



**Coren**<sup>MS</sup>  
Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**SAÚDE DA CRIANÇA**

---

Mato Grosso do Sul **2021**

C  
O  
R  
E  
N  
M  
S



## **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Esse protocolo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde, cujo o tema é Saúde da Criança, reúne boas práticas que poderão guiar o cuidado de enfermagem baseado em princípios científicos.

*Autorizada a reprodução, desde que citada a fonte e respeitadas as legislações que regem as normas de utilização de materiais bibliográficos. Proibida a comercialização.*

## FICHA CATALOGRÁFICA

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Protocolo de enfermagem na atenção primária à  
saúde da criança na atenção primária à saúde  
[livro eletrônico] / [organização] Conselho  
Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul. --  
Campo Grande, MS : Coren-MS, 2021.  
PDF

**Bibliografia**

ISBN 978-65-89521-08-2

1. Atenção primária à saúde 2. Crianças - Saúde  
3. Cuidados primários de saúde 4. Enfermagem  
5. Enfermagem - Cuidados 6. Enfermagem em saúde  
pública 7. Serviços de atenção primária I. Conselho  
Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul.

21-81133

CDD-610.733

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Protocolos de enfermagem : Atenção primária à  
saúde : Ciências médicas 610.733

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

---

## **GESTÃO 2021-2023 – Coren-MS**

Aparecido Vieira Carvalho  
Carolina Lopes de Moraes  
Cleberon dos Santos Paião  
Dayse Aparecida Clemente  
Fábio Roberto dos Santos Hortelan  
Flávio Tondati Ferreira  
Karine Gomes Jarcem  
Leandro Afonso Rabelo Dias  
Lucyana Conceição Lemes Justino  
Maira Antônia Ferreira de Oliveira  
Marcos Ferreira Dias  
Nivea Lorena Torres  
Rodrigo Alexandre Teixeira  
Sebastião Junior Henrique Duarte

---

## **ORGANIZADORES**

**COMISSÃO PARA A ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM DO  
COREN-MS – PORTARIA N. 551 DE 7 DE DEZEMBRO DE 2018 /  
PORTARIA N. 184 DE 8 DE ABRIL DE 2019**

## **INTEGRANTES**

Nivea Lorena Torres, Coren-MS n. 91377 ENF (Coordenadora).  
Enfermeira. Mestre em Enfermagem

Lucyana Conceição Lemes Justino, Coren-MS n. 147399 ENF (Membro).  
Enfermeira. Mestre em Enfermagem

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida, Coren-MS n. 181764 ENF (Membro).  
Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde

Virna Liza Pereira Chaves Hildebrand, Coren-MS n. 96606 ENF (Membro).  
Enfermeira. Mestre em Saúde Pública

---

## AUTORES

Virna Liza Pereira Chaves Hildebrand<sup>1</sup>;  
Caroline Menezes Santos<sup>2</sup>;  
Denise Barcelos de Pádua Paz<sup>2</sup>;  
Elton Santo Barboza<sup>2</sup>;  
Francisneide Gomes Pego do Nascimento<sup>3</sup>;  
Indianara de Oliveira Moraes Alexandre Leite<sup>2</sup>;  
Liliane Ferreira da Silva<sup>4</sup>;  
Lucyana Conceição Lemes Justino<sup>1</sup>;  
Nivea Lorena Torres<sup>1</sup>;  
Renata Guerreiro Barbosa<sup>2</sup>;  
Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida<sup>1</sup>;  
Rosilene Mesquita Gomes<sup>2</sup>;  
Soraya Barbosa Ferraz<sup>5</sup>;  
Thays Luana da Cruz<sup>2</sup>;  
Thais Tiemi Faria Tomikawa<sup>2</sup>;  
Frederico Jorge de Moraes<sup>4</sup>;  
Marisa Rufino Ferreira Luizari<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul (Coren-MS), Hospital  
Universitário Maria Ap. Pedrossian (HUMAP) e Secretaria Municipal de Saúde de Campo  
Grande-MS

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS

<sup>3</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

<sup>4</sup> Distrito Sanitário Especial Indígena – Mato Grosso do Sul

<sup>5</sup> Secretaria Municipal de Gestão de Campo Grande-MS

## APRESENTAÇÃO

O Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul apresenta à sociedade uma produção elaborada por enfermeiros idealistas e vocacionados em compartilhar experiências no campo da atenção à saúde da criança visando melhorar o processo de trabalho em enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

Os conteúdos são voltados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e para a vigilância e prevenção do óbito infantil, alicerçados em evidências científicas e nos princípios éticos e legais.

As evidências reunidas nesse material instrucional, embora robustas, não pretendem esgotar o universo de possibilidades de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde. É importante ressaltar a autonomia e o compromisso da Enfermagem na efetivação de políticas públicas, em especial no manejo às ações requeridas na atenção à saúde da criança.

Assim, o Protocolo de Enfermagem na Saúde da Criança na Atenção Primária à Saúde reúne boas práticas que poderão guiar o cuidado de enfermagem para a identificação de ações prioritárias para a saúde da criança e sua família.

**Sebastião Junior Henrique Duarte**  
Presidente do Coren MS - Gestão 2021-2023

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
BEG	Bom Estado Geral
Bpm	Batimentos por minuto
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEINF	Centro de Educação Infantil
CELS	Células
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN/MS	Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREA	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTA	Câmara Técnica de Assistência
CTAS	Câmara Técnica de Assistência à Saúde
CTLN	Câmara Técnica de Legislação e Normas
DDA	Doença Diarreica Aguda
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
ECA	Estatuto da criança e do Adolescente
g	Gramas
g/dl	Gramas por Decilitro
GT-Mulher	Grupo Técnico em Saúde da Mulher
h	Hora
HDL	High Density Lipoproteins
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPED/APAE	Instituto de Pesquisas, Ensino e Diagnósticos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
IST	Infecção Sexualmente Transmissíveis
Kg	Quilograma
LDL	Low Density Lipoproteins
mmHg	Milímetro de Mercúrio
MS	Ministério da Saúde
n°	Número
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Obs	Observação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
REG	Regular Estado Geral
RN	Recém-nascido
Rpm	Respiração por minuto
SC	Sífilis Congênita
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Gráfico 01</b> - Mortalidade neonatal e infantil no Brasil nos anos de 2017 a outubro de 2020.....	16
<b>Gráfico 02</b> – Mortalidade neonatal e infantil no Mato Grosso do Sul nos anos de 2017 a outubro de 2020.....	16
<b>Quadro 1</b> – Descrição do exame físico da criança, detalhado e na ordem céfalo-caudal.....	28
<b>Quadro 2</b> – Descrição do exame físico do RN, detalhado e na ordem céfalo-caudal.....	31
<b>Quadro 3</b> – Apresentação dos reflexos encontrados na criança e suas respectivas descrições.....	38
<b>Quadro 4</b> – Descrição do teste do quadril e manobra de Barlow.....	41
<b>Quadro 5</b> – Principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações.....	42
<b>Quadro 6</b> – Sinais e sintomas respiratórios observados no período neonatal.....	53
<b>Quadro 7</b> – Sinais e sintomas respiratórios que indicam condição grave e necessidade de intervenção imediata .....	53
<b>Quadro 08</b> – Classificação da diarreia segundo a desidratação e o respectivo tratamento .....	64
<b>Quadro 09</b> – Uso de Ivermectina segundo o peso e as principais recomendações do uso do respectivo medicamento.....	76
<b>Quadro 10</b> – Parâmetros da avaliação antropométrica, segundo a faixa etária .....	107
<b>Quadro 11</b> – Esquema profilático para administração de vitamina A em crianças .....	116
<b>Quadro 12</b> – Dosagem de sulfato ferroso profilático para crianças.....	117
<b>Quadro 13</b> – Recomendações quanto à suplementação de ferro.....	118
<b>Quadro 14</b> – sinais e sintomas conforme as formas de Hanseníase.....	121
<b>Quadro 15</b> – Esquema terapêutico para crianças com peso inferior a 30 kg .....	122
<b>Quadro 16</b> – Sinais da violência física em crianças e adolescentes.....	133
<b>Quadro 17</b> – Alterações comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de violência .....	135
<b>Quadro 18</b> – Sinais e sintomas físicos e psíquicos da violência sexual em crianças e adolescentes .....	138
<b>Quadro 19</b> - Critérios para recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV .....	139
<b>Quadro 20</b> – Indicativo de negligência – Omissão de cuidados .....	141

---

## LISTA DE FLUXOGRAMAS

3.3.1	FLUXOGRAMA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA DE QUALQUER IDADE.....	18
3.3.2	FLUXOGRAMA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM AO RN.....	19
3.3.3	FLUXOGRAMA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À PUERICULTURA.....	20
3.3.4	FLUXOGRAMA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM 2 A 10 ANOS IDADE.....	21
5.2	FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À CRIANÇA COM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA.....	55
6.2	FLUXOGRAMA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM DIARREIA E VÔMITO.....	61
7.2	FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À CRIANÇA COM FEBRE E DOR DE OUVIDO.....	68
8.2	FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO À CRIANÇA COM ESCABIOSE	74
9.2	FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO À CRIANÇA COM PEDICULOSE.....	78
10.2	FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO À CRIANÇA COM PARASITOSE.....	84
11.2	FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO À CRIANÇA COM DERMATITE AMONÍACAL.....	89
12.2	FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO À CRIANÇA COM MONILÍASE ORAL E LESÕES/ALTERAÇÕES NA PELE.....	98
13.2	FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO À CRIANÇA COM ALTERAÇÃO DE PESO.....	109
14.2	FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO À CRIANÇA COM NECESSIDADE DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E VITAMINA A	114
15.2	FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO À CRIANÇA COM MANCHA NA PELE.....	124
16.2	FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO À CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA.....	141
17.2	FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO À IMUNIZAÇÃO DE CRIANÇAS.....	148

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>LEGISLAÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>FLUXOGRAMAS.....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>CAPITULO 1. CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.....</b>	<b>22</b>
4.1	Subjetivo: Histórico de Enfermagem .....	27
4.2	Objetivo: Exame Físico .....	27
4.2.1	Especificidades no exame físico do RN.....	30
4.3	<b>AVALIAÇÃO .....</b>	<b>41</b>
4.4	<b>PLANO .....</b>	<b>41</b>
<b>5</b>	<b>CAPITULO 2. CRIANÇA COM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA.....</b>	<b>51</b>
5.1	Introdução.....	52
5.2	Fluxograma.....	55
5.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com dificuldade respiratória .....	56
<b>6</b>	<b>CAPITULO 3. CRIANÇA COM DIARREIA E VÔMITO .....</b>	<b>58</b>
6.1	Introdução.....	59
6.2	Fluxograma.....	61
6.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com diarreia e vômito .....	62
<b>7</b>	<b>CAPITULO 4. CRIANÇA COM FEBRE E DOR DE OUVIDO.....</b>	<b>66</b>
7.1	Introdução.....	67
7.2	Fluxograma.....	68
6.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com febre e dor de ouvido.....	70
<b>8</b>	<b>CAPITULO 5. CRIANÇA COM ESCABIOSE.....</b>	<b>72</b>
8.1	Introdução.....	73
8.2	Fluxograma.....	74
8.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com escabiose.....	75
<b>9</b>	<b>CAPITULO 6. CRIANÇA COM PEDICULOSE.....</b>	<b>77</b>
9.1	Introdução.....	78
9.2	Fluxograma.....	79

9.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com pediculose.....	80
<b>10</b>	<b>CAPITULO 7. CRIANÇA COM PARASITOSE.....</b>	<b>81</b>
10.1	Introdução.....	82
10.2	Fluxograma.....	84
10.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com parasitose.....	85
<b>11</b>	<b>CAPITULO 8. CRIANÇA COM DERMATITE AMONICAL.....</b>	<b>87</b>
11.1	Introdução.....	88
11.2	Fluxograma.....	89
11.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com dermatite amoniacal.....	90
<b>12</b>	<b>CAPITULO 9. CRIANÇA COM MONILÍASE ORAL E LESÕES/ALTERAÇÕES NA PELE (TUNGÍASE, IMPETIGO, LARVA MIGRANS, SÍNDROME DA MÃO-PÉ-BOCA, INTERTRIGO, TÍNEA CORPORIS; DERMATITE SEBRREICA, VARICELA, MILIÁRIAS).....</b>	<b>91</b>
12.1	Introdução.....	92
12.2	Fluxograma.....	98
12.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com feridas na pele.....	99
<b>13</b>	<b>CAPITULO 10. CRIANÇA COM ALTERAÇÃO DE PESO.....</b>	<b>106</b>
13.1	Introdução.....	107
13.2	Fluxograma.....	109
13.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com alteração de peso.....	110
<b>14</b>	<b>CAPITULO 11. CRIANÇA COM NECESSIDADE DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E VITAMINA A .....</b>	<b>112</b>
13.1	Introdução.....	113
14.2	Fluxograma.....	114
14.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com necessidade de suplementação de ferro e vitamina A.....	115
<b>15</b>	<b>CAPITULO 12. CRIANÇA COM MANCHA NA PELE .....</b>	<b>119</b>
15.1	Introdução.....	119
15.2	Fluxograma.....	124
15.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com mancha na pele .....	125
<b>16</b>	<b>CAPITULO 13. CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA.....</b>	<b>130</b>
16.1	Introdução.....	131
16.2	Fluxograma.....	143

16.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança e adolescente vítima de violência .....	144
<b>17</b>	<b>CAPÍTULO 14. IMUNIZAÇÃO .....</b>	<b>148</b>
<b>17.1</b>	Introdução.....	<b>149</b>
17.2	Fluxograma.....	150
17.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à imunização da criança .....	151
<b>18</b>	<b>CAPÍTULO 15. PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO, DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA EQUIPE DE SAÚDE .....</b>	<b>152</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>154</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>160</b>

# 1 LEGISLAÇÃO

Antes de proceder a leitura do capítulo a seguir, e indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/COREN-MS (Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul) que se vincula à saúde da criança na Atenção Primária à Saúde.

**Lei nº 7.498/1986.** *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

**Decreto nº 94.406/1987.** *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

**Resolução COFEN nº 195/1997.** *Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.*

**Resolução COFEN nº 295/2004.** *Dispõe sobre a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pelo Enfermeiro na assistência à criança hospitalizada.*

**Resolução COFEN nº 317/2007.** *Que dispõem sobre a revogação da Resolução COFEN nº. 271, de 12 de julho 2002.*

**Resolução COFEN nº 564/2017.** *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

**Resolução COFEN nº 527/2016.** *Estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem.*

**Resolução COFEN nº 358/2009.** *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.*

**Resolução COFEN nº 429/2012.** *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

**Resolução COFEN nº 487/2015.** *Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.*

**Resolução COFEN nº 509/2016.** *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

**Resolução COFEN nº 514/2016.** *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.*

**Resolução COFEN nº 588/2018.** *Estabelece normas para atuação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde.*

## **PARECERES DO COFEN:**

**Parecer n. 14/2015/ CTAS/COFEN:** *Tempo mínimo da consulta de enfermagem.*

**Parecer n, 05/2015/CTAS/COFEN:** *Aceitação da prescrição de medicamentos por enfermeiros nas farmácias populares.*

**Decisão COFEN n. 244/2016:** *Competência do enfermeiro para realizar teste rápido para detecção de HIV, Sífilis e outros agravos.*

**Parecer Normativo n. 01/2016:** *Parecer sobre a administração de medicamentos fabricados e adquiridos no Paraguai a partir de consulta à ANVISA pelo Coren-MS.*

**Parecer n. 10/2019/CTLN/COFEN:** *Normatização do referenciamento de pacientes por enfermeiros.*

## **PARECERES: CTA E GRUPO TÉCNICO DE SAÚDE DA MULHER / COREN-MS:**

**Parecer Técnico CTA/Coren-MS n. 14/2017:** *Transcrição de receita médica e prescrição de medicamentos em Programas de Saúde pelo Enfermeiro na Atenção Primária.*

**Parecer Técnico CTA/Coren-MS n. 04/2018:** *Atendimento a paciente menor de idade desacompanhado dos pais para realização de consulta pré-natal, testes rápidos de HIV e Sífilis e outros procedimentos de enfermagem.*

**Parecer Normativo CTA/Coren-MS n. 01/2019:** *Suspensão das atividades de enfermagem por insuficiência de recursos humanos em Unidade Básica de Saúde.*

## 2 INTRODUÇÃO

A elaboração deste protocolo tem como objetivo ser um instrumento facilitador para a assistência à criança durante a consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como foco a organização da assistência de Enfermagem nos eixos: a promoção do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a vigilância e prevenção de óbito infantil preconizados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2018), possibilitando a identificação de ações prioritárias para a saúde da criança e sua família.

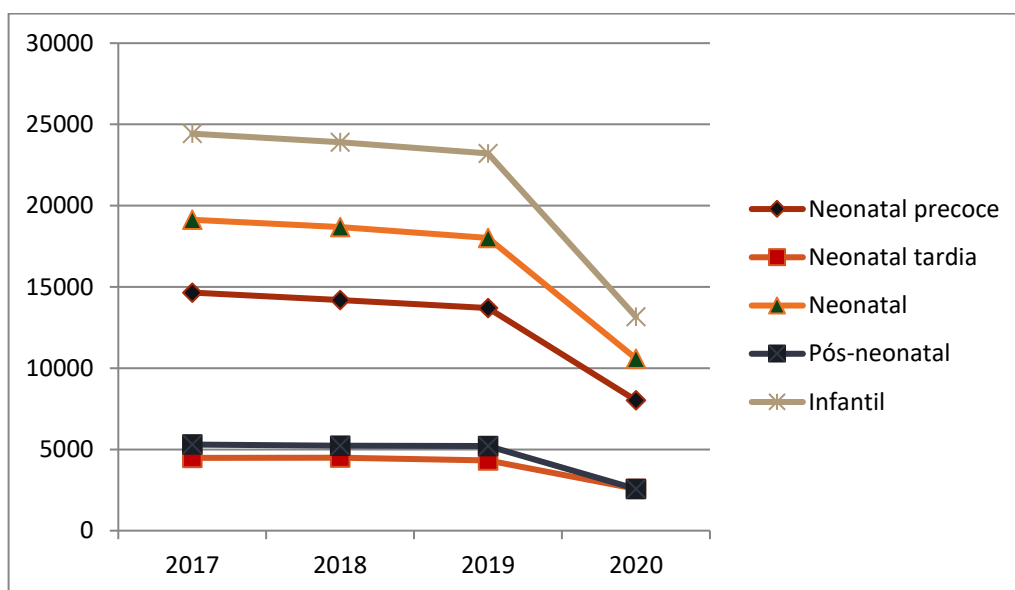
A criança é um ser em constante desenvolvimento, e as experiências dos primeiros anos de vida são fundamentais para a formação do adulto que ela se tornará no futuro. Dito isso, é de grande importância que a criança cresça e se desenvolva em um ambiente saudável, cercada de afeto e com liberdade para ser criança e brincar (BRASIL, 2019).

Neste protocolo considera-se criança a pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, em concordância com o estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) considera “Primeira infância” – pessoa de zero a 5 anos (BRASIL, 2018).

A Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016, que dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde, tem como indicador nº 15 a taxa de mortalidade infantil, cujo objetivo consiste em monitorar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento e a qualidade da atenção hospitalar ofertada a crianças menores de 1 ano.

A mortalidade neonatal representa de 70 a 80% da mortalidade infantil nos últimos 04 anos, sendo que cerca de 60% destas ocorrem nos primeiros 06 dias de vida. O gráfico 01 demonstra os números da mortalidade neonatal e infantil no Brasil nos anos de 2017 a outubro de 2020, contudo, ressalta-se que os dados dos anos de 2019 e 2020 são preliminares.

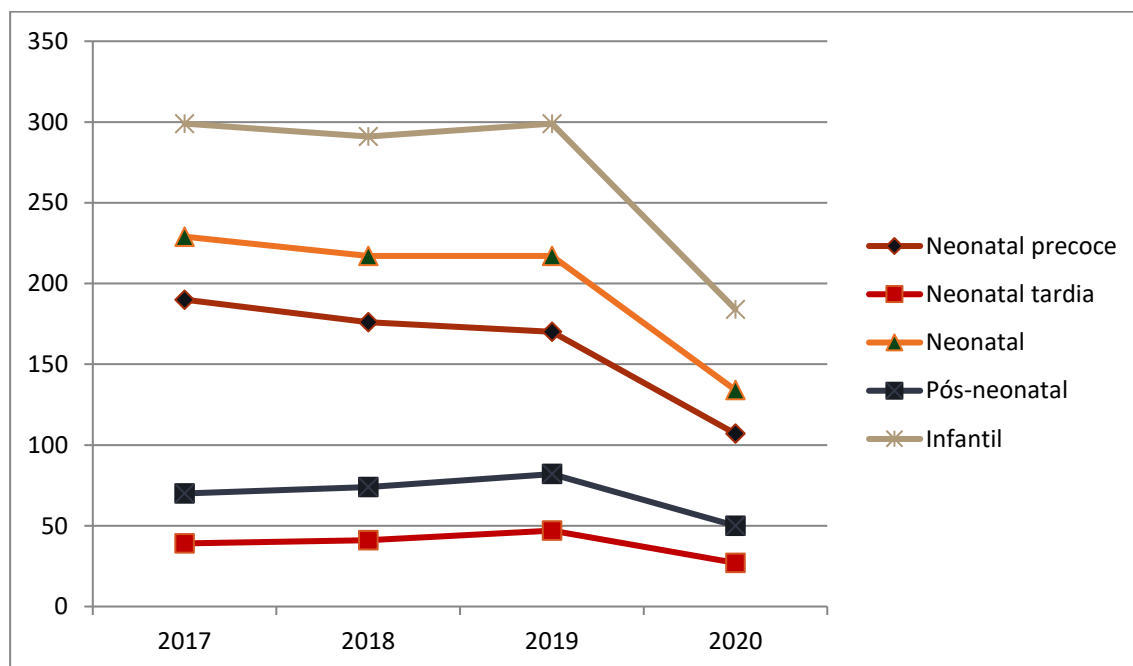
Gráfico 01- Mortalidade neonatal e infantil no Brasil nos anos de 2017 a outubro de 2020.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – 2017 a outubro de 2020

O estado do Mato Grosso do Sul segue a média nacional em relação a mortalidade neonatal e infantil nos últimos 04 anos, como apresentado no gráfico 02, contudo, reforça-se que os dados dos anos de 2019 e 2020 são preliminares.

Gráfico 02 – Mortalidade neonatal e infantil no Mato Grosso do Sul nos anos de 2017 a outubro de 2020



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) – 2017 a outubro de 2020.

No período neonatal concentram-se os riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada



de proteção social e de saúde, direitos esses reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

Em relação ao número de nascimentos no país, observa-se uma média de 11% de nascidos prematuros, taxa equivalente ao Mato Grosso do Sul.

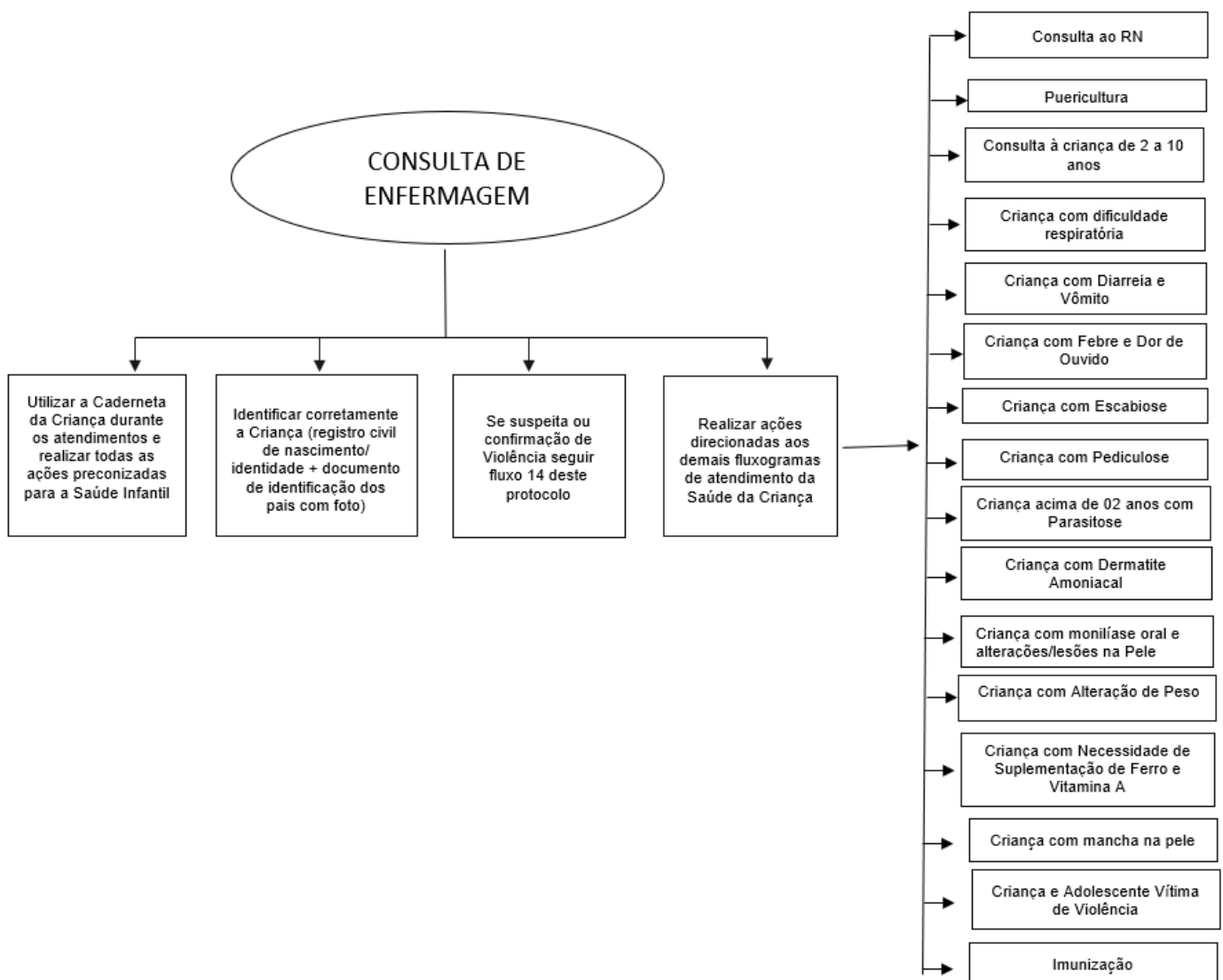
A prematuridade e o baixo peso ao nascer foram as principais características associadas aos óbitos neonatais no país. Estudos epidemiológicos sobre a mortalidade infantil permitem compreender a evitabilidade dos óbitos e melhorar os indicadores da mortalidade neonatal precoce no Brasil, visto que esses óbitos podem ter intervenções e sua prevenção consiste no acesso a cuidados de alta qualidade no período pré-natal, durante parto e imediatamente após o nascimento (TEIXEIRA *et al*, 2019).

