

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA – FACENE  
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ILANA VANINA BEZERRA DE SOUZA

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR DE  
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA AO RECÉM-NASCIDO**

JOÃO PESSOA  
2017

ILANA VANINA BEZERRA DE SOUZA

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR DE  
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA AO RECÉM-NASCIDO**

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Faculdade Nova Esperança como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Gestão e Tecnologias do Cuidado em Saúde da Família  
Linha de Pesquisa: Saberes, práticas e tecnologias do cuidado em saúde

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Daniela Karina Antão Marques

JOÃO PESSOA  
2017

S715p

Souza, Ilana Vanina Bezerra de

Proposta de protocolo para primeira visita domiciliar de enfermeiros da estratégia saúde da família ao recém-nascido / Ilana Vanina Bezerra de Souza. – João Pessoa, 2017.

67f.;il.

Orientadora: Prof. Dr. Daniela Karina Antão Marques  
Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado em Saúde da Família) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Puericultura. 2. Recém-Nascido. 3. Visita Domiciliar.  
Título.

CDU: 614

ILANA VANINA BEZERRA DE SOUZA

**PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA PRIMEIRA VISITA DOMICILIAR DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA AO RECÉM-NASCIDO**

Dissertação de Mestrado apresentado pela aluna IlanaVanina Bezerra de Souza, do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, tendo obtido o conceito \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daniela Karina Antão Marques  
Orientadora (FACENE)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Kênya de Lima Silva  
Membro Externo (UFPB)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro  
Membro Interno (FACENE)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Erika Acioli Gomes Pimenta  
Membro Externo Suplente (UFPB)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Raline Mendonça dos Anjos  
Membro Externo Suplente (FACENE)

*Dedico este trabalho A Deus e a toda minha  
família.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a *Deus*, pelo dom da vida, com saúde, sabedoria e discernimento para enfrentar as tribulações, sendo hoje muito mais que uma vencedora.

Aos meus Pais, *Rôsangela e Marinaldo*, pelo suporte diante desse aprendizado, motivação e determinação nos ensinamentos e educação que proporcionaram a mim, por estarem sempre ao meu lado, apoiando e incentivando.

Ao meu esposo, *Fabrício*, pela paciência, dedicação com minha pessoa, por estar sempre ao meu lado nos momentos de renúncia, apoiando minhas decisões.

Ao meu filho, *Davi*, pelos momentos de alegria, razão do meu viver e do meu crescimento profissional, sem entender o que se passa, mas com carinho e sorrisos agradando-me e fazendo feliz.

As minhas irmãs, *Mayra e Hayana*, pelo carinho, afeto e por estarem sempre ao meu lado nos momentos difíceis e de alegrias.

A minha orientadora, *Daniela Karina*, pela perseverança e paciência. Mesmo passando por momentos difíceis, nunca me deixou na mão. Sou grata por ter aceitado caminhar comigo no percurso desse estudo.

As amigas de trabalho e de turma, *Glaydes, Mikaela, Salmana e Waléria* pela luta diária e palavras de ânimos para seguirmos sempre em frente.

Aos membros da Banca Examinadora, as professoras *Débora e Kênya* por aceitarem participar da banca. Pelas contribuições e engrandecimento ao estudo e a pesquisadora.

A Coordenadora acadêmica, *Nereide de Andrade*, pelas palavras de apoio, carinho e compreensão no decorrer do curso.

As Coordenadoras do Mestrado Profissional em Saúde da Família, *Sandra Almeida e Anne Jacqueline*, pelo incentivo, por sempre quererem o melhor e pela qualidade do Curso.

A turma do mestrado, pelos momentos de descontração e incentivo.

A *Carolina Santiago*, pela oportunidade do Curso e pela compreensão por ser membro da instituição.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram a conquistar esse sonho!

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Avaliando a amamentação	29
Figura 2	Sistema Tegumentar	31
Figura 3	Exame Físico Específico Cabeça e Pescoço/ Crânio	33
Figura 4	Exame Físico Específico Cabeça e Pescoço/ Olhos, Nariz e Orelhas	34
Figura 5	Exame Físico Específico Cabeça e Pescoço/ Boca e Pescoço	36
Figura 6	Exame Físico Específico Respiratório	37
Figura 7	Exame Físico Específico Cardiovascular	38
Figura 8	Exame Físico Específico do Abdome	40
Figura 9	Exame Físico Específico Geniturinário Masculino e Feminino	41
Figura 10	Exame Físico Específico Neurológico	43

## LISTA DE SIGLAS

AIDPI	Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária a Saúde
BD	Bilirrubina Direta
BI	Bilirrubina Indireta
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
Desc	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde Da Família
MS	Ministério da Saúde
PC	Perímetro Cefálico
RN	Recém-nascido
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
VD	Visita Domiciliar

## RESUMO

SOUZA, IlanaVanina Bezerra de. **Proposta de protocolo para enfermeiros da estratégia da saúde da família para primeira visita domiciliar ao recém-nascido**. 2017. 56f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, 2017.

O recém-nascido é mais vulnerável a determinados agravos, devido a sua imaturidade e imunidade fisiológica. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências e sequelas para os RN, se não identificadas precocemente. Assim, a saúde dos RN deve ser promovida de forma individual e integral para garantir uma qualidade de vida, evitando problemas que possam interferir em seu desenvolvimento. A visita domiciliar ao recém-nascido como uma das atividades na Estratégia Saúde da Família estabelece uma relação de vínculo, acolhimento, confiança entre a equipe de saúde e a família. A pesquisa teve como objetivo Geral: Construir uma proposta de protocolo de orientação aos enfermeiros para a primeira visita domiciliar ao recém-nascido na estratégia saúde da família; e objetivos específicos: Investigar na literatura indicadores que possam contribuir na construção do protocolo de visita domiciliar ao recém-nascido na estratégia saúde da família; elaborar um protocolo para nortear a primeira visita domiciliar, na identificação precoce de risco para o recém-nascido e para a promoção de crescimento e desenvolvimento saudáveis a partir de indicadores selecionados. Foi desenvolvido uma revisão integrativa da literatura utilizando-se os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) visita domiciliar, puericultura, recém-nascido, atenção primária. Foram localizados 854 artigos na descrição de visita domiciliar, filtrou-se 49 artigos ao acrescentar visita domiciliar ao RN, acrescentando visita domiciliar ao RN na atenção primária restaram 6 artigos. O corpus da revisão integrativa foi composta por 6 artigos. Trata-se de um estudo metodológico com construção do protocolo baseado nos Manuais do Ministério da Saúde, os mesmos nortearam quanto a nomenclatura, formatação, indicadores clínicos, condutas e encaminhamentos. Seguiram-se etapas como a revisão da literatura para identificação dos indicadores onde foi realizada revisão integrativa sobre a temática para obter informações para o desenvolvimento do instrumento. Na segunda etapa foi realizada a construção do protocolo com identificação de dados em forma de fluxograma, elaboradas a partir do programa *Cmap Toolse* embasadas pelo referencial teórico. Cada parte construída está descrita com intervenções baseadas na identificação de informações coletadas na anamnese e exame físico. Diante da função do protocolo, acredita-se que a proposta desta construção será muito proveitosa para os profissionais e para a saúde dos recém-nascidos acompanhados por eles, no sentido de nortear a avaliação no momento da visita domiciliar e dar encaminhamentos necessários caso seja preciso.

**Descritores:** Enfermagem; Cuidado da Criança; Recém-nascido; Visita domiciliar

## ABSTRACT

SOUZA, IlanaVanina Bezerra de. **Proposal of a protocol for nurses of the family health strategy for the first home visit to the newborn.**2017. 67f.Dissertation (Master in Nursing)– Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, João Pessoa, 2017.

The newborn is more vulnerable to certain diseases due to its immaturity and physiological immunity. The disorders that occur at this time are responsible for serious consequences and sequelae for newborns, if not identified early. Thus, the health of the newborn should be promoted individually and integrally to guarantee a quality of life, avoiding problems that may interfere in its development. The home visit to the newborn as one of the activities in the Family Health Strategy establishes a relation of bonding, welcoming, and trust between the health team and the family. The research had as a general objective: To construct a proposal of a protocol of orientation to the nurses for the first home visit to the newborn in the family health strategy; And specific objectives: To investigate in the literature indicators that may contribute to the construction of the home visit protocol to the newborn in the family health strategy; Develop a protocol to guide the first home visit, early identification of risk for the newborn and promotion of healthy growth and development from selected indicators. An integrative review of the literature was developed using the descriptors in Health Sciences (Decs) home visit, child care, newborn, primary care. A total of 854 articles were found in the description of home visits, 49 articles were filtered by adding a home visit to the RN, adding a home visit to the RN in primary care, 6 articles remained. The corpus of the integrative review was composed of 6 articles. It is a methodological study with construction of the protocol based on the Manuals of the Ministry of Health, the same ones oriented as to the nomenclature, formatting, clinical indicators, conducts and referrals. We followed steps such as the literature review to identify the indicators where an integrative review was conducted on the subject to obtain information for the development of the instrument. In the second step, the protocol was constructed with data identification in the form of a flowchart, elaborated from the Cmap Tools program and based on the theoretical framework. Each constructed part is described with interventions based on the identification of information collected during anamnesis and physical examination. Given the role of the protocol, it is believed that the proposal of this construction will be very useful for the professionals and for the health of the newborns accompanied by them, in order to guide the evaluation at the time of the home visit and give necessary referrals if necessary.

Keywords: Nursing; Child care; Newborn; Home visit

## RESUMEN

SOUZA, IlanaVanina Bezerra. **Protocolo propuesto por las enfermeras de la familia de estrategia de salud a la primera visita al hogar para el recién nacido.** 2017. 56f. Dissertação (Master of Nursing) - Escuela de Enfermería de New Hope, João Pessoa, 2017.

El recién nacido es más vulnerable a ciertos agravios debido a su inmadurez e inmunidad fisiológica. Los disturbios que inciden en esa época son responsables de graves consecuencias y secuelas para los RN, si no se identifican precozmente. Así, la salud de los RN debe ser promovida de forma individual e integral para garantizar una calidad de vida, evitando problemas que puedan interferir en su desarrollo. La visita domiciliar al recién nacido como una de las actividades en la Estrategia Salud de la Familia establece una relación de vínculo, acogida, confianza entre el equipo de salud y la familia. La investigación tuvo como objetivo General: Construir una propuesta de protocolo de orientación a los enfermeros para la primera visita domiciliar al recién nacido en la estrategia salud de la familia; Y objetivos específicos: Investigar en la literatura indicadores que puedan contribuir en la construcción del protocolo de visita domiciliar al recién nacido en la estrategia salud de la familia; Elaborar un protocolo para orientar la primera visita domiciliar, en la identificación precoz de riesgo para el recién nacido y para la promoción del crecimiento y desarrollo sanos a partir de indicadores seleccionados. Se desarrolló una revisión integrativa de la literatura utilizando los descriptores en Ciencias de la Salud (Decs) visita domiciliar, puericultura, recién nacido, atención primaria. Se localizaron 854 artículos en la descripción de visita domiciliar, se filtraron 49 artículos al añadir visita domiciliar al RN, agregando visita domiciliar al RN en la atención primaria quedaron 6 artículos. El corpus de la revisión integrativa fue compuesto por 6 artículos. Se trata de un estudio metodológico con construcción del protocolo basado en los manuales del Ministerio de Salud, los mismos orientaron en cuanto a la nomenclatura, formato, indicadores clínicos, conductas y encaminamientos. Se siguieron etapas como la revisión de la literatura para identificación de los indicadores donde se realizó una revisión integrativa sobre la temática para obtener informaciones para el desarrollo del instrumento. En la segunda etapa se realizó la construcción del protocolo con identificación de datos en forma de diagrama de flujo, elaboradas a partir del programa Cmap Tools y basadas en el referencial teórico. Cada parte construida está descrita con intervenciones basadas en la identificación de informaciones recogidas en la anamnesis y examen físico. Ante la función del protocolo, se cree que la propuesta de esta construcción será muy provechosa para los profesionales y para la salud de los recién nacidos acompañados por ellos, en el sentido de orientar la evaluación en el momento de la visita domiciliar y dar encaminamientos necesarios si es preciso .

Descriptores: Enfermería. Puericultura. Recién nacido. Visita domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.1 OBJETIVOS .....	13
1.1.1 Objetivo Geral .....	13
1.1.2 Objetivos Específicos .....	13
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
2.1 ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NEONATAL.....	14
2.2 VISITA DOMICILIAR NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....	15
2.3 EXAME FÍSICO NO RECÉM-NASCIDO.....	16
<b>3 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA .....</b>	<b>20</b>
3.1 RESULTADO DO TRABALHO E MÉTODO O CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO NA ATENÇÃO PRIMARIA A SAÚDE: UMA VISÃO DA LITERATURA.....	20
3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS RESULTADOS.....	20
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>24</b>
4.1 DESCRIÇÕES DO ESTUDO .....	24
4.2 ETAPAS DO ESTUDO.....	25
4.2.1 Primeira Etapa: Revisão da Literatura E Identificação de Indicadores para Avaliação do Recém-Nascido na Primeira Semana Integral.....	25
4.2.2 Segunda Etapa: Construção do Protocolo Com Identificação de Dados em Forma de Fluxograma .....	25
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>59</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF) foi lançado pelo Ministério da Saúde. Em 1998, passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de implementar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e inclui como um dos instrumentos a Visita Domiciliar (VD). A VD é considerada essencial para prestação da assistência de enfermagem na ESF (RODRIGUES et al., 2011).

A VD na ESF sendo realizada pelos profissionais de saúde favorece uma maior aproximação com a realidade vivenciada pelo indivíduo e comunidade, sendo uma das principais atividades realizadas que permite conhecer o cenário intradomiciliar, sendo caracterizada pelo desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde do indivíduo por meio de orientações aos riscos que podem vir acontecer. A visita domiciliar proporciona um momento rico, no qual se estabelece uma relação de vínculo, acolhimento, confiança entre a equipe de saúde e a família (SANTOS; MORAIS, 2011; PEREIRA; GARDIM, 2014).

De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), entre janeiro a junho de 2016, foram registrados 17.185 óbitos infantil e fetal no Brasil, destes, 5.341, na região Nordeste, 400 desta estatística foram óbitos identificados no estado da Paraíba e 82, destes, referentes a João Pessoa, demonstrando a relevância de intervenções para a prevenção deste tipo de óbitos (BRASIL, 2016).

A taxa de mortalidade infantil é considerada importante parâmetro para avaliar a melhoria da atuação da assistência domiciliar voltada para os Recém-Nascido (RN), esses dados demonstra a relevância de intervenções para a prevenção deste tipo de óbitos a qual deve ter o intuito de promover saúde incorporando habilidades para os pais no cuidado e na prevenção de agravos. Atenção especial deve ser dada ao primeiro filho, pois muitos não sabem lidar com práticas cuidadoras, por exemplo, posição de decúbito para dormir nos primeiros dias, prevenir o sufocamento, cuidados com a higiene entre outras (LELIS; MACHADO; CARDOSO, 2009), ações que podem contribuir para minimizar complicações com o RN.

Em 2004, foi lançada a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, dentre os vários objetivos a atenção integral à saúde da criança, redução da mortalidade infantil, incentivo ao aleitamento materno, e o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento infantil (BRASIL, 2012).

O Caderno de Atenção Básica da Saúde da Criança, lançado em 2012, possui dentre suas orientações a visita domiciliar às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto e, posteriormente a esse período. No caderno a recomendação da periodicidade da consulta deve ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e de proteção (BRASIL, 2012).

A comunicação entre os profissionais de saúde e a família deve ter entre outras finalidades o intuito de orientação ao desenvolvimento de habilidades para o cuidado ao filho dependente, identificando os sinais de desequilíbrio e de insegurança existente no cuidado. O enfermeiro deve focar o atendimento nas precauções e orientações de cuidado ao recém-nascido (PEREIRA; GRADIM, 2014).

