamento	Avaliação quase-experimental do tipo antes-e-depois

Fonte: Elaborado pela Autora

APÊNDICE D: Cronograma de pesquisa - Março 2025 - Dezembro 2025

ATIVIDADES	2025									
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Formulação do Referencial Teórico	X	X	X	X	X					
Formulação do questionário on-line			X							
Formulação do Treinamento em Serviço						X				
Envio à plataforma Brasil			X							
Início da coleta de dados, após aprovação do CEP SMS/RJ							X			
Tratamento e análise de dados coletados							X			
Interpretação dos resultados								X		
Apresentação dos resultados								X		
Elaboração do artigo a partir dos resultados									X	
Submissão do artigo em Revista Científica										X

Fonte: Elaborado pela Autora

APÊNDICE E: Proposta de convite de divulgação

**Enfermeiros (as) da Clínica da Família
Felippe Cardoso**

Que tal contribuir para uma pesquisa em **puericultura?**

Me chamo Fabiana Falcão de Souza, sou residente de enfermagem de Saúde de Família e Comunidade SMS/RJ na CF Felippe Cardoso e venho te convidar para participar de uma pesquisa sobre uma **ação educativa para qualificação dos enfermeiros em consulta de puericultura na estratégia de saúde da família.**

Data: 03/09/25 (4º Feira) às 14:00
Local: Auditório da OTICS

Sua participação é muito importante!



Fonte: Elaborado pela Autora

APÊNDICE F: Produto Técnico Tecnológico

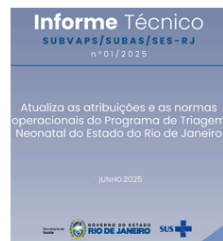
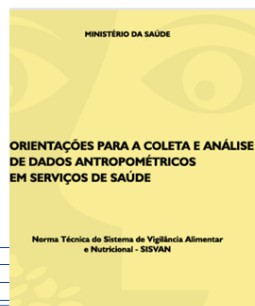
Para acessar os materiais ilustrados a seguir, é necessário apenas clicar na imagem, sendo o profissional automaticamente redirecionado ao conteúdo correspondente.



PUERICULTURA

Materiais para consulta

CONSULTA À CRIANÇA



AMOSTRA
TARDIA

PUERICULTURA

Materiais para consulta

CONSULTA À CRIANÇA



FLUXOGRAMA - CRIANÇA DE 0 A 5 ANOS NA APS COM QUADRO DE TOSSE E/OU DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

ENTRADA DA CRIANÇA DE 0 A 5 ANOS NA APS COM QUADRO DE TOSSE E/OU DIFICULDADE RESPIRATÓRIA
Recepção da família ou cuidador no guichê pelo ACS. Realizar escuta inicial e ofertar atendimento.
Se a criança apresentar sinais de alerta, comunicar imediatamente ao enfermeiro ou médico e encaminhar para a sala de observação.

PUERICULTURA

Materiais para consulta

DESENVOLVIMENTO INFANTIL



PUERICULTURA

Materiais para consulta

DESENVOLVIMENTO INFANTIL



PUERICULTURA

Materiais para consulta

PREVENÇÃO DE ACIDENTES



PUERICULTURA

Materiais para consulta

ALIMENTAÇÃO



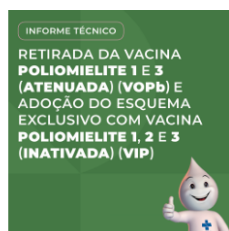


PUERICULTURA

Materials para consulta



IMUNIZAÇÃO



CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO – CRIANÇA					
Idade	Vacina	História vacinal	Esquema/ Dose indicada	Idade máxima para início do esquema	Local de aplicação



Fonte: Elaborado pela própria autora

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

TÍTULO: Ação educativa para qualificação dos enfermeiros em consulta de puericultura na estratégia de saúde da família

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

OBJETIVO DO ESTUDO: “Descrever os resultados da ação educativa sobre a consulta de puericultura com enfermeiros na atenção primária à saúde”

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para o processamento de dados de uma pesquisa sobre a presente ação educativa para qualificação dos enfermeiros em consulta de puericultura na estratégia de saúde da família. Se você não quiser participar do estudo, isso não irá interferir na sua relação com a instituição ou com os pesquisadores.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você responderá um questionário disponibilizado através de um QR-CODE, pelo google forms, com 15 (quinze) perguntas que durará aproximadamente 15 (quinze) minutos antes e após o treinamento em serviço. Os dados coletados para a produção do trabalho final, estarão sem sua identificação como participante. O documento que contém a informação sobre os questionários será de acesso apenas dos pesquisadores do presente estudo no e-mail específico da pesquisa. Todas as informações serão utilizadas somente para coleta de dados e construção desta pesquisa.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras decorrentes da participação na pesquisa. Após o final da pesquisa, você receberá uma cópia deste TCLE assinada, bem como uma cópia do questionário respondido pelo seu e-mail.

RISCOS: Algumas perguntas podem gerar incômodo, uma vez que, as informações coletadas são sobre o conhecimento de suas práticas profissionais na realização das consultas de puericultura. Assim, você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Com o objetivo de diminuir os riscos, os pesquisadores asseguram a confidencialidade e privacidade dos participantes da pesquisa, assim como condições de acompanhamento e orientação pela pesquisadora e instituição envolvida. Por ser uma pesquisa em ambiente virtual, destaca-se o risco de violação de dados através de vazamento

de informações, por isso, concluída a coleta de dados, o pesquisador responsável realizará o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual ou ambiente compartilhado. Em caso de dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelos contatos apresentados neste termo.

BENEFÍCIOS: Você participará de um treinamento em serviço que contribuirá para a análise dos resultados da qualificação da consulta de puericultura pelo enfermeiro em saúde da família, bem como, irá evidenciar os conhecimentos prévios do enfermeiro acerca da presente temática. A presente intervenção também contribuirá para a qualificação da sua atuação profissional em consulta de puericultura.

CONFIDENCIALIDADE: Como dito acima, seu nome não aparecerá nos questionários, bem como em nenhum documento a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo de suas respostas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada com enfermeiros atuantes em equipes de saúde da família na Clínica da Família Felipe Cardoso, na zona norte do Rio de Janeiro (RJ), Brasil (BR), maiores de 18 anos. Possui vínculo com a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMS-RJ) através do Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC) sendo Fabiana Falcão de Souza a pesquisadora responsável e como orientadora: Me. Pâmela Silva George. A pesquisadora, assim como a orientadora, estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Fabiana Falcão de Souza no email enfermeirafabianafalcao@gmail.com ou telefone (21) 99197-411 e a orientadora pelo email pamelageorge@id.uff.br ou telefone (21) 99131-3812. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o(a) Sr.(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição participante: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ) - Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4o andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro, CEP: 20031-040 por meio dos seguintes contatos: Telefone (21) 2215-1485 e email: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br.

Você terá uma via deste consentimento para guardar com você.

Se você declara estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e está de acordo em participar da pesquisa, marque a opção “ACEITO”. Somente então será disponibilizado o questionário para início da pesquisa. Caso contrário, clique na opção “NÃO ACEITO” e você não fará parte da pesquisa, não existindo qualquer tipo de prejuízo ou constrangimento por isso.