### **3 FLUXOGRAMAS**

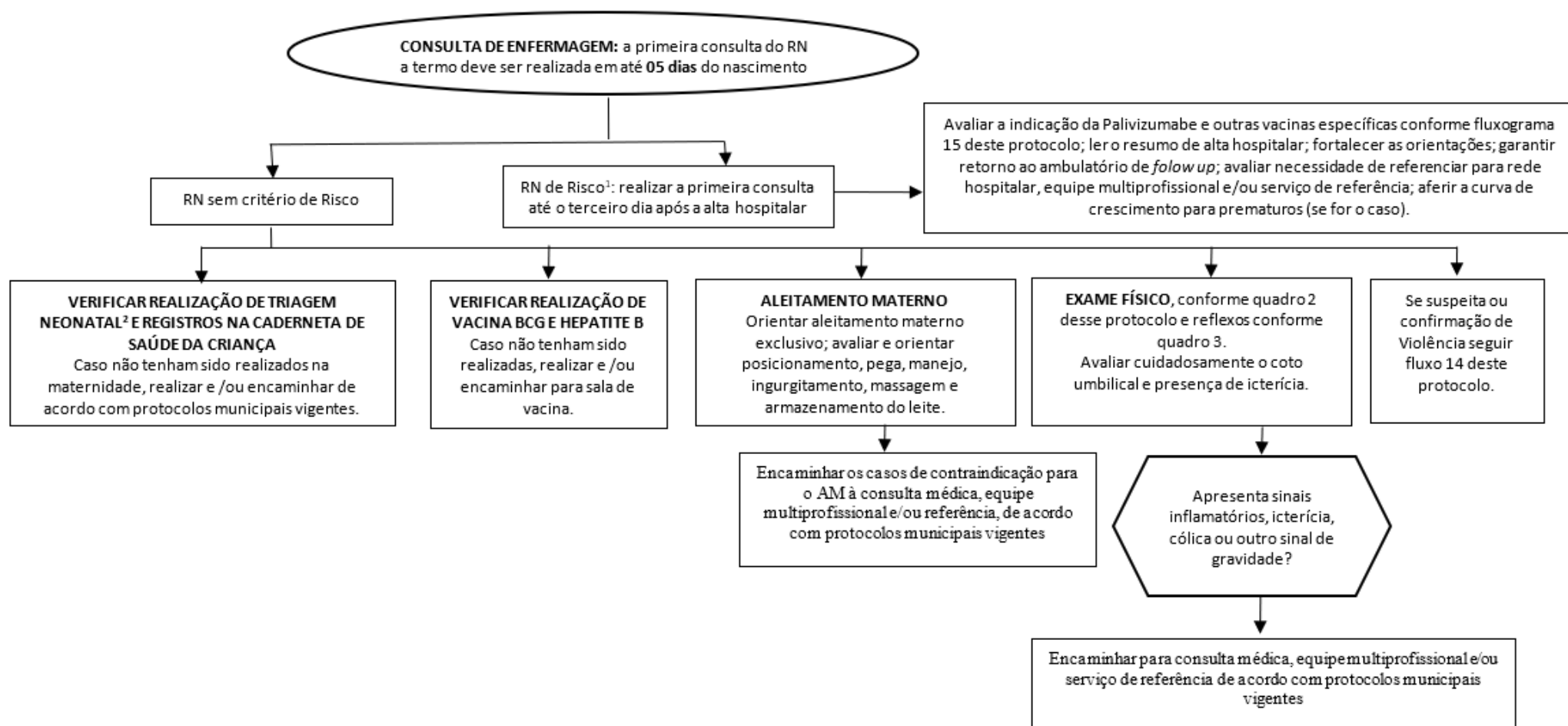
#### **FLUXOGRAMAS DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA DE QUALQUER IDADE, CONSULTA DE ENFERMAGEM AO RN, CONSULTA DE ENFERMAGEM À PUERICULTURA E CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM 2 A 10 ANOS, A FIM DE FACILITAR A VISUALIZAÇÃO E ENTENDIMENTO**

Na página seguinte, estão os fluxogramas de consulta de enfermagem à criança de qualquer idade, consulta de enfermagem ao RN, consulta de enfermagem à puericultura e consulta de enfermagem à criança com 2 a 10 anos, a fim de facilitar a visualização e entendimento.

### 3.3.1 FLUXOGRAMA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA DE QUALQUER IDADE

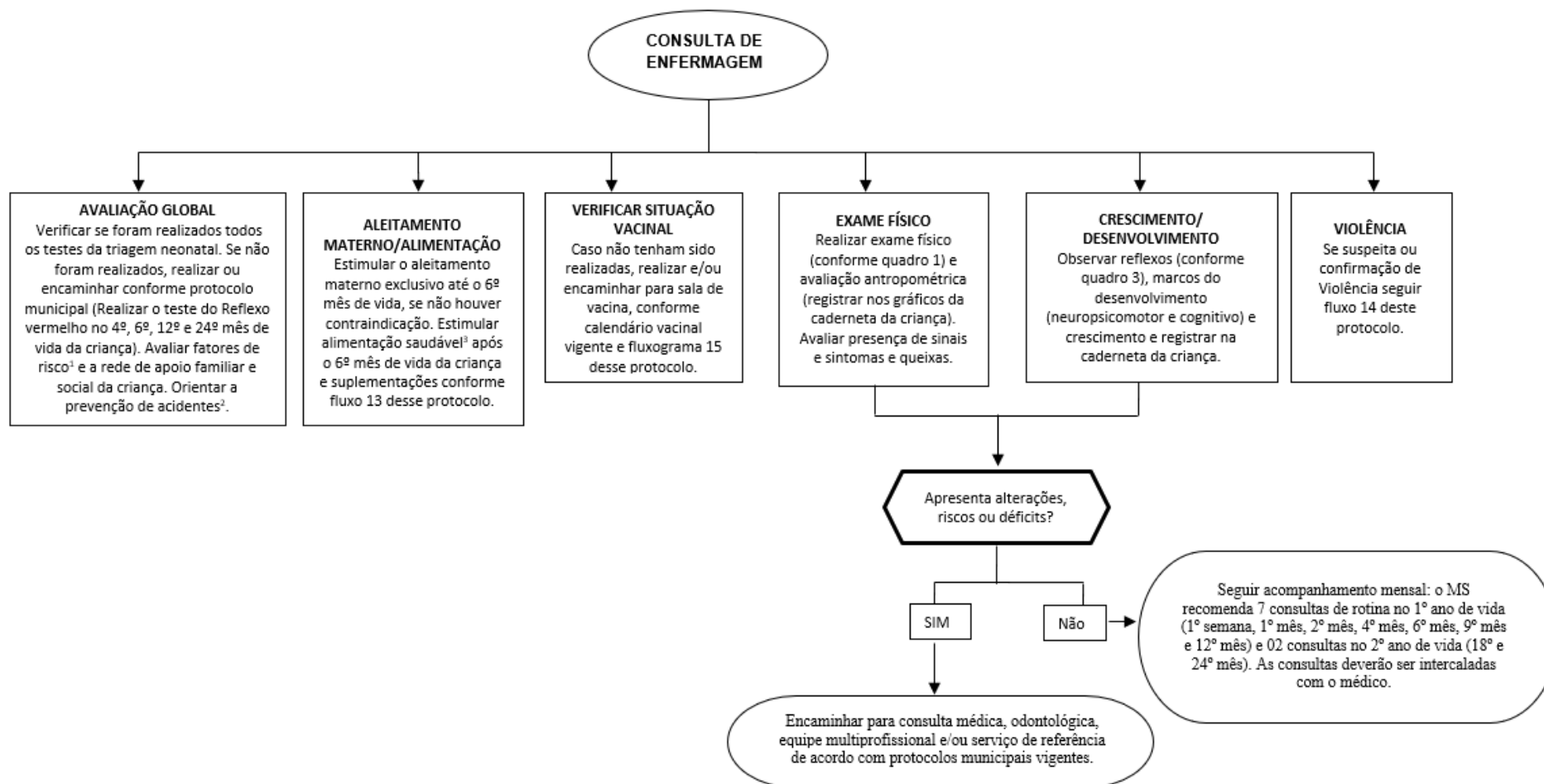


### 3.3.2 FLUXOGRAMA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM AO RN



- RN de risco:** com peso de nascimento <2500g; menos de 37 semanas de idade gestacional (IG), asfixia grave (APGAR < 7 no quinto minuto de vida); condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis; violência familiar e/ou suspeita de abuso; RN retido na maternidade; pais ou responsáveis usuários de álcool, crack e outras drogas.
- Teste do Olhinho:** Realizar Teste do Reflexo vermelho na primeira consulta e repetir no 4º, 6º, 12º meses de vida e na consulta dos 2 anos de idade. **Teste da Linguinha:** Realizar a avaliação da mamada e Protocolo Bristol, se não realizado. **Teste do pezinho:** Coletar imediatamente na Unidade de Saúde, caso não tenha sido realizado. **Teste do Coraçãozinho:** encaminhar para avaliação médica, caso não tenha sido realizado. **Teste do Quadril:** Realizar manobras de Ortolani e Barlow, caso não tenha sido realizada.

### 3.3.3 FLUXOGRAMA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À PUERICULTURA

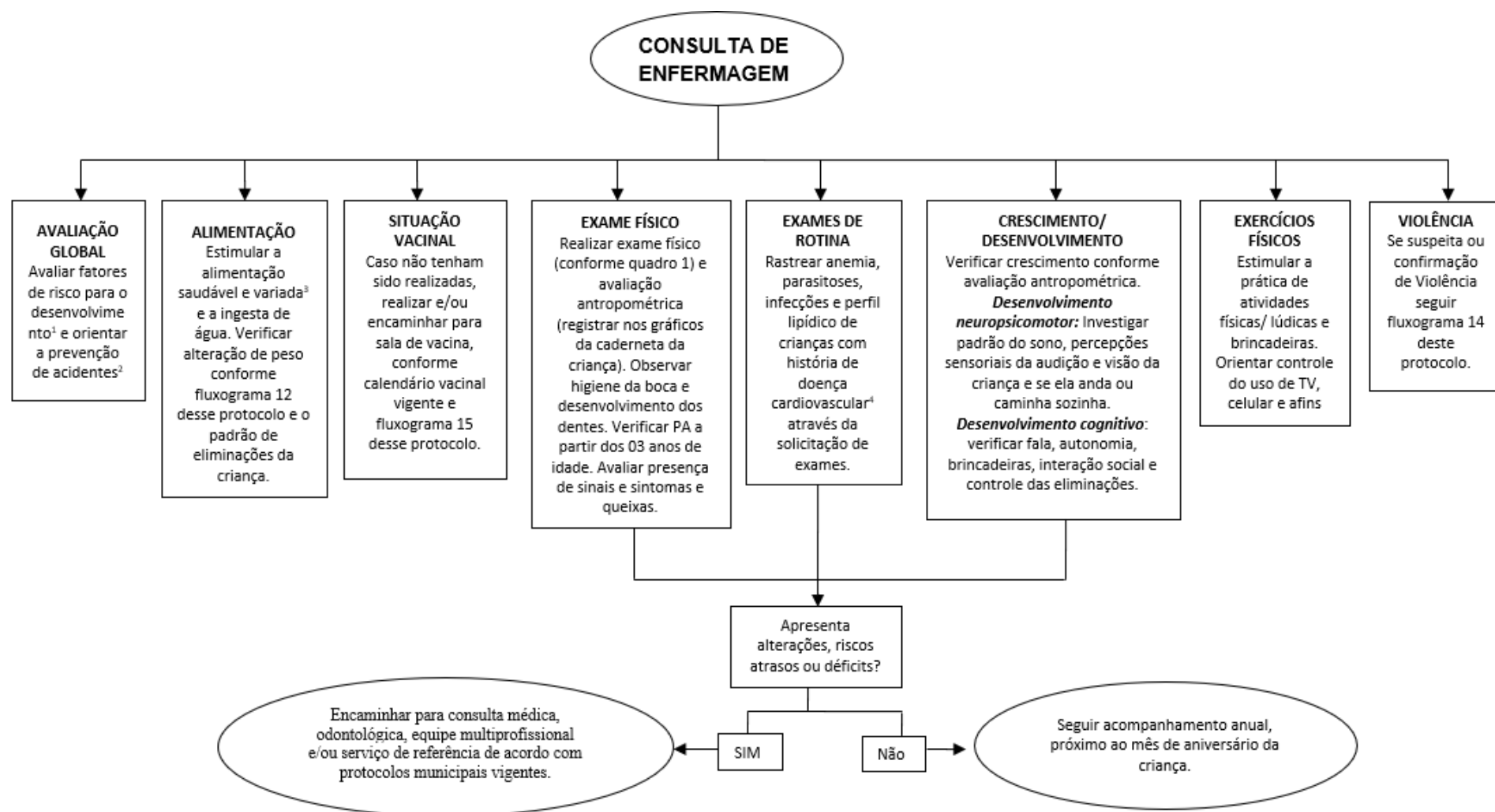


**1-Fatores de risco:** Criança nascida prematura, baixo peso, exposta a vulnerabilidade social e exposta a infecções congênitas (sífilis, HIV, toxoplasmose entre outras). Crianças com menos de 1 ano de idade que nasceram prematuras com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas ou crianças com até 2 anos de idade com doença pulmonar crônica ou doença cardíaca congênita com repercussão hemodinâmica demonstrada (tem indicação do medicamento *Palivizumabe* – conforme Resolução CIB vigente do Mato Grosso do Sul e Portaria 522 de 13 de maio de 2013 do Ministério da Saúde, que aprova o Protocolo de uso do Palivizumabe (as doses aplicadas devem ser anotadas na Caderneta da Criança).

**2-Prevenção de acidentes:** O acidente foi definido como um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e emocionais, ocorrido no ambiente doméstico ou social. Menores de 2 anos estão sujeitos a riscos impostos por terceiros, como queimaduras, intoxicações, colisão de automóvel e quedas (BRASIL, 2014).

**3-Alimentação saudável:** Seguir as orientações do Guia alimentar para crianças menores de 02 anos: Dez passos para uma alimentação saudável. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_da\\_crianca\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf).

### 3.3.4 FLUXOGRAMA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM 2 A 10 ANOS IDADE



1-Fatores de risco para o desenvolvimento: podem ser classificados em genéticos (por exemplo: síndrome de Down), biológicos (por exemplo: prematuridade, hipóxia neonatal, meningites) e/ou ambientais (fatores familiares, de ambiente físico, fatores sociais) (Brasil, 2014).

2- Prevenção de acidentes: alertar para os riscos de acidentes conforme idade. Pré-escolares (de 2 a 6 anos) sofrem mais atropelamentos, acidentes por submersão, quedas de lugares altos, ferimentos, lacerações e queimaduras. Crianças na idade escolar (de 6 a 10 anos) podem ser vítimas de atropelamentos, quedas de bicicletas, quedas de lugares altos, traumatismos dentários, ferimentos com armas de fogo e lacerações.

3- Perfil lipídico de crianças com história de doença: recomenda-se pesquisar o perfil lipídico (colesterol, HDL, triglicérides e LDL) de crianças cujos pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres) ou cujos pais tenham níveis de colesterol total acima de 240mg/dl, a partir de 02 anos de idade.

2-Alimentação saudável: Seguir as orientações dos Dez passos para uma alimentação saudável para crianças de 2 a 10 anos da caderneta da criança (BRASIL, 2018). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_da\\_crianca\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf).

## **CAPÍTULO 1**

# **CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA**

## **4. CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA CRIANÇA**

A criança deve ter seu crescimento e desenvolvimento acompanhados regularmente pela equipe da Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência. A evolução do crescimento da criança é considerada um dos melhores indicadores de saúde, pois o registro sistemático do ganho de peso, da altura e do índice de massa corporal (IMC) nas curvas de crescimento permite a identificação de possíveis alterações em relação aos padrões de risco nutricional, outros diagnósticos e vulnerabilidades (BRASIL, 2018).

Durante o puerpério, o recém-nascido e a puérpera deverão ser visitados nos primeiros cinco dias do nascimento para acompanhamento e orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo, identificação de possíveis sinais de anormalidades, orientação e realização de vacinas, verificação e realização da triagem neonatal e estabelecimento ou reforço da rede de apoio à família e os cuidados específicos ao recém-nascido (RN).

A primeira semana de saúde integral, preconizada pela publicação “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, lembra a importância da verificação da Caderneta de Saúde da Criança, da identificação de riscos e vulnerabilidades ao nascer e da avaliação da saúde da puérpera (BRASIL, 2012).

O cuidado com a saúde do RN tem grande importância na redução da mortalidade infantil, na promoção de melhor qualidade de vida e na diminuição das desigualdades em saúde. No atendimento ao RN deve ser realizado o exame físico, sempre que possível na presença dos pais, permitindo o esclarecimento de possíveis dúvidas dos genitores (BRASIL, 2014).

No acompanhamento da criança é estabelecida, pelo MS, uma consulta mensal no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), trimestral até o segundo ano (no 18º e no 24º mês) e semestral até o quinto ano de vida, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência (BRASIL, 2012).

A realização da consulta/atendimento de enfermagem deve avaliar a criança quanto aos riscos socioeconômicos, nutricionais, ambientais, psicoemocionais e culturais da família.

Quanto à posição para dormir, orientar os pais o risco de morte súbita de crianças no primeiro ano de vida, sobretudo nos primeiros seis meses. A melhor maneira de prevenir a morte súbita é colocar a criança para dormir de “barriga para cima” (posição supina), e não de lado ou de bruços. A cama ou o berço deve ser firme, e não deve haver lençóis ou cobertores frouxos ou objetos macios em volta da criança (BRASIL, 2012).

A criança nascida em maternidades pública ou privada no Brasil tem direito a receber gratuitamente a Caderneta de Saúde da Criança, distribuída pelo Ministério da Saúde. Essa Caderneta é um documento para acompanhar a saúde, crescimento e desenvolvimento da criança do nascimento até os nove anos de idade, sendo importante que a mesma seja preenchida adequadamente e orientada pelo profissional de saúde (BRASIL, 2019).

A primeira parte da Caderneta contém informações e orientações sobre saúde, direitos da criança e dos pais, registro de nascimento, amamentação e alimentação saudável, vacinação, crescimento e desenvolvimento, sinais de perigo de doenças graves, prevenção de violências e acidentes, entre outros, sendo mais voltada então para os cuidadores/família da criança. A segunda parte é destinada aos profissionais de saúde, com espaço para registro de informações importantes relacionadas à saúde da criança, contendo os gráficos de crescimento, instrumentos de vigilância do desenvolvimento e tabelas para registro de vacinas aplicadas (BRASIL, 2019).

O enfermeiro deve acompanhar as etapas evolutivas e conhecer as dificuldades que as interferem, bem como conhecer como se processam as relações sociais entre a família, entre a criança e a equipe e a rede de apoio, que esta família utiliza. Esse conhecimento é relevante para refletir sobre o tipo de abordagem que se deve ter no atendimento à criança, para identificar suas necessidades com bom senso e ter subsídios na tomada de decisões.

Destaque deve ser dado ao acompanhamento e promoção do desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo e emocional com intuito de identificar as alterações para as intervenções de Enfermagem pertinentes (BRASIL, 2018).

A identificação de problemas, tais como: atraso no desenvolvimento da fala, alterações relacionais, tendência ao isolamento social, dificuldade no aprendizado,



agressividade, entre outros é fundamental para o desenvolvimento e a intervenção precoce para o prognóstico dessas crianças (BRASIL, 2012).

Entre os 02 e os 10 anos de idade, deve-se aferir o peso e a altura e plotá-los no gráfico nas consultas realizadas. A altura para a idade é o melhor indicador de crescimento da criança e, no Brasil, representa o déficit antropométrico mais importante. Recomenda-se a plotagem de peso, estatura/comprimento nas curvas de IMC por idade e gênero desde o nascimento (BRASIL, 2012).

A pressão arterial deve ser aferida a partir dos três anos de idade nas consultas de rotina. Sugere-se que se faça uma medida aos três anos e outra no início da idade escolar (6 anos). Para crianças a partir dos dois anos, deve haver aconselhamento para a realização de 30 a 60 minutos por dia de atividade física moderada ou vigorosa, apropriada para a idade, entre três e cinco vezes por semana (BRASIL, 2012).

Quanto à solicitação de exames complementares em crianças assintomáticas, recomenda-se pesquisar o perfil lipídico (colesterol, HDL, triglicerídeos e LDL) de crianças cujos pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres) ou cujos pais tenham níveis de colesterol total acima de 240mg/dl. O rastreamento deve ser realizado a partir dos dois anos de idade, a cada três a cinco anos. Em vez de ponto de corte fixo para o valor normal, recomenda-se avaliar os níveis de lipídios específicos para a idade e o sexo (BRASIL, 2012).

A constipação intestinal é a eliminação das fezes, endurecidas, com dor ou dificuldade, além da sensação de evacuação insatisfatória e incompleta, que pode ou não ser acompanhada pelo aumento do intervalo entre as evacuações. É considerada também como um atraso ou dificuldade na defecação, por duas semanas ou mais, suficiente para causar desconforto.

A constipação aguda pode ser observada durante um curto período como jejuns, anorexia, mudanças de ambiente (como em viagens, por exemplo, algumas pessoas não conseguem evacuar).

A constipação crônica pode ser dividida em funcional e orgânica. Algumas causas orgânicas são as anormalidades anorretais (ânus imperfurado, ânus ectópico anterior, ânus anteriorizado, doença de Hirschsprung) e cólon. Além dessas, há causas extras intestinais, como uso de alguns medicamentos, doenças endócrinas, metabólicas e neurológicas. Já as causas funcionais são as responsáveis pela grande

maioria da constipação crônica nas crianças e são condições que envolvem múltiplos fatores.

Em recém-nascidos pode haver um longo período (até 10 dias) sem evacuações, uma vez que o seu intestino está adaptando ao novo alimento (leite materno) e desenvolvendo o peristaltismo. Já em lactentes, após o desmame ou a transição para a alimentação complementar, pode-se observar a eliminação, com dor ou dificuldade, de fezes ressecadas não muito volumosas.

A cólica infantil usualmente afeta crianças nas primeiras semanas de vida e regride por si mesma, antes do 6º mês de vida. Caracteriza-se pelo choro excessivo, em tom alto e gritante, ataques de irritabilidade e angústia, rubor facial, flexão das pernas, arqueamento das costas, punhos cerrados, eliminação de flatos, abdome rígido e dificuldade para se acalmar. Geralmente o choro tem duração de três horas, por pelo menos três vezes na semana, durante pelo menos três semanas nos primeiros três ou quatro meses de vida.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentamos como sugestão para registro das atividades/procedimentos/consultas, o método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), também utilizado no prontuário eletrônico do cidadão (PEC e-SUS).

	<b>S</b> ubjetivo	<b>O</b> bjetivo	<b>A</b> valiação	<b>P</b> lano
<b>CIPE</b>	Histórico de enfermagem	Exame Físico	Diagnóstico de Enfermagem  Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem  Prescrições farmacológicas
<b>CIAP</b>	Código de queixa principal	Exames	Código do Problema e/ou condição detectada	Código de Intervenções e/ou procedimentos

Segue abaixo sugestão de roteiro de consulta de enfermagem na atenção à saúde da criança na APS:

**4.1 SUBJETIVO:** Histórico de Enfermagem/motivo da consulta (queixa):

- Dados de identificação: nome, idade, raça/cor, naturalidade, filiação, escolaridade, procedência, endereço atual, unidade de referência;
- Antecedentes pessoais;
- Doença pregressa;
- Condição socioeconômica;
- Com quem mora/rede de apoio;
- Fatores ambientais;
- Fatores psicoemocionais;
- Crenças culturais da família;
- Medicamentos usados;
- Histórico de vacinação;
- Histórico de alimentação/nutrição;
- Histórico de internação hospitalar ou intercorrências;
- Histórico de triagem neonatais;
- Se RN, questionar: gravidez planejada/desejada; realização de pré-natal; número de consultas; tipo de parto; idade gestacional; condições de parto; condições de nascimento: peso, comprimento, APGAR no 1 e 5 minutos; intercorrências na gestação ou nascimento; peso do RN no momento da alta.

**4.2 OBJETIVO:** Exame físico:

Seguir o exame céfalo-caudal, conforme o quadro 1.

Quadro 1 – Descrição do exame físico da criança, detalhado e na ordem céfalo-caudal.