O RN é mais vulnerável a determinados agravos, devido a sua imaturidade e imunidade fisiológica. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências e sequelas para os RN, se não identificadas precocemente. Assim, a saúde dos RN deve ser promovida de forma individual e integral para garantir uma qualidade de vida, evitando problemas que possam interferir em seu desenvolvimento (GAIVA; DIAS; SIQUEIRA, 2012; VIEIRA, 2012).

A identificação de problemas ou mesmo o acompanhamento da criança saudável é realizada pelas consultas de puericultura. A puericultura é definida como o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, para que cresça de maneira saudável e esteja preparada para enfrentar as transformações que ocorrem em seu organismo, e para isso, é necessário que ela receba cuidados específicos, prevenindo problemas que possam interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor. Tais cuidados devem ser garantidos na atenção básica a saúde por meio de ações práticas, habilidades e conhecimentos adequados e resolutivos (SOUZA et al., 2013).

A padronização de condutas, salve o que é preconizado pelo Ministério da Saúde em seus manuais, são de grande relevância para que profissionais guiem suas práticas e promovam a melhoria de indicadores na Atenção Básica. Cada serviço também é responsável pela tomada de decisões para agilizar o atendimento da sua clientela. O uso de protocolos em serviço de saúde tem tido a finalidade de padronizar o atendimento, visando auxiliar profissional no direcionamento as ações de cuidado prestado a comunidade, avaliando aspectos mais importantes e que devem ter resolutividade com brevidade (FINKLE et al., 2013). Salienta-se que tais protocolos não impedem que os profissionais mantenham seus julgamentos sobre as especificidades da comunidade.

Principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção básica, deve ter suas atividades iniciadas com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011).

Nesta perspectiva, as intervenções clínicas e sanitárias efetivas realizadas pela equipe multidisciplinar, deve visar o atendimento de forma resolutiva da população da área adstrita, por meio da construção de vínculos positivos (BRASIL, 2011). Essas intervenções podem ser realizadas tanto nas unidades quanto no domicílio. Assim, as visitas domiciliares podem ser configuradas como instrumento intervencionista das equipes, no entanto, se previamente planejada e realizada de forma sistematizada. Desse modo, faz-se necessário o estabelecimento de critérios sequenciais para a realização da mesma atividade para intervenção.

É sabido que a primeira consulta de puericultura ao RN deve ser realizada por enfermeiro na primeira semana de vida e que não existe publicado até o momento, protocolos que facilitem e norteiem os principais aspectos a serem avaliados na primeira consulta, bem como, condutas a serem tomadas, caso sejam identificados parâmetros não adequados e que precisem de encaminhamentos. A falta de padronização nas visitas domiciliares gera um desconhecimento na identificação de um RN de risco. É nessa consulta que é realizada a triagem na detecção precoce de riscos e agravos ao desenvolvimento infantil, além de orientação para os pais e familiares na busca de promover um ambiente seguro e facilitador para que a criança se desenvolva de maneira saudável (BRASIL, 2012). Inúmeros são os focos de cuidados que devem ser observados pelo enfermeiro durante a consulta e a elaboração de um protocolo que auxilie no direcionamento desse olhar pode contribuir. Diante disso questiona-se:

Assim, a questão norteadora do estudo é: Quais os aspectos que devem ser avaliados na primeira visita domiciliar ao RN? Quais condutas devem ser tomadas caso sejam identificados fatores de risco para o RN? É possível elaborar ou construir um protocolo de orientação aos enfermeiros para a realização da primeira visita domiciliar na atenção primária?

A utilização de tal protocolo, se faz necessário pois, quando se utiliza de base científica e condutas adequadas para atender necessidades específicas e relevantes para a saúde do recém-nascido, terá como consequência a prevenção ou diminuição de fatores de

risco relacionado a problemas de saúde, além disso intervenções precoces irão promover uma saúde adequada, potencializando crescimento e desenvolvimento saudáveis do RN.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral:

Construir uma proposta de protocolo de orientação aos enfermeiros para a primeira visita domiciliar ao recém-nascido na estratégia saúde da família.

### 1.1.2 Objetivos Específicos:

Investigar na literatura indicadores que possam contribuir na construção do protocolo de visita domiciliar ao recém-nascido na estratégia saúde da família.

Elaborar um protocolo para nortear a primeira visita domiciliar, na identificação precoce de risco para o recém-nascido e para a promoção de crescimento e desenvolvimento saudáveis a partir de indicadores selecionados.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NEONATAL

De acordo com o Caderno de Atenção Básica referente à saúde da criança ao crescimento e desenvolvimento, é recomendado que a primeira consulta seja realizada na primeira semana de vida do neonato, dessa forma, ocorrerá todas orientações e relatos de dificuldades encontradas pela família, nessa visita também deverá ser feita avaliação da saúde da puérpera (BRASIL, 2012).

Mortes precoces, decorrentes de fatores como falhas no sistema de saúde, cuidados inadequados durante a assistência aos neonatos, podem ser evitáveis com ações de promoção à saúde as quais devem ser realizadas com foco específico considerando a individualidade de cada família (CARVALHAL, 2013).

A criança, no primeiro mês de vida, está mais vulnerável a determinados agravos de saúde, o acompanhamento é de suma importância na vida do bebê e da mãe, as unidades básicas constituem porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde. Assim o diagnóstico precoce deve ser feito de forma rápida e eficaz para avaliar qualquer atraso no desenvolvimento do RN, pois implicará em estimulação para desenvolver suas capacidades, prevenindo ou minimizando sequelas e invalidez (GAIVA; DIAS; SEQUEIRA, 2012).

O recém-nascido tem grande dependência da genitora ou de um adulto, significativo devido sua fragilidade e imaturidade, portanto requer cuidados específicos durante toda a fase. No entanto, os agravos que incidem nessa época do nascimento são responsáveis por sequelas. É necessário que receba cuidados específicos, a fim de prevenir problemas e identificar alguma alteração no seu desenvolvimento (LOPES; SANTANDER; MARCON, 2010).

Promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança é prioridade na assistência infantil juntamente com a promoção a saúde e detecção precoce de alteração no crescimento e desenvolvimento (VASCONCELOS et al., 2012). Essas ações são prioritárias na Atenção básica desenvolvidas pelas ESF com a finalidade de redução da mortalidade infantil e promoção de qualidade de vida de acordo com a especificidade de cada criança (BUCCINI, 2011).

No intuito de recomendar tais ações, o enfermeiro da ESF tem como uma de suas atividades a visita domiciliar a qual é realizado na busca de identificar conhecimentos, hábitos e relações familiares, no intuito de promover saúde e qualidade de vida do RN e sua família. Reconhecendo o estado geral do RN por meio do exame físico, evolução do aleitamento

materno, higiene, reflexos de acordo com a idade e orientações fornecidas (RODRIGUES et al., 2011).

É na primeira VD que deve acontecer as primeiras orientações e cuidados com o RN, enfatizando sobre a importância do aleitamento materno como sendo o principal e único alimento para o RN. Nesse sentido, o profissional deve enfatizar com a puerpera que a mãe oferece segurança e conforto ao bebê, que o aleitamento protege-o de diversas doenças, por ser fonte de nutrientes garantindo o desenvolvimento da criança (MAZZOI; BRITTOI; SANTOS, 2014).

Estudos realizados por Vieira et al. (2012) têm mostrado que os Enfermeiros na realização da puericultura desenvolvem ações como pesar, medir, acompanhamento da imunização e orientações sobre educação em saúde. Tal estudo destaca ainda que os profissionais realizam a VD ao recém-nascido e a puérpera até 72h após a alta hospitalar, mas se queixam da necessidade de um protocolo para guiar a consulta.

## 2.2 VISITA DOMICILIAR NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Vários programas vêm sendo desenvolvidos pelo MS, entre eles o programa de Humanização e qualificação da assistência como estratégia para melhoria do acesso, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), utilizado por médicos, enfermeiros e profissionais da saúde, com a finalidade de reduzir a mortalidade neonatal com detecção precoce e tratamento efetivo para crianças, entrevistas a mãe ou responsável pela criança de zero a 2 meses, reconhecer com exatidão os sinais clínicos buscar o tratamento apropriado e orientar na prevenção de agravos do RN (BRASIL, 2012).

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil foi lançada para prestar atenção integral à criança com promoção da saúde, prevenção de agravos, bem como ações de assistência aos problemas de saúde. Nos casos agravantes, devem ser encaminhadas para continuidade do tratamento para garantir a continuidade de cuidados às crianças com risco de morbimortalidade (BRASIL, 2012).

A Estratégia Rede Cegonha é outro programa da atenção básica da saúde que busca implementar ações para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, com boas práticas de atenção ao parto e atendimento ao RN, baseadas em evidências científicas e nos princípios de humanização.

Incentiva a importância do RN ao lado da mãe, do contato pele a pele, e apoio à amamentação (BRASIL, 2011).

A porta de entrada para promoção e prevenção da saúde é a Atenção Primária à Saúde, por este caminho que se pode fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças com ações de educação em saúde a fim de garantir e manter a qualidade de vida dessa população (FINKLE et al., 2013).

A vigilância em saúde é fundamentada na responsabilização pela saúde da população, prevenindo riscos e promovendo saúde, estando atentos ao comportamento de doença e agravos e a exposição a riscos, que veio com a proposta de reorganização da assistência à saúde das ESF e mudança no modelo de atenção (FERNANDES; VILELA, 2013).

As mesmas autoras revelam que de acordo com as políticas públicas do Brasil, diversas estratégias foram lançadas e colocadas em práticas para redução da mortalidade infantil, com o objetivo de promover assistência de qualidade com direito à criança em nascer, crescer e se desenvolver de forma saudável.

### 2.3 EXAME FÍSICO NO RECÉM-NASCIDO

O período neonatal compreende entre o nascimento e os primeiros 28 dias de vida e é percebido por um momento de fragilidade na vida do neonato devido á riscos biológicos e imaturidade fisiológicas (LIMA, 2015).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é norteador na assistência à saúde do neonato. AVD aos RN pelas unidades de saúde é vista como uma ação importante e essencial para redução da mortalidade infantil. Desde os primeiros dias de vida, é importante a identificação de qualquer alteração no RN. Por esse motivo é necessário que o profissional, enfermeiro, saiba detectar e avaliar as alterações para decidir com resolutividade (SOUZA et al., 2012).

É no período neonatal que ocorre uma das prioridades à VD, devido os cuidados essenciais e orientações nos primeiros dias de vida como incentivo a amamentação, imunização a BCG e hepatite B, com aprazamento das próximas vacinas, prevenção de acidentes e condições clínicas do neonato. Todo RN precisa de cuidados essenciais que inclui aquecimento, proteção contra infecção e nutrição (ANDRADE; REZENDE; MADEIRA, 2014).

Na realização da VD ao RN, deve se identificar sinais clínicos que permitam a avaliação e classificação adequada do quadro e fazer uma triagem rápida de acordo com o que o neonato apresenta, encaminhando a um hospital de referência, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados com vigilância no domicílio (CAVALCANTI et al., 2013).

O cuidado com a pele do RN deve ser contínuo e se torna necessário como barreira protetora para manter a integridade da pele, que promove proteção mecânica, termo regulação e vigilância imunológica contra os agentes infecciosos. A pele dos RN é sensível ao excesso de secreções glandulares como o suor e sebo, ácaros do pó da casa, substâncias impuras acumuladas na área da fralda como fezes e urina (FONTANELE; PAGLIUCA; CARDOSO, 2012).

Fernandes, Oliveira e Machado (2015) relatam que a pele é uma barreira protetora dos órgãos internos contra agentes externos e que a pele do RN após o nascimento, continua a se desenvolver até 12 meses de vida e adapta-se ao ambiente extrauterino, caracterizada por ser sensível, fina e frágil.

Os cuidados com a pele dos RN devem ser em busca de manter a integridade física contra agentes químicos e produtos tópicos aplicados diretamente. Na realização do exame físico, devem ser avaliados os aspectos relacionados ao vernix caseoso, millium sebáceo, eritema tóxico, petéquias, mancha mongólica, acrocianose, hemangiomas capilares, edema lanugem, cabelos e unhas, telangectásicos, cútis marmórea, miliária. A realização do exame físico no RN deve ser avaliada de modo contínuo e fidedigno para que haja o direcionamento do cuidado mais adequado e a confirmação de achados clínicos que precisem de monitorização contínua (INACIO et al., 2010).

Outro aspecto importante para ser avaliado é a coloração da pele, que deve ser investigada em relação a prevalência da icterícia. Sempre que deparar com casos de icterícia neonatal, deve se saber diferenciar os tipos, pois diferem no tratamento, podendo ter causa fisiológica ou patológica que é o aparecimento da icterícia antes das 24 horas. A icterícia fisiológica é provocada por problemas naturais de adaptação do RN fora do útero da mãe: excesso de hemácias e imaturidade do fígado, sendo determinada por uma maior destruição das hemácias, imaturidade no sistema de conjugação intra-hepática da bilirrubina indireta (BI) e maior desconjugação da bilirrubina direta (BD) (GALVAN, 2012).

O diagnóstico da icterícia é feito pressionando o dedo primeiramente na testa, nariz e tórax do RN, pois o distúrbio costuma surgir primeiramente na cabeça seguindo em direção

aos pés. Quando esse tipo de investigação não é suficiente, é realizado exames laboratoriais para determinar com exatidão o nível da bilirrubina (SANTOS, 2014).

A icterícia ocorre devido ao aumento no sangue do pigmento bilirrubina, produzido naturalmente pelo organismo quando ocorre a degradação dos glóbulos vermelhos. Quando os glóbulos vermelhos morrem, a hemoglobina dos mesmos é degradada em um tipo de bilirrubina insolúvel em água, a BI, que é transportada até o fígado. Neste órgão, BI é metabolizada. Isso porque durante a gravidez o feto precisa de muitos glóbulos vermelhos para o transporte de oxigênio, pois ele ainda não respira pelos pulmões. Após o nascimento, começa a respirar através dos pulmões, a partir daí não precisa de tantos glóbulos vermelhos.

Além disso, nas primeiras horas de vida pode ocorrer um jejum e demora na eliminação do mecônio, o que faz com que mais bilirrubina seja reabsorvida pelo corpo, ocasionando a icterícia (POVALUK; SHWETZ; KLIEMANN, 2011).

A icterícia é clinicamente visível quando os níveis de bilirrubina estão acima de 4-5mg/dL. Em anexo A, segue a tabela de Kramer, como apoio para o profissional avaliar de forma específica as áreas com icterícia. Zonas de Kramer 1 e 2 é o aparecimento da icterícia na região da face e tórax, trata se do tipo fisiológico com avaliação após dois dias para observar se a área icterícia se estendeu além do umbigo ou para extremidades; a Zonas 3,4 e 5 é o aparecimento da cor amarela na região palmar e plantar, considerada como doença neonatal muito grave com tratamento urgente (BRASIL, 2014; POVALUK; SHWETZ; KLIEMANN, 2011).

As avaliações dos aspectos realizados por meio do exame físico devem ser registradas no instrumento utilizado para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças, desde o nascimento até os 10 anos de idade, é a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) na qual é encontrado a monitorização das vacinas, indicadores de peso e crescimento, entre outros dados relevantes (LINHARES, 2012).

Os primeiros registros devem ser anotados na CSC, para acompanhamento com ações de promoção da saúde e redução da morbimortalidade infantil, atividades do enfermeiro durante a VD pós-parto. Para acompanhar a proposta do protocolo, seguem em anexo B o gráfico de 0 até 2 anos de idade que devem ser utilizados na visita domiciliar.

Ao examinar a cabeça e o pescoço atentar para anormalidades encontradas nessa região, mensurar o perímetro cefálico para investigar hidrocefalia ou a microcefalia, alteração nas fontanelas, edemas (WILSON; HOCKENBERRY, 2012).

No exame físico do tórax especificamente o respiratório deve ser avaliado a frequência respiratória, forma do tórax, visualização de retrações, batimento da asa do nariz, e as características de anormalidades. No exame cardíaco avaliar frequência cardíaca, presença de sopro, cianose.