<b>EXAME FÍSICO DA CRIANÇA</b>		
<p><b>SINAIS VITAIS</b> (Vide valores de referência para cada faixa etária nos anexos 1, 2 e 3).</p>	<b>TEMPERATURA</b>	Verificar preferencialmente axilar.
	<b>RESPIRAÇÃO</b>	Observar características do tórax e verificar frequência respiratória pelos movimentos abdominais < 7 anos ou torácicos em meninas > 7 anos.
	<b>FREQUÊNCIA CARDÍACA/ PULSO</b>	Verificar frequência cardíaca (foco mitral < 2 anos (ritmo, frequência, fonética).  Verificar pulso carotídeo ou radial > 2 anos, (frequência, simetria e amplitude).
	<b>PRESSÃO ARTERIAL</b>	Aferir, caso necessário, na artéria braquial ou artéria poplítea preferencialmente.
<p><b>CABEÇA</b> Inspeccionar formato e simetria do crânio e face, integridade do couro cabeludo, suturas e traumatismos reversíveis. Medir perímetro cefálico e <b>fontanelas</b> - anterior (bregma) mede de 4 a 6 cm ao nascer, fecha entre 18 e 24 meses; posterior (lâmbda) mede de 1 a 2 cm, fecha por volta de 2 meses. Avaliar tamanho, tensão e se estão abauladas, deprimidas ou planas. Quando abaulada sugere aumento da pressão intracraniana, como ocorre na meningite, hidrocefalia, edema cerebral ou hemorragia intracraniana. Quando deprimida, associa-se à desidratação.</p>	<b>OLHOS</b>	Verificar aspecto e simetria dos olhos, observação de reflexos visuais, constrição visual direta e consensual à luz, presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocoria, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo, teste do reflexo vermelho.
	<b>NARIZ</b>	Inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal e presença e aspecto de secreção, presença de batimento de asas nasais, condições de higiene.
	<b>BOCA</b>	Inspeccionar dentes e gengivas, língua (incluir teste da linguinha), integridade da mucosa e palato (fenda palatina ou labial) e outras alterações.
	<b>OUVIDO</b>	Inspeção da forma, implantação das orelhas e alterações. Acuidade auditiva (por meio do susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro). Em crianças maiores sussurrar a uma distância de aproximadamente 3 metros.

<b>PESCOÇO</b>	Inspeção e palpação de linfonodos (cervicais, occipitais, submandibulares, axilares e inguinais descrevendo o número de gânglios palpáveis, seu tamanho, consistência, mobilidade e sinais inflamatórios), rigidez de nuca.	
<b>TÓRAX</b> Inspeccionar forma, simetria, deformidades, sinais de raquitismo e mamas/mamilos, medir perímetro torácico.	<b>CORAÇÃO</b>	Verificar ausculta de frequência, intensidade, ritmo e qualidade do batimento; presença de cianose e/ou edema.
	<b>PULMÃO</b>	Realizar percussão e ausculta, verificar presença de tiragem, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios, tipo e ritmo respiratório.
<b>ABDOME</b>	Verificar alterações de forma, volume e abaulamento, presença de hérnias umbilicais, inguinais e ventrais. Auscultar, percutir e realizar palpação superficial e profunda na região do fígado e rins, observar presença de dor e rigidez.	
<b>PELE E MUCOSA</b>	Inspeccionar elasticidade, coloração, condições de higiene, presença de lesões e hidratação.	
<b>GENITÁLIA</b> Atentar a sinais de violência e condições de higiene.	<b>FEMININA</b>	Inspeção da integridade da pele e mucosa, presença dos grandes e pequenos lábios, hímen, edema, secreção vaginal, existência de fístulas.
	<b>MASCULINA</b>	Inspeccionar integridade da pele e mucosa, edema, presença de secreção e esmegma, orifício uretral (hipospádia, epispádia), verificar presença de fimose, testículos na bolsa escrotal (ectópicos), criptorquidia (condição na qual não houve uma descida correta do testículo da cavidade abdominal para o escroto), observar presença de bálano (inflamação do prepúcio e glândula que ocorre devido ao estreitamento do prepúcio, fimose ou contaminação por urina, fezes e sujidades), presença de hérnias e hidrocele.
	<b>ÂNUS</b>	Inspeccionar presença de fístula ou fissuras.
<b>COLUNA VERTEBRAL</b>	Observar rigidez, postura, mobilidade e curvatura, espinha bífida, tufo de pelos e hipersensibilidade.	
<b>MEMBROS SUPERIORES</b>	Inspeccionar tamanho, simetria, amplitude dos movimentos, deformidades ou malformações (pés tortos,	

<p style="text-align: center;"><b>MEMBROS INFERIORES</b></p>	<p>sindactilia, polidactilia, paresias, paralisias, luxações congênitas de quadril – Manobra de Ortoloni, avaliação deve ser realizada nos primeiros dois dias de vida ou nas consultas de puericultura, o mais precoce possível, fraturas, presença de massas, linha palmar e plantar.</p>
<p><b>PESO, ALTURA, IMC</b> Realizar a avaliação e o diagnóstico nutricional, através da curva de percentil ou escore Z, disponível na Caderneta da Criança.</p>	<p>O recém-nascido, geralmente, perde 10% do peso de nascimento até o 10<sup>o</sup> dia de vida, depois ganha de 20 a 30 g/dia durante os 3 primeiros meses de vida e triplica o peso de nascimento até o 12<sup>o</sup> mês de vida. Considera-se a marcação de vários pontos na curva (pelo menos três) e avaliam-se o traçado ascendente como satisfatório, o horizontal como sinal de alerta e o descendente como sinal de perigo.</p>
<p style="text-align: center;"><b>AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL (Vide anexos 4 e 5)</b></p>	<p>Observar aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. Importante questionar para a mãe/cuidador sobre fatores associados ao desenvolvimento da criança, observar alguns detalhes no seu exame físico e finalizar com a observação da criança na realização de comportamentos esperados para a sua faixa etária. Devem ser observados e avaliados fatores de risco e alterações físicas associadas aos problemas de desenvolvimento da criança. Preencher instrumento disponível na Caderneta da Criança, com a letra P (marco presente), A (marco ausente) ou NV (marco não verificado) em cada marco, de acordo com a idade da criança.</p>

Fonte: HOCKENBERRY; WILSON (2014).

Quanto ao rastreamento para criptorquidia, esta é uma condição comum ao nascimento. A migração espontânea dos testículos ocorre geralmente nos primeiros três meses de vida e raramente após os seis a nove meses. Se aos seis meses não forem encontrados testículos palpáveis no saco escrotal, será necessário encaminhar a criança à cirurgia pediátrica (BRASIL, 2012).

**Reflexos presentes:** Moro (até 4 meses), sucção (até 8 meses), preensão palmar (até 4 meses), preensão plantar (até 8 meses), tônico-cervical (até 4 meses), fotomotor e Babinski (até a criança iniciar a andar sozinha).

#### 4.2.1 Especificidades no exame físico do RN

O exame físico geral do RN deve ser completo, céfalo-caudal, seguindo as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), conforme roteiro do quadro 2.

Quadro 2 – Descrição do exame físico do RN, detalhado e na ordem céfalo-caudal.

<b>PELE</b>	Avaliar presença de milium, lanugo, vérnix, mancha mongólica, icterícia e presença de anomalias. A pele do RN normalmente está lisa, macia, rósea e opaca. A presença de cor amarelada significa icterícia, é visível após as primeiras 24 horas de vida. Afecções cutâneas mais comuns encontradas no RN sem gravidade semiológica: eritema tóxico neonatal, milium, mancha mongólica, miliária e hemangiomas (anexo 6).
<b>MUSCULATURA</b>	Avaliar o tônus e o trofismo.
<b>ESQUELETO E ARTICULAÇÕES</b>	Avaliar cuidadosamente a presença de deformidades ósseas, inadequações de mobilidade e dor à palpação de todos os ossos e articulações.
<b>EXAME FÍSICO ESPECÍFICO</b>	
<b>CRÂNIO</b>	<p>Avaliar assimetrias e palpar as suturas cranianas. São comuns as sobreposições das bordas dos ossos do crânio (cavalgamentos), especialmente em RN nascido de parto normal, as quais desaparecem em poucos dias, bem como as disjunções de suturas, sem qualquer expressão patológica.</p> <p>Na palpação das fontanelas, deve-se estar atento para o tamanho (medido em centímetros nas diagonais), a tensão, os abaulamentos ou as depressões e pulsações. A fontanela bregmática, na forma de losango, formada na confluência dos ossos frontal e parietais, apresenta-se com tamanho variável no RN a termo, em média de 4x2,5 cm. A lambdoide, entre os ossos parietais e occipital, geralmente é pequena (justaposta). Quando grande, pode estar associada a doenças como hipotireoidismo e síndrome de Down.</p>

	<p>Na palpação do couro cabeludo detectam-se abaulamentos com relativa frequência, como na bossa serossanguínea e no céfalo-hematoma. O perímetro craniano é informação indispensável e deve ser medido com fita métrica inextensível, passando pela glabella e proeminência occipital. No RN a termo varia de 33 a 37cm. Esse dado (com os dados de peso e o comprimento) deve ser lançado no gráfico de crescimento. Se a criança for prematura, deve-se levar em conta sua idade cronológica corrigida (anexo 7). Essa é calculada subtraindo-se da idade real da criança o número de semanas que faltaram para que completasse 40 semanas de gestação.</p>
<b>OLHOS</b>	<p>Os RN permanecem com os olhos fechados a maior parte do tempo. Devem-se observar a distância entre os olhos, entre os cantos internos das pálpebras (distância intercantal interna), a posição da fenda palpebral (transversal – normal ou oblíqua – presente em algumas anomalias congênitas) e a presença de sobrancelhas, cílios e epicanto. A fenda palpebral oblíqua para cima, por exemplo, está presente na síndrome de Down, e para baixo na de Apert.</p> <p>Devem-se pesquisar exoftalmia, microftalmia (com córnea menor que 9 mm), opacificação da córnea, catarata, glaucoma congênito (com córnea maior que 11 mm) e lacrimejamento anormal por obstrução do canal lacrimal (dacriostenose). Devem ser investigadas a simetria entre as pupilas (isocoria ou anisocoria), a reatividade das pupilas ao estímulo luminoso e a presença de midríase ou miose.</p> <p>O Teste do Reflexo Vermelho (Teste do Olhinho) é capaz de identificar a presença de alterações na visão da</p>



	<p>criança, como, por exemplo, a catarata congênita e o retinoblastoma. Algumas outras enfermidades podem ser triadas por meio da realização do Teste do Olhinho e confirmadas posteriormente. Este exame não é invasivo e deverá ser realizado na primeira consulta, sendo necessário repeti-lo no 4º, 6º, 12º meses de vida e na consulta dos dois anos de idade (SANTA CATARINA, 2014). Com auxílio de oftalmoscópio, deve-se pesquisar o reflexo vermelho do fundo do olho, que indica a adequada transparência da córnea e do cristalino (anexo 8).</p>
<b>OUVIDOS</b>	<p>Devem-se verificar a forma, a consistência e a implantação dos pavilhões auriculares e a presença de condutos auditivos externos. É necessário também avaliar a função do sistema auditivo. Deve-se observar se o RN responde piscando os olhos à emissão de um ruído próximo ao ouvido (reflexo cócleo-palpebral). Independentemente do resultado, é obrigatório o rastreamento da deficiência auditiva por meio de medidas fisiológicas da audição (teste da orelhinha).</p>
<b>NARIZ</b>	<p>Quando o RN está calmo, dormindo e com a boca fechada, podem-se observar a permeabilidade nasal ao ar inspirado e expirado. Obstrução nasal e espirros frequentes são comuns e muitas vezes decorrentes do trauma causado pela aspiração das vias aéreas superiores ao nascimento. Batimentos das aletas nasais são visíveis em RN com dificuldade respiratória.</p>
<b>BOCA</b>	<p>A cavidade oral deve ser observada cuidadosamente. O exame pode ser feito durante o choro e, na maioria das vezes, não há necessidade de se utilizar abaixador de língua para sua melhor visualização. O estímulo da pressão suave na transição mucosa-pele do lábio inferior e leve tração da mandíbula para baixo facilita a abertura</p>

	<p>da boca do RN. Devem-se observar inicialmente as mucosas. A seguir, devem-se avaliar a forma do palato, se normal ou em ogiva, e sua integridade. Fenda palatina pode ocorrer de forma isolada ou associada a lábio leporino. Na gengiva, deve-se verificar a presença de cistos de retenção gengival e dentes supranumerários. O tamanho e a mobilidade da língua devem ser avaliados; deve também ser avaliado o tamanho da mandíbula. Avaliar também a sucção e a pega.</p> <p>A realização do Teste da Linguinha, com a aplicação do Protocolo de Bristol também poderá ser realizado neste momento para a avaliação do frênulo lingual (anexo 8).</p>
<p><b>PESCOÇO</b></p>	<p>Deve-se palpar a parte mediana do pescoço, a fim de que sejam detectados o crescimento anormal da tireoide (bócio) e a presença de fístulas, cistos e restos de arcos branquiais. Em sua parte lateral, deve-se verificar a presença de estase jugular e palpar o músculo esternocleidomastoideo para verificar a presença de contraturas (torcicolo congênito). É importante verificar a mobilidade e o tônus do pescoço a fim de afastar anomalias das vértebras cervicais. A presença de pele redundante na nuca pode estar associada à síndrome de Down, e na parte lateral (o chamado pescoço alado) à síndrome de Turner.</p>
<p><b>TÓRAX</b></p>	<p>Na inspeção do tórax do RN podem-se detectar a sua forma normal, cilíndrica. No RN a termo seu perímetro (passando pelos mamilos) é cerca de 2 cm menor que o cefálico. Assimetria pode estar associada à malformação cardíaca, pulmonar, da coluna e do arcabouço costal. O apêndice xifóide é frequentemente saliente. Os mamilos e as glândulas mamárias crescem com a idade gestacional e em RN a termo medem, à palpação, cerca</p>

	<p>de 1 cm. Pode ocorrer hipertrofia bilateral das glândulas mamárias decorrente de estímulo estrogênico materno. Em algumas dessas crianças, meninos ou meninas, podem-se observar secreção de leite. Deve-se evitar a expressão das glândulas hipertrofiadas, devido ao risco de contaminação e ao desenvolvimento de mastite, que é uma condição grave.</p> <p>A frequência respiratória média é de 40 a 60 incursões por minuto (contada em 1 minuto). Frequência acima de 60 caracteriza a taquipneia, que deve ser investigada. Presença de tiragem intercostal supra e infraesternal é anormal, mesmo em RN prematuros. RN em repouso com frequência cardíaca acima de 160 bpm (taquicardia) devem ser mais bem avaliados. Na ausculta cardíaca do RN, sopros ou arritmias podem ser transitórios. É fundamental a palpação cuidadosa dos pulsos periféricos.</p>
<b>ABDOME</b>	<p>Durante a inspeção, o abdome do RN apresenta-se semigloboso, com perímetro abdominal cerca de 2 a 3 cm menor que o cefálico. Habitualmente, não se visualizam ondas peristálticas. A presença de abdome globoso, distendido, com ondas peristálticas visíveis sugere obstrução. Abdome escavado é sugestivo de hérnia diafragmática.</p> <p>Devem-se, ainda, inspecionar as condições do coto umbilical. Inicialmente gelatinoso, ele seca progressivamente, mumificando-se perto do 3º ou 4º dias de vida, e costuma desprender-se do corpo em torno do 6º ao 14º dia. É importante pesquisar a presença de secreções na base do coto umbilical ou de eritema da pele ao redor da implantação umbilical.</p>

	<p>Como fator de proteção contra infecção é recomendado a higiene da região umbilical com álcool a 70%. Imediatamente após a limpeza podem-se observar hiperemia transitória da pele, o que não apresenta risco para o RN. A eliminação de mecônio costuma ocorrer nas primeiras 24 a 36 horas de vida. Ao auscultar o abdome, verifica-se que no RN os ruídos hidroaéreos são bem frequentes. Ruídos aumentados, que ocorrem nas situações de luta contra obstrução, ou ausência de ruídos são sinais preocupantes que indicam doença grave.</p>
<p><b>APARELHO GENITURINÁRIO</b></p>	<p>O exame da genitália deve ser detalhado e sempre que possível com a presença de um dos pais ou de um auxiliar. Se essa regra é fundamental para crianças maiores, não deixa de ser menos importante com um RN. Após inspeção geral, nos meninos, o exame deve começar com a palpação do canal inguinal para a detecção de massas ou testículo. O pênis normal de um RN mede de 2 a 3 cm. A glândula não costuma ser exposta, nem com a tentativa de retração do prepúcio, e o orifício prepucial é estreito. A visualização do meato urinário na extremidade da glândula nem sempre é possível. Existe a possibilidade de anormalidades na saída da uretra. Quando o orifício de saída se encontra na face ventral do pênis dá-se o nome de hipospádia e, quando na face dorsal, de epispádia. A bolsa escrotal é rugosa no RN a termo. Sua palpação permite verificar a presença dos testículos, assim como sua sensibilidade, tamanho e consistência. Os testículos do RN a termo são habitualmente encontrados dentro da bolsa escrotal. A não palpação dos testículos na bolsa pode significar criptorquidia.</p>

	<p>No sexo feminino, o tamanho dos grandes lábios depende do depósito de gordura e da idade gestacional da criança. Assim, nas crianças pré-termo pequenas podem ser quase inexistentes, e nas crianças a termo os grandes lábios chegam a recobrir totalmente os pequenos lábios. Afastados os grandes lábios, avalia-se o sulco entre os grandes e pequenos lábios, frequentemente recobertos de vérnix. Aderências de pequenos lábios são raras e requerem intervenção. Avaliar presença de secreção vaginal (pode ocorrer presença de secreção mucoide ou sanguinolenta nos primeiros dias de vida).</p>
<p><b>ÂNUS</b></p>	<p>O exame do orifício anal deve ser feito obrigatoriamente, podendo-se detectar anomalias anorretais e fístulas. Inspeccionar se está pérvio.</p>
<p><b>SISTEMA NERVOSO</b></p>	<p>Quando se inicia o exame físico geral do RN, inicia-se, simultaneamente, a avaliação neurológica, pois postura, movimentação espontânea, resposta ao manuseio e choro são parâmetros importantes dessa avaliação.</p> <p>Durante o exame, deve-se atentar para o estado de alerta da criança, que reflete a integridade de vários níveis do sistema nervoso central. Como o exame sofre grande influência do estado de sono/vigília, é importante aguardar a criança despertar para uma adequada avaliação. São diversos os reflexos primitivos encontrados no RN, porém não há necessidade de avaliação de todos durante o exame físico rotineiro do RN a termo. Os que habitualmente devem ser avaliados estão presentes no quadro 3.</p>

Quadro 3 – Apresentação dos reflexos encontrados na criança e suas respectivas descrição.

<b>REFLEXO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
<b>Sucção</b>	Quando os lábios da criança são tocados por algum objeto, ela desencadeia movimentos de sucção dos lábios e da língua. Presente até o 8º mês de vida.
<b>Voracidade</b>	Manifesta-se quando é tocada a bochecha perto da boca, fazendo com que a criança desloque a face e a boca para o lado do estímulo. Este reflexo não deve ser procurado logo após a amamentação, pois a resposta ao estímulo pode ser débil ou não ocorrer. Está presente no bebê até os 3 meses de idade.
<b>Tônico cervical</b>	Conhecido também como reflexo do esgrimista, desencadeado pela rotação de 90 graus da cabeça, que deve ser mantida dessa forma por 15 segundos, consiste na extensão dos membros superiores para o lado em que a cabeça é girada e flexão dos membros superiores do lado occipital. O reflexo exagerado e/ou persistente (após o terceiro mês de vida) significa comprometimento cerebral.
<b>Preensão palmoplantar</b>	Se obtém com leve pressão do dedo do examinador na palma das mãos da criança e abaixo dos dedos do pé. Presentes até o 4º e 8º mês de vida respectivamente.
<b>Marcha</b>	Segurando-se a criança pelas axilas em posição ortostática, ao contato das plantas do pé com a superfície, a criança estende as pernas até então fletidas. Se a criança for inclinada para a frente, inicia a marcha reflexa.
<b>Babinski (Cutâneo-plantar)</b>	Obtido fazendo-se estímulo contínuo da planta do pé a partir do calcâneo no sentido dos artelhos. Os dedos adquirem postura em extensão, a partir do estímulo da porção lateral do pé, que pode apresentar até cerca de 18 meses.
<b>Moro</b>	É desencadeado por algum estímulo brusco como bater palmas, estirar bruscamente o lençol onde a criança está deitada ou soltar os braços semiesticados quando se faz a avaliação da preensão palmar. O reflexo consiste em uma

	resposta de extensão-abdução dos membros superiores (eventualmente dos inferiores). A assimetria ou a ausência do reflexo pode indicar lesões nervosas, musculares ou ósseas, que devem ser avaliadas.
<b>Fuga à asfixia</b>	Coloca-se a criança em decúbito ventral no leito, com a face voltada para o colchão. Em alguns segundos o RN deverá virar o rosto liberando o nariz para respirar adequadamente

## IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Filiação (Mãe/Pai): \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) Não frequenta escola ( ) Educação infantil ( ) Ensino Fundamental

Acompanhante da consulta de hoje (nome/vínculo): \_\_\_\_\_

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM – SUBJETIVO

Com quem mora? ( ) pais ( ) pai ( ) mãe ( ) avós ( ) outros. Especificar: \_\_\_\_\_

Rede de apoio (Composição e vínculos familiares): \_\_\_\_\_

Motivo da consulta: \_\_\_\_\_

## HÁBITOS DA CRIANÇA

Padrão do sono: ( ) normal ( ) diminuído ( ) aumentado Tem dificuldade para dormir? ( ) não ( ) sim. Especifique: \_\_\_\_\_

Alimentação: \_\_\_\_\_

Recreação: \_\_\_\_\_

Faz uso de medicação de uso contínuo? (Medicamento e posologia) \_\_\_\_\_

Fazendo uso de alguma medicação momentânea? (Medicamento e posologia) \_\_\_\_\_

Tem alguma alergia? ( ) não ( ) sim. Especifique: \_\_\_\_\_

Histórico Vacinal \_\_\_\_\_

## SE RN (Antecedentes perinatal) – SUBJETIVO

Consulta Pré-natal: ( ) Sim ( ) Não Número de Consultas : \_\_\_\_\_

Sorologias maternas (quais exames realizou/resultados): \_\_\_\_\_

Tipo de parto: ( ) Vaginal ( ) Cesárea

RN: ( ) Pré-Termo ( ) Termo ( ) Pós-termo Idade gestacional: \_\_\_\_\_

Intercorrências durante pré-natal, nascimento: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ PT: \_\_\_\_\_ Apgar 1'/5': \_\_\_\_\_

Peso no momento da alta: \_\_\_\_\_

## EXAME FÍSICO – OBJETIVO

Estado Geral: BEG ( ) REG ( ) PEG ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Peso (kg): \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Classificação Nutricional: ( ) Baixo Peso ( ) Adequado ( ) Sobrepeso ( ) Obesidade:

Grau: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ PT: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_

Frequência respiratória: \_\_\_\_ rpm ( ) eupneico ( ) dispneico ( ) taquipneico ( ) bradipneico Ausculta: \_\_\_\_\_

Frequência cardíaca: \_\_\_\_ bpm ( ) normocárdico ( ) bradicárdico ( ) taquicárdico Pressão arterial: \_\_\_\_ x \_\_\_\_ mmHg Ausculta: \_\_\_\_\_

Temperatura \_\_\_\_ °C Tem apresentado febre? ( ) não ( ) sim Intolerância ao frio: ( ) não ( ) sim

Condições da pele/mucosas: ( ) íntegra ( ) seca ( ) lesões Tipo e Local: \_\_\_\_\_

( ) corada ( ) pálida ( ) icterícia ( ) cianótica turgor cutâneo: presente ( ) diminuído ( )

Nutrição: ( ) boa ( ) regular ( ) ruim ( ) perda de peso ( ) ganho de peso

Abdome: ( ) inalterado ( ) distendido ( ) doloroso ( )

Urina: ( ) normal ( ) alterado ( ) não sabe informar Eliminação Intestinal: ( ) Diária ( ) Irregular\_\_ dias sem evacuar

Higiene corporal: satisfatória ( ) não satisfatória ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

Genitália feminina/Períneo/Vulva: ( ) íntegra ( ) hiperemia ( ) dermatite de fralda ( ) dor ( ) secreções.

Especifique (quantidade, coloração, aspecto, odor): \_\_\_\_\_

Genitália masculina: ( ) íntegra ( ) hiperemia dermatite de fralda ( ) dor ( ) secreções.

Especifique (quantidade, coloração, aspecto, odor): \_\_\_\_\_

Região Anal: ( ) normal ( ) alterado ( ) lesão ( ) Outros. Descreva: \_\_\_\_\_

Mutilação ( ) não ( ) sim. Qual? \_\_\_\_\_

Padrão do sono: ( ) normal ( ) diminuído ( ) aumentado Tem dificuldade para dormir? ( ) não ( ) sim. Especifique: \_\_\_\_\_

## AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Avaliação dos Marcos de Desenvolvimento: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_



Retorno: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do (a) enfermeiro (a): \_\_\_\_\_



Chamamos a atenção para a importância da realização do teste do quadril e manobra de Barlow (quadro 4).

Quadro 4 – Descrição do teste do quadril e manobra de Barlow.

<b>Teste do Quadril</b>	<p>Realizar manobra de Ortolani: realizada com a criança em decúbito dorsal, segura-se os membros inferiores com os joelhos dobrados e quadris fletidos a 90° e juntos à linha média, a partir desta posição faz-se a abdução das coxas com leve pressão nos joelhos. Considera-se Ortolani positivo quando existe instabilidade coxo-femural, fazendo com que a cabeça do fêmur se encaixe no fundo do acetábulo, pode ser percebido nas mãos como um “click”.</p> 
<b>Manobra de Barlow</b>	<p>A coxa da criança é mantida em ângulo reto com o tronco, em posição de adução, será exercida força pelo joelho da criança em direção vertical ao quadril, em um esforço para deslocar a cabeça femoral do interior do acetábulo.</p> 

Na página seguinte, veja instrumento sugestivo para consulta de enfermagem na atenção à saúde da criança:

## Instrumento de Consulta de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança na APS

### 4.3 AVALIAÇÃO:

Elencar os principais diagnósticos de Enfermagem CIPE e CIAP, conforme a descrição dos quadros específicos para cada situação de atendimento da criança na APS distribuídos ao longo desse protocolo.

### 4.4 PLANO:

Elencar as principais intervenções de enfermagem, solicitação de exames, encaminhamentos, prescrições medicamentosas, se necessário conforme a descrição dos quadros específicos para situação de atendimento da criança na APS, distribuídos ao longo desse protocolo.

Quadro 5 – Principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<b>Relativos à amamentação; nutrição; peso adequado; funcionamento intestinal</b>				
Amamentação exclusiva;	A29 – Outros sinais/sintomas gerais;	Orientar e apoiar a amamentação;		
Amamentação interrompida;	A93 Recém-nascido prematuro;	Reforçar conquistas;		
Amamentação positiva;	A97 Sem doença;	Observar e orientar a pega adequada da mama (monitorar o alinhamento adequado do bebê, forma de segurar e de comprimir a aréola e deglutição audível);	<b>SF a 0,9%</b> instilar 1ml em cada narina 3/3h (se a criança apresentar dificuldade para mamar devido a nariz congestionado). Realizar o procedimento antes das mamadas.	
Amamentação prejudicada;	A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde;	Orientar mães sobre os cuidados com a mama;		
Ingurgitamento mamário (materno);	D12 – Obstipação;	Reforçar benefícios do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês;		
Conhecimento sobre amamentação presente;	P22 – Sinais/sint. Comportamento da criança;	Falar sobre os benefícios da amamentação para a criança e à mãe;		
Falta de conhecimento sobre amamentação;	T03 – Perda apetite;	Orientar dos fatores que favorecem a produção de leite;		
Disposição para Amamentação materna;	T04 – Problemas alimentares de lactente/criança;	Encaminhar mães para grupo de apoio à amamentação, se houver e quando necessário;		
Risco de amamentação				

<p>materna interrompida;</p> <p>Peso eficaz;</p> <p>Peso prejudicado;</p> <p>Baixo peso;</p> <p>Sobrepeso;</p> <p>Processo do sistema regulatório prejudicado (obesidade/desnutrição);</p> <p>Risco de ingestão de alimentos excessiva;</p> <p>Falta de apetite;</p> <p>Ingestão de alimentos adequada;</p> <p>Ingestão de alimentos excessiva;</p> <p>Ingestão de alimentos insuficientes;</p> <p>Comportamento alimentar infantil eficaz;</p> <p>Comportamento alimentar infantil prejudicado;</p> <p>Constipação;</p> <p>Apetite, positivo;</p> <p>Comportamento alimentar infantil, eficaz;</p> <p>Capaz de alimentar-se;</p> <p>Comportamento alimentar infantil, prejudicado;</p> <p>Condição gastrointestinal, eficaz;</p> <p>Condição nutricional, positiva;</p> <p>Condição musculoesquelética, eficaz;</p>	<p>Z29 – Problema social NE;</p> <p>A16 Criança irritável;</p> <p>A29 – Outros sinais/sintomas gerais;</p> <p>A93 Recém-nascido prematuro;</p> <p>A97 Sem doença;</p> <p>A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde.</p>	<p>Orientar quanto à necessidade de amamentar em local tranquilo;</p> <p>Desfazer equívocos, desinformação e imprecisões sobre o aleitamento materno;</p> <p>Orientar a mãe a permitir que o bebê termine a amamentação no primeiro peito antes de oferecer o segundo peito;</p> <p>Orientar sobre como interromper a amamentação, se necessário;</p> <p>Identificar condição fisiológica;</p> <p>Avaliar resposta psicossocial a instrução sobre nutrição;</p> <p>Pesar e avaliar o peso;</p> <p>Registrar peso na caderneta da criança e preencher o gráfico de peso;</p> <p>Medir PC, PT e PA, conforme faixa etária;</p> <p>Orientar sobre exercício físico;</p> <p>Monitorar tolerância a atividade;</p> <p>Encaminhar, quando necessário, para atendimento interprofissional (nutricionista, fonoaudiólogo, Terapeuta ocupacional, assistente social e etc) de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação ambulatorial municipal;</p> <p>Orientar sobre cuidados com a criança;</p> <p>Identificar e encaminhar para rede de apoio (Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREA, Centro de Educação Infantil - CEINF, escolas etc) conforme protocolo municipal;</p>		
--	---	---	--	--

<p>Condição nutricional, melhorada;  Condição nutricional, prejudicada;  Continência intestinal;  Continência urinária;  Defecação, eficaz;  Defecação, prejudicada;  Fezes, nos limites normais;  Condição geniturinária, eficaz.</p>		<p>Massagear região abdominal da criança com as mãos em movimentos circulares no sentido horário;</p> <p>Orientar dieta rica em fibras para prevenir constipação, exceto quando em AME;</p> <p>Apoiar continência intestinal;</p> <p>Prescrever dieta rica em fibras, aumento da ingestão de líquidos, atividade física regular (constipação);</p> <p>Lactentes em aleitamento materno exclusivo (AME) não devem receber tratamento para constipação;</p> <p>Apoiar continência urinária; Obter dados sobre condição intestinal;</p> <p>Orientar sobre os padrões de fezes e urina da criança de acordo com a faixa etária;</p> <p>Orientar sobre as necessidades nutricionais da criança;</p> <p>Oferecer refeição em prato individual para ter certeza do quanto a criança está ingerindo;</p> <p>Estar junto a criança durante as refeições mesmo que ela coma sozinha;</p> <p>Ter paciência e bom humor para não apressar a criança. Ela pode comer um pouco, brincar e comer novamente;</p> <p>Alimentar a criança tão logo ela demonstre fome. Não esperar muito, ela pode perder o apetite;</p> <p>Evitar forçar a criança a comer para não aumentar estresse e diminuir o apetite;</p> <p>Orientar a fazer das refeições momentos tranquilos e felizes;</p>		
--	--	---	--	--

		<p>Monitorar peso, nutrição, ingestão de alimentos, líquidos, dados de ansiedade, exames laboratoriais e capacidade da família em obter e preparar os alimentos;</p> <p>Promover comportamento e busca de saúde;</p> <p>Agendar consulta de acompanhamento.</p>		
<b>Relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil</b>				
<p>Capaz de crescer ou melhorar como esperado;</p> <p>Condição fisiológica eficaz;</p> <p>Condição fisiológica prejudicada;</p> <p>Crescimento eficaz;</p> <p>Risco de crescimento retardado (prejudicado);</p> <p>Crescimento retardado;</p> <p>Desenvolvimento infantil eficaz;</p> <p>Desenvolvimento infantil prejudicado;</p> <p>Desenvolvimento do bebê, prejudicado;</p> <p>Desenvolvimento do Recém-nascido, prejudicado;</p> <p>Marcha prejudicada;</p> <p>Capaz de andar;</p> <p>Amplitude de movimentos ativa, nos limites normais;</p> <p>Amplitude de movimentos ativa, prejudicada;</p> <p>Risco de queda.</p>	<p>A29 – Outros sinais/sintomas gerais;</p> <p>P22 – Sinais/sint. Comportamento da criança;</p> <p>L28 Limitação funcional/incapacidade;</p> <p>L29 Outros sinais/sint. ap. musculoesquelético;</p> <p>T10 – Atraso crescimento.</p>	<p>Verificar a altura;</p> <p>Registrar a altura na caderneta da criança e preencher o gráfico;</p> <p>Fazer rastreamento de desenvolvimento da criança;</p> <p>Avaliar reflexos infantis conforme faixa etária (ver quadro 3);</p> <p>Realizar teste do quadril e manobra de Barlow (ver quadro 4);</p> <p>Orientar pais/cuidadores sobre desenvolvimento da criança;</p> <p>Orientar pais/cuidadores sobre a importância da estimulação da criança;</p> <p>Auxiliar na marcha;</p> <p>Informar pais/cuidadores sobre sinais de alerta para retornar antes, se necessário;</p> <p>Auxiliar na marcha com uso de dispositivo;</p> <p>Encaminhar para avaliação neuropsicomotora se ausência de um ou mais reflexos/habilidades para a faixa etária;</p> <p>Realizar consulta de puericultura intercalada com o profissional médico;</p> <p>Orientar sobre a periodicidade do acompanhamento da puericultura;</p>	-	-

		<p>Agendar consulta de retorno;</p> <p>Realizar busca ativa dos faltosos às consultas de puericultura;</p> <p>Orientar sobre as medidas de prevenção de quedas e acidentes domésticos.</p>		
<b>Relativos ao desenvolvimento cognitivo e comportamental</b>				
<p>Cognição nos limites normais;</p> <p>Cognição prejudicada;</p> <p>Comunicação prejudicada;</p> <p>Comunicação verbal, prejudicada;</p> <p>Capaz de comunicar-se verbalmente;</p> <p>Comportamento interativo eficaz;</p> <p>Comportamento interativo prejudicado;</p> <p>Comportamento agressivo;</p> <p>Apraxia;</p> <p>Condição neurológica, eficaz;</p> <p>Capaz de vestir-se e arrumar-se;</p> <p>Capaz de socializar-se;</p> <p>Falta de atividade lúdica;</p> <p>Agitação;</p> <p>Agitação reduzida.</p>	<p>A29 – Outros sinais/sintomas gerais;</p> <p>A93 Recém-nascido prematuro;</p> <p>A97 Sem doença;</p> <p>A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde;</p> <p>N29 – Sinais/sintomas do sistema neurológico, outros;</p> <p>Z29 – Problema social NE.</p>	<p>Monitorar condição neurológica;</p> <p>Identificar barreiras à comunicação;</p> <p>Encaminhar para serviço de terapia da fala;</p> <p>Orientar família sobre condição psicológica e comportamental da criança;</p> <p>Encaminhar para atividade educativa.</p>	-	-
<b>Relativos aos achados clínicos gerais</b>				
<p>Pressão arterial nos limites normais;</p> <p>Hipotensão;</p>	<p>A29 – Outros sinais/sintomas gerais;</p>	<p>Verificar a caderneta da criança quanto às informações relativas ao parto e condições do nascimento (possíveis intercorrências, peso,</p>	-	-

<p>Hipertensão;</p> <p>Função cardíaca, nos limites normais;</p> <p>Taquicardia;</p> <p>Bilirrubinas séricas, nos limites normais;</p> <p>Fraqueza;</p> <p>Higiene corporal ineficaz;</p> <p>Higiene corporal adequada;</p> <p>Higiene oral adequada.</p>	<p>A93 Recém-nascido prematuro;</p> <p>A97 Sem doença</p> <p>A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde;</p> <p>K04 Palpitações/Percepção batimentos cardíacos;</p> <p>K85 – Pressão arterial elevada.</p>	<p>comprimento, APGAR, teste do pezinho, orelhinha, reflexo vermelho, vacinas e outros);</p> <p>Realizar exame físico direcionado para a faixa etária (ver quadros 1 e 2);</p> <p>Monitorar peso e avaliar o estado nutricional da criança;</p> <p>Realizar demais medidas antropométricas;</p> <p>Identificar condição fisiológica;</p> <p>Medir e monitorar pressão arterial em crianças acima de 03 anos;</p> <p>Medir frequência cardíaca;</p> <p>Monitorar sinais vitais;</p> <p>Identificar situação de emergência;</p> <p>Avaliar presença de queixas no momento da consulta;</p> <p>Orientar hábitos diários de higiene, cuidado e autocuidado (crianças maiores);</p> <p>Orientar cuidador sobre treinamento de higiene íntima;</p> <p>Encorajar os pais/cuidadores a participar ativamente do cuidado da criança;</p> <p>Avaliar coto umbilical do RN quanto à presença de sinais de infecção; orientar manter seco e utilizar álcool 70% após o banho e troca de fraldas; supervisionar queda do coto umbilical.</p>		
<b>Relativos ao processo familiar</b>				
<p>Apoio familiar, positivo;</p> <p>Apoio social, eficaz;</p> <p>Baixo comparecimento escolar;</p>	<p>A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde;</p>	<p>Estabelecer Rapport (relação confiança mútua);</p> <p>Encaminhar para serviço educacional;</p> <p>Apoiar família;</p> <p>Fornecer apoio emocional;</p>	-	-

<p>Falta de apoio familiar; Falta de apoio social;  Processo familiar eficaz.</p>	<p>Z29 Problema social não especificado.</p>	<p>Colaborar com a família;  Apoiar processo familiar de enfrentamento;  Estimular confiança do atendimento;  Observar interação mãe-filho (carícias, contato visual, expressões não verbais);  Promover ligação afetiva cuidador-criança;  Avaliar vulnerabilidades, riscos, questões sociais e emocionais;  Identificar e acionar rede de apoio, círculo social e familiar, vínculos afetivos;  Encaminhar para assistente social e equipe multiprofissional, de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação.</p>		
<b>Relativos à condição psicológica; autoimagem; autoestima</b>				
<p>Ansiedade;  Ansiedade reduzida;  Condição psicológica, eficaz;  Condição psicológica, prejudicada;  Autoimagem, negativa;  Baixa autoestima;  Medo;  Vergonha;  Tristeza;  Raiva;  Humor deprimido;  Sofrimento presente;  Vínculo mãe e filho comprometido;</p>	<p>A18 – Preocupação com aparência; P01 – Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão; P02 Reação aguda stress;  P03 Sensação de depressão;  P04 Sentir/comportar forma irritável/zangada; P29 Sinais/Sintomas psicológicos, outros.</p>	<p>Obter dados sobre ansiedade;  Obter dados sobre condição psicológica;  Obter dados sobre o processo familiar;  Orientar família sobre condição psicológica e comportamental da criança;  Encaminhar para o serviço de referência (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, entre outros), de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação;  Encorajar a verbalização de sentimentos e medos;  Identificar rede de apoio familiar e comunitário;  Programar visita domiciliar;</p>	-	-



<p>Vínculo mãe e filho preservado;</p> <p>Problema emocional presente.</p>		<p>Adotar abordagens educativas para desenvolvimento de enfrentamento da situação atual;</p> <p>Estimular o autocuidado (crianças maiores);</p> <p>Proteger direitos da criança;</p> <p>Evitar exposição da vítima;</p> <p>Realizar notificação de violência;</p> <p>Avaliar situação de negligência à criança e, se necessário, realizar notificação de Violência conforme fluxograma 15 deste protocolo.</p>		
<b>Relativos à adesão a diagnósticos e tratamentos</b>				
<p>Adesão a teste de diagnóstico;</p> <p>Não adesão ao teste de diagnóstico;</p> <p>Conhecimento sobre teste diagnóstico;</p> <p>Resposta à medicação eficaz;</p> <p>Adesão ao regime medicamentoso;</p> <p>Adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Não adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Resultado normal de exame;</p> <p>Resultado alterado de exame;</p> <p>Resposta a terapia eficaz.</p>	<p>A13 Receio/Medo do tratamento;</p> <p>A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde.</p>	<p>Administrar tratamento profilático;</p> <p>Reforçar positivamente práticas saudáveis e eficientes;</p> <p>Orientar sobre os riscos de automedicação;</p> <p>Realizar reforço positivo sobre a iniciativa dos pais/cuidadores na busca pela adesão ao teste diagnóstico;</p> <p>Orientar retorno para a avaliação do resultado dos exames solicitados;</p> <p>Avaliar resultados de exames, tratar alterações encontradas quando indicado ou encaminhar, se necessário e de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação.</p>	<p>Prescrever suplementação de ferro e Vitamina conforme fluxograma 13 deste protocolo;</p> <p>Vitamina A+D+ Óxido de zinco pomada, aplicar após cada troca de fralda ou quando necessário.</p>	<p>Parasitológico de fezes (rastrear parasitoses);</p> <p>HMG (rastrear anemia, infecções). Exame recomendado o também no 6º de RN prematuros (rastrear anemia);</p> <p>Perfil lipídico de crianças com história de doença cardiovascular familiar.</p>
<b>Relativos ao sono</b>				
<p>Sono adequado;</p> <p>Sono prejudicado;</p> <p>Risco de sono prejudicado;</p> <p>Privação do sono;</p> <p>Repouso ineficaz.</p>	<p>P06 Perturbação de sono.</p>	<p>Orientar posição de dormir devido possibilidade de morte súbita;</p> <p>Manter o bebê em posição supina (barriga para cima) sempre que for dormir, até que ele complete 1 ano de idade. As posições lateral ou ventral não são</p>	-	-

		<p>seguras e, portanto, não são recomendadas;</p> <p>Orientar sobre a importância do sono e repouso adequados para a idade;</p> <p>Identificar o motivo da perturbação do sono;</p> <p>Ensinar técnicas de relaxamento para criança, por exemplo shantala;</p> <p>Colocar o bebê para dormir em superfícies firmes. O carrinho e cadeirinhas não são locais seguros para o bebê dormir;</p> <p>Orientar que se for levar o bebê para dormir no mesmo quarto dos pais, nunca deixar a criança dormir na cama dos pais;</p> <p>Orientar a não deixar objetos no berço do bebê.</p>		
--	--	--	--	--

Na sequência, serão apresentadas as principais abordagens para o atendimento da criança com alteração de saúde e demais rotinas profiláticas na APS, na seguinte ordem: dificuldade respiratória; diarreia e vômito; febre e dor de ouvido; escabiose; pediculose; parasitose; dermatite amoniacal; monilíase ora e alterações/lesões na pele (tungíase; impetigo; larva migrans, síndrome mão-pé-boca; intertrigo; *tínea corporis*, dermatite seborreica, varicela e miliária); alteração de peso; necessidade de suplementação de ferro e vitamina A, violência e imunização.

## **CAPÍTULO 2**

# **CRIANÇA COM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA**

## 5 CRIANÇA COM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

### 5.1 Introdução

As doenças ou infecções do trato respiratório tanto superior como inferior, são responsáveis por ocasionar obstrução aérea tanto a nível nasal, quanto a nível bronquiolar e pulmonar (SILVA FILHO, 2017).

Assim, as infecções respiratórias agudas são classificadas segundo sua localização anatômica em: infecções das vias aéreas superiores, que compreendem rinofaringite ou resfriado comum, faringite e amigdalite, otite média, sinusite e laringite; e infecções das vias aéreas inferiores, tais como bronquite, bronquiolite e as pneumonias (BRASIL, 2017).

As etiologias e características das infecções respiratórias são influenciadas pela idade, condições de vida e de saúde pré-existentes. Há uma inúmera variedade de microrganismos causadores das infecções do trato respiratório, por vírus, entre eles o Vírus Sincicial Respiratório (VSR – gênero Pneumovírus, que afeta, principalmente, brônquios e pulmões), Rinovírus (HRV – família Picornaviridae), Enterovírus, Adenovírus, Vírus Parainfluenza (VPH) e Metapneumovírus humano (MPVh – família Paramyxoviridae). Somados aos bacterianos como, Estreptococos  $\beta$ -hemolíticos do Grupo A (*Streptococcus pyogenes*), Estafilococos, *Haemophilus influenzae*, *Bordetella pertussis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma* e pneumococo (HOCKENBERRY e WILSON, 2020).

No neonato o desconforto respiratório pode representar uma condição benigna, sendo uma demora na adaptação cardiorrespiratória, mas também pode ser o primeiro sinal de uma infecção grave, sendo fundamental o reconhecimento e a avaliação precoces de todo bebê acometido. O diagnóstico correto inicia-se a partir da análise cuidadosa da história clínica materna, do parto e dos sinais e sintomas clínicos, em conjunto com a propedêutica de diagnóstico por imagem (BRASIL, 2012).

Os sinais e sintomas estão voltados basicamente para a observação e inspeção do RN, sendo eles dispostos no quadro 6:

Quadro 6 – Sinais e sintomas respiratórios observados no período neonatal.

Padrão respiratório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequência respiratória:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- taquipneia</li> </ul> </li> <li>• Ritmo e periodicidade da respiração:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- apneia</li> <li>- respiração periódica</li> </ul> </li> </ul>
Trabalho respiratório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Batimento de asas nasais</li> <li>• Gemido expiratório</li> <li>• <i>Head bobbing</i></li> <li>• Retrações torácicas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- intercostal</li> <li>- subcostal</li> <li>- supraesternal</li> <li>- esternal</li> </ul> </li> </ul>
Cor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cianose</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2012.

Após o reconhecimento da insuficiência respiratória, deve-se avaliar a gravidade do quadro identificando os sinais de alerta e necessidade de instituição imediata de suporte ventilatório (quadro 7).

Quadro 7 – Sinais e sintomas respiratórios que indicam condição grave e necessidade de intervenção imediata.

Obstrução de vias aéreas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Gasping</i></li> <li>• Sufocação</li> <li>• Estridor</li> </ul>
Falência respiratória	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apneia</li> <li>• Esforço respiratório débil</li> </ul>
Colapso circulatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bradicardia</li> <li>• Hipotensão arterial</li> <li>• Má perfusão periférica</li> </ul>
Má oxigenação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cianose, hipoxemia ou palidez</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2012.

Destacamos aqui os benefícios do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade para diminuição da morbidade relacionada a infecções no trato respiratório e redução do risco de hospitalização por Vírus Sincicial Respiratório (VRS) (BRASIL, 2014).

De acordo com o AIDPI, os sinais e sintomas das infecções respiratórias em crianças são tosse ou dificuldade para respirar, sibilância, diarreia, febre, problema de ouvido, dor de garganta e além disso eventuais desnutrições, anemia e outros problemas de crescimento. Na avaliação da criança, os sinais gerais de perigo são essenciais serem identificados (BRASIL, 2017).

Na presença de Tosse: deve-se perguntar se a criança apresenta tosse ou dificuldade para respirar. Sendo a resposta positiva, saber há quanto tempo e verificar presença de sibilância. Observar a frequência respiratória em um minuto; se há tiragem intercostal e/ou estridor ou sibilância (BRASIL, 2017). OBS: Para crianças de 2 meses a menor de 12 meses a respiração é rápida se é for 50 ou mais por minuto. Para crianças de 1 ano a menores de 5 anos se for de 40 ou mais por minuto.

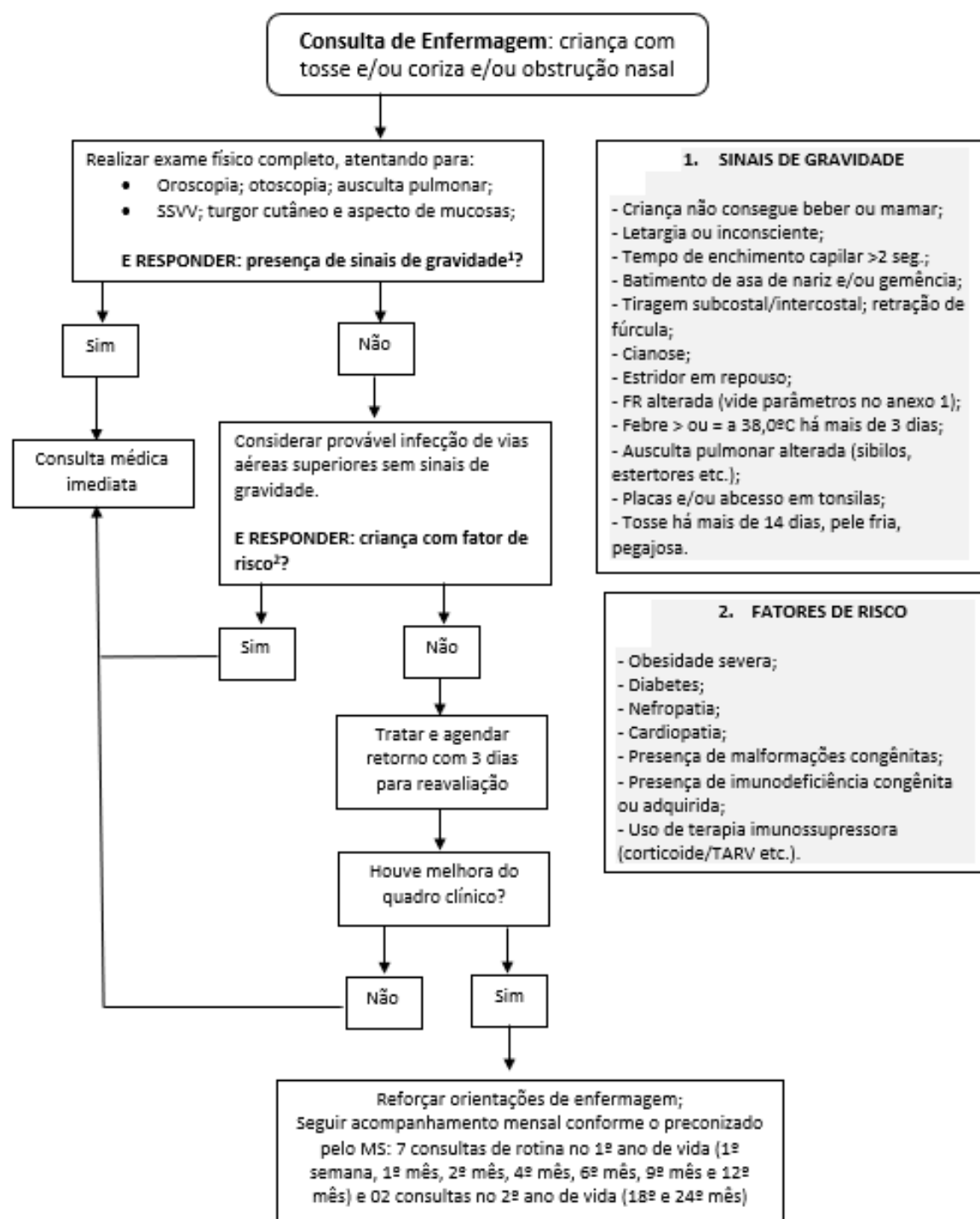
Quanto a presença de sibilância: deve-se indagar se a criança tem sibilância. Se a resposta for positiva, saber há quanto tempo, a primeira crise e se está em uso de broncodilatador adequadamente há 24h. Avaliar o nível de consciência da criança, se há sibilância, estridor em repouso, e/ou tiragem, qual o grau de dificuldade para respirar, a FR em um minuto e se possível, qual a Sat O<sub>2</sub> (BRASIL, 2017).

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na página 40.

## **5.2 Fluxograma de atendimento à criança com dificuldade respiratória**

O fluxograma apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à criança com dificuldade respiratória.

## FLUXOGRAMA CRIANÇA COM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA



Reforçar orientações de enfermagem;  
Seguir acompanhamento mensal conforme o preconizado pelo MS: 7 consultas de rotina no 1º ano de vida (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês) e 02 consultas no 2º ano de vida (18º e 24º mês)

**1. SINAIS DE GRAVIDADE**

- Criança não consegue beber ou mamar;
- Letargia ou inconsciente;
- Tempo de enchimento capilar >2 seg.;
- Batimento de asa de nariz e/ou gemência;
- Tiragem subcostal/intercostal; retração de fúrcula;
- Cianose;
- Estridor em repouso;
- FR alterada (vide parâmetros no anexo 1);
- Febre > ou = a 38,0°C há mais de 3 dias;
- Ausculta pulmonar alterada (sibilos, estertores etc.);
- Placas e/ou abscesso em tonsilas;
- Tosse há mais de 14 dias, pele fria, pegajosa.