### 3 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

#### 3.1 RESULTADO DO TRABALHO E MÉTODO O CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: UMA VISÃO DA LITERATURA

Os protocolos são rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, as quais podem direcionar o trabalho e contribuir com o registro dos cuidados executados pelos profissionais na resolução ou prevenção de problemas. São elaborados considerando o conhecimento científico e servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos no serviço de saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Em vista a compreender e identificar quais ações são desenvolvidas pelos enfermeiros na ESF, esta pesquisa buscou ampliar o conhecimento sobre a temática, bem como investigar a existência de publicações que abordassem o uso de protocolos ou instrumento para auxiliar na primeira visita domiciliar ao RN na ESF.

O primeiro momento constitui-se o levantamento da produção científica, visando a posterior construção do protocolo para ser utilizado na consulta ao recém-nascido na primeira visita domiciliar.

Uma busca sistemática foi realizada nas bases de dados, da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) no mês de dezembro de 2015 para a construção da pesquisa.

A busca dos artigos foi realizada utilizando os descritores em Ciências da Saúde (Decs): visita domiciliar, puericultura, recém-nascido, atenção primária

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos que abordassem visita domiciliar na puericultura realizada por enfermeiros publicados no período de 2010 a 2015, no idioma português.

Foram localizados 854 artigos na descrição de visita domiciliar, filtrou-se 49 artigos ao acrescentar visita domiciliar ao RN, acrescentando visita domiciliar ao RN na atenção primária restaram 6 artigos. Finalizando, o corpus da revisão integrativa foi composta por 6 artigos, que foram organizados em pastas e nominados de acordo com as bases de dados.

#### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Diante dos artigos integrantes do estudo, destacam-se o ano de 2012 com o maior número de publicações, com o quantitativo de três publicações anual.

Em relação à caracterização dos 6 artigos que compuseram a amostra, as publicações estão distribuídas em 6 periódicos, todos de autoria de enfermeiros com experiência na atenção primária à saúde em neonatos e crianças.

Quanto ao delineamento metodológico, 4 estudos foram descritivo exploratório com abordagem qualitativa, sendo que um desses estudos utilizou pesquisa-ação com grupo focal, um estudo foi de abordagem qualitativa com entrevista semi-estruturada e observação não participante, um outro estudo utilizou abordagem fenomenológica e por fim um abordou análise de prontuário.

A respeito dos objetivos, observaram se vários fatores semelhantes aos cuidados do recém-nascido no primeiro ano de vida na atenção primária a saúde. Os resultados desses estudos foram agrupados em duas categorias sistemáticas.

Três estudos abordaram a criança menor que 1 ano de idade com atuação do enfermeiro na atenção primária a saúde, conhecendo os aspectos avaliados em crianças menores de 1 ano na puericultura, e os outros três avaliaram a assistência ao neonato na atenção primária a saúde (Quadro 1).

**Quadro 1:** Síntese das categorias relacionando os estudos

**Abordagem da criança menor que 1 ano de idade com atuação do enfermeiro na atenção primária a saúde**

Autores	Artigos	Objetivos
Vieira, V.C.L.; et al	1Puericultura na Atenção Primária à saúde: Atuação do enfermeiro	Conhecer aspectos relacionados à atuação do enfermeiro na puericultura
Furtado, M.C.C.; et al	2Avaliando o cuidado de crianças menores de um ano de idade em cuidados de saúde primária	Analisar a presença e extensão dos atributos da atenção primária e o grau de aplicação de crianças com menos de um ano de idade na Unidade de Saúde da Família.
Andrade, G.N.; Rezende, T.M.R.L.; Madeira, a.M.F.	3Caderneta de saúde da criança: experiências dos profissionais da atenção primária a saúde	Compreender as experiências vividas por profissionais de saúde da atenção primária com a Caderneta de saúde da Criança no cuidado à saúde infantil

**Assistência ao Neonato na atenção primária à saúde**

Autores	Artigo	Objetivo
Furtado, M. C.C.;et al	4Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre	Avaliar a prática assistencial da equipe de enfermagem de um

	maternidade e rede básica de saúde	Programa de atenção à saúde do recém-nascido com foco na articulação da atenção hospitalar com a rede básica de saúde
Gaiva, M.A.M.; Dias, N.S.; Siqueira, V.C.A.	5Atenção ao neonato na estratégia saúde da família: avanços e desafios para atenção integral	Analisar avanços e desafios na atenção ao neonato com a implantação de unidade de saúde da família em Cuiabá- Mato Grosso
Domingos, C.M.; Nunes, E.P.A.N.; Stutz, A.C.	6Monitoramento da saúde da criança em uma unidade de atenção básica	Analisar o acompanhamento prestado pelos profissionais de saúde à crianças nascida na área de abrangência de uma Unidade básica de Saúde (UBS)

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde, 2015.

De acordo com o estudo (1), que foi realizado com enfermeiras da USF do município do estado de Curitiba, as mesmas elencaram os aspectos avaliados no programa de puericultura, que está voltado à prática de orientar para a educação em saúde, como também avaliação da amamentação, cartão de vacina, estado nutricional; em momentos oportunos mediante a conversa, orientam sobre a higiene na criança. Observou se também de acordo com os relatos das enfermeiras que muitos aspectos não foram mencionados no momento da puericultura como: prevenção de acidentes na infância, violência domiciliar, doenças prevalentes na infância, teste do pezinho, cuidado com o coto umbilical. Fato esse preocupante para a promoção da saúde infantil.

É nesse momento de orientação que faz necessário um protocolo para orientação do profissional na avaliação a criança em todos os aspectos.

No que diz respeito a este estudo (2), evidenciou que o reconhecimento da Unidade Saúde da Família, pelos usuários, é referência para atenção á saúde de seus filhos, as mães frequentam a unidade para consulta da puericultura, como também utilizam o serviço para situações de emergência, relatam ter fácil acesso a USF e não enfrentam problemas para agendamento de consultas. O estudo foi desenvolvido na cidade do interior localizada no nordeste de São Paulo.

No estudo que se refere a rede básica de saúde (4), foi visto que as práticas pressupõem a integralidade e a responsabilização pelo cuidado da criança após a sua alta hospitalar, não sendo depositado somente na família a responsabilidade. Na atenção básica à saúde, com o intuito de uma efetiva assistência pós-natal, a equipes de saúde dos vários serviços envolvidos tem um papel relevante no elo família para o melhor desenvolvimento incluindo a criança no acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento. Este estudo fi realizado em três instituições hospitalares de Ribeirão Preto.

O estudo (5) foi realizado na USF, no município de Cuiabá - Mato Grosso. Realizado com profissionais da unidade e com usuários, onde relatam que com a ESF houve melhora no acesso a atenção à saúde, um maior vínculo e resolutividade entre comunidade e profissional, em relação a assistência ao neonato relataram ter acompanhamento com dia específico na semana e não precisam madrugar para conseguir uma consulta.

Um outro estudo (6), mostrou que vários fatores foram avaliados no monitoramento dos registros dos nascidos vivos quanto ao incentivo ao Aleitamento Materno no programa de puericultura, foi observado em registros de prontuário grandes índices de desistência ao aleitamento materno exclusivo, conseqüentemente aumento do aleitamento materno misto. No entanto, existe a necessidade de intervenção, tanto para os profissionais que disseminam as informações, quanto para a comunidade que realizam a pratica do aleitamento materno.

O que se refere à caderneta de vacinação o estudo (3) observou por meio de entrevista com os enfermeiros, que a caderneta de vacinas contribui no processo de produção do cuidado durante o atendimento á crianças por meio das informações presente em seu conteúdo. Muitas mães também estão envolvidas e se apropriam dos dados anotados na caderneta, acompanha as anotações realizadas pelos profissionais e conversam com os mesmos sobre o assunto.

Além desses estudos, foram utilizados também outros artigos para construção da revisão da literatura, e para construção da proposta do protocolo.

## 4 MÉTODO

### 4.1 DESCRIÇÕES DO ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, a escolha dessa modalidade deu-se pela pertinência aos objetivos propostos que tem como finalidade a elaboração de um protocolo. Os estudos metodológicos utilizam métodos de obtenção, organização e análise dos dados, aborda a elaboração de novos instrumentos para que possa ser utilizados por outros profissionais, que contribua significativamente com o serviço (POLIT; BECK, 2011).

No estudo metodológico o pesquisador elabora um instrumento confiável, preciso e utilizável, que possa ser empregado por outros serviços e profissionais. Essa pesquisa utiliza de maneira sistemática os conhecimentos existentes para elaboração de um instrumento ou método de medição que possam ser utilizados para melhorar uma intervenção (POLIT; BECK, 2011). O estudo metodológico difere dos demais por não ser descrito em etapas sequenciadas das pesquisas tradicionais, e sim de acordo como vai sendo construído o estudo, a partir do delineamento das suas etapas.

Como esta pesquisa tem como proposta a construção de um protocolo, deve-se entender do que se trata o mesmo. Os protocolos são as rotinas dos cuidados em ações que partem de conhecimentos científicos e servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores de serviços de saúde, que servem como recomendações desenvolvidas de forma organizada para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, baseados em informações científicas (WERNECK, 2009).

O objetivo da construção do protocolo é a uniformização das atividades a serem implementadas pelos profissionais de saúde, que visa nortear a primeira visita domiciliar ao RN, contribuindo com a qualidade das ações desenvolvidas. Dessa forma, facilitará no momento da assistência prestada na VD ao neonato durante o atendimento.

Além das construções deste protocolo, da revisão da literatura, da revisão integrativa realizadas, também estão sendo observadas as publicações do Ministério da Saúde para embasar e nortear a proposta do mesmo. O Ministério da Saúde possui publicações que uniformizam condutas e encaminhamentos que devem ser realizados, principalmente no que se refere à saúde da criança e do RN, desde o período gestacional da mãe, a fim de diminuir agravos maternos e neonatais, até o acompanhamento prioritariamente das crianças na primeira infância, em seus primeiros cinco anos de vida. Esses manuais são utilizados para nortear a prática dos profissionais na atenção básica e suas condutas prioritárias.

O modelo de manual do Ministério da Saúde que foi priorizado e seguido por este estudo, são os manuais de Atenção Integral as Doenças Prevalentes Da Infância (AIDPI), utilizado para atenção primária, O Caderno 33 da Atenção Básica, e o AIDPI neonatal, utilizado nas maternidades. Esses manuais nortearam quanto à nomenclatura, formatação, indicadores clínicos relevantes que devem ser observados, condutas e encaminhamentos que devem ser levados em consideração, caso sejam identificados fatores de risco para o RN na primeira semana de vida na visita domiciliar ou continuidade do seguimento das consultas de puericultura de baixo risco na atenção primária.

A intenção desta proposta de protocolo, é que este, posteriormente, passe por processo de validação com enfermeiros *experts* e seja encaminhado para validação clínico no atendimento a primeira visita domiciliar ao RN na Estratégia de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB.

Para a construção do Protocolo foram definidas sequencialmente etapas que serão descritas a seguir:

## 4.2 ETAPAS DO ESTUDO

### **4.2.1 Primeira Etapa: Revisão da Literatura E Identificação de Indicadores para Avaliação do Recém-Nascido na Primeira Semana Integral**

Foi realizada revisão integrativa de literatura, sobre a temática, a fim de obter informações sobre o desenvolvimento de instrumentos que pudesse nortear a avaliação do recém-nascido, que está apresentada no item revisão de literatura.

Também foram utilizadas publicações recentes como livros e artigos que servissem para selecionar os indicadores relevantes que devem ser coletados a partir da anamnese e exame físico que serão realizados durante a primeira visita domiciliar.

Os principais manuais que estão sendo utilizados como base são: Atenção Integral as Doenças Prevalentes da Infância-Neonatal (AIDPI-Neonatal) (BRASIL, 2014) e Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012), porém houve leitura de outros manuais do Ministério da Saúde relacionados a Saúde da Criança. Estas referências são consideradas uma importante intervenção para melhorar as condições de saúde na infância nos países em desenvolvimento. Representa instrumento útil para a detecção precoce e tratamento efetivo dos principais agravos que afetam a saúde das crianças e contribui para melhorar os conhecimentos e as práticas das famílias, como prevenção de doenças e a

promoção da saúde para o cumprimento de diretrizes como a realização do exame físico com as devidas condutas a serem tomadas para o desenvolvimento de melhores práticas no processo de trabalho dos profissionais na visita domiciliar.

Na visita domiciliar é realizada precocemente a avaliação para identificar sinais de perigo, perguntar sobre os sintomas, averiguar a caderneta de vacinação, nutrição, amamentação, avaliação de crescimento e desenvolvimento e prováveis problemas existentes. Diante da problemática, a proposta do protocolo, é que haja identificação em relação aos sinais e sintomas deste recém-nascido, com a tomada de decisão, que pode ser uma simples orientação, elogio a mãe e a família e manutenção das condutas, até a necessidade de referenciar ao hospital urgentemente, ou ser iniciado um olhar diferenciado para as reais necessidades desse neonato e sua família com o acompanhamento pela Estratégia de Saúde da Família.

No caso de transferência da criança, orientar sobre toda a parte burocrática e explicar aos responsáveis à necessidade de hospitalização. Se a conduta foi tratamento em casa, orientar sobre a importância de alimentação, ingestão de líquidos e seguimento da conduta adotada que será proposta pela equipe. Pois a enfermeira identificará, porém, a resolutividade deverá ser com a equipe multiprofissional da ESF. Atentando para os retornos precoces, e reavaliações, para minimizar possíveis agravos para a saúde da criança (BRASIL, 2012).

O protocolo facilitará o profissional no processo de trabalho, sendo o mesmo uma maneira de efetivar o modelo de atenção proposto pelo Ministério da Saúde, e atender os princípios do SUS.

#### **4.2.2 Segunda Etapa: Construção do Protocolo Com Identificação de Dados em Forma de Fluxograma**

A segunda fase foi a construção efetiva do protocolo. Optou-se por apresentá-lo em forma de quadros e figuras para melhor visualização e entendimento, como descrito anteriormente.

As figuras foram elaboradas a partir do Programa *Cmap Tools*, o qual contribuiu para a construção de Mapas Conceituais e que auxiliam na melhor visualização e descrição dos indicadores que encontram-se neles apresentados e que servirão para a utilização da visita domiciliar realizada ao recém-nascido.

As figuras construídas possuem legendas e cores que destacam as condutas que deverão ser tomadas ou incentivadas pela mãe e pela família, ou realizadas pelo profissional.

As cores do fluxograma foram escolhidas de acordo com o manual de AIDPI Neonatal (BRASIL, 2014). A cor vermelha é utilizada quando classifica uma criança com doença grave, uma criança com esta classificação é considerada muito doente tendo que ser transferida com urgência para um hospital especializado com a finalidade de um tratamento. A cor amarela foi utilizada nos casos em que a criança apresenta condutas que merecem atenção para reavaliação ou que deverá ser encaminhada para atenção mediante especialidades. A escolha da cor verde dá no caso que a criança não foi classificada na linha vermelha e amarela por não apresentar nenhum sinal de perigo. É classificada como uma criança sem risco.

Cada parte construída está descrita a seguir, em que as intervenções estão baseadas na identificação de informações coletadas na anamnese e exame físico, que visam detecção precoce de agravos e melhoria e manutenção da saúde a serem implementados na primeira visita domiciliar ao recém-nascido, buscando o encaminhamento de condutas de acordo com a necessidade para tratamento adequado, realização de avaliação do que já está sendo feito pela mãe e orientações adicionais necessárias para prevenção e promoção da saúde.

Dessa forma, ocorrerá uma diminuição da mortalidade neonatal, reduzindo agravos e complicações infantil. O AIDPI Neonatal (2012) descreve em seus estudos que os agravos nos RN são acometidos em torno de dois terços na primeira semana de vida devido causas perinatais, manejo inadequado dos problemas durante o parto e a asfixia.

A primeira consulta ao RN deverá ser realizada na primeira semana de vida que é um momento inicial para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, orientar sobre imunização, triagem neonatal, identificação de riscos e vulnerabilidade ao nascer com a avaliação da saúde (BRASIL, 2012).

No primeiro momento, deverá ser realizado a anamnese, com informações relativas ao período pré-natal e perinatal, com dados relevantes para a saúde do neonato, pois a anamnese refere se às condições acerca do nascimento da criança, período gestacional, antecedentes familiares. Portanto, a percepção do profissional é importante e se constitui o diferencial que deve ser feito para identificar riscos e oferecer abordagem familiar adequada. Nessa primeira consulta, uma das prioridades é avaliar o aleitamento materno (FONSECA, 2013; BRASIL, 2012).

A partir dos referenciais avaliados, e considerando os alocados a serem investigados, sendo a família embasamento do referencial teórico, foi construído o Quadro 1 para nortear a realização da anamnese, como mostrado a seguir:

Quadro 1: Descrição de dados sobre anamnese do recém-nascido e puérpera na primeira semana integral.

## ANAMNESE

### Dados de Identificação

Nome da Criança: _____		
Data de Nascimento: _____		Idade(dias): _____
Apgar: _____		Peso ao nascimento: _____
Município de Nascimento: _____		
Maternidade: _____		
Condições do Nascimento:		
Tipo de parto: ( ) Eutócico      ( ) Cesária      ( ) Fórceps		
Classificação: ( ) Pré- termo      ( ) À Termo      ( ) Pós termo		
Prematuro: ( ) Extremo      ( ) Moderado      ( ) Limítrofe		
Manobras de Reanimação ao nascer: ( ) Sim      ( ) Não		
( ) AVAS      ( ) VPP      ( ) TOT      ( ) Drogas      ( ) O <sub>2</sub> Inalatório		

### Dados da Puérpera

Nome: _____			
Idade: _____		Estado Civil: _____	
Pré-natal: ( ) Sim      ( ) Não		Número de consultas: _____	
Hepatite: _____	VDRL: _____	HIV: _____	TOUCH: _____
Número de gestações: _____		Paridade: _____	
Número de abortos: _____			
Intecorrências clínicas na gestação ou no parto:			
( ) Diabetes	( ) SHEG	( ) Cardiopatia	
( ) DST	( ) Gestação Múltipla	( ) Ruptura precoce das membranas	
( ) Uso de drogas	( ) ITU	( ) Alterações psicossociais	

Fonte: Dados da pesquisa

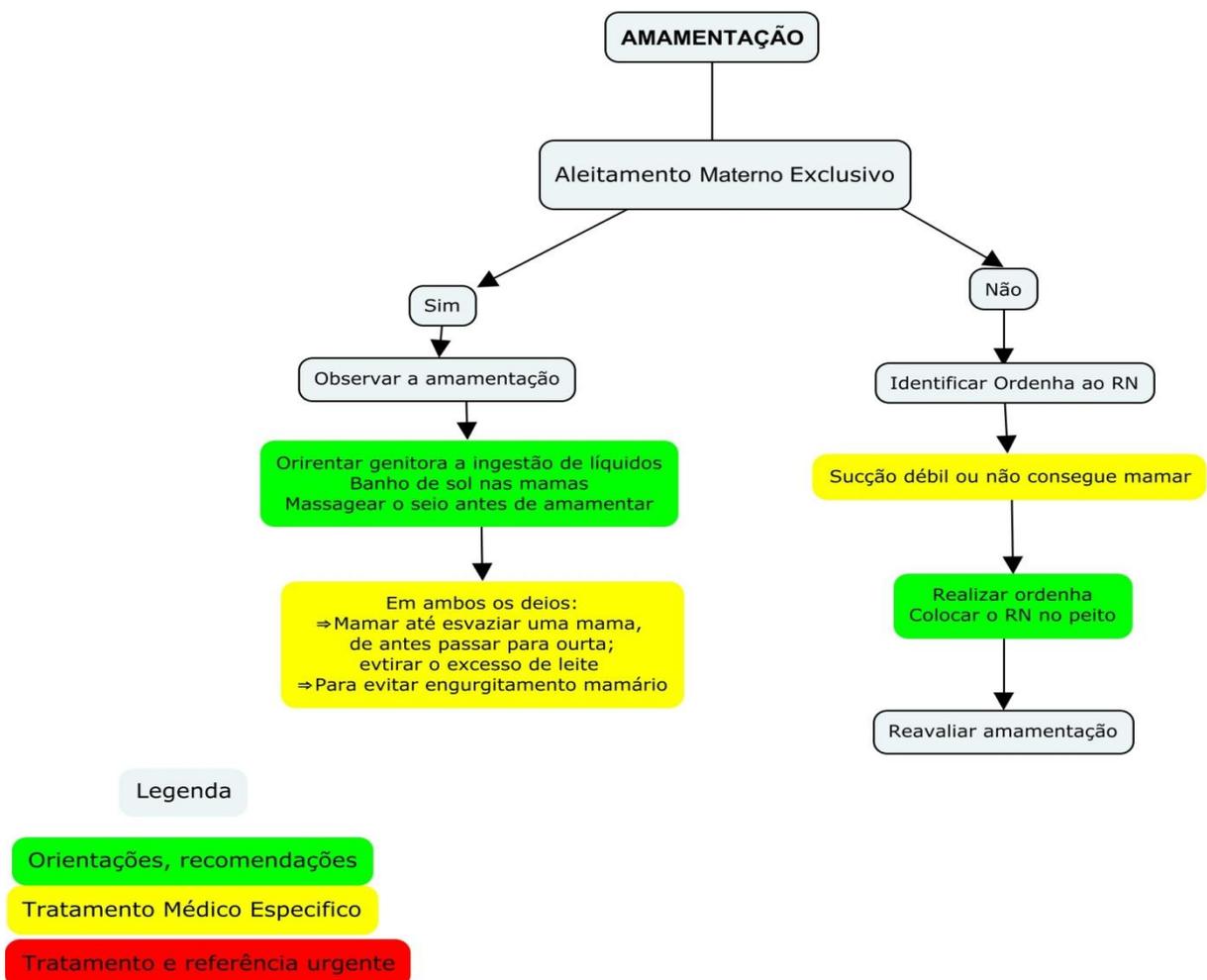
Este quadro visa obter informações sobre: local do parto, tipo de parto, peso ao nascimento, idade gestacional, Apgar (*Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration*), se houve intercorrências clínicas com o RN no momento do nascimento. Em relação à puérpera devem ser identificados dados como nome, idade, estado civil, se realizou pré-natal e quantas consultas foram realizadas, realizou exames para identificação de VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), HIV/AIDS, e TOUCH (detecção de:

toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simples) hepatite C e B, número de gestações, número de paridade, se já abortou e quantas vezes e a identificação de alguma intercorrência ou patologia na gestação ou no parto. Esses dados serão pertinentes na identificação de algum achado clínico que poderá influenciar no desenvolvimento do neonato.

Avaliar o peso em relação ao peso ideal ao nascer. Consideram-se normais tanto uma perda de peso de até 10% ao nascer quanto a sua recuperação até o 15º dia de vida. Importante para continuidade de ganho ou perda na puericultura, para avaliar a adaptação à vida extrauterina eclâmpsia, diabetes gestacional, HIV/AIDS (BRASIL, 2012).

A seguir serão apresentadas em forma de figuras o protocolo proposto, desde o exame físico, e as condutas a serem realizadas, atentando para as cores da legenda, conforme descrito anteriormente.

Figura 1: Avaliando a Amamentação



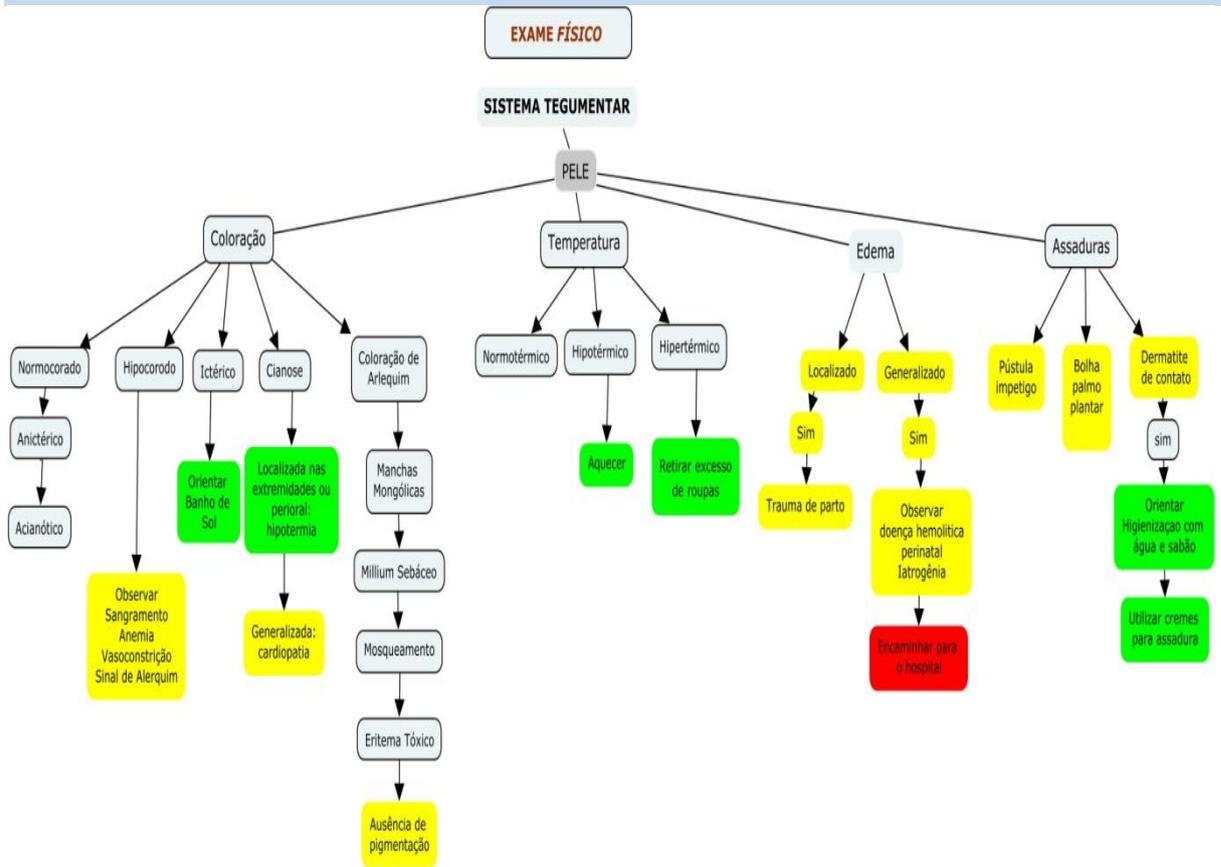
O recém-nascido deverá estar recebendo exclusivamente leite materno, salvo alguns impedimentos, como mãe HIV positivo, porém caso o RN não esteja em amamentação exclusiva, ou não esteja sendo amamentado, esta conduta deverá ser imediatamente estimulada.

Então, devem-se identificar as dificuldades, ordenhar a mama para verificação da presença de leite materno, em seguida colocar o neonato no peito para avaliar a técnica de amamentação. Observar e orientar o posicionamento da cabeça do bebê fique no mesmo nível da mama da mãe e o queixo está tocando-a; a boca deve estar bem aberta; o lábio inferior virado para fora; as bochechas estão arredondadas (não encovadas) ou achatadas contra a mama; vê-se pouco a aréola durante a mamada; a mama parece arredondada, não repuxada; as sucções são lentas e profundas: o bebê suga, dá uma pausa e suga novamente. Orientar massagear as mamas antes de colocar o RN no peito, ingestão de líquidos para aumentar a produção láctea e banho de sol para fortalecer o seio (ROCHA; CODEIRO, 2015).

Após todas essas intervenções a mãe não tiver condições de amamentar ou leite materno não está sendo produzido, oferecer ao RN leite artificial, com todas orientações e sinais que podem surgir na ingestão desse leite, fazendo teste até adaptação do bebê (BRASIL, 2012). Na amamentação o RN deverá receber o Aleitamento Materno exclusivo devido sua eficácia no atendimento aos aspectos nutricionais, imunológicos protegendo contra infecções favorecendo ao crescimento e desenvolvimento de forma saudável, diminuindo o risco para o aparecimento futuro de diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, anemia, alergias alimentares e cáries (CAMINHA, 2014).

Dando seguimento ao exame físico e condutas relativas ao RN, a Figura 2 avalia a pele, que deve ser inspecionada sob a luz natural para avaliação dos principais achados descritos a seguir:

Figura 2: Sistema Tegumentar



Legenda

Orientações, recomendações

Tratamento Médico Específico

Tratamento e referência urgente

Fonte: Souza, 2017.

A Figura 2 descreve o que deve-se avaliar no exame físico da pele, como, inspecionar a coloração, se está normocorada, hipocorada, identificando algum sinal que leve a anemia, observando se há sangramento para indicativo da anemia ou sinal de alerquim; se o RN está icterício orientar para banho de sol, se apresenta presença de cianose seja ela localizada nas extremidades, a causa pode ser hipotermia, ou generalizada indicativo de cardiopatia. Inspecionar outros achados dentro das normalidades, com manchas mongólicas, millium sebáceo, mosqueamento, eritema tóxico ou ausência de pigmentação.

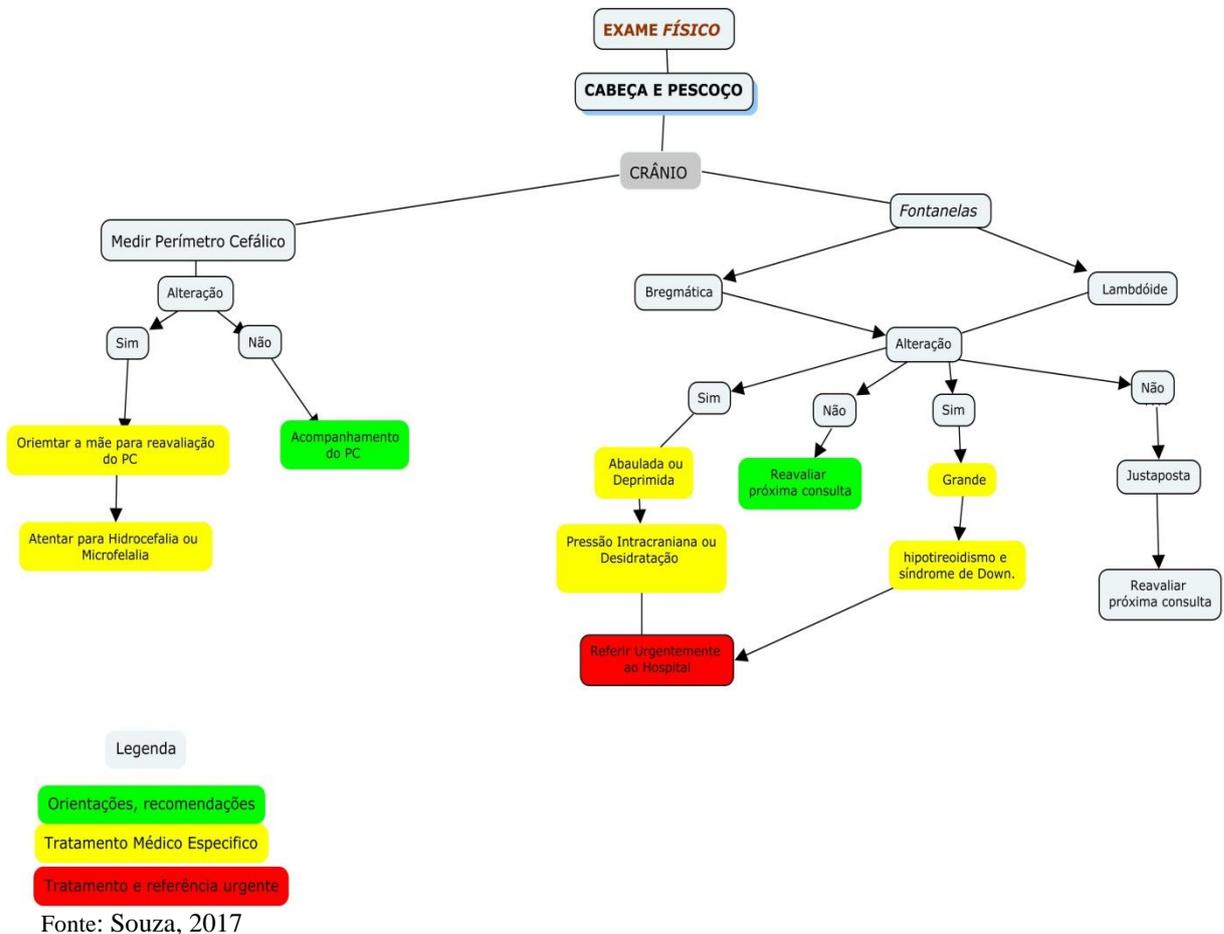
Observe a presença de edema, se for generalizado, pense em doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de coloides ou cristaloides em excesso, insuficiência cardíaca, sepse; se for localizado, isso sugere trauma de parto; no caso de hipocorado ou palidez pode ser sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou sinal de arlequim que é palidez em um hemicorpo e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora e sem repercussão clínica; na cianose se for generalizada, pense em doenças cardiorrespiratórias graves; se for localizada nas extremidades ou na região perioral, pense em hipotermia (BRASIL, 2014).