**2. FATORES DE RISCO**

- Obesidade severa;
- Diabetes;
- Nefropatia;
- Cardiopatia;
- Presença de malformações congênitas;
- Presença de imunodeficiência congênita ou adquirida;
- Uso de terapia imunossupressora (corticoide/TARV etc.).

**Observação:** a frequência respiratória: igual ou maior que 60 ou menor que 30 movimentos respiratórios por minuto são sinais de perigo para a criança menor de 2 meses. Deve-se considerar doença grave. Manual AIDPI neonatal / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde. Coordenação de Rejane Silva Cavalcante *et al.* – 5a. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

### 5.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com dificuldade respiratória.

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Apneia; Tosse; Tosse produtiva; Respiração prejudicada/alterada/eficaz; Risco de função do sistema respiratório prejudicada; Corrimento nasal; Dispneia; Febre; Função do sistema respiratório comprometida; Hipóxia; Processo do sistema respiratório comprometido; Respiração comprometida; Risco de função do sistema respiratório comprometida.	R02 – Dificuldade respiratória, dispneia; R03 – Respiração ruidosa; R04 – Outros problemas respiratórios; R05 – Tosse; R07 – Espirro/congestão nasal; R08 – Outros sinais/sintomas nasais; R21 – Sinais/sintomas da garganta; R25 – Expectoração/mucosidade anormal; R29 – Sinais/Sintomas do aparelho respiratório; R74 – Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS); R75 – Sinusite crônica/aguda; R76 – Amigdalite aguda; R77 – Laringite/traqueíte e aguda; R78 – Bronquite/Bronquiolite aguda; R79 – Bronquite crônica.	Encorajar afirmações positivas; Encorajar técnicas respiratórias ou da tosse; Ensinar família sobre monitorização do <i>status</i> respiratório; Administrar medicamento para dor; Aumentar ingestão de água e outros líquidos (sucos e sopas); criança em aleitamento materno aumentar o número e intensidade das mamadas; Oferecer dieta fracionada; Orientar vaporização em domicílio (orientar possibilidades: vapor d'água do chuveiro, inalador, etc.); Remover a umidade, mofo ou bolor da casa; Manter a casa ventilada; Estimular a lavagem frequente das mãos da criança; Orientar a não fumar no mesmo ambiente da criança; Orientar procurar a unidade de saúde ou emergência imediatamente se identificar sinais de gravidade (disponível no fluxograma); Ocultar uso de antitérmico em crianças > 6 anos; Evitar aglomerações (avaliar exposição em escolas, CEIFs, etc.); Manter a criança em decúbito dorsal e cabeceira elevada ao dormir; Manter vias aéreas permeáveis (orientar);	<b>SF a 0,9%</b> instilar 1ml em cada narina 3/3h (se criança que está mamando, realizar o procedimento antes das mamadas);  <b>+</b> <b>Se dor ou febre:</b> <b>Paracetamol</b> 200 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose a cada 6  <b>OU</b> <b>Dipirona</b> 500 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas  <b>+</b> <b>Guaco xarope (Milkania Glomeratas)</b> <u>Maiores de 5 anos:</u> 2,5 ml 3x ao dia; <u>Entre 2 e 5 anos:</u> 2,5 ml 2x ao dia; Não prescrever para menores de 2 anos.	



		<p>Orientar cuidados quanto a higienizar as narinas com lenços descartáveis;</p> <p>Encaminhar para avaliação médica, se houver sinais de gravidade, fatores de risco e/ou se não apresentar melhora.</p>		
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).</p>				

## **CAPÍTULO 3**

# **CRIANÇA COM DIARREIA E VÔMITO**

## 6 CRIANÇA COM DIARREIA E VÔMITO

### 6.1 Introdução

A doença diarreica aguda (DDA) é um problema de saúde pública em diversas regiões do mundo, em especial por seu potencial em causar consequências graves como desidratação, desnutrição energético-proteica e óbito (BRANDT et al. 2015).

Embora não haja um consenso sobre o conceito de DDA, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), define como ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas nas últimas 24 horas.

De todo modo, os estudos concordam que a doença diarreica aguda, na maior parte das vezes representa uma infecção do tubo digestivo por vírus, bactérias ou protozoários e pode ser entendida como um episódio diarreico com as seguintes características: início abrupto, etiologia presumivelmente infecciosa, potencialmente autolimitado, com duração inferior a 14 dias, aumento no volume e/ou na frequência de evacuações com consequente aumento das perdas de água e eletrólitos (WHO, 2019).

De acordo com a OMS, a doença diarreica pode ser classificada em três categorias:

**Diarreia aguda aquosa:** pode durar até 14 dias e determina perda de grande volume de fluidos e pode causar desidratação. Pode ser causada por bactérias e vírus, na maioria dos casos. A desnutrição eventualmente pode ocorrer se a alimentação não é fornecida de forma adequada e se episódios sucessivos acontecerem.

**Diarreia aguda com sangue (disenteria):** é caracterizada pela presença de sangue nas fezes. Representa lesão na mucosa intestinal. Pode associar-se com infecção sistêmica e outras complicações, incluindo desidratação. Bactérias do gênero *Shigella* são as principais causadoras de disenteria.

**Diarreia persistente:** quando a diarreia aguda se estende por 14 dias ou mais. Pode provocar desnutrição e desidratação. Pacientes que evoluem para diarreia persistente constituem um grupo com alto risco de complicações e elevada letalidade.

A náusea ocorre quando temos a perda do tônus gástrico, contração duodenal e refluxo do conteúdo duodenal para o estômago, levando assim a sensação subjetiva associada ao desejo de vomitar.

O vômito é a expulsão violenta e forçada do conteúdo gástrico, acompanhada de contração do diafragma e da musculatura abdominal. E a regurgitação é quando o conteúdo gástrico é expulso de forma involuntária e sem esforço.

Apesar de ser um sintoma comum a diversas patologias pediátricas, a náusea e os vômitos podem ser a manifestação clínica inicial de doenças potencialmente graves como meningoencefalites, tumores cerebrais ou obstruções intestinais, por isso requer um olhar cuidadoso do enfermeiro durante a consulta de enfermagem.

Ao avaliar a importância do vômito vários fatores devem ser considerados, como duração, intensidade e tipo de vômito, relação com as refeições, idade da criança, comprometimento do estado geral e da hidratação, perda de peso e, ainda, distensão abdominal, ausência de ruídos hidroaéreos, massa abdominal, peristaltismo visível, parada de eliminação de gases e fezes, icterícia, história de cirurgia prévia, trauma, instabilidade emocional, história familiar e outros (VASCONCELLOS et al., 2014).

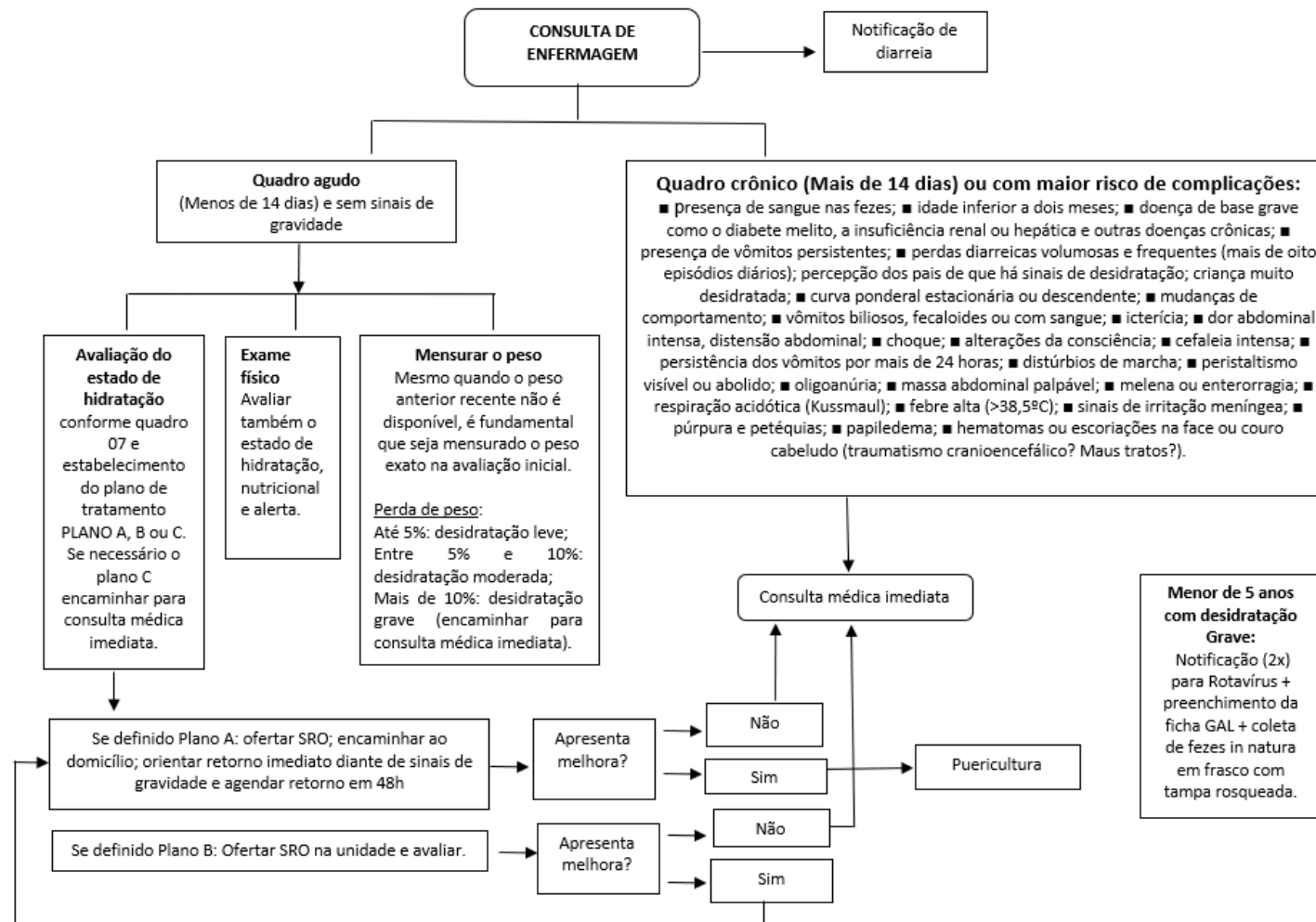
O peso é fundamental no acompanhamento tanto em regime de internação hospitalar como no ambulatório. Considera-se que perda de peso de até 5% represente a desidratação leve; entre 5% e 10% a desidratação é moderada; e perda de mais de 10% traduz desidratação grave.

Mesmo quando o peso anterior recente não é disponível, é fundamental que seja mensurado o peso exato na avaliação inicial da criança. A avaliação nutricional é muito importante na abordagem da criança com doença diarreica.

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na página 42.

## **6.2 Fluxograma de consulta de enfermagem à criança com diarreia e vômito**

O fluxograma apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente à consulta de enfermagem à criança com diarreia e vômito.



6.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem na consulta à **criança com diarreia e vômito**.

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Desidratação; Dispepsia Risco de desidratação; Hidratação adequada; Diarreia; Risco de diarreia Ingestão de líquidos melhorada/prejudicada; Ingestão nutricional baixa/prejudicada; Ingestão nutricional prejudicada; Risco de Déficit Nutricional; Risco de desequilíbrio de eletrólitos; Desequilíbrio de eletrólitos; Exame físico normal; Náusea – náusea ausente; Risco de vômito; Vômito; Presença de dor abdominal em cólicas; Dor abdominal melhorada; Letargia; Fadiga; Anorexia; Leucocitose; Hipoalbuminemia;	A29 Outros sinais/sintomas gerais; D01 Dor abdominal generalizada/cólicas; D02 – Dores abdominais/epigástricas D09 Náusea; D10 Vômito; D11 Diarreia; D17 – Incontinência fecal; D18 – Alterações nas fezes/mov. Intestinais; D29 Outros sinais/sintomas digestivos; D70 – Infecção gastrointestinal; D73 – Gastroenterite, presumível infecção; T11 – Desidratação T29 – Sinais e sintomas endocrinológicos/metabólicos/nutricionais, outros.	<b>Grupo A: VERDE</b> Orientar a amamentar mais seguidamente e por tempo mais longo;  Orientar que crianças em aleitamento exclusivo devem receber SRO e leite materno;  Orientar que apenas o uso do soro de reidratação oral ou parenteral não proporciona nutrição adequada;  Orientar que crianças em aleitamento misto ou desmamadas, devem ingerir além do SRO outros líquidos (sucos, caldos, sopas, água potável, gelatina sem açúcar, etc.) de acordo com a faixa etária;  Orientar a não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco;  Cuidar para que as necessidades energéticas sejam plenamente atendidas;  Orientar que não há recomendação de fórmula sem lactose para lactentes tratados ambulatorialmente com diarreia aguda;  Orientar que os antieméticos, segundo o MS, não devem ser utilizados no tratamento da diarreia aguda e que os vômitos tendem a desaparecer concomitantemente à correção da desidratação <sup>1</sup> ;  Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos);  Reforçar importância da imunização contra infecções por rotavírus e sarampo;  Realizar higiene íntima adequada após as evacuações;	<b>Se dor ou febre:</b> <b>Paracetamol</b> 200 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose a cada 6  <b>OU</b> <b>Dipirona</b> 500 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas  <b>+</b> <b>SRO</b> conforme descrito no quadro 08.	Parasitológico de fezes e HMG  Coprocultura (para casos suspeitos de Rotavírus)

<p>Sensação se urgência para evacuar;</p> <p>Frequência aumentada de peristaltismo;</p> <p>Cefaleia e manifestações cerebrais (sonolência, confusão, meningismo, convulsões);</p> <p>Alteração na cor e odor das fezes (odor fétido; fezes esbranquiçadas ou esverdeadas);</p> <p>Aumento da frequência de evacuações, diminuição da consistência das fezes (fezes amolecidas ou líquidas) e aumento das fezes;</p>		<p>Prevenir assaduras;</p> <p>Mensurar o peso;</p> <p>Informar sobre quantas vezes deve administrar o tratamento em casa;</p> <p>Orientar sempre a estar atento aos sinais de gravidade (sinais do grupo B e C disponível no quadro 7);</p> <p>Orientar a realizar registro dos sintomas e datas;</p> <p>Orientar pais/cuidadores na observância dos fatores que contribuem para o aparecimento da náusea;</p> <p>Agendar retorno em 48h para reavaliação.</p> <p><b>Grupo B: AMARELO:</b> Descrever as etapas do tratamento;</p> <p>Mostrar ao cuidador como administra o primeiro tratamento no serviço de saúde;</p> <p>Assegurar-se de que tenha compreendido as orientações anteriores, antes de deixar a unidade de saúde.</p> <p>Solicitar avaliação médica imediata, se sinais de gravidade ou ausência de melhora.</p> <p><b>Grupo C: VERMELHO:</b> Puncionar acesso venoso calibroso para infusão de SF 0,9% e volume conforme conduta médica.</p> <p><b>Náuseas/Vômito</b> Realizar higiene oral adequada, após o vômito;</p> <p>Orientar diferença entre vômito e regurgitação;</p> <p>Esclarecer aos pais que as regurgitações, mesmo que frequentes, desde que não repercutem sobre o peso do lactente não oferecem riscos;</p> <p>Tranquilizar a mãe, orientando-a sobre o desaparecimento da</p>		
---	--	--	--	--

		<p>regurgitação após o primeiro ano de vida, com a introdução de alimentos sólidos e a adoção da posição ereta pelo lactente;</p> <p>Orientar que após o período neonatal, são causas mais frequentes de vômitos os erros alimentares, o refluxo gastresofágico, as afecções enterais e parenterais, a alergia ou intolerância alimentar e a estenose ou a compressão extrínseca do trato digestivo.</p>		
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).</p>				

1 – Em situações de desidratação mais graves, em que a criança possa precisar de antieméticos, encaminhá-la para consulta médica.

Quadro 08 – Classificação da diarreia/vômito segundo a desidratação e o respectivo tratamento.

<b>Classificação da diarreia/vômito segundo a desidratação</b>	<b>Tratamento</b>
<b>Plano A (VERDE): criança hidratada</b>	
<p>Criança alerta;</p> <p>Olhos brilhantes com lágrima;</p> <p>Mucosas úmidas;</p> <p>Fontanela normotensa;</p> <p>Turgor cutâneo normal;</p> <p>Pulso cheio;</p> <p>Perfusão normal (menor que 2" )<sup>1</sup>;</p> <p>Circulação/pressão arterial normal;</p> <p>Diurese presente;</p> <p>Perda de até 5% do peso.</p>	<p><b>SAL DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO) no domicílio</b></p> <p><u>Crianças menores de 1 ano:</u> 50 a 100 ml após cada episódio de evacuação líquida/vômito, ofertar outros líquidos conforme aceitação;</p> <p><u>Crianças maiores de 1 ano:</u> 100 a 200 ml após cada episódio de evacuação líquida/vômito e conforme aceitação.</p>
<b>Plano B (AMARELO): criança desidratada</b>	
<p>Criança irritada, com sede;</p> <p>Olhos encovados;</p> <p>Mucosas secas;</p> <p>Fontanela deprimida;</p> <p>Turgor cutânea pouco diminuído;</p> <p>Pulso palpável diminuído;</p> <p>Perfusão normal (menor que 2" )<sup>1</sup>;</p> <p>Circulação/pressão arterial normal;</p>	<p><b>SAL DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO) na unidade, avaliar a necessidade de hidratação endovenosa;</b></p> <p>Prescrever e orientar Sal de Reidratação Oral – 50 a 100 ml/kg em 4-6 horas;</p>



<p>Diurese pouco diminuída; Perda de 5 a 10% do peso;</p>	<p>Reavaliar a cada 30 minutos a 1 hora e estar atento a sinais de gravidade;</p> <p>Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o plano do Grupo A (VERDE);</p> <p>Se sinais de gravidade ou ausência de melhora, solicitar avaliação médica imediata.</p>
---	---

**Plano C (VERMELHO): criança muito desidratada**

<p>Criança deprimida/comatosa; Olhos muito encovados, sem lágrimas; Mucosas muito secas; Fontanela muito deprimida; Turgor cutânea muito diminuído; Pulso rápido, ausente ou débil; Perfusão alterada (maior que 2")<sup>1</sup>; Circulação/ pressão arterial alterada; Diurese oligúria/anúria; Extremidades frias; Perda de 10% do peso.</p>	<p>AVALIAÇÃO MÉDICA IMEDIATA e hidratação endovenosa.</p>
---	---

1 - Para avaliar o enchimento capilar, a mão da criança deve ser mantida fechada e comprimida por 15 segundos. Abrir a mão da criança e observar o tempo no qual a coloração da palma da mão volta ao normal. A avaliação da perfusão periférica é muito importante, principalmente em desnutridos nos quais a avaliação dos outros sinais de desidratação é muito difícil.

## **CAPÍTULO 4**

# **CRIANÇA COM FEBRE E DOR DE OUVIDO**

## 7 CRIANÇA COM FEBRE E DOR DE OUVIDO

### 7.1 Introdução

A febre é a elevação da temperatura do corpo acima dos valores normais para o indivíduo (vide valores no anexo 2).

A febre é uma das queixas mais comuns nos atendimentos pediátricos e estima-se que 20% a 30% das consultas pediátricas têm a febre como queixa única preponderante. Em geral, o sintoma febre é acompanhado da sensação de ansiedade, insegurança e preocupação por parte dos pais/cuidadores.

Embora, na maioria das vezes, seja a primeira manifestação das infecções virais agudas, a presença da febre é temida, pois também pode se apresentar como sinal inicial de doenças graves.

As orientações não farmacológicas costumam ser suficientes para o controle da temperatura e é importante esclarecer que não há necessidade explícita e urgente de medicar todos os casos de febre.

A convulsão febril é um evento pouco comum, que dura pouco tempo, possui caráter benigno e que não costuma ter novo episódio nas próximas 24 horas. É muito importante que os pais sejam orientados quanto a isso, sendo as condutas em um quadro desses as mesmas que em quadros convulsivos clássicos.

A avaliação da criança febril começa por uma anamnese detalhada, passa por um exame físico completo, destacando-se a presença ou ausência de sintomas e sinais que possam ser utilizados para prever o grau de risco.

As infecções de vias aéreas superiores em crianças estão frequentemente associadas à disfunção da trompa de Eustáquio, complicando-se com otite média, um processo inflamatório da orelha média. Aproximadamente 29-50% de todas as IVAS evoluem com uma OM, particularmente em duas faixas etárias: 6 meses-2 anos e 5-6 anos. As principais razões para essa prevalência em crianças mais novas são: defesa imune ainda insuficientemente desenvolvida, trompa de Eustáquio mais curta e mais horizontalizada e aumento de folículos linfóides e adenóides (Rupa et al., 2012).

Antes da avaliação interna com o otoscópio, é necessária avaliação da higiene auricular da criança e avaliação da presença e quantidade de cerúmen (em geral, tem aparência amarelo acastanhado e de consistência amolecida). Na utilização do otoscópio, observar características (cor e odor) das secreções presentes.

O otoscópio permite a visualização da membrana timpânica por meio da luz brilhante, lente de aumento e o espéculo deste equipamento. Para a inserção no canal externo, utilizamos o espéculo que está disponível em vários tamanhos: para a escolha considerar o maior espéculo que mais se ajusta confortavelmente ao ouvido, promovendo a maior área de visualização.

À medida que se introduz, durante a avaliação da criança com dor de ouvido, tocar uma parte não dolorosa do ouvido afetado para depois, depois do ouvido não afetado para posterior

avaliação real da parte dolorosa do ouvido afetado (processo sugerido para a criança não se assustar com a dor da avaliação).

Como avaliar:

- Com o polegar direito e o indicador da mão livre (mão não dominante), segurar a orelha da criança. Na criança cooperativa, segurar o otoscópio verticalmente ou de cabeça para baixo. Em casos de crianças pequenas e não colaborativas com necessidade de contenção (sentada de lado no colo dos responsáveis ou em decúbito, de forma que o ouvido afetado esteja voltado para cima) o otoscópio deverá ser segurado com a cabeça para baixo com a mão dominante, enquanto a mão não dominante poderá apoiar o crânio da criança, permitindo que o otoscópio a acompanhe, caso ela se mova.

- Avaliar ouvido externo;

-Introduza o espéculo no meato;

-Inspeccione parede do canal;

- Avalie cor da membrana timpânica (normalmente rosácea ou cinza perolado claro sendo translúcida);

-Observe sinais de irritação, corpos estranhos ou infecção.

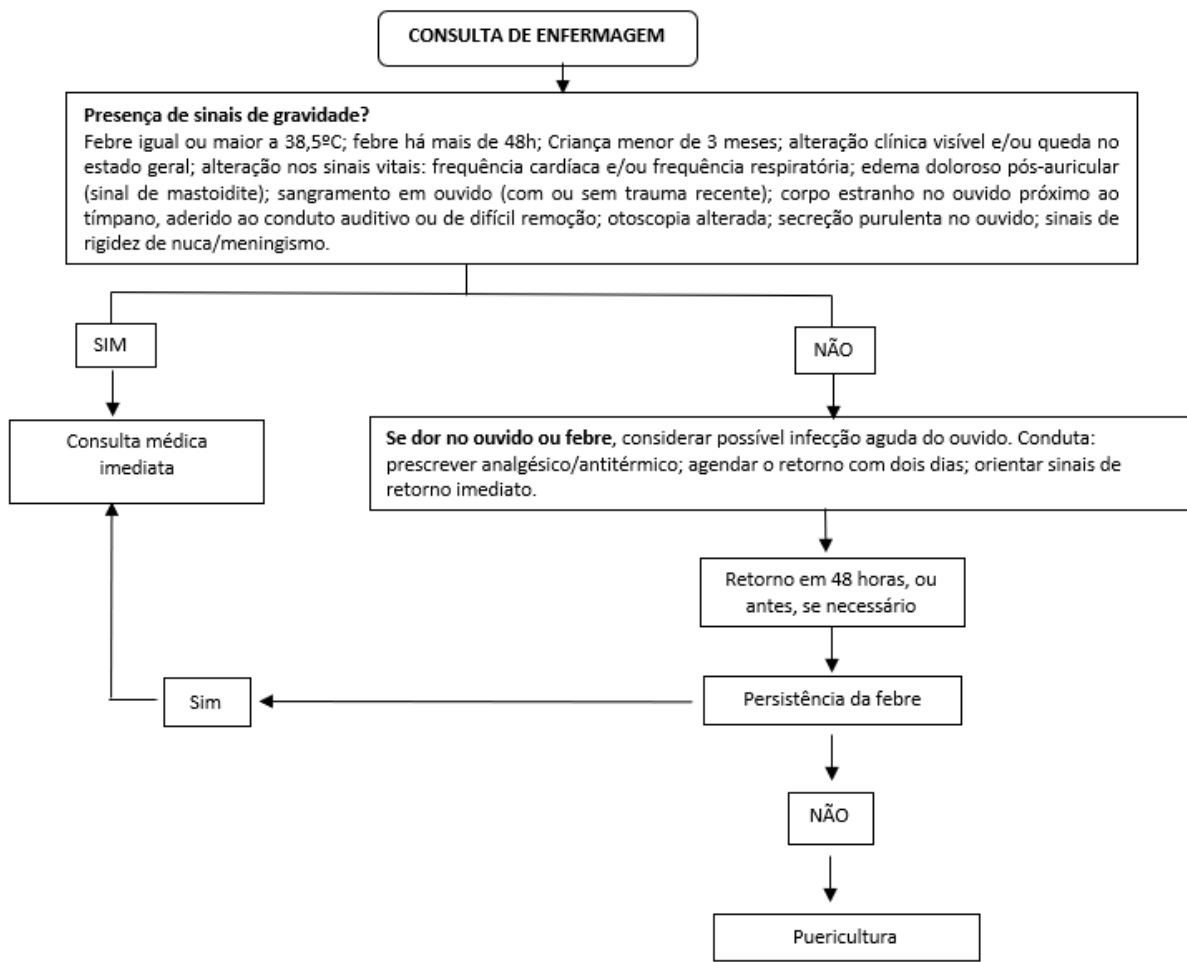
Se houver corpos estranhos: objetos moles, como papel ou insetos podem ser removidos com pinça.

Evite transmitir material potencialmente infeccioso para a outra orelha ou para outra criança através da higienização do material utilizado (espéculos do otoscópio) e por meio da higienização das mãos.

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na página 40.

## **7.2 Fluxograma de atendimento à criança com febre e dor de ouvido.**

O fluxograma apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à criança com febre e dor de ouvido.



Atentar-se para Febre devido vacinação recente. Neste caso seguir protocolo 15 de imunização.

7.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à **criança com febre e dor de ouvido**.

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Febre; Hipertermia; Infecção; Risco de infecção; Exame físico normal; Risco de hipertermia; Controle da dor ineficaz; Controle da dor eficaz; Dor melhorada; Resposta ao manejo (controle) da dor.	A03 Febre; A04 Debilidade/cansaço geral/fadiga; A29 Outros sinais/sintomas gerais; H01 Dor de ouvidos; H04 Secreção ouvido; H05 Hemorragia ouvido; H13 Sensação ouvido tapado; H27 Medo doença ouvido; H29 Outros sinais/sintomas ouvido; H73 – Infecção da trompa de Eustáquio; H76 – Corpo estranho no ouvido; H77 – Perfuração de tímpano; H81 – Cerúmen no ouvido em excesso.	Orientar uso de roupas leves e banhos mornos, os quais auxiliam na termorregulação da criança;  Realizar compressas frias nas regiões axilares, abdominal e frontal;  Ofertar ingestão hídrica (água e outros líquidos) conforme demanda e em horários regulares, os quais auxiliam na reposição hídrica e auxiliam o controle térmico infantil;  Orientar repouso da criança;  Explicar ao familiar que apesar da febre ser um sinal de alerta do organismo a mesma é na maioria das vezes um mecanismo de defesa, pois significa que o sistema imunológico está ativo e combatendo uma possível infecção viral (imensa maioria das vezes e excelente prognóstico) ou bacteriana, a qual se diferencia da viral pelas alterações no exame físico e valores da temperatura (acima de 39° C);  Estabelecer vínculo e segurança do profissional com a família/cuidador;  Proporcionar tranquilidade aos pais para que saibam lidar com segurança com uma criança febril;  Orientar ou descrever sinais de gravidade na receita;  Secar o ouvido ao menos três vezes por dia, se	<b>Se temperatura &gt; 37,8°C e desconforto, prescrever:</b>  <b>Paracetamol 200 mg/ml (gotas)</b> Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas* por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas  OU  <b>Dipirona 500 mg/ml (gotas)</b> Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas** por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas.	-

		<p>houver drenagem de secreção;</p> <p>Orientar retornar prontamente ao serviço de saúde ou pronto atendimento se necessário, diante de sinais de gravidade;</p> <p>Orientar a realizar registro dos sintomas e datas;</p> <p>Encaminhar para avaliação médica se febre não ceder com o antitérmico.</p>		
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).</p>				

Considerações sobre o tratamento farmacológico com antitérmico:

- ✓ Atentar risco de hepatopatias e história pregressa de problemas hepáticos (contraindicado);
- ✓ atentar risco de doenças hematológicas e história pregressa de problemas sanguíneos (contraindicado);
- ✓ A cada nova avaliação o foco da febre deve ser buscado. Deve-se evitar utilização medicação antitérmica sem identificação de foco infeccioso para que não se corra o risco de mascarar quadros de gravidade potencial.

## **CAPÍTULO 5**

# **CRIANÇA COM ESCABIOSE**



## 8 CRIANÇA COM ESCABIOSE

### 8.1 Introdução

Patologia conhecida como Sarna, é uma parasitose humana ocasionada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*, sendo que esta contaminação ocorre apenas entre humanos, seu contágio é ocasionado pelo contato direto com a pessoa ou roupas/objetos contaminados. Comum no período da infância, a escabiose é caracterizada pela presença de pápulas avermelhadas, pruriginosas, presentes principalmente na região entre os dedos, face, punhos, tórax, couro cabeludo, abdômen e tornozelos. É comum a presença de prurido intenso, podendo ocasionar escoriações, estes sintomas aparecem entre 04 a 06 semanas após a infecção.

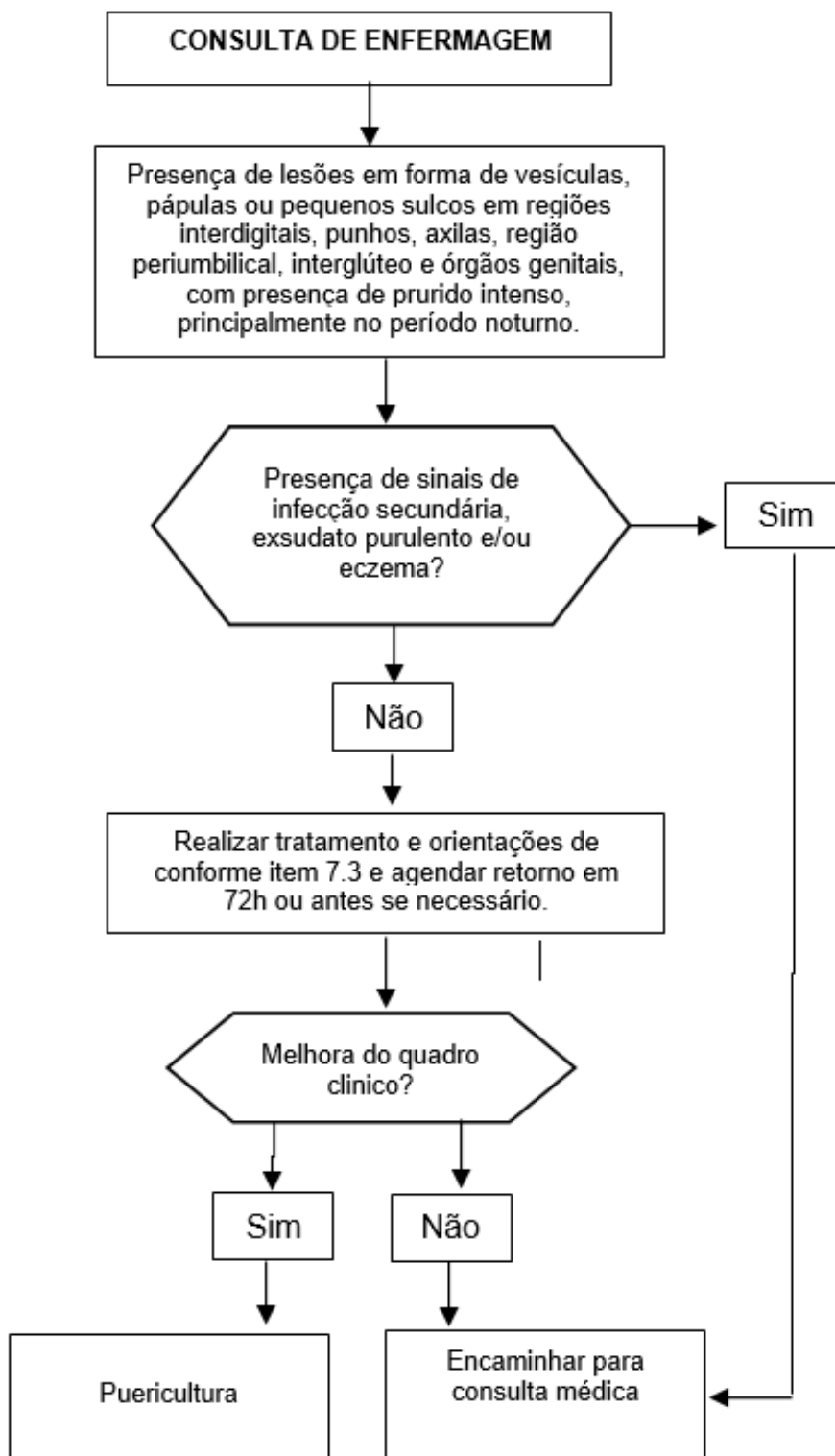
É importante realizar a diferenciação entre: foliculite, impetigo, dermatite de contato Alérgica.



Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na página 40.

## 8.2 Fluxograma do atendimento à criança com escabiose

O fluxograma apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à criança com escabiose.



**8.2 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com escabiose.**

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p>Ferida;</p> <p>Prurido;</p> <p>Risco de infecção;</p> <p>Risco de infecção cruzada</p> <p>Infecção;</p> <p>Couro cabeludo limpo;</p> <p>Cicatrização da ferida eficaz;</p> <p>Controle do sintoma;</p> <p>Dor, cutânea;</p> <p>Dor, reduzida;</p> <p>Infecção;</p> <p>Infecção, ausente;</p> <p>Inflamação;</p> <p>Integridade da pele, eficaz;</p> <p>Integridade da pele, melhorada;</p> <p>Integridade da pele, prejudicada;</p> <p>Lesão;</p> <p>Lesão, ausente;</p> <p>Pele, seca;</p> <p>Perfusão da ferida, eficaz;</p> <p>Resposta à medicação eficaz;</p> <p>Risco de infecção cruzada.</p>	<p>S02 – Prurido;</p> <p>S72 - Escabiose/ outras ascaríases.</p>	<p>Para crianças menores de 02 meses, orientar a utilização de vaselina, pois age como proteção oclusiva;</p> <p>Orientar que o tratamento deverá ser realizado com todos os familiares que convivem com a criança;</p> <p>Investigar e tratar outros casos do núcleo escolar;</p> <p>Orientar sobre a transmissibilidade e higiene pessoal;</p> <p>Orientar a lavem da roupa com água quente;</p> <p>Isolar a criança da escola até 24h após o término do tratamento medicamentoso;</p> <p>Manter unhas curtas;</p> <p>Orientar família a pesquisar sinais e sintomas nos animais domésticos e buscar tratamento;</p> <p>Caso não haja melhora, orientar e encaminhar à consulta médica;</p> <p>Avaliar fatores contribuintes para o prurido;</p> <p>Orientar para evitar fricção da pele.</p>	<p><b>Permetrina 5% creme.</b>  <u>Crianças &gt; 6 anos:</u> aplicar o creme por 6 dias em todo o corpo, principalmente no pescoço, palmas e regiões periféricas e lavar após 8 a 12 horas.</p> <p><u>Crianças &lt; de 6 anos:</u> diluir em 200ml de água e aplicar após o banho, deixar agir por 1h e lavar em seguida.</p> <p>+</p> <p><b>Ivermectina,</b> dose única, VO, obedecendo a escala de peso corporal conforme quadro 09. Repetir a dose em uma semana, se necessário.</p>	-
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).</p>				

Quadro 09 – Uso de Ivermectina segundo o peso e as principais recomendações do uso do respectivo medicamento.

<b>Ivermectina segundo o peso</b>	<b>Principais recomendações</b>
<p>5 a 24 kg – ½ comprimido;</p> <p>25 a 35 kg – 1 comprimido;</p> <p>36 a 50 kg - 1 e ½ comprimidos;</p> <p>51 a 65 kg - 2 comprimidos;</p> <p>66 a 79 kg - 2 e ½ comprimidos;</p> <p>80 kg ou mais 3 comprimidos ou 200mg/kg.</p>	<p>Ingerir o medicamento com água;</p> <p>Em geral, uma dose única do medicamento é suficiente para a eliminação de vermes e parasitas;</p> <p>A necessidade, ou não, de repetir o tratamento dependerá de avaliação clínica (permanência dos sintomas);</p> <p>Para o tratamento de verminose repetir o tratamento conforme avaliação clínica e/ou realização de testes laboratoriais;</p> <p>Contraindicado para crianças com menos de 15kg ou menores de 5 anos.</p>

## **CAPÍTULO 6**

# **CRIANÇA COM PEDICULOSE**

## 9 CRIANÇA COM PEDICULOSE

### 9.1 Introdução

Patologia ocasionada pelo parasita *Pediculus humanus*, mais conhecido como Piolhos. São caracterizados por serem insetos pequenos que se alimentam através de hospedeiros. Sua transmissão ocorre devido o contato direto ou pelo uso de acessórios como bonés, chapéus, escovas de cabelo, pentes ou roupas de pessoas que estão contaminadas. É comum esta patologia na fase da infância, devido ao fato de estarem interagindo com outras crianças em escolas e creches.

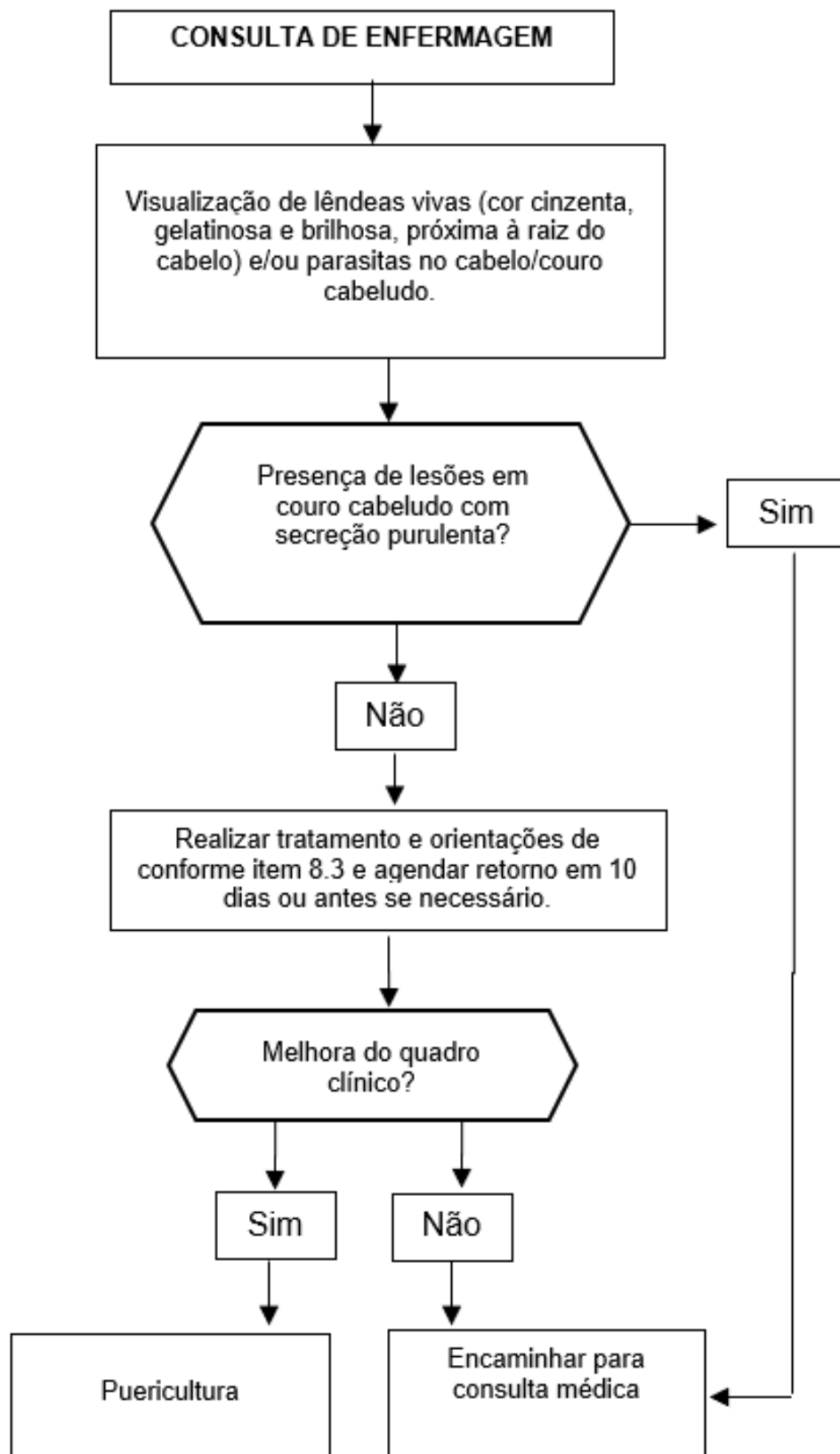
Crianças que possuem esta patologia, apresentam os seguintes sinais e sintomas: prurido intenso no couro cabelo, com presença de leve exantema; presença de lêndeas e os piolhos podem estar visíveis.



Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na página 42.

### 9.2 Fluxograma do atendimento à criança com pediculose.

O fluxograma apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à criança com pediculose.



**9.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com pediculose.**

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p>Infestação de Parasitas na Cabeça; Integridade da pele prejudicada;</p> <p>Ferida;</p> <p>Cicatrização da ferida eficaz;</p> <p>Prurido;</p> <p>Risco de infecção;</p> <p>Ferida;</p> <p>Couro cabeludo limpo;</p> <p>Controle do sintoma;</p> <p>Dor, cutânea;</p> <p>Dor, reduzida;</p> <p>Infecção;</p> <p>Infecção, ausente;</p> <p>Integridade da pele, eficaz;</p> <p>Integridade da pele, melhorada;</p> <p>Integridade da pele, prejudicada;</p> <p>Lesão;</p> <p>Lesão, ausente;</p> <p>Resposta à medicação eficaz.</p>	<p>S73 Pediculose/outras infecções da pele</p>	<p>Orientar a remoção mecânica de piolhos e lêndeas, através da passagem de um pente fino no cabelo úmido, repetir procedimento a cada 03 – 04 dias por 02 semanas<sup>1</sup>;</p> <p>Orientar a lavagem com shampoos e loções específicas para pediculose;</p> <p>Para lactentes: orientar a utilização de vaselina, pois age como proteção oclusiva;</p> <p>Orientar familiares referente ao contato com a criança que possui pediculose;</p> <p>Orientar a lavagem do cabelo com vinagre de maçã, juntamente com água morna;</p> <p>Orientar a limpeza da roupa de cama da criança com água quente;</p> <p>Comunicar a escola para que outros pais verifiquem a cabeça de seus filhos, interrompendo assim, o ciclo de recontaminação;</p> <p>Comunicar a escola para que outros pais verifiquem a cabeça de seus filhos, interrompendo assim, o ciclo de recontaminação;</p> <p>Manter unhas limpas e curtas para evitar lesões e contaminação do couro cabeludo;</p> <p>Orientar a não compartilhar objetos pessoais tais como: travesseiro, pente, boné, lenço de cabeça, presilha, etc.;</p> <p>Manter cabelos curtos e presos.</p>	<p><b>Permetrina 1% loção</b> para crianças acima de 02 meses. Aplicar sobre os cabelos limpos e molhados, deixar agir por 10 min e enxaguar com água corrente. Repetir após 07 a 09 dias da primeira aplicação, se ainda houver piolhos e lêndeas. A aplicação única, em geral, é suficiente.</p>	<p>Hemograma para casos crônicos e recidivas (avaliar anemia).</p>
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).</p>				

1 – As lêndeas devem ser retiradas uma a uma, já que os medicamentos muitas vezes não eliminam os ovos. Para facilitar a retirada das lêndeas, pode ser usada uma mistura de vinagre e água em partes iguais, embebendo os cabelos por meia hora antes de proceder a retirada



## **CAPÍTULO 7**

# **CRIANÇA ACIMA DE 1 ANO COM PARASITOSE**

## 10 CRIANÇA ACIMA DE 01 ANO COM PARASITOSE

### 10.1 Introdução

As parasitoses intestinais afetam milhões de pessoas no mundo, sendo mais prevalentes nos países em desenvolvimento, sobretudo entre os indivíduos economicamente desfavorecidos onde as precárias condições socioeconômicas estão vinculadas à falta de acesso à água potável e ao saneamento adequado.

No Brasil, a ampla diversidade das características socioeconômicas, climáticas e geográficas tem sido apontada como fator crítico para o perfil dos agentes etiológicos na diarreia, modelando assim a frequência destes diferentes enteropatógenos.

As crianças são um grupo de alto risco para infecções por parasitos intestinais, pois podem apresentar diarreia com consequente desidratação, dores abdominais, inapetência, perda de peso, até processos obstrutivos, levando, em casos extremos, sem intervenção cirúrgica, ao óbito do paciente (BRASIL, 2018).

As geo-helminthiases, doenças negligenciadas segundo a OMS, constituem um grupo de doenças parasitárias causadas pelos parasitos *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e pelos ancilostomídeos: *Ancylostoma duodenale* e *Necator americanus*. Para fins de controle, estas infecções se agrupam devido a semelhança em sua distribuição geográfica; mecanismos similares vinculados à intensidade da infecção; pela possibilidade de utilizar as mesmas ferramentas diagnósticas e pela similaridade no tratamento (BRASIL, 2018).

A principal estratégia de saúde pública para controlar a carga das geo-helminthiases em áreas específicas consiste no tratamento preventivo utilizando a adoção de intervenções articuladas e integradas, envolvendo às escolas. As crianças em idade escolar constituem o público alvo ideal para essa intervenção, sendo o grupo de risco mais importante, pois estão em contato contínuo com o solo contaminado e seus hábitos higiênicos, que muitas vezes não são os mais adequados.

As principais manifestações clínicas provocadas pela infecção por geohelminthos dependem da carga parasitária (quantidade de vermes) e estão relacionadas a redução da capacidade de ingestão de alimentos e a má absorção de nutrientes.

Na fase inicial, a criança pode apresentar febre, suor, fraqueza, palidez, náuseas e tosse. Após o surgimento das formas adultas no intestino podem ocorrer desconforto abdominal, cólicas intermitentes, perda de apetite, diarreia, dores musculares e anemia de diversos graus.

A migração de grandes quantidades de larvas pelo fígado e pulmão pode ocasionar desconforto na região hepática, ânsia de vômito, febre e tosse, podendo desencadear um quadro de pneumonia verminótica, caracterizada pelos sintomas acima referidos e aumento dos eosinófilos no sangue periférico. A desnutrição ou associação com outras enfermidades pode agravar o quadro clínico (BRASIL, 2018).

Nas infecções mais intensas com *Ascaris*, com 100 ou mais vermes, pode ocorrer déficit nutricional do hospedeiro causado pelo consumo de vitaminas, proteínas, carboidratos e lipídios pelos vermes. Outras complicações dessas infecções são a obstrução intestinal, requerendo intervenção cirúrgica em casos graves, e as localizações ectópicas dos vermes na vesícula biliar e pâncreas, causando inflamações (BRASIL, 2018).

O tratamento das geo-helmintíases em crianças no ambiente escolar é uma forma efetiva de controle dessas parasitoses, uma vez que os vermes não se multiplicam no hospedeiro humano e a administração de medicamentos de amplo espectro reduz tanto a prevalência da doença, quanto a intensidade de infecção no indivíduo ou na localidade onde estes indivíduos moram.

**Ascaris lumbricoides**: pertencente à família Ascarididae e gênero *Ascaris*. É o geo-helminto que apresenta o maior tamanho corporal, podendo atingir 30 cm. É o mais importante sob o aspecto epidemiológico, pois pode infectar milhares de pessoas. O *A. lumbricoides* é contraído ao se ingerir os ovos embrionados presentes em água e/ou alimentos crus contaminados, como frutas, verduras e legumes.

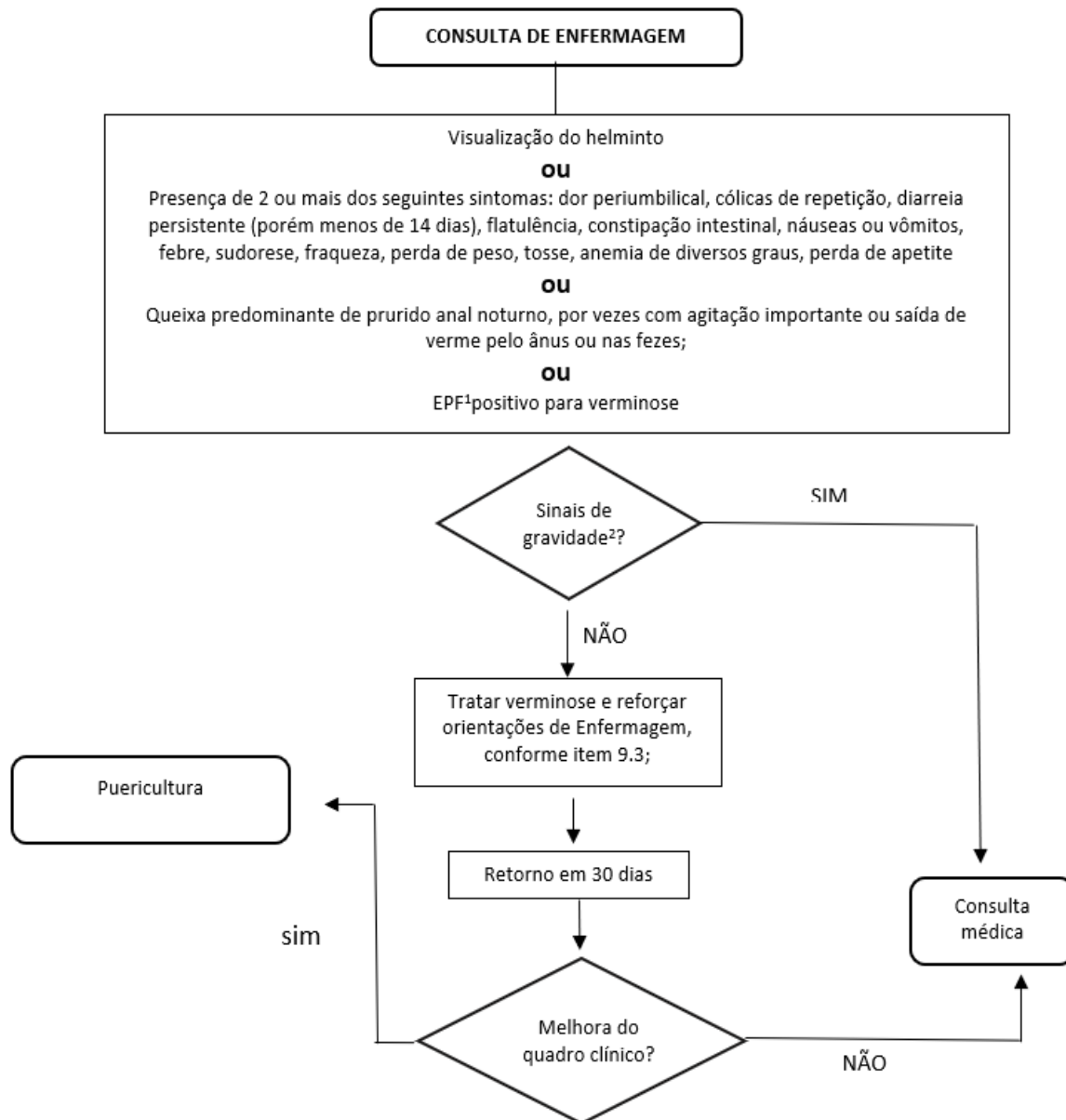
**Trichuris trichiura**: pertencente à família Trichuridae e gênero *Trichuris*, é um verme pequeno de aproximadamente 3 a 5 cm e um corpo afilado na extremidade anterior e espesso posteriormente, o que lhe confere aspecto de chicote. As pessoas contraem o *T. trichiura* ingerindo água e/ou alimentos contaminados com os ovos embrionados do parasito. No estômago ou no duodeno, os ovos eclodem e liberam as larvas, que migram até o ceco e evoluem para a forma adulta. Nessa fase, ocorre a cópula e as fêmeas começam a oviposição, eliminando uma média de 5.000 ovos por dia. Em infecções maciças por *Trichuris*, o prolapso retal é a manifestação mais importante, em consequência da irritação da mucosa do reto, causa reflexo de defecação, mesmo na ausência de fezes.