No caso da icterícia deve identificar a Zona afetada classificando ser fisiológico, depois do 7º dia de vida, ou patológico nas primeiras 24 horas. Quando a icterícia é bem leve, as orientações são banho de sol com o bebê desnudo cerca de 15 min de manhã e a tarde depois das 16h, se persistir realizar exames sanguíneos para medir a concentração da Bilirrubina. O tratamento é realizado a nível hospitalar com fototerapia, sob as luzes fluorescentes que ajudam a metabolizar a bilirrubina. Pesquisar a possível presença de assaduras, pústulas impetigo e bolhas palmo-plantares no caso de sífilis, dermatite de contato orientar para higienização com água e sabão e cremes no local (BRASIL, 2014; FONSECA, 2013; DURAN; GARCIA; SANCHEZ, 2014).

Aferir a temperatura se hipotérmico orientar para aquecimento, no caso de hipertérmico observar excesso de roupa. Inspecionar a presença de edema se localizado podendo ser trauma de parto ou generalizado. As assaduras devem ser avaliadas devido a presença de pústula impetigo, bolha palmo palmar e dermatite de contato (FONTENELE; PAGLIUCA; CARDOSO, 2012; ROCHA; CORDEIRO, 2015).

Na realização do exame físico específico da cabeça e pescoço, com destaque do crânio

Figura 3: Exame Físico Específico Cabeça e Pescoço/ Crânio



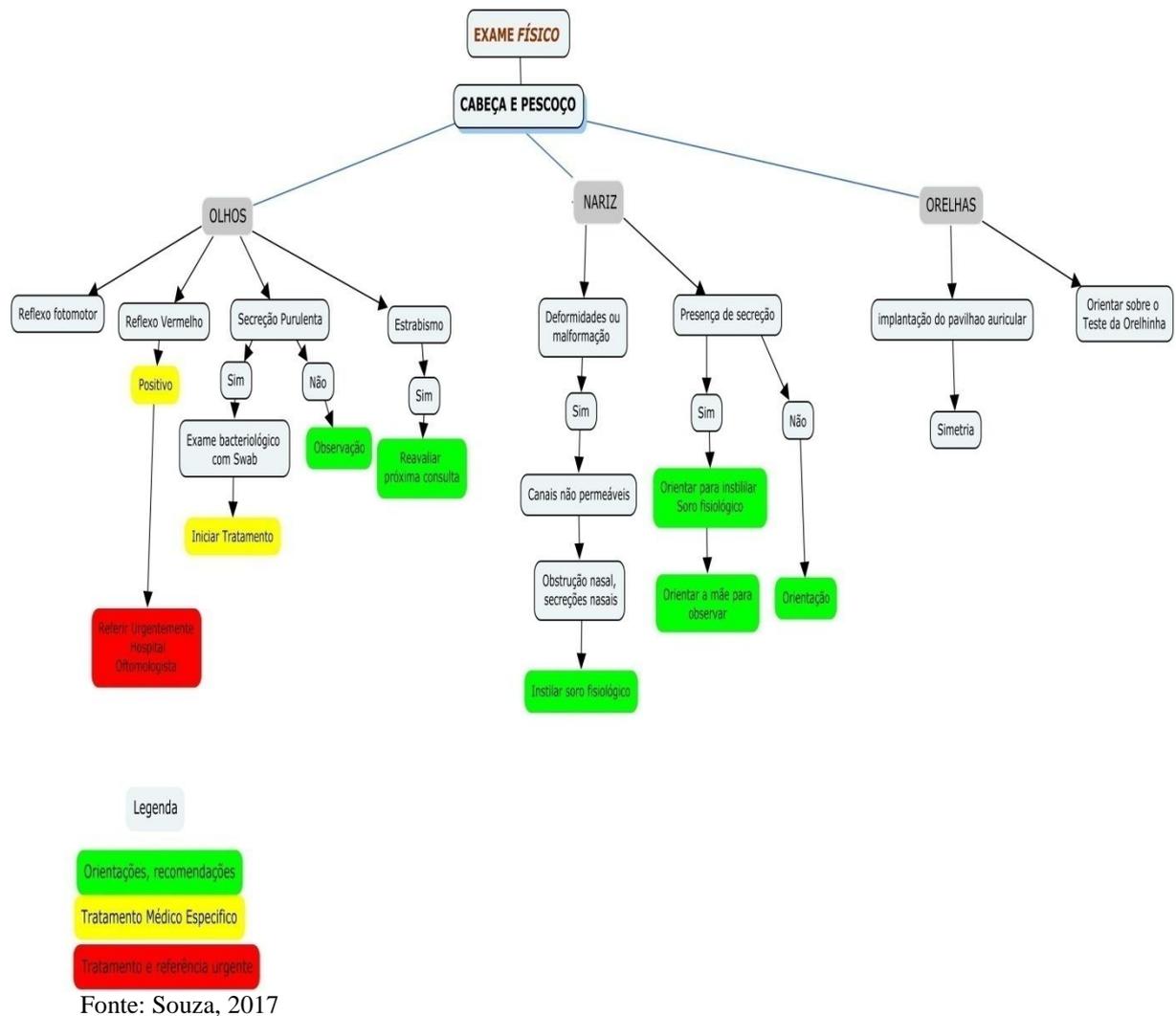
De acordo com a Figura 3, na cabeça e pescoço avalia-se o crânio com mensuração do perímetro cefálico (PC), se houver alteração orientar a mãe para reavaliação e acompanhamento do PC. Palpar as fontanelas bregmática e lambdóide e atentar no caso de alteração.

As fontanelas são espaços entre os ossos do crânio ocupados por membranas flexíveis que se distendem de forma abaulada, de acordo com as alterações como: meningite, hidrocefalia, hemorragia intracraniana, hiperhidratação, edema cerebral, insuficiência cardíaca ou se deprimem no caso de desidratação (COSTA et al., 2014).

A fontanela anterior, abregmática, mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular, fecha-se por aproximação dos ossos entre o 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior a lambdoide situada na linha média posterior é triangular, mede cerca de 0,5cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas. Bósserossanguínea e cefalematomas devem ser avaliados (BRASIL, 2014).

O seguinte mapa conceitual orienta o exame físico da cabeça e pescoço com avaliação dos olhos, nariz e orelhas.

Figura 4: Exame Físico Específico Cabeça e Pescoço / Olhos, Nariz e Orelhas



Para avaliação da cabeça e pescoço, de acordo com a figura 4, nos olhos, avalia os reflexos fotomotor, vermelho; se positivo referir para o oftalmologista, presença de secreção purulenta com exame bacteriológico por meio de swab e inspeção de estrabismo. No nariz, observar presença de deformidade ou malformação, avaliando obstrução ou secreções nasais. Nas orelhas observar a simetria da implantação auricular com orientações do teste da orelhinha.

O Reflexo fotomotor projeta-se um feixe de luz em posição ligeiramente lateral a um olho. A pupila deve se contrair rapidamente. O teste deve ser repetido no outro olho, devendo

ser comparado com o primeiro. Avalia basicamente a estrutura anátomo funcional. Teste do reflexo vermelho deve ser realizado na penumbra para a pupila ficar mais dilatada, com o oftalmoscópio colocado aproximadamente de 5cm a 10cm de distância dos olhos da criança, para se observar o reflexo vermelho nos dois olhos. Se for notado um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, a criança deverá ser avaliada por um oftalmologista com urgência, pois poderá ter problemas como: catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade (BRASIL, 2014).

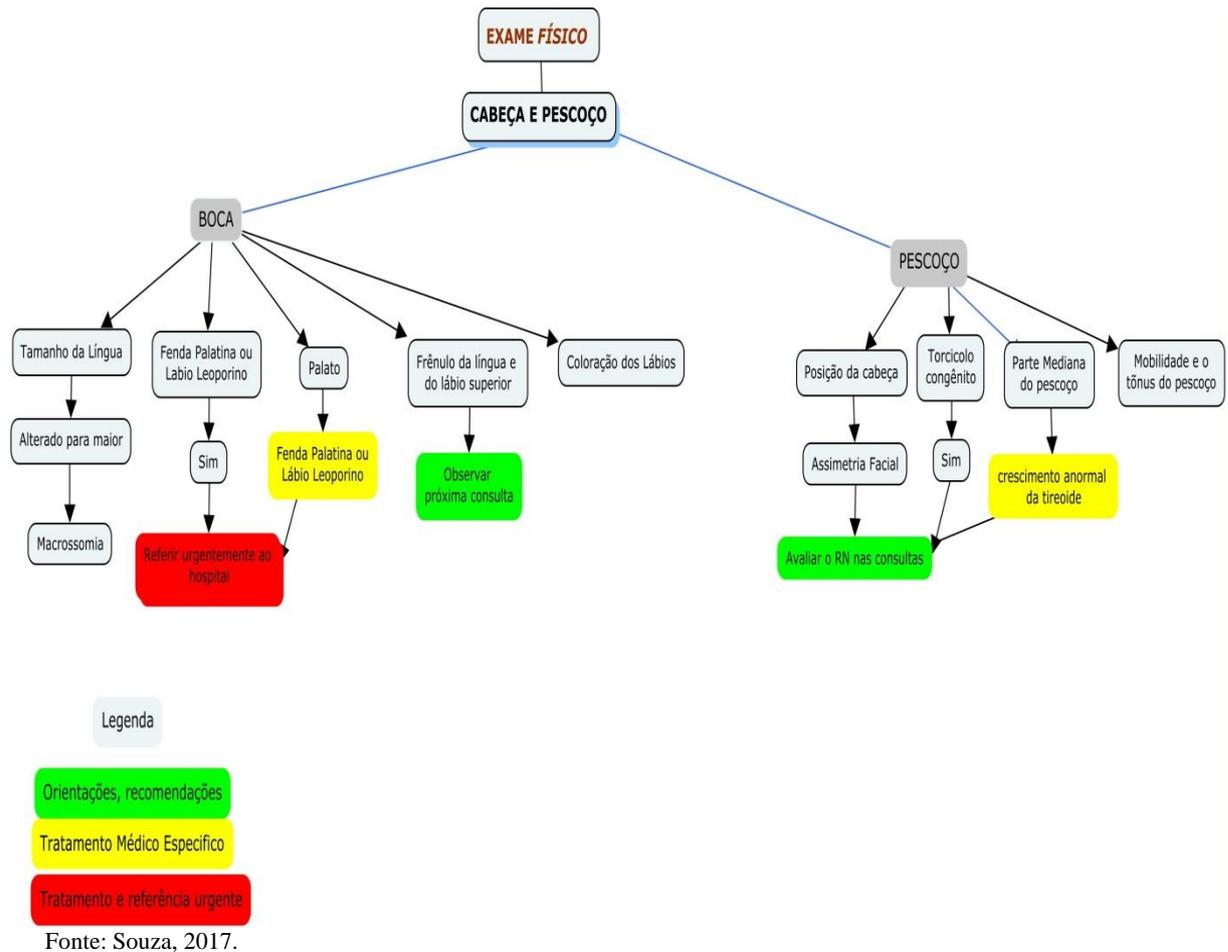
O teste do reflexo vermelho rastreia doenças oculares neonatais verificando a transparência dos meios oculares córnea, cristalino e vítreo, detecta retinopatia da prematuridade apenas de grau 5, já com descolamento de retina e prognóstico reservado, devem ser avaliados no caso de prematuridade ou menores de 1500g. A presença de secreção purulenta evidencia uma conjuntivite e, principalmente no RN, é importante descartar a infecção por gonococo, clamídia e herpes vírus. A conduta correta é sempre coletar a secreção e solicitar exame bacteriológico e bacterioscópico. A coleta pode ser feita do fundo de saco, com espátula para swab, e encaminhada ao laboratório de microbiologia em meio de cultura. Após a coleta, deve-se iniciar imediatamente o tratamento com colírio tobramicina ou ofloxacina e, após o resultado, deve-se tratar o agravo de acordo com o agente etiológico (BRASIL, 2014; ZANONI et al., 2013).

Estrabismo e nistagmo lateral são comuns nesta fase, devendo ser reavaliados posteriormente. Os RN podem apresentar eventualmente algum tipo de desvio ocular, pois a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses. Raramente o estrabismo congênito tem seu diagnóstico feito antes dos 6 meses de vida. A idade ideal para o encaminhamento é a partir dos 4 meses (INÊZ, 2016).

No nariz avaliar a forma, tamanho, testar permeabilidade obstruindo um narina de cada vez, secreção nasal se serrossanguinolenta. Nas orelhas verificar a forma. Tamanho, implantação na mesma linha dos olhos, testar reação a ruídos e orientar para o teste da orelhinha a fim de identificar surdez neonatal (APARECIDA, 2012).

Na continuidade do exame físico da cabeça e pescoço, segue avaliação da boca e pescoço.

Figura 5: Exame Físico Específico Cabeça e Pescoço / Boca e Pescoço



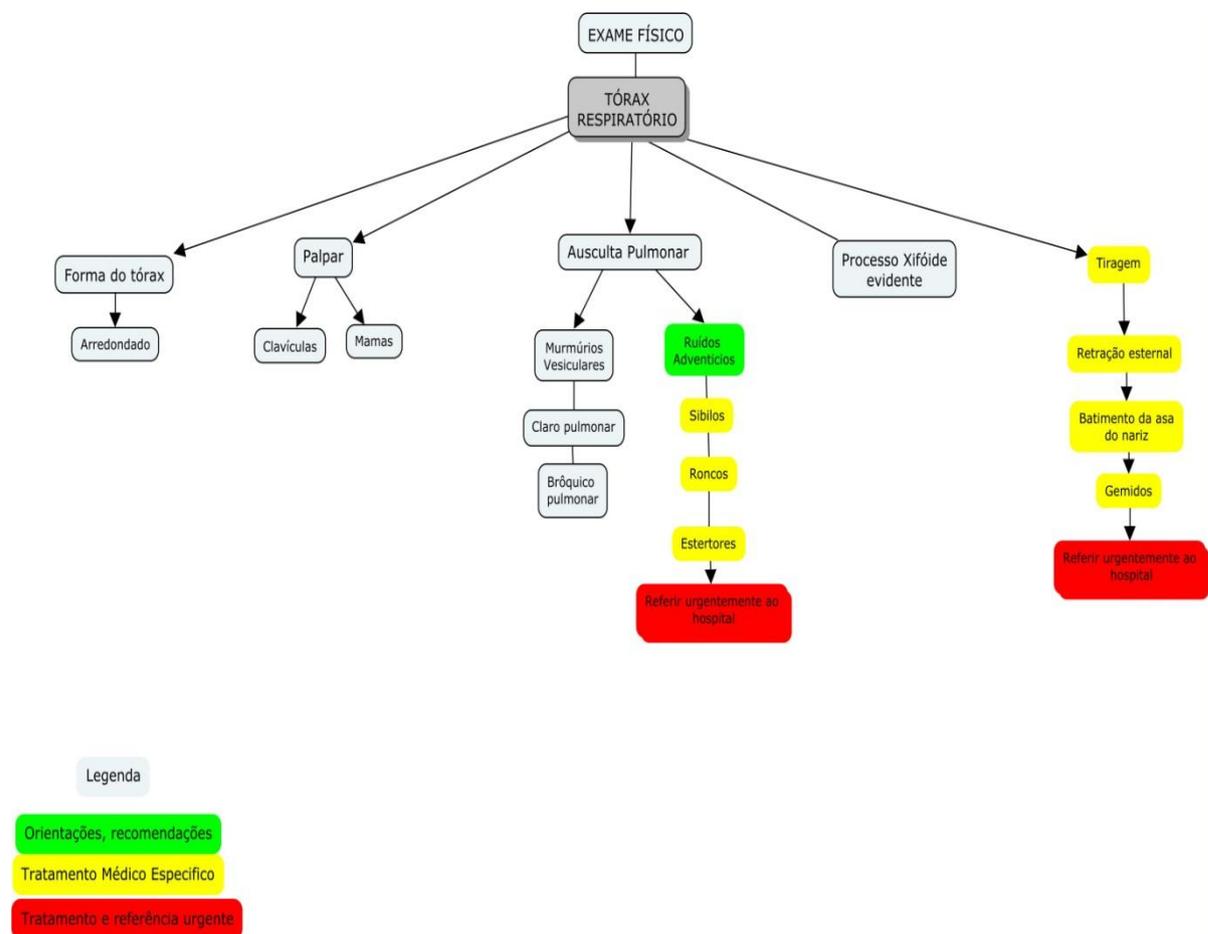
A figura 5 descreve que na boca deve ser avaliado o tamanho da língua, identificando alguma alteração para macrossomia, presença de fenda palatina ou lábio leporino, inspecionar o palato, frênulo da língua e lábio superior e coloração dos lábios. No pescoço observar a posição da cabeça com assimetria facial, presença de torcicolo congênito, parte mediana do pescoço com mobilidade e os tônus do mesmo.

Examinar coloração dos lábios e língua tamanho macroglossia, presença de fissura labial e fenda palatina com visualização e palpação do palato duro, úvula bífida, e freio lingual (SOUZA, 2014).

No pescoço avaliar presença de massa, fístulas, mobilidade, excesso de pele. Torcicolo congênito, contratura do músculo esternocleidomastóideo na segunda semana de vida, com resolução espontânea em 90% dos casos, podendo evoluir para assimetria facial e posição viciosa da cabeça. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária correção cirúrgica protelada até os três anos de idade (BRASIL, 2012).

Realização do exame físico do tórax aparelho respiratório.

Figura 6: Exame Físico Específico Respiratório



Fonte: Souza, 2017.

Descrevendo a Figura 6, no exame físico específico do aparelho respiratório inspeciona-se a forma do tórax, palpa-se as clavículas e mamas, realiza-se a ausculta pulmonar a fim de identificar os murmúrios vesiculares ou ruídos adventícios, avalia-se o processo xifoide e presença de tiragem. Caso seja identificada assimetria, ou anormalidade na região torácica, o RN deverá ser encaminhado ou receber condutas de acordo com suas prioridades.

O formato do tórax geralmente é arredondado, se houver proeminência ou afundamento esternal com dimensão antero-posterior, deve-se haver tomada de condutas. (BARROS, 2016).

Nas clavículas, deve-se avaliar se há fraturas que podem acarretar diminuição ou ausência de movimentos do braço; quanto a mamas, orientar a família para a involução espontânea de mamas, que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos). O RN apresenta respiração predominantemente

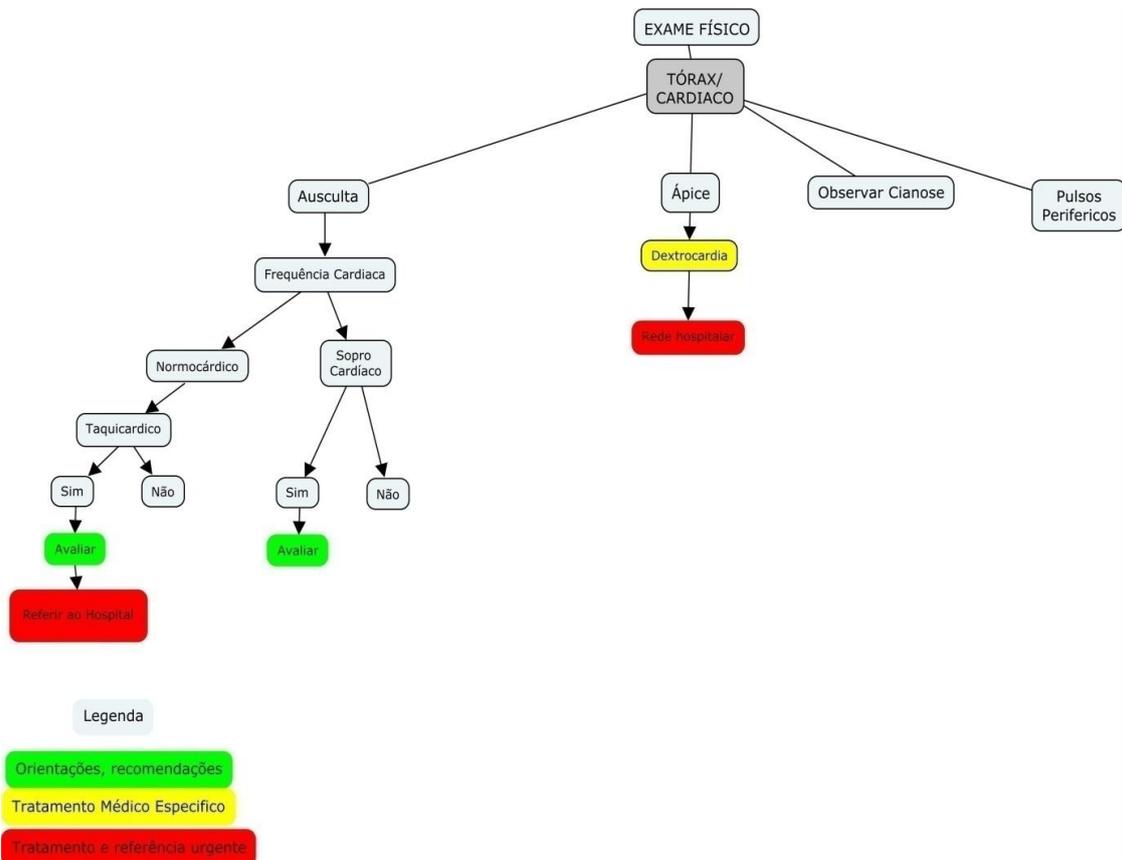
abdominal com FR de 40 a 60rpm. Discretas retrações sub e intercostais são comuns em RN sadios pela elasticidade das paredes torácicas, no entanto as retrações supracaviculares requerem mais atenção por ser patológicas. Observar possíveis sinais de sofrimento respiratório tiragens, retração xifoidiana, batimento de asas do nariz, gemidos, estridor (BRASIL, 2012; SOUZA, 2014; BARROS, 2016).

Para avaliar esses parâmetros relacionados ao padrão respiratório pode-se utilizar o Boletim de Silverman-Andersen, em anexo B, O boletim de Silverman-Andersen<sup>4</sup> é um método clínico útil para quantificar o grau de desconforto respiratório e estimar a gravidade do comprometimento pulmonar. São conferidas notas de 0 a 2 para cada parâmetro. Somatória das notas inferior a 5 indica dificuldade respiratória leve, e quando é igual a 10 corresponde ao grau máximo de dispneia (BRASIL, 2011b).

A palpação, percussão e a ausculta devem ser feitas em toda a área de extensão do parênquima pulmonar. A ausculta pulmonar pode ser facilitada pela pequena espessura da parede torácica, podendo ter dificuldade com a respiração superficial. Assimetrias detectadas em alguns dos métodos propedêuticos são importantes indicativos de anormalidades para serem investigados (BARROS, 2016).

Na figura a seguir será descrito a realização do exame físico do tórax do aparelho cardiovascular.

Figura 7: Exame Físico Específico Cardiovascular



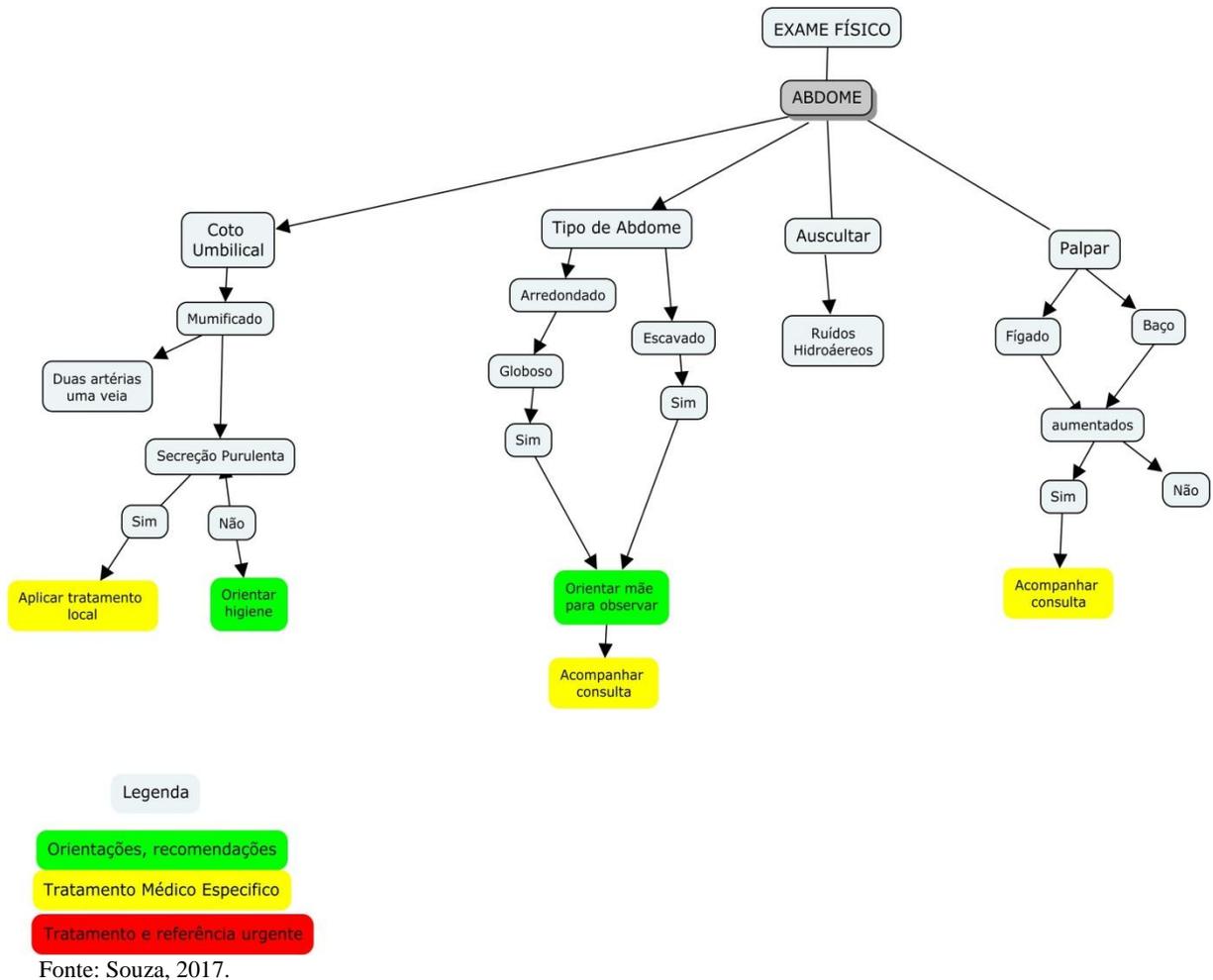
Fonte: Souza, 2017.

Na realização do exame físico do aparelho cardiovascular, de acordo com a Figura 7, deve atentar para realização da ausculta avaliando a frequência cardíaca e a presença de sopro cardíaco, na detecção de ambas anormalidades avaliar e referir para o hospital de referência infantil. Avaliar o ápice, presença dextrocardia, cianose e palpar os pulsos.

A ausculta identifica alterações e cardiopatias congênitas, verificar a frequência cardíaca, que normalmente varia entre 120bpm e 140bpm. Observar a possível presença de cianose, podendo ser transitória no choro ou de esforço, abaulamento pré-cordial, turgência jugular, *ictus cordise* sopros cardíacos, podendo ser fisiológico até o 3º mês de vida. Verifique também os pulsos e a possível existência da dextrocardia que é o coração do lado direito (SOUZA, 2014).

A avaliação do exame físico específico do abdome dar-se da seguinte forma:

Figura 8: Exame Físico Específico do Abdome



A figura acima descreve o exame físico específico do abdome, que deve inspecionar o coto umbilical, identifica o tipo de abdome do RN, ausculta a presença de ruídos hidroaéreos e por fim a palpação.

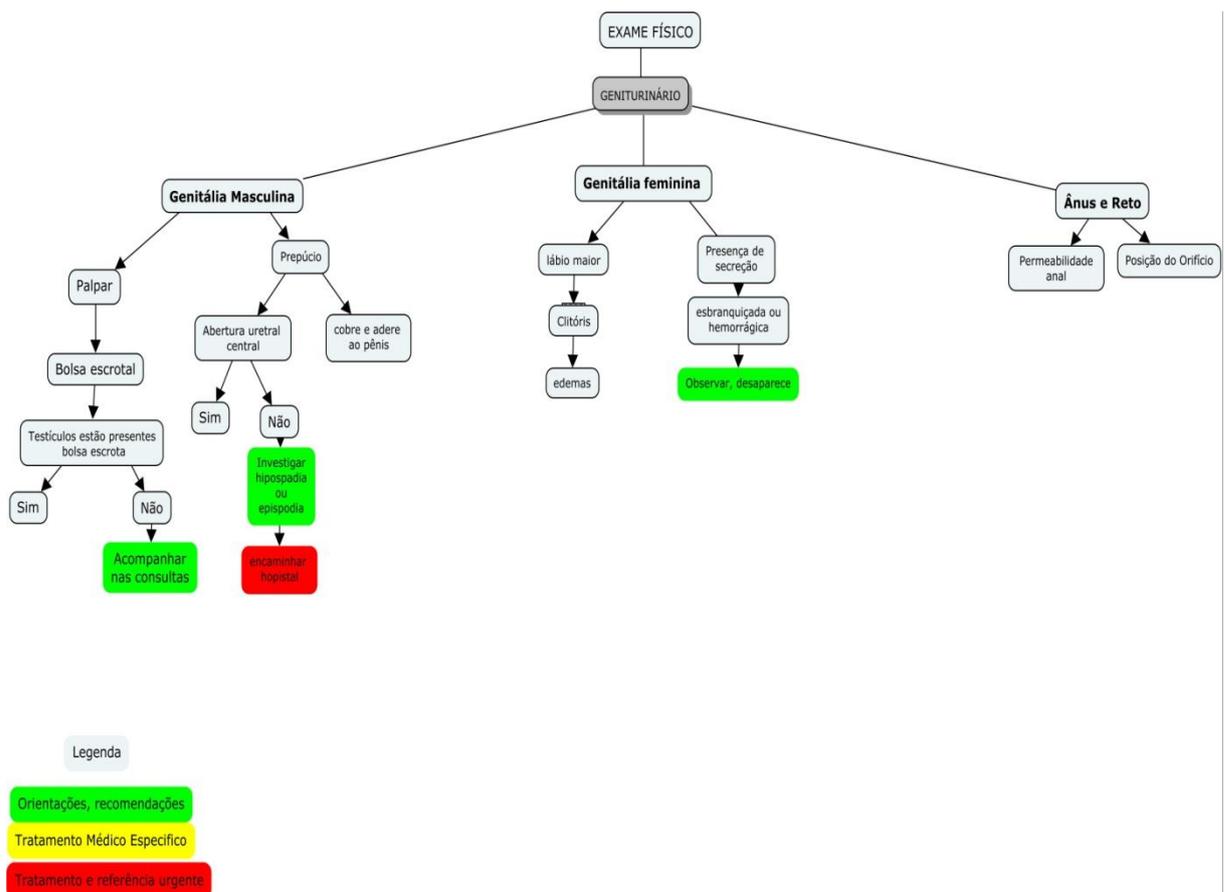
Inspecionar a região umbilical, observando presença de hiperemia, edema e secreção fétida e posteriormente presença de granuloma umbilical após a queda do coto; tratar com nistatina de prata (conforme prescrição médica); investigar a forma do abdome geralmente globoso, se dilatado, o achado pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução ou perfuração abdominal; se ele estiver escavado, isso pode indicar hérnia diafragmática. Atentar para presença de hérnias inguinal e umbilical. Os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata, devido ao risco de encarceramento ou

estragulamento. Já nos casos de hérnia umbilical, aguarda-se sua regressão espontânea até 12 meses, dependendo do tamanho da hérnia. Diagnosticar também a presença de diástase dos retos abdominais e agenesia da musculatura abdominal (BRASIL, 2012).