**Ancylostoma duodenale e Necator americanus**: pertencem à família Ancylostomidae e gêneros *Ancylostoma* e *Necator*, respectivamente. São parasitos de aproximadamente 1 cm de tamanho e que habitam a região do duodeno. Os ancilostomídeos tem uma ampla cavidade bucal, provida de lâminas (*N. americanus*) e dentes (*A. duodenale*), que lhes permitem aderir à parede do intestino do hospedeiro em busca de alimento (tecido e sangue), fato este que pode promover um acentuado quadro de anemia, o que explica a endemia ser conhecida popularmente como amarelão. As crianças acometidas pelos ancilostomídeos, podem apresentar lesões cutâneas na forma de pontos inflamados e acompanhado de prurido, devido à penetração ativa das larvas e no caso de reinfecções pode haver o desenvolvimento de processos de hipersensibilidade.

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na página 42.

## 10.2 Fluxograma do atendimento à criança com parasitose

O fluxograma apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à criança com parasitose.



### 10.3 Principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com parasitose.

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p>Dor abdominal;</p> <p>Verminose;</p> <p>Náuseas;</p> <p>Vômito;</p> <p>Diarreia;</p> <p>Perda apetite;</p> <p>Constipação;</p> <p>Continência urinária;</p> <p>Defecação, eficaz;</p> <p>Defecação, prejudicada;</p> <p>Fezes, nos limites normais;</p> <p>Dor abdominal melhorada.</p>	<p>D01 Dor abdominal generalizada/cólicas;</p> <p>D09 Náusea;</p> <p>D10 Vômito;</p> <p>D11 Diarreia;</p> <p>D29 Outros sinais/sintomas digestivos;</p> <p>D96 Lombrigas /outros parasitas;</p> <p>A29 – Outros sinais/sintomas gerais;</p> <p>T03 – Perda apetite.</p>	<p>Orientar sobre a importância de lavar bem os alimentos, em especial os ingeridos crus como hortaliças, legumes e frutas; deixá-los de molho em água com hipoclorito 2,0% por 30 min e enxaguar bem;</p> <p>Comer carne bem cozida ou assada;</p> <p>Ingerir somente água tratada ou filtrada;</p> <p>Reforçar importância de manter hábitos adequados de higiene como não lavar as mãos após utilizar instalações sanitárias, antes da alimentação, ou na manipulação de alimentos;</p> <p>Orientar sobre proteger os alimentos prontos para consumo de poeira e insetos como formigas e moscas, responsáveis no carregamento mecânico de ovos dos geo-helmintos que ficam aderidos às suas patas;</p> <p>Realizar ações de educação em saúde ambiental;</p> <p>Fomentar parcerias que visem as melhorias das condições de saneamento básico;</p> <p>Conhecer a prevalência local das geo-helmintíases;</p> <p>Realizar ações de educação em saúde tanto para os professores e escolares quanto para a comunidade;</p> <p>Utilizar de material educativo/informativo no processo facilita chamar a atenção da população alvo para a temática;</p>	<p><b>Maiores de 02 anos:</b> <b>Primeira escolha</b> <b>Albendazol 400 mg.</b> Administrar 01 cp, VO, em dose única (pode ser mastigado).</p> <p><b>Menores de 02 anos<sup>1</sup>:</b> Albendazol 400 mg. Administrar 0,5 cp (meia dose), VO, em dose única.</p> <p><b>Segunda escolha</b> <b>Mebendazol, 100mg,</b> 2 vezes ao dia, durante 3 dias consecutivos. Repetir com 20 dias.</p> <p><b>Se diagnóstico de amebíase/ giardíase</b> tratar com Metronidazol suspensão 35 mg/kg/dia 3x/dia (não exceder 750g/dia). Nos casos leves por 5 dias. Extra intestinal ou sintomática 50 mg/kg/dia por 10 dias.</p>	<p>Parasitológico de fezes;</p> <p>HMG (avaliar anemia).</p>

		<p>Ofertar tratamento para todos os contatos domiciliares;</p> <p>Manter as unhas das crianças aparadas;</p> <p>Manter pés limpos e calçados;</p> <p>Orientar para manter fossas e vasos sanitários sempre cobertos;</p> <p>Orientar para não usar água parada para tomar banho e/ou brincar;</p> <p>Orientar para não usar fezes humanas como adubo.</p>		
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).</p>				

<sup>1</sup> Menores de 01 ano encaminhar para o médico.

## **CAPÍTULO 8**

# **CRIANÇA COM DERMATITE AMONIACAL**

# 11 CRIANÇA COM DERMATITE AMONIAL

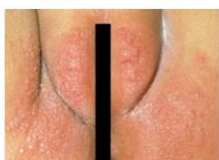
## 11.1 Introdução

A Dermatite Amoniacal ou Dermatite Irritativa primária em região de fraldas é considerada a afecção cutânea mais comum e frequente na primeira infância. A utilização de fraldas é responsável pelo aumento da temperatura e da umidade local consequentemente, auxiliando na maceração da pele, deixando a mesma suscetível à irritação devido ao contato frequente com as eliminações fisiológicas. É frequente a ocorrência da dermatite amoniacal secundária, relacionada à *Candida* ou bactérias como *Bacillus Faecallis*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* e *Streptococcus*. Atualmente são conhecidas três formas de Dermatite Amoniacal:

**Forma leve ou por fricção:** Eritema, descamação, aspecto brilhante da pele, pápulas, lesões localizadas nas regiões glúteas que são cobertas pelas fraldas até as dobras.

**Forma moderada:** Lesões pápulo – erosivas e/ou maceradas, tornando-se violáceas e/ou liquenificadas.

**Forma grave e/ou ulcerativa:** dermatite amoniacal; úlceras de Jacquet, localizadas nas regiões glúteas convexas dispostas em W, que são cobertas pelas fraldas até as dobras, face interna das coxas, região genital.



Forma leve



Forma moderada



Forma grave e/ou ulcerada



A **Dermatite por Cândida** é atualmente classificada de 02 (duas) formas: Candidíase Congênita e Candidíase Neonatal. As lesões são caracterizadas por presença de máculas e vesículas eritematosas, com lesões satélites confinadas à região glútea e normalmente há o envolvimento das pregas interglúteas e cervicais além da região genital, evoluindo para a formação de escamas, placas avermelhadas, além de pústulas e vesículas na região periférica.

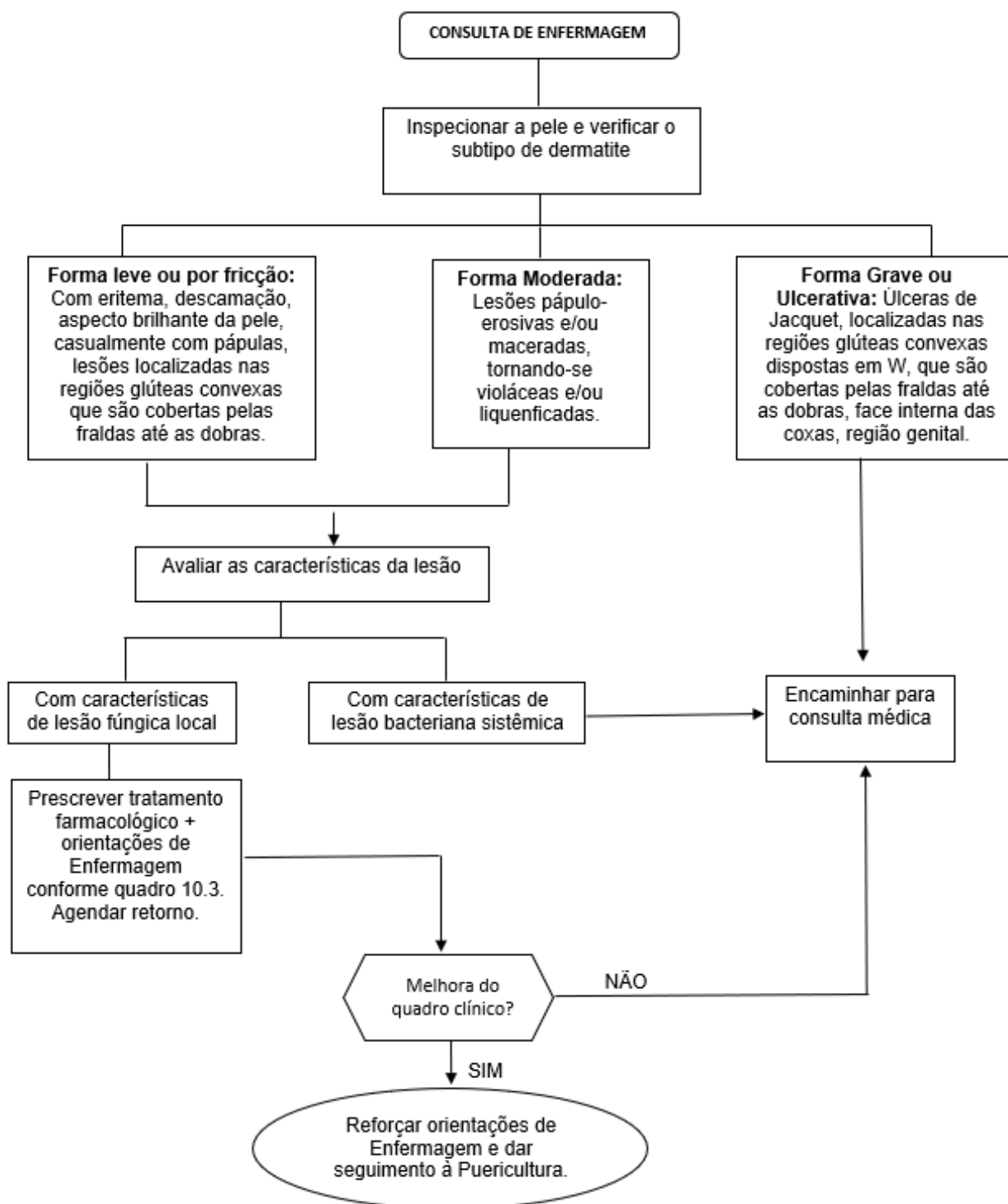




Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na página 42.

## 11.2 Fluxograma do atendimento à criança com dermatite amoniacal

O fluxograma apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à criança com dermatite amoniacal.



**11.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com dermatite amoniacal.**

Principais diagnósticos CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p>Integridade da pele eficaz;</p> <p>Integridade da pele prejudicada;</p> <p>Integridade da pele melhorada.</p>	<p>S29 – Sinais/sintomas pele, outros;</p> <p>S89 – Eritema das fraldas.</p>	<p>Manter a pele seca;</p> <p>Trocar fralda sempre que ela se tornar úmida;</p> <p>Deixar a criança sem fralda para expor a pele ao ar;</p> <p>Utilizar fraldas absorventes descartáveis (diminui a umidade da pele e mantém o controle do pH);</p> <p>Aplicar leve quantidade de amido de milho na região afetada (é mais eficiente que o talco na diminuição de atrito/fricção);</p> <p>Evitar uso de lenços umedecidos (preferir panos macios com água e sabão/sabonete neutro);</p> <p>Evitar a lavagem excessiva da pele, principalmente com a utilização de sabonetes perfumados;</p> <p>Evitar uso de fraldas descartáveis e calças plásticas;</p> <p>Preferir fraldas de tecido durante tratamento;</p> <p>Orientar uso de sabão neutro em substituição ao uso de sabão em pós e amaciantes;</p> <p>Orientar possibilidade de reação adversa ao uso do miconazol: ardor e vermelhidão no local da aplicação;</p> <p>Remover suavemente as fezes da pele, utilizando água e sabonete/detergente neutro (pode utilizar creme hidratante ou lenço umedecido).</p>	<p>Vitamina A+D+ Óxido de zinco pomada, aplicar após cada troca de fralda ou quando necessário;</p> <p>+</p> <p>Miconazol Dermatológico 20mg/g. Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada, 2x/dia (pela manhã e à noite) apenas na presença de Dermatofitoses e infecções por Cândida.</p>	-
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).</p>				

## **CAPÍTULO 9**

**CRIANÇA COM MONILÍASE ORAL E LESÕES/ALTERAÇÕES NA PELE  
(TUNGÍASE, IMPETIGO, LARVA MIGRANS, SÍNDROME DA MÃO-PÉ-BOCA,  
INTERTRIGO, TÍNEA CORPORIS; DERMATITE SEBRREICA, VARICELA,  
MILIÁRIAS)**

## 12 CRIANÇA COM MONILÍASE ORAL E LESÕES/ALTERAÇÕES NA PELE (TUNGÍASE, IMPETIGO, LARVA MIGRANS, SÍNDROME DA MÃO-PÉ-BOCA, INTERTRIGO, TÍNEA CORPORIS; DERMATITE SEBRREICA, VARICELA, MILIÁRIAS)

### 12.1 Introdução

#### 12.1.1 Monilíase Oral



**MONILÍASE ORAL:** doença ocasionada pelo fungo *Candida albicans*, uma patologia benigna, mais conhecida popularmente como *sapinhos* e ocasionada pelo desequilíbrio da flora normal. Esta patologia é presente nos primeiros meses de vida, atingindo frequentemente em até 5% dos RN saudáveis, podendo perpetuar até o primeiro ano de vida. Não apresenta sintomatologia ou

desconforto na criança, possuindo apenas características de grumos brancos aderidos à língua e nas bochechas.

#### 12.1.2 Tungíase



**TUNGÍASE:** popularmente conhecida como *bicho – de – pé*, é uma patologia considerada dermatozoonose, pois é causada pelo parasita *Tunga penetrans*, uma espécie de pulga encontrada em locais secos e arenosos, mais comuns na zona rural. É considerado um ectoparasita, sendo mais comuns em países subdesenvolvidos, principalmente na América do Sul,

África e Índia.

No Brasil a tungíase tem prevalência de mais de 50% em população de favelas urbanas, vilas pesqueiras e comunidades rurais, e causa patologias graves, tais como, infecções secundárias, perda de dígitos e dificuldade de andar. Desse modo, pode ser considerada uma doença tropical negligenciada (ARIZA, 2009).

A mesma é transmitida através do contato direto com o parasita, pois a fêmea (gestante) é encontrada no solo contaminado e penetra na pele do hospedeiro e se alimenta do mesmo (penetra principalmente a epiderme dos pés). As áreas comumente acometidas são as extremidades inferiores, como peri ou subungueais, calcanhares, artelhos, espaços interdigitais e planta dos pés, embora as mãos também possam ser envolvidas (ARIZA, 2009).

Quanto maior o número de pessoas e animais infestados, maior a transmissão, pois um maior número de ovos da pulga *T. penetrans* é colocado no meio ambiente pelos hospedeiros que estão a todo o tempo se locomovendo na comunidade. Nos domicílios onde o piso é de barro ou

de areia e principalmente onde há criação de porcos a infestação é maior. Sua disseminação é maior nos períodos de estiagem.

Os ovos, larvas e pupas das pulgas podem sobreviver no ambiente por semanas ou até meses, preferencialmente em solo seco, arenoso e com pouca luminosidade — como próximo a chiqueiros, a montes de esterco e no peridomicílio (jardins e hortas). Contudo, a *T. pentrans* infesta além de porcos, o gado, cabras, cavalos, ratos e animais selvagens e principalmente cães, gatos, e ratos são importantes reservatórios na dinâmica de transmissão da tungíase, sugerindo que esta ectoparasitose pode ser considerada uma zoonose (ARIZA, 2009).

A criança apresenta lesões em regiões periféricas (mãos e pés), elevadas, circulares, de coloração amarelada com um pequeno ponto escuro em seu centro, estas lesões apresentam sintomas como: prurido, algia e produção de pus.

### 12.1.3 Impetigo



**IMPETIGO:** patologia caracterizada por uma infecção cutânea, contagiosa, ocasionada por 02 (duas) bactérias: *Staphylococcus aureus* e *Straptococcus pyogenes*, bactérias que possuímos em nosso organismo, principalmente na região da pele, boca e trato respiratório superior. Esta doença acomete principalmente crianças entre 2 a 7 anos de idade, quando os mesmos apresentam baixa defesa imunológica, ferimentos e/ou escoriações superficiais na região da pele, sendo comum nos meses mais quentes e

úmidos do ano. As lesões são caracterizadas por possuírem o aspecto crostoso e/ou bolhoso de coloração amarelada, sendo mais comum na região facial.

A contaminação para outras pessoas é ocasionada através do contato direto com as lesões, por gotículas de secreção e por objetos contaminados.

Fazer diagnóstico diferencial para doença Mão – Pé – Boca.

### 12.1.4 Larva Migrans



**LARVA MIGRANS:** também conhecida como *Helminthiasis migrans*, *Bicho Geográfico*, *Bicho de Praia*, é um parasita intestinal encontrado em animais como cachorro e gato, realizando a eliminação e disseminação dos seus ovos através das fezes dos animais. Afeta todas as idades, porém é mais comum em crianças devido à prática de brincadeiras em regiões que possuem areia ou

andam descalço em lugares que possuem sujidades, sendo mais comum em épocas quentes, como por exemplo no verão.

É caracterizada por uma lesão papular serpiginosa, com presença do prurido intenso, localizada principalmente nas regiões de extremidades, como nos pés e nas mãos.

Realizar o diagnóstico diferencial referente à tungíase.



### 12.1.5 Síndrome Mão – pé – boca

**SÍNDROME MÃO – PÉ – BOCA:** é uma doença altamente contagiosa ocasionada pelo vírus Enterovírus Coxsackie – 16, que apresenta incidência em grande proporção em crianças na faixa etária de até 5 anos de idade, principalmente entre os 6 meses aos 3 anos de idade. É caracterizada inicialmente, na maioria das

vezes, pelos episódios de febre, com o surgimento de aftas dolorosas na região bucal, aumento dos gânglios linfáticos dispostos na região do pescoço, aparecimento de bolhas não pruriginosas e não dolorosas nas regiões das mãos e pés, de coloração acinzentada e avermelhada, podendo se estender para região glútea e períodos de cefaleia, com episódios de inapetência.



Em sua grande maioria, a doença possui uma evolução para cura de forma natural e espontânea após o período de 06 a 10 dias, não possuindo maiores complicações graves, entretanto, a criança poderá apresentar períodos de desidratação ocasionada pela febre e dificuldade de ingestão de líquidos devido a odinofagia constante.

Como a doença é contagiosa e transmitida através do contato direto com saliva e/ou secreções expelidas pelas lesões, o método principal de prevenção é o isolamento da criança durante o período de transmissão da doença.

O tratamento é baseado na diminuição dos sinais e sintomas ocasionados pela síndrome, com a utilização de antipiréticos, analgésicos e anti-inflamatórios, pois como descrito anteriormente, a doença apresenta cura benigna e espontânea. Em pequenos casos são utilizados antivirais específicos quando não há melhora do quadro clínico, sendo a conduta tomada após avaliação médica.

É importante que o enfermeiro tenha conhecimento sobre a diferenciação da Síndrome Mão – Pé – Boca de outras afecções comuns no período da infância, visto que devido ao fato das doenças dermatológicas apresentarem semelhanças básicas entre si, cada uma possui sua especificidade, como por exemplo: Esta síndrome apresenta homogenia com Impetigo, entretanto, uma é ocasionada por vírus e a outra por bactérias.

### 12.1.6 Intertrigo

**INTERTRIGO:** é uma lesão infecciosa ocasionada pelo fungo *Candida albicans*, que é produzido ou agravado devido ao excesso de calor, umidade, aumento da fricção/atritos entre as partes do

corpo da criança, podendo também estar associado com o surgimento de outras infecções ocasionadas por fungos e bactérias. Os sinais e sintomas mais comuns desta afecção é o surgimento de prurido intenso seguido de ardência e sensação de queimação, ocasionando a irritação da pele, podendo apresentar – se com a iniciação de lesões caracterizadas por placas eritematosas, avermelhadas, que podem evoluir para vesículas e fissuras, com prurido intenso ocasionado a descamação da pele, sendo mais comum em regiões como axilas, genitálias, glúteo, “dobras” na região abdominal e membros inferiores.

O tratamento em sua grande maioria é caseiro, sendo utilizado o amido de milho, pois o mesmo auxilia na rápida absorção da umidade, diminui a intensificação do prurido nas regiões afetadas, entretanto, caso haja piora do quadro clínico, sendo evidenciado a presença de sinais de infecções como secreções purulentas, fissuras que não melhoram, deverá ser iniciado o tratamento com antibioticoterapia conforme a avaliação médica prévia.

As intervenções de enfermagem seguem através das orientações repassadas para os familiares referentes aos cuidados durante o período de tratamento da doença.

### 12.1.7 Tínea Corporis



**TÍNEA CORPORIS (IMPINGE):** lesão ocasionada pelo surgimento de uma micose que compromete a região da epiderme, principalmente na região da face, tronco/tórax e nos membros superiores e inferiores, caracterizado por lesões descritas como pápulas – vesiculares, com descamação central. A doença é transmitida através do contato direto e indireto com animais e objetos contaminados.

O tratamento desta doença é realizado através da administração de antibióticos tópicos. Nos casos em que isso não ocorre, faz-se o tratamento oral com Griseofulvina na dose de 10 a 20mg/kg de peso durante 30 dias ou com Terbinafina na dose de 250mg/dia, se acima de 40kg; 125mg/dia se entre 20-40kg; e 62,5 mg/dia se abaixo de 20 kg, por 15 dias e caso não haja melhora, é necessário o encaminhamento à consulta médica.

### 12.1.8 Dermatite Seborreica

**DERMATITE SEBORREICA:** conhecida como crosta láctea, é uma condição inofensiva e temporária que tem incidência nas primeiras semanas de vida da criança. Caracteriza-



se por placas espessas, aderentes, amareladas, escamosas e oleosas, com ou sem prurido, bem delimitadas, úmidas, com ou sem fissura de pele. Ocorre em couro cabeludo, sobrelanceiras, áreas flexoras, atrás das orelhas, ao redor do nariz e regiões de fralda (COREN-PE, 2019).

### 12.1.9 Varicela

**VARICELA:** é uma infecção viral primária, aguda, porém altamente contagiosa, caracterizada por surgimento de exantema de aspecto máculo-papular, de distribuição centrípeta, que, após algumas horas, adquire aspecto vesicular, evoluindo rapidamente para pústulas e, posteriormente, formando



crostas em 3 a 4 dias. Pode ocorrer febre moderada e sintomas sistêmicos. A principal característica clínica é o polimorfismo das lesões cutâneas, que se apresentam nas diversas formas evolutivas, acompanhadas de prurido. Em crianças, geralmente, é uma doença benigna e autolimitada (BRASIL, 2002).

### 12.1.10 Miliária

**MILIÁRIA:** caracteriza-se como lesão eritematosa microvesicular e pruriginosa desencadeada por calor excessivo e umidade ou por substâncias que podem obstruir os poros (cremes, talcos ou óleos). Podendo apresentar-se de duas formas:

Cristalina: Vesículas minúsculas não inflamatórias, sem eritema circunjacentes, assintomáticas, superficiais e podem ter a aparência de gotas de orvalho, mais comum em fronte e parte superior do tronco.

Rubra (Brotoeja): Pápulas, vesículas ou pústulas eritematosas, não foliculares, de 1 a 3mm, principalmente em face, pescoço e tronco. A miliária rubra ocorre mais tarde que a miliária cristalina, geralmente após a segunda semana de vida (COREN-PE, 2019).