Na ausculta investigar presença de ruídos hidroaéreos, sua ausência é significativa para íleo paralítico. Ao palpar pesquisar massas abdominais, que devem estar ausentes em condições normais, a palpação profunda toca a borda do fígado a cerca de 2 cm do rebordo costal direito, na linha mamilar. A técnica que se utiliza para palpar o baço é colocando o RN em posição semi-sentada apoiando-o no braço esquerdo, e com a mão direita palpar o hipocôndrio estendendo o polegar anteriormente e os dedos na face posterior (SOUZA, 2014).

Abordagem do exame físico específico geniturinário masculino e feminino.

Figura 9: Exame Físico Específico Geniturinário Masculino e Feminino



Fonte: Souza, 2017.

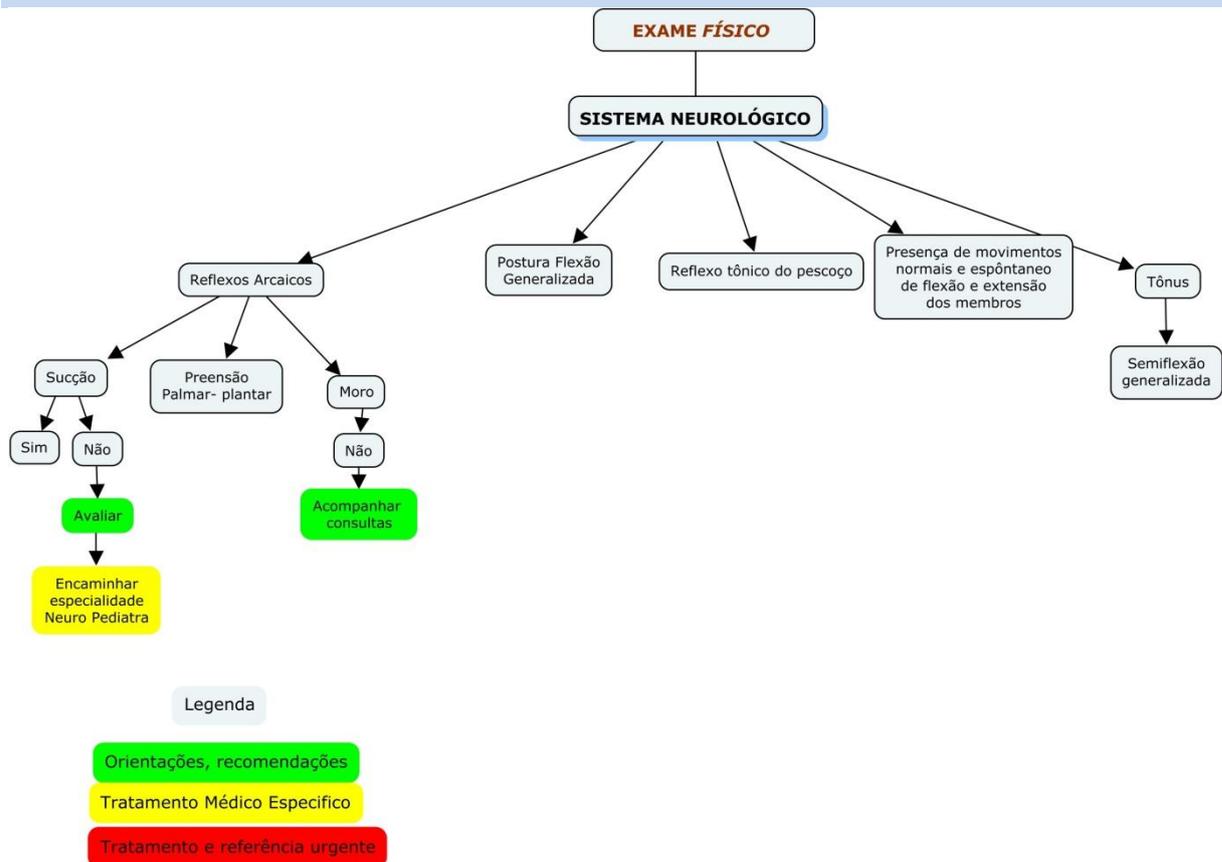
A Figura 9 norteará quanto a avaliação do exame geniturinário. Para o sistema geniturinário masculino, palpar a bolsa escrotal, se há presença dos testículos; no prepúcio observar a abertura central do canal e presença de hipospádia ou epispádia. Na genitália feminina os lábios maiores, clitóris e edemas, se tem presença de secreções esbranquiçada ou sanguinolenta. A região retal observar a permeabilidade anal e posição do orifício para ambos os sexos.

Na genitália masculina deve-se observar a abertura uretral na extremidade da glândula do pênis, para descartar a possibilidade de hipospádia que é a abertura uretral na superfície ventral e a epispádia, com abertura uretral na superfície dorsal do pênis. Palpar os testículos em cada bolsa escrotal, caso contrário, informar a mãe que os testículos descem até os 3 meses de vida, fazendo acompanhamento. Criptorquidia que são os testículos localizados fora da bolsa podendo localizar no canal inguinal ou abdome, a fimose é fisiológica ao nascimento (IBRAHIM, 2014).

O exame da genitália deve ser detalhado e sempre com a presença dos pais (ALBUQUERQUE, 2016). A genitália feminina avalia se os lábios maiores e clitóris, meato uretral localizado atrás do clitóris, pode haver pseudomenstruação com secreção mucoide ou sanguinolenta devido à passagem de hormônios maternos, que se resolve espontaneamente. Dentro das anormalidades podem ser vistos, ausência da abertura vaginal, genitália ambígua. Na região anal verificar permeabilidade, bem como a posição do orifício e a presença de fissuras (BRASIL, 2014).

Realização do exame físico específico neuromuscular na Identificação dos reflexos vigorosos do RN:

Figura 10: Exame Físico Específico Neurológico



Fonte: Souza, 2017.

A Figura 10 descreve a avaliação no exame neuromuscular, sendo os reflexos essenciais como resposta do RN, entre ele os reflexos arcaicos como o da sucção, preensão palmar-plantar e moro, postura e flexão generalizada, postura com lateralização da cabeça, presença de movimentos normais e espontâneo de flexão e extensão dos membros, como também o tônus, esses reflexos são encontrados nos primeiros 15 dias de vida do RN.

Os reflexos apresentados na figura acima, são os primeiros encontrados no neonatais, vão desaparecendo em um período específico de tempo, são atividades próprias do RN a termo e sadio, entre eles o reflexo de sucção que são vigorosos nos primeiros dias de vida, não devendo ser avaliados após as mamadas; o reflexo palmar-plantar ou de preensão é avaliado pelo toque na região citada próximo da base dos dedos que desencadeia a flexão das mão e dos artelhos, a preensão palmar diminui aos 3 meses de vida e o plantar aos 8 meses de vida (OLIVEIRA, 2012).

O reflexo de moro avaliado pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços como resposta causa a extensão e abdução súbitas dos membros e abertura em leque dos dedos. Deve ser sempre simétrico. Pronunciado durante os

dois primeiros meses. Reflexo tônico-cervical é avaliado pela rotação da cabeça para um lado, com conseqüente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais (BRASIL,2014).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os protocolos são acordos estabelecidos em entidades ou em alguns serviços que devem ser seguidos com padronização na execução das práticas pelos profissionais que estão frente a instituição.

Diante da função do protocolo, acredita-se que a proposta da construção do instrumento será proveitosa para os profissionais e para o RN e família, no sentido de nortear a avaliação no momento da visita domiciliar. Uma vez que isso poderá facilitar no acompanhamento desses RN na visita domiciliar, bem como atende a proposta do Ministério da Saúde, para que o RN receba a primeira visita domiciliar na primeira semana de vida a fim de diminuir riscos e complicações para o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis.

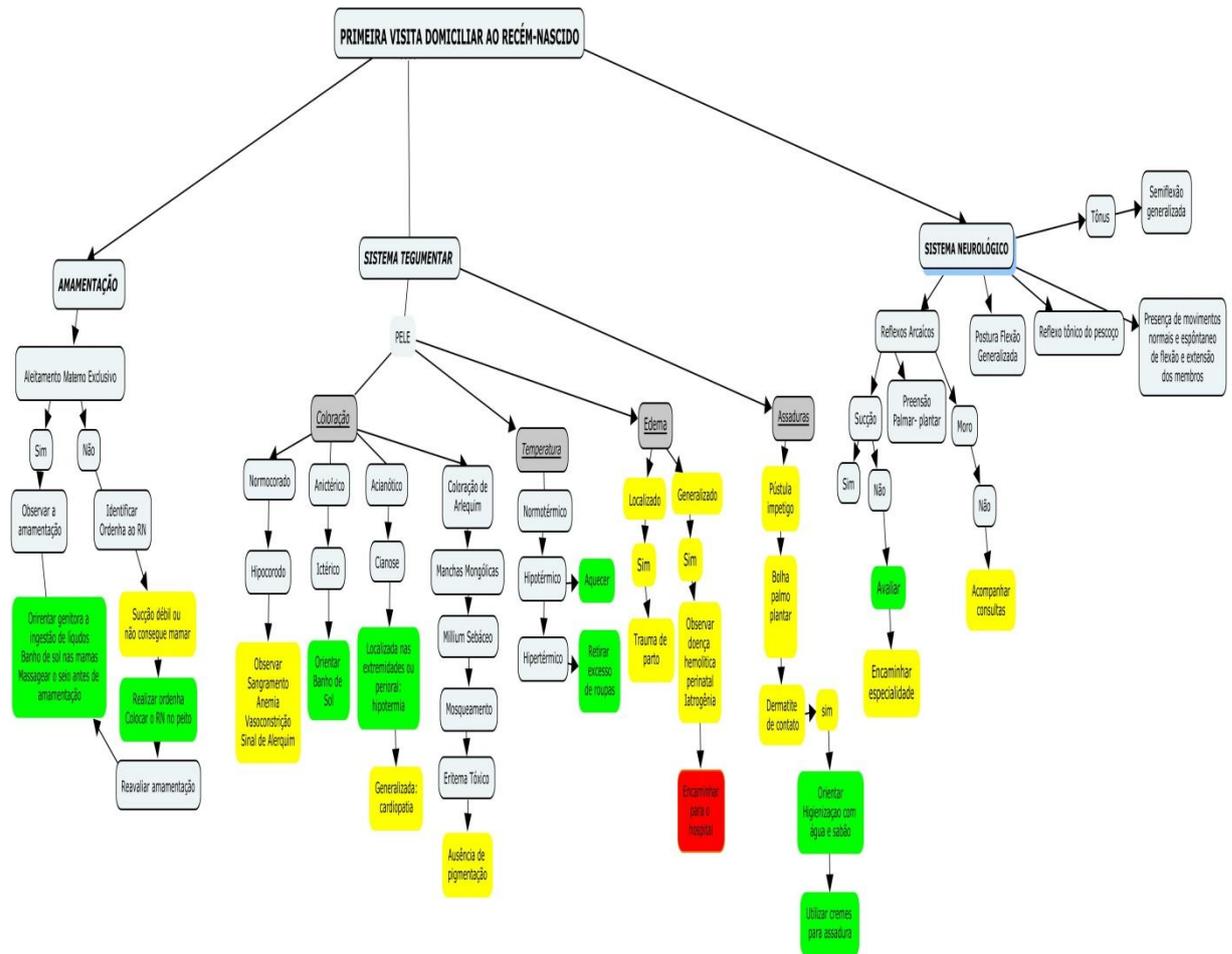
É fundamental que os profissionais tenham conhecimento das características anátomo-fisiológicas sendo capazes de reconhecer os sinais clínicos que tragam perigo ao RN. Dessa forma o protocolo norteará o profissional no sentido de padronização das práticas a serem executadas com condutas a serem seguidas, conforme outras padronizações já utilizadas pelo Ministério da Saúde, priorizando os parâmetros essenciais na avaliação do RN.

Relacionado ao tempo da VD, o protocolo uniformiza em média de tempo, em que o profissional levará para cada assistência ao RN e a família.

De acordo com o exposto, os objetivos proposto foram alcançados, mediante a apresentação do protocolo, com o objetivo de avaliar por meio de sinais e sintomas o processo de saúde doença.

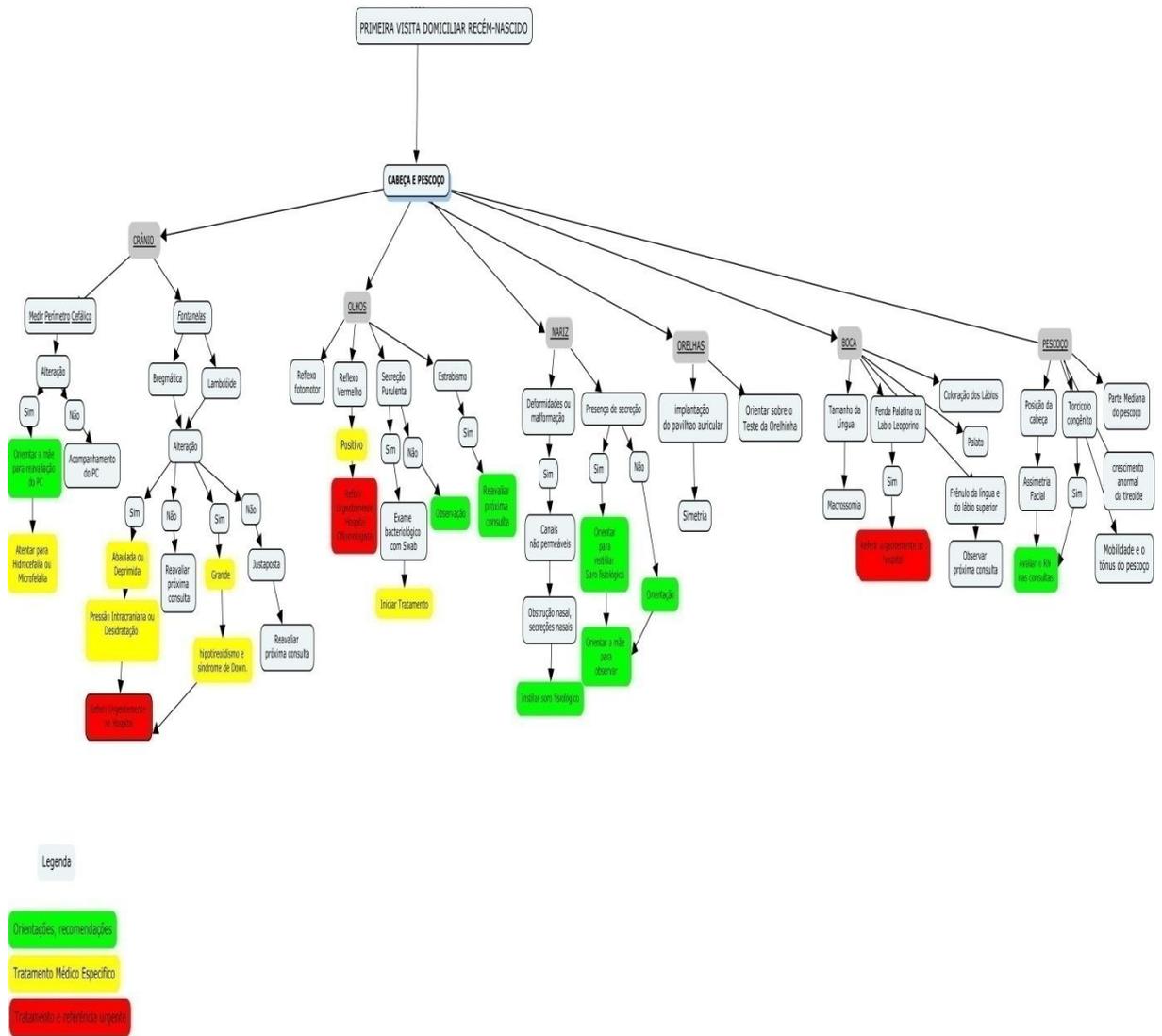
Espera-se, que a partir desse estudo, após a validação, contribua para a construção do conhecimento de enfermeiros na Atenção Primária a Saúde, bem como haja interesse em aprofundamentos sobre a temática.

### Junção dos Exames Físicos como Proposta para o Protocolo



**Legenda**

- Orientações, recomendações
- Tratamento Médico Específico
- Tratamento e referência urgente



Legenda

- Orientações, recomendações
- Tratamento Médico Específico
- Tratamentos e referências urgentes



## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, G. N.; REZENDE, T. M. R. L.; MADEIRA, A. M. F. Caderneta de saúde da criança: experiências dos profissionais da Atenção Primária a Saúde. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 48, n. 5, p. 857-64, 2014.
- APARECIDA, M. et al. Atenção ao neonato na estratégia saúde da família: avanços e desafios para a atenção integral. **CogitareEnfe.**, v.17, n. 4, p.730-737, 2012.
- ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 6, p. 1000-7, 2014.
- BARROS, A. L. B. L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Cadernos de Atenção Básica nº 33. Brasília (DF), 2012a, 272p.
- \_\_\_\_\_. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 4 v. : il.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI Neonatal**. Organização Pan-Americana da Saúde. 5. ed. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il.
- \_\_\_\_\_. **Sistema de Informação sobre mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw.>>. Acesso em: 01 dez. 2016.
- CAMINHA, M. F. C. et al. Aleitamento materno em crianças de 0 a 59 meses no Estado de Pernambuco, Brasil, segundo o peso ao nascer. Rio de Janeiro, **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2021-2032, jul. 2014 .
- CARVALHAL, L. M. et al. Agenda de Compromissos para a saúde integral e redução da mortalidade infantil em um município de Alagoas. **Rev. BrasPromoc Saúde**, v. 26, n. 4, p. 530-38, 2013.
- CAVALCANTI, P. C. S. et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, v. 23, n. 4, p. 1297-316, 2013.
- COSTA, J. S. D. et al. Assistência á criança preenchimento da caderneta de saúde em municípios do seminário brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 14, n. 3, p. 219-27, 2014.
- DURAN, M.; GARCIA, J. A.; SANCHEZ, A. Efetividade da fototerapia na hiperbilirrubinemia neonatal. **Enferm. univ**, México, v. 12, n. 1, p. 41-45, março 2015.

FONTENELE, F. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 480-485, set. 2012.

FERNANDES, J. D.; MACHADO, M. C. R.; OLIVEIRA, Z. N. P. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **An. Bras. Dermatol.**, v. 86, 1, p. 102-10, 2011.

FERNANDES, R. Z. S.; VILELA, M. F. G. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 11, p. 4457-4466, 2014.

FINKLER A. L. et al. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 6, p. 548-53, 2014.

GAIVA, A. M.; DIAS, S. N.; SIQUEIRA C. A. S. V. Atenção ao neonato na estratégia saúde da família: avanços e desafios para a atenção integral, **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 730-7, Out/Dez; 2012

GALVAN, L. et al. Causas de icterícia em neonatos internados em hospital no sul de Santa Catarina. **Arq. Catarin. Med.**, v. 42, n. 3, p. 47-53, jul./set. 2013.

GAUTERIO, D. P.; IRALA, D. A.; CEZAR-VAZ, M. R. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 508-513, June 2012.

GUBERT F.A. et al. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. **Rev. Rene.**, v. 16, n. 1, p. 81-9, jan./fev.2015

IBRAHIM, M. C. **Frequência de anomalias urogenital na genitália externa, recém-nascidos masculinos**. Mestrado (Dissertação) – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Campo Grande, 2014.

INÊZ, N. P. **Impacto da retinopatia da prematuridade nas alterações oftalmológicas tardias em recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso**. Mestrado (Dissertação) - Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Dissertação de Mestrado.2016.

LÉLIS, A. L. P. de A.; MACHADO, M.F. A. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Educação em saúde e a prática de enfermagem ao recém-nascido prematuro. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, out./dez. 2009.

LINHARES, A. O. et al. Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas. **Revista da amrigs**, Porto Alegre, v. 56, n. 3, p. 245-250, jul./set. 2012.

MAZZOL, M. H. S. N.; BRITOII, R. S.; SANTOS, F. A. P. S. Atividades do enfermeiro durante a visita domiciliar pós-parto Revenferm UERJ, Rio de Janeiro, 2014 set/out; 22(5):663-7.

OLIVEIRA L. L. et al. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. **Rev. Paul pediatr.**, v. 30, n. 4, p. 479-85, 2012.

PEREIRA, M. C.; GRADIM, C.V.C.; Atividades do enfermeiro durante a visita; domiciliar pós-parto Consulta Puerperal: A visão do enfermeiro e da puérpera. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 13, n. 1, p. 35-42, Jan./Mar. 2014.

PINHEIRO, A. G. **Proposta de protocolo de atenção ao recém-nascido da comunidade baixa quente do município de Araçai**. Minas Gerais. (Trabalho de Conclusão de Curso) - Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. UFMG. 2013.

POLIT, D.F.; BECK. C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POVALUK, P.; SHWETZ, E. A.; KLIEMANN, R. Estudo comparativo entre a medida plasmática e transcutânea de bilirrubina em recém-nascidos. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 6-12, Mar. 2011 .

ROCHA, G.M.; CORDEIRO, R. C. Assistência domiciliar puerperal de enfermagem na estratégia saúde da família: intervenção precoce para promoção da saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 2, p. 483-493, 2015.

RODRIGUES, M.M.T.; et al. A visita domiciliar o enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. **Revista interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v. 4, n. 2, p.21-26. Abr-Mai- Jun. 2011.

SANTOS, C. A. A. **Cuidados de Enfermagem em Fototerapia**. Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem; Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente. Departamento de Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

SOUZA, A. B. G. **Enfermagem Neonatal: cuidado integral ao recém- nascido**. 2.ed. Atheneu, 2014.

SOUZA, R. S. et al. Atenção à Saúde da Criança: prática de enfermeiros da saúde da família. **Rev Min Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 331-339, abr./jun. 2013.

VIEIRA; V.C.L.et al; Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **CogitareEnferm.**, v. 17, n. 1, p. 119-25, Jan./Mar. 2012.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidado à saúde e de organização de serviço**. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, coopmed, 2009.90p.

ZANONI, C. A. et al. Realidade da aplicação do teste do reflexo vermelho em recém-nascido em uma maternidade de Campo Grandre- MS. **Ensaio e ciências: ciências biológicas, agrárias e da saúde**, v.17, n. 3, p. 49-27, 2013.



# APÊNDICE

## Instrumento para Exame Físico do Recém -Nascido

### 1 AMAMENTAÇÃO

Aleitamento materno exclusivo:  Sim  Não

Respondeu **Sim**:

Orientar:

Observar a amamentação;

Orientar genitora a ingestão de líquidos;

Banho de sol nas mamas;

Massagear o seio antes de amamentar.

Em ambos os seios:

Mamar até esvaziar uma mama, antes de passar para outra;

Tirar o excesso de leite para evitar ingurgitamento mamário.

Respondeu **Não**;

Avaliar a Sucção débil ou não consegue mamar

Realizar ordenha colocando o RN no peito

Reavaliar amamentação

Realizar as orientações anteriores.

### 2 SISTEMA TEGUMENTAR

Observar Coloração da Pele:

Normocorado  Anictérico  Acianótico

Hipocorado  Ictérico

Coloração de Arlequim  Manchas Mongólicas  Millium Sebáceo

Mosqueamento  Eritema Tóxico  Ausência de pigmentação

Se hipocorado observar: Sangramento, Anemia, Vasoconstrição ou Sinal de Alerquim.

Ictérico orientar Banho de Sol.

Na presença de cianose: Localizada nas extremidades ou perioral pode avaliar hipotermia, caso seja Generalizada podendo ser indicativo de cardiopatia.

Verificar a Temperatura:

Normotérmico  Hipotérmico  Hipertérmico

Na hipotermia aquecer o RN

Se hipertérmico retirar excesso de roupas.

Observar presença de Edema:

Localizado       Generalizado

Presença de edema localizado indicativo de trauma de parto

Edema Generalizado Observar doença hemolítica, perinatal, iatrogênia realizar o encaminhamento ao hospital.

Observar assaduras;

Pústula impetigo       Bolha palmo plantar       Dermatite de contato

Na dermatite de contato orientar na realização da higienização com água e sabão e Utilizar cremes para assadura.

### 3 CABEÇA E PESCOÇO

#### 3.1 Exame Físico Específico Cabeça e Pescoço/ Crânio

Mensurar Perímetro Cefálico \_\_\_\_\_

Alteração:  Sim       Não

Na presença de alteração Orientar a mãe para reavaliação do PC e Atentar para Hidrocefalia ou Microfelalia.

Se não houver alteração fazer acompanhamento do PC.

Palpar as Fontanelas

Bregmática

Alteração :  Sim       Não

Se Sim: verificar se está Abaulada ou Deprimida, Pressão Intracraniana ou Desidratação Referindo Urgentemente ao Hospital

Se não houver alteração: Reavaliar na próxima consulta

Lambdóide

Alteração :  Sim       Não

Se apresentar alteração para Grande avaliar podendo ser indicativo de hipotireoidismo ou síndrome de Down. Referir Urgentemente ao Hospital

Se não houver alteração permanecendo Justaposta reavaliar próxima consulta.

### 3.2 Exame Físico Específico Cabeça e Pescoço / Olhos, Nariz e Orelhas

#### OLHOS

Realizar os testes Reflexo fotomotor

Alteração :  Sim  Não

Teste Reflexo Vermelho

Alteração :  Sim  Não

Se positivo, com alteração, referir urgentemente hospital oftomologista

Presença de Secreção Purulenta: :  Sim  Não

Se sim, realizar exame bacteriológico com Swab e iniciar Tratamento

Estrabismo:  Sim  Não

Se sim, reavaliar na próxima consulta.

#### NARIZ

Deformidades ou malformação:  Sim  Não

.

Presença de secreção:  Sim  Não

Canais não permeáveis, obstrução e secreções nasais orientar para instilar soro fisiológico.

#### ORELHAS

Observar implantação do pavilhão auricular, simetria

Orientar sobre o Teste da Orelhinha

### 3.3 Exame Físico Específico Cabeça e Pescoço / Boca e Pescoço

#### BOCA

Avaliar Tamanho da Língua

Alterado para maior:  Sim  Não

Se sim, pode ser indicativo de Macrossomia

Observar presença de Fenda Palatina ou Lábio Leporino:  Sim  Não

Se sim, referir urgentemente ao hospital.

Observar presença de Frênulo da língua e do lábio superior e coloração dos Lábios

#### PESCOÇO

Avaliar Posição da cabeça, Assimetria Facial, Torcicolo congênito, Parte Mediana do pescoço, Mobilidade e o tônus do pescoço

Alteração na parte mediana do pescoço pode ser indicativo de crescimento anormal da tireoide

#### 4 EXAME FÍSICO ESPECÍFICO RESPIRATÓRIO

Forma do tórax arredondado:  Sim  Não

Palpar clavículas e mamas.

Ausculda Pulmonar:

Murmúrios Vesiculares  Claro pulmonar  Rônquico pulmonar

Ruídos Adventícios  Sibilos  Roncos  Estertores

Na presença de ruídos adventícios referir ao hospital.

Observar o Processo Xifoide que deve estar evidente.

Avaliar:

Tiragem  Retração esternal  Batimento da asa do nariz  Gemidos

Referir ao hospital após avaliação.

#### 5 EXAME FÍSICO ESPECÍFICO CARDIOVASCULAR

Ausculda

Realizar frequência cardíaca

Normocárdico  Taquicárdico  Bradicárdico  Sopro Cardíaco

Avaliar as alterações e referir ao hospital.

Avaliar o Ápice

Dextrocardia: :  Sim  Não

Se sim, encaminhar para o hospital

Avaliar cianose e pulsos periféricos

#### 6 EXAME FÍSICO ESPECÍFICO DO ABDOME

Presença do coto umbilical com duas artérias uma veia :  Sim  Não

Apresenta secreção purulenta: :  Sim  Não

Se sim, aplicar tratamento local e orientar higiene.

Avaliar tipo de abdome:

Plano  Arredondado  Globoso  Escavado

No caso de abdome arredondado ou globoso orientar mãe para observar e acompanhar consulta

Auscultar Ruídos Hidroéreos: :  Sim  Não

Palpar fígado e baço: :  Sim  Não

Se estiverem aumentados acompanhar na próxima consulta e referir ao hospital.

## **7 EXAME FÍSICO ESPECÍFICO GENITURINÁRIO MASCULINO E FEMININO**

### **Genitália Masculina**

Palpar a Bolsa escrotal verificando se os Testículos estão presentes

Se não, acompanhar nas próximas consultas

No Prepúcio avaliar abertura uretral central ou presença de pele que cobre e adere ao pênis

Caso não tenha presença da abertura uretral investigar hipospadia ou epispodia

### **Genitália Feminina**

Avaliar o lábio maior, clitóris e presença de edemas, secreção observando a coloração como esbranquiçada ou hemorrágica.

### **Ânus e Reto**

Avaliar a permeabilidade anal e posição de orifício

## **8 EXAME FÍSICO ESPECÍFICO NEUROLÓGICO**

### **Reflexos Arcaicos**

Sucção:  Sim  Não

Se a resposta for não, Encaminhar a especialidade neuropediatra

Preensão Palmar- plantar:  Sim  Não

Moro:  Sim  Não

Postura Flexão Generalizada:  Sim  Não

Reflexo tônico do pescoço:  Sim  Não

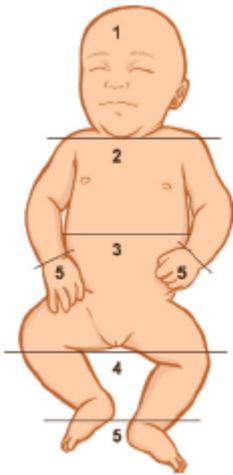
Presença de movimentos normais e espontâneo de flexão e extensão dos membros:

Sim  Não

# **ANEXOS**

**ANEXO A**

## Zonas de Icterícia de Kramer



Zona 1. Icterícia de cabeça e pescoço (BT = 6mg/dl)

Zona 2. Icterícia até no umbigo (BT = 9mg/dl)

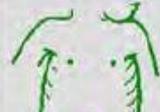
Zona 3. Icterícia até os joelhos (BT = 12mg/dl)

Zona 4. Icterícia até os tornozelos e/ou antebraço (BT = 15mg/dl)

Zona 5. Icterícia até região plantar e palmar (BT = 18mg/dl ou mais)

## ANEXO B

Boletim de Silvermam-Andersen

	Retração Intercostal		Retração Xifóide	Batimento de Asa Nasal	Gemido Expiratório
	Superior	Inferior			
0	 sincronizado	 s/ tiragem	 ausente	 ausente	 ausente
1	 declive inspiratório	 pouco visível	 pouco visível	 discreto	 audível só c/ esteto
2	 balancim	 marcada	 marcada	 marcado	 audível s/ esteto