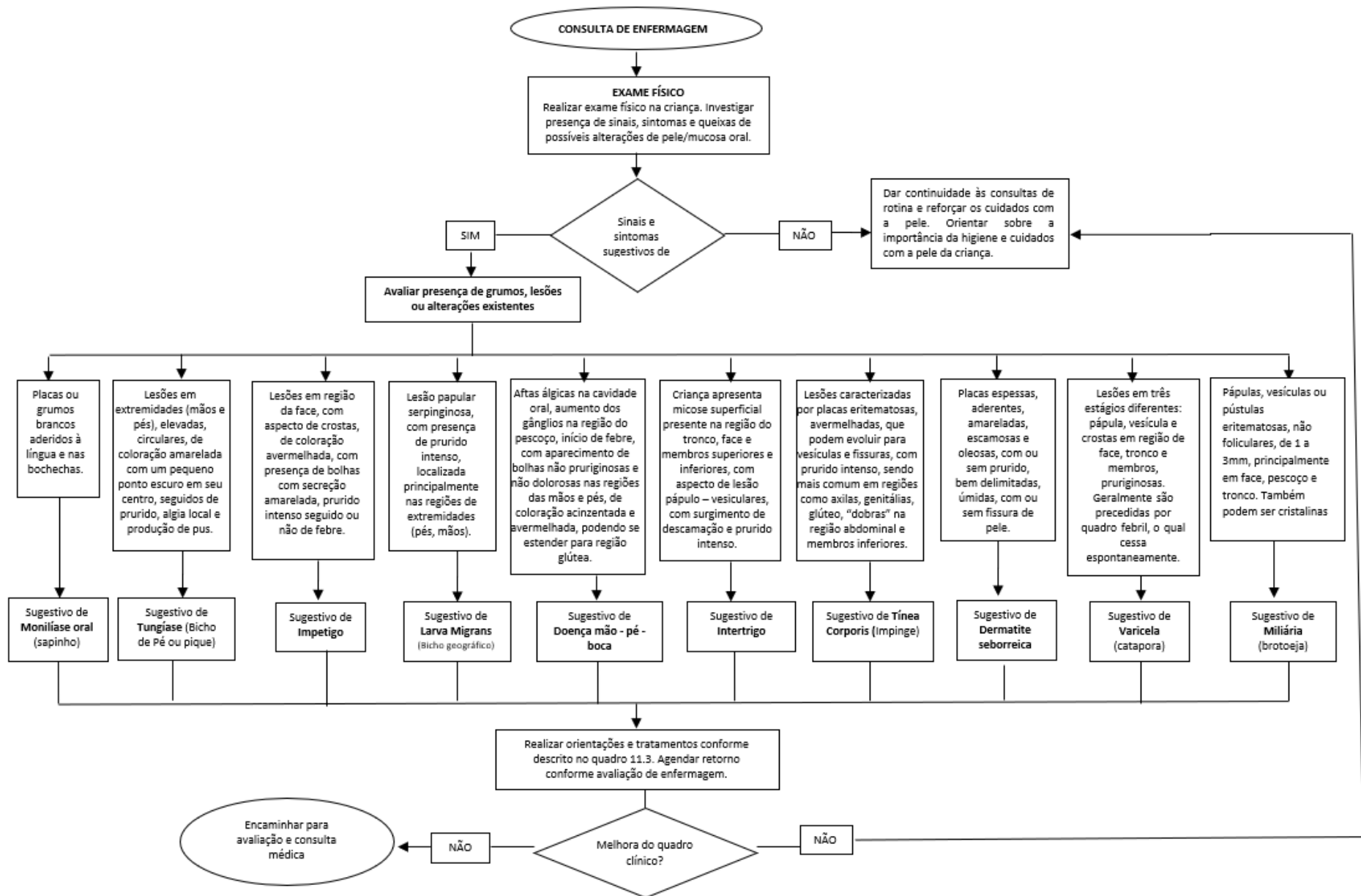




Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na página 42.

## **12.2 Fluxograma do atendimento à criança com monilíase oral e lesões/alterações na pele**

O fluxograma da página a seguir apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à criança com monilíase oral e lesões/alterações na pele.



**12.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com monilíase oral e lesões/alterações na pele.**

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p>Integridade da pele eficaz;</p> <p>Integridade da pele prejudicada;</p> <p>Integridade da pele melhorada;</p> <p>Ferida;</p> <p>Cicatrização da ferida eficaz;</p> <p>Controle do sintoma;</p> <p>Dor, cutânea;</p> <p>Dor, reduzida;</p> <p>Infecção;</p> <p>Infecção, ausente;</p> <p>Inflamação;</p> <p>Lesão;</p> <p>Lesão, ausente;</p> <p>Pele, seca;</p> <p>Perfusão da Ferida, eficaz;</p> <p>Resposta à medicação eficaz;</p> <p>Risco de infecção cruzada.</p>	<p>S29 – Sinais/sintomas pele, outros.</p>	<p><b>Para todas as alterações relativas à pele.</b></p>		
		<p>Avaliar ferida, atentando sinais dor, rubor, calor, secreção, edema, hiperemia, febre (T°C);</p> <p>Tratar área afetada conforme protocolo, evitando medidas caseiras;</p> <p>Orientar o uso de medicamento conforme prescrição;</p> <p>Orientar para não coçar a região afetada;</p> <p>Manter unhas aparadas;</p> <p>Recomendar uso de mosquiteiro e repelentes;</p> <p>Promover a integridade da pele;</p> <p>Realizar o encaminhamento ao médico, se houver presença de infecção secundária;</p> <p>Seguir protocolo 6 (febre e dor de ouvido) caso haja presença de febre;</p> <p>Orientar família sobre prevenção de infecção e infecção cruzada;</p> <p>Orientar cuidados com a pele;</p> <p>Avaliar e monitorar a cicatrização da ferida;</p> <p>Orientar cuidados de higiene pessoal;</p> <p>Orientar cuidado com a limpeza da ferida;</p> <p>Obter dados sobre a pele;</p>	<p><b>Se dor ou desconforto, prescrever:</b></p> <p><b>Paracetamol 200 mg/ml (gotas)</b> Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas</p> <p>OU</p> <p><b>Dipirona 500 mg/ml (gotas)</b> Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas.</p>	<p>-</p>

		Orientar hidratação da pele.	
		<b>MONILÍASE ORAL</b>	
		<p>Orientar a evitar o uso de chupetas e/ou mamadeiras até melhora do quadro clínico;</p> <p>Evitar uso de mamadeiras e chupetas;</p> <p>Orientar a higiene adequada de lavagem das chupetas, bicos das mamadeiras e mordedores (ferver por 15 min.);</p> <p>Orientar a higiene oral com água bicarbonatada: 01 colher de chá de bicarbonato de sódio em 01 copo de água quente e fria, realizar limpeza das crostas com o dedo envolvido com um pano ou lenços umedecidos na solução, realizar o procedimento durante uma semana;</p> <p>Evitar beijar a criança próximo dos lábios;</p> <p>Lavar sempre as mãos antes e após contato com a criança; antes e após higienizar as mamas;</p> <p>Agendar retorno com 02 dias.</p>	<p><b>Nistatina solução oral 100.000 UI/ml.</b></p> <p>Aplicar 1,0 ml da solução na mucosa oral 04 vezes ao dia, 10 minutos após a higiene com a solução indicada. Manter esquema até 02 dias após melhora do quadro clínico.</p>
		<b>TUNGÍASE</b>	
		<p>Realizar a retirada mecânica da tunga;</p> <p>Higienizar o local afetado antes da remoção com água e sabão;</p> <p>Realizar a extração com uma agulha estéril de calibre adequado e antes, realizar a assepsia local com álcool 70% ou clorexidina;</p> <p>Após extração fazer curativo local;</p> <p>Verificar a situação vacinal da criança, principalmente a vacina contra tétano, caso esteja</p>	<p><b>Ivermectina,</b> dose única, VO, obedecendo a escala de peso corporal conforme quadro 09 (tratar <u>somente casos de infestação</u>). Repetir a dose em uma semana, se necessário.</p>

		<p>desatualizado, realizar a vacinação;</p> <p>Orientar o uso de repelente em áreas com taxas de ataque elevadas;</p> <p>Orienta o uso regular de chinelos ou sandálias para prevenção individual, assim como o uso de sapatos fechados e de meias;</p> <p>Conferir a procedência de adubos/esterco oriundo de sítios e fazendas, comprado para adubar hortas e jardins;</p> <p>Orientar o rastreio da pulga em animais domésticos e tratá-los.</p>		
		<b>IMPETIGO</b>		
		<p>Orientar a importância do afastamento da criança referente a creches e escolas;</p> <p>Orientar banho com sabonetes bacteriostáticos ou sabão neutro na ausência destes;</p> <p>Orientar o não compartilhamento de objetos da criança para outras pessoas;</p> <p>Orientar a lavagem da roupa com água quente.</p>	<p><b><u>Lesões Autolimitadas:</u></b> Mupirocina creme 2x ao dia por uma semana;</p> <p><b><u>Lesões Disseminadas com ou sem febre:</u></b> Cefalexina 25 – 50 mg/kg/dia de 6/6 horas.</p>	
		<b>LARVA MIGRANS</b>		
		<p>Orientar sobre a importância de evitar andar descalço em áreas sombreadas, arenosas ou úmidas;</p> <p>Orientar a utilização de compressas de gelo no local, caso presente prurido intenso;</p> <p>Orientar possíveis manifestações de irritabilidade que a criança poderá apresentar;</p>	<p><b>Albendazol Oral</b> Crianças com 01 a 02 anos de idade, prescrever 200 mg VO, uma vez ao dia por 03 dias e crianças acima de 02 anos de idade: 400 mg VO.</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p><b>Tiabendazol creme 5%:</b> aplicar nas lesões três vezes ao dia, por 10 dias.</p>	

		Encaminhar crianças menores de 02 anos para o médico.		
		<b>SÍNDROME MÃO – PÉ – BOCA</b>		
		<p>Realizar o isolamento da criança durante o período de transmissão da doença;</p> <p>Não compartilhar objetos, roupas e artigos pessoais da criança com os outros familiares;</p> <p>Reforçar a ingestão de líquidos durante o período da doença, para que não haja possibilidades de a criança evoluir para uma desidratação;</p> <p>Realizar a higienização das mãos antes e após contato com a criança;</p> <p>Evitar o contato próximo como beijar, abraçar a criança durante o período de transmissão;</p> <p>Comunicar a escola para que outros pais verifiquem a pele de seus filhos; Orientar que o tratamento deverá ser realizado com todos os familiares que convivem com a criança.</p>	Sintomáticos para o alívio da dor e do desconforto causado pela febre e pelas lesões orais.	
		<b>INTERTRIGO</b>		
		<p>Lavar o local lesionado com água e sabão/sabonete neutro;</p> <p>Secar bem o local com toalha seca e limpa;</p> <p>Realizar a exposição solar, duas vezes ao dia, de preferência no período da manhã e final da tarde, com o tempo estabelecido de até 15 minutos;</p> <p>Evitar colocar roupas apertadas e/ou com tecidos pesados e muito quentes na criança, para que evite a sudorese em excesso e o aumento da temperatura corporal;</p>	<p><b>Dexametasona 1mg/g creme.</b> Aplicar no local afetado de 2 a 3 vezes ao dia.</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p><b>Vitamina A+D+ Óxido de zinco pomada,</b> aplicar após cada troca de fralda ou quando necessário.</p>	

		<p>Encaminhar ao banho sempre que necessário, a fim de evitar sujidade em grande quantidade;</p> <p>Atentar-se para a presença de fissuras e descamação devido à fricção em excesso ocasionada pelo prurido constante.</p>	
		<b>TÍNEA CORPORIS</b>	
		<p>Lavar o local lesionado com água e sabonete neutro;</p> <p>Secar bem o local com toalha seca e limpa;</p> <p>Realizar a exposição solar, duas vezes ao dia, de preferência no período da manhã e final da tarde, com o tempo estabelecido de até 15 minutos;</p> <p>Evitar colocar roupas apertadas e/ou com tecidos pesados e muito quentes na criança, para que evite a sudorese em excesso e o aumento da temperatura corporal;</p> <p>Encaminhar ao banho sempre que necessário, a fim de evitar sujidade em grande quantidade;</p> <p>Atentar-se a presença de fissuras e descamação devido à fricção em excesso ocasionada pelo prurido constante;</p> <p>Realizar a troca de roupa dos dormitórios constantemente, para que não haja riscos de transmissão aos outros familiares;</p> <p>Lavar adequadamente as roupas pessoais de banho e de cama com água quente ou passar ferro quente.</p>	<p><b>Miconazol Dermatológico 20mg/g.</b> Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada, 2x/dia (pela manhã e à noite) por 7 a 14 dias.</p> <p>Se lesões extensas, pode ser necessário uso de antifúngico sistêmico. Encaminhar ao médico.</p>
		<b>DERMATITE SEBORREICA</b>	
		<p>Manter a pele limpa e secar bem após o banho;</p> <p>Usar sabonete e xampu neutros;</p>	-

		<p>Evitar excesso de roupas e tecidos sintéticos;</p> <p>Orientar uso de roupas leves de tecido de algodão;</p> <p>Orientar evitar a ingestão de alimentos gordurosos;</p> <p>Evitar banho quentes;</p> <p>Orientar aplicar óleo mineral ou de amêndoas na área afetada, deixar agir por 15 minutos, remover delicadamente as crostas com auxílio de uma fralda, pente ou escova macia, lavar bem a pele com sabonete ou xampu neutro para remover todo o óleo e secar bem a pele;</p> <p>Remover no banho somente as crostas que estão soltas;</p> <p>Na permanência por mais de 15 dias ou expansão, solicitar avaliação médica;</p> <p>Realizar troca de fraldas frequentemente.</p>		
		<b>VARICELA</b>		
		<p>Orientar banhos com água tépida;</p> <p>Notificar surtos;</p> <p>Orientar pais/cuidadores a afastar a criança da escola por 7 dias, bem como tranquilizar os mesmos sobre a benignidade do quadro (avaliar a necessidade de atestado médico);</p> <p>Pesquisar complicações: Infecção bacteriana secundária: lesão diferente das outras, com maior hiperemia e edema de pele, perilesão com ou sem saída de secreção purulenta;</p> <p>Orientar uso de emolientes ou cremes hidratantes.</p>	<p>Não há indicação de tratamento de rotina, apenas para crianças imunossuprimidas (encaminhar para consulta médica);</p> <p>Demais casos, prescrever <b>Pasta d'água a base de óxido de zinco</b> Aplicar na pele 2x/dia, após o banho.</p>	



		<b>MILIÁRIA</b>	
		<p>Orientar a importância do ambiente fresco e arejado;</p> <p>Orientar uso de pouca roupa, roupas leves, de tecido de algodão e claras;</p> <p>Recomendar banhos tépidos frequentes;</p> <p>Usar sabonete neutro;</p> <p>Enxaguar a criança após o banho com 1 litro de água contendo 2 colheres (de sopa) de amido de milho (3 vezes ao dia).</p>	<p><b>Pasta d'água a base de óxido de zinco</b></p> <p>Aplicar na pele 3x/dia após o banho.</p>
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).</p>			

## **CAPÍTULO 10**

# **CRIANÇA COM ALTERAÇÃO DE PESO**

# 13 CRIANÇA COM ALTERAÇÃO DE PESO

## 13.1 Introdução

É de extrema relevância a avaliação nutricional nas consultas de puericultura na Atenção Primária em Saúde para o monitoramento do crescimento e desta forma promover a saúde da criança e avaliação precoce para sub ou sobrealimentação, identificando as possíveis vulnerabilidades que interferem no estado nutricional. Busca-se evitar a anormalidade do crescimento e evitar o comprometimento na qualidade de vida da criança (BRASIL, 2012).

Torna-se necessário que diante da investigação, por meio da consulta de enfermagem haja o inquérito alimentar para a identificação de possíveis desvios nutricionais, como o baixo ou sobre peso. Cabe a equipe de AB averiguar os fatores de risco que estão associados a estas condições clínicas, como: hábitos alimentares, sedentarismo, comorbidades associadas, situações de violência, negligência e abandono, por exemplo (BRASIL, 2015).

O acompanhamento da criança durante as consultas deverá ser registrado na Caderneta de Saúde da Criança para o registro período dos dados antropométricos e desta forma facilitar o comparativo do crescimento durante as consultas. A utilização dos gráficos é feita como parâmetros para avaliação do crescimento destes pacientes, tais como: perímetro cefálico; peso para a idade; comprimento/estatura para a idade e índice de massa corporal (IMC) para a idade (BRASIL, 2012).

Segundo a fase do curso de vida da criança, poderá haver alteração no parâmetro da avaliação antropométrica (quadro 10).

**Quadro 10 – Parâmetros da avaliação antropométrica, segundo a faixa etária.**

Faixa Etária	Parâmetros a serem avaliados
Crianças menores de 05 anos	IMC para a Idade Estatura para a Idade Peso para Estatura Peso para a Idade
Crianças de 05 a 09 anos	IMC para a idade Estatura para a idade Peso para a idade

Fonte:

BRASIL,

2015.

Peso para a idade: relação entre massa corporal e a idade, muito utilizado para avaliar desnutrição, porém não determina se o caso de desnutrição é de longo ou de recente prazo. Se utilizado este método, há necessidade de outro dado antropométrico para complementação;

Estatura para a idade: evidencia o crescimento linear. O déficit neste parâmetro pode ser resultado de situações crônicas;

Peso para Estatura: demonstra tanto o excesso quanto o déficit de peso da criança em relação ao seu tamanho.

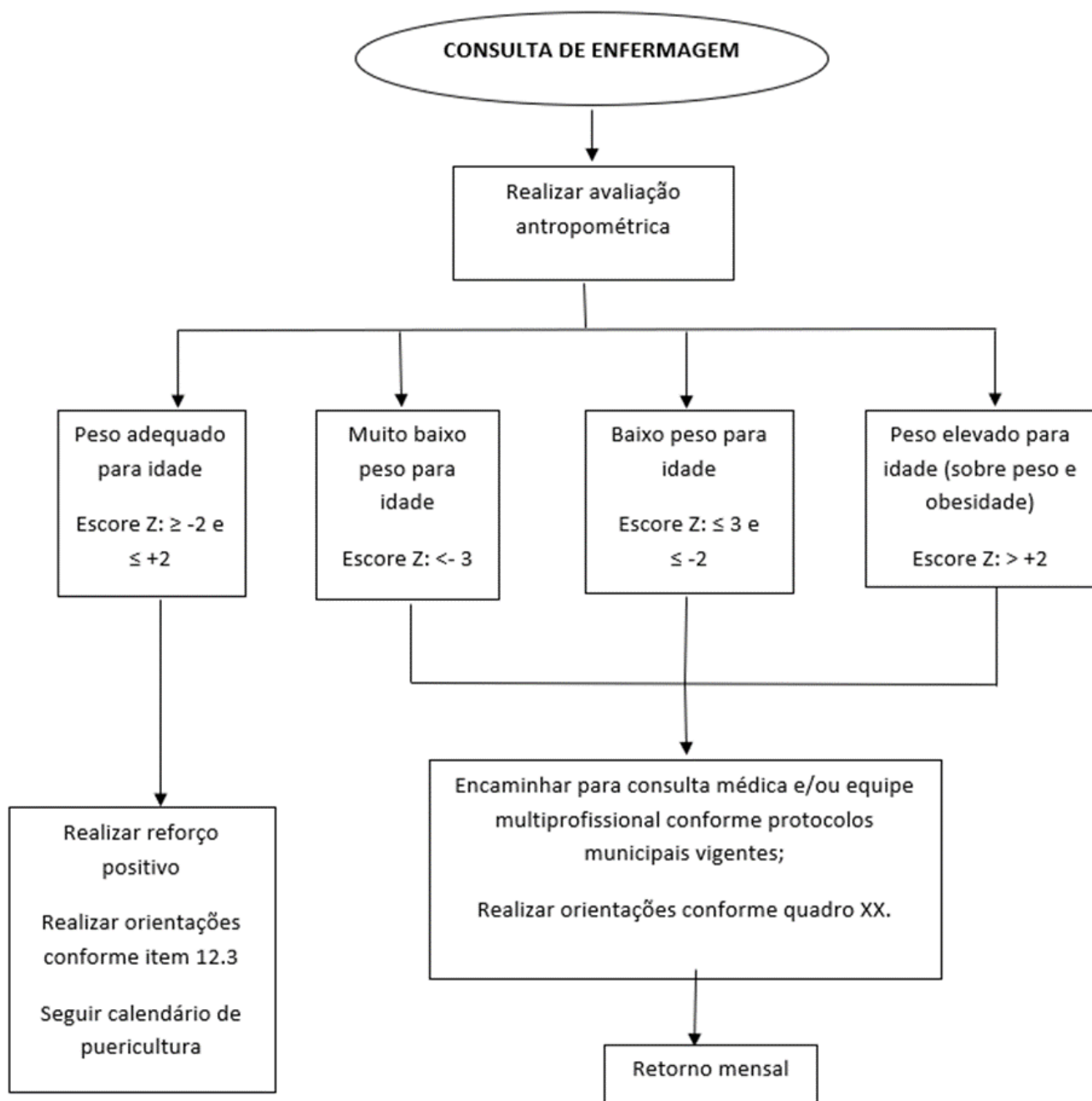
Índice de Massa Corporal: Relação entre a massa corporal e comprimento ou altura comumente utilizado para identificar o excesso de peso.

Em situações de desvio de crescimento da criança, a equipe da APS deverá fornecer suporte para o atendimento da criança e sua família e realizar o encaminhamento para a continuidade do atendimento, quando necessário.

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na página 42.

### **13.2 Fluxograma do atendimento à criança com alteração de peso**

O fluxograma na página a seguir apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à criança com alteração de peso.



**13.3** Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à **criança com alteração de peso.**

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p>Baixo peso;</p> <p>Sobrepeso;</p> <p>Moderada aceitação do alimento;</p> <p>Baixa absorção de vitaminas;</p> <p>Baixo acesso ao alimento;</p> <p>Alergia alimentar;</p> <p>Desnutrição;</p> <p>Obesidade;</p> <p>Ingestão de alimentos, excessiva;</p> <p>Ingestão de alimentos, insuficiente;</p> <p>Sobrepeso presente;</p> <p>Problema emocional presente;</p> <p>Intolerância a atividade física;</p> <p>Tolerância a atividade física eficaz;</p> <p>Qualidade de vida prejudicada.</p>	<p>A18 – Preocupação com aparência</p> <p>P01 – Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão;</p> <p>P11 – Problemas de alimentação da criança;</p> <p>P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros;</p> <p>T07 Aumento peso;</p> <p>T08 – Perda peso;</p> <p>T82 Obesidade;</p> <p>T83 Excesso de peso;</p> <p>Z01 – Pobreza/problemas econômicos;</p> <p>Z02 – Problemas relacionados água/alimentação.</p>	<p>Examinar a causa do peso inadequado;</p> <p>Examinar perda de peso, quantidade e período;</p> <p>Orientar sobre amamentação;</p> <p>Pesar criança sem fralda; roupa;</p> <p>Monitorar ingestão de alimentos;</p> <p>Monitorar nutrição;</p> <p>Orientar sobre nutrição;</p> <p>Encaminhar para nutricionista, se necessário, de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação;</p> <p>Administrar suplemento nutricional, se baixo peso;</p> <p>Orientar reeducação alimentar da criança;</p> <p>Orientar acompanhante sobre os riscos de saúde causados pelo excesso de peso;</p> <p>Examinar com acompanhante os hábitos, os costumes e os fatores culturais que influenciam o peso;</p> <p>Auxiliar a criança na adaptação da dieta ao modo de vida e ao nível de atividade;</p> <p>Avaliar adaptação da dieta e mudança do estilo de vida;</p> <p>Avaliar causas da ingestão nutricional prejudicada;</p> <p>Orientar realização de atividade física;</p> <p>Oferecer pequenas refeições frequentes;</p> <p>Manter um ambiente tranquilo;</p> <p>Encorajar a criança e/ou acompanhante na substituição de hábitos indesejáveis por hábitos favoráveis;</p> <p>Estimular autoestima;</p> <p>Elogiar o esforço da pais/cuidadores em</p>	-	<p>Baixo peso: Hb/HT</p> <p>Aumento peso: perfil lipídico, glicemia</p>

		<p>promover a alimentação saudável;  Encaminhar para o médico para investigação de alergia alimentar;  Encaminhar para serviço social para cadastro em programas vigentes;  Encaminhar ao nutricionista, quando necessário, de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação;  Fornecer material educativo sobre preparo e reaproveitamento de alimentos.</p>		
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).</p>				

## **CAPÍTULO 11**

# **CRIANÇA COM NECESSIDADE DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E VITAMINA**



## 14 CRIANÇA COM NECESSIDADE DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E VITAMINA

### 14.1 Introdução

A anemia é a condição clínica em que a concentração de hemoglobina no sangue está abaixo do normal (WHO, 2001). Sabe-se que a anemia ocasionada pela deficiência de ferro, correspondendo a 50% dos casos totais de anemia, é um problema de saúde pública do país e está atrelado ao desenvolvimento infantil, afetando, principalmente, as crianças menores de dois anos de idade, apresentando desta forma, maior probabilidade de baixo rendimento escolar em idades posteriores e baixa produtividade na vida adulta (BRASIL, 2013).

Destaca-se que as principais consequências, para as crianças, diante da deficiência de ferro, são: fadiga; redução; falta de memória; baixa concentração; taquicardia, sopro cardíaco e insuficiência cardíaca em casos graves; interferência no sistema imunológico com a possibilidade da predisposição para infecções; diminuição da função cognitiva e interferência no crescimento e desenvolvimento em crianças, com repercussões em outros ciclos da vida, em especial na redução da capacidade para a aprendizagem em crianças em idade escolar e possibilidade de redução de produtividade em adultos (BRASIL, 2016).

Para avaliação da anemia em crianças, considerar os seguintes parâmetros:

<b>IDADE</b>	<b>HEMOGLOBINA (g/dL)</b>	<b>HEMATÓCRITO (%)</b>
<i>Crianças entre 6 a 59 meses</i>	11,0	33
<i>Crianças entre 5 e 11 anos</i>	11,5	34

Evidências apontam que a suplementação com vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade apresenta uma redução do risco global de morte em 24%, de mortalidade por diarreia em 28% e de mortalidade por todas as causas, em crianças HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) positivo, em 45%. Diante disso é recomendado pela a OMS a administração de suplementos de vitamina A para prevenção da carência, xerofalmia e a cegueira de origem nutricional em crianças de 6 a 59 meses. A suplementação profilática de vitamina A deve fazer parte de um conjunto de estratégias para a melhoria da ingestão deste nutriente, portanto, associado à diversificação da dieta (OMS, 2011 apud BRASIL, 2013).

O leite materno fornece a quantidade necessária de vitamina, crianças que passam a receber outros alimentos, além do leite materno, a partir do 6º mês de vida, precisam de quantidades adequadas da vitamina A, essencial para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis. Se a criança não estiver em aleitamento materno exclusivo, a suplementação poderá ser realizada a partir dos quatro meses de idade, juntamente com a introdução dos alimentos complementares (BRASIL, 2013).

Para orientação de alimentação saudável em crianças menores de 2 anos consultar Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para crianças menores de dois anos, disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_dez\\_passos\\_alimentacao\\_saudavel\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_dez_passos_alimentacao_saudavel_2ed.pdf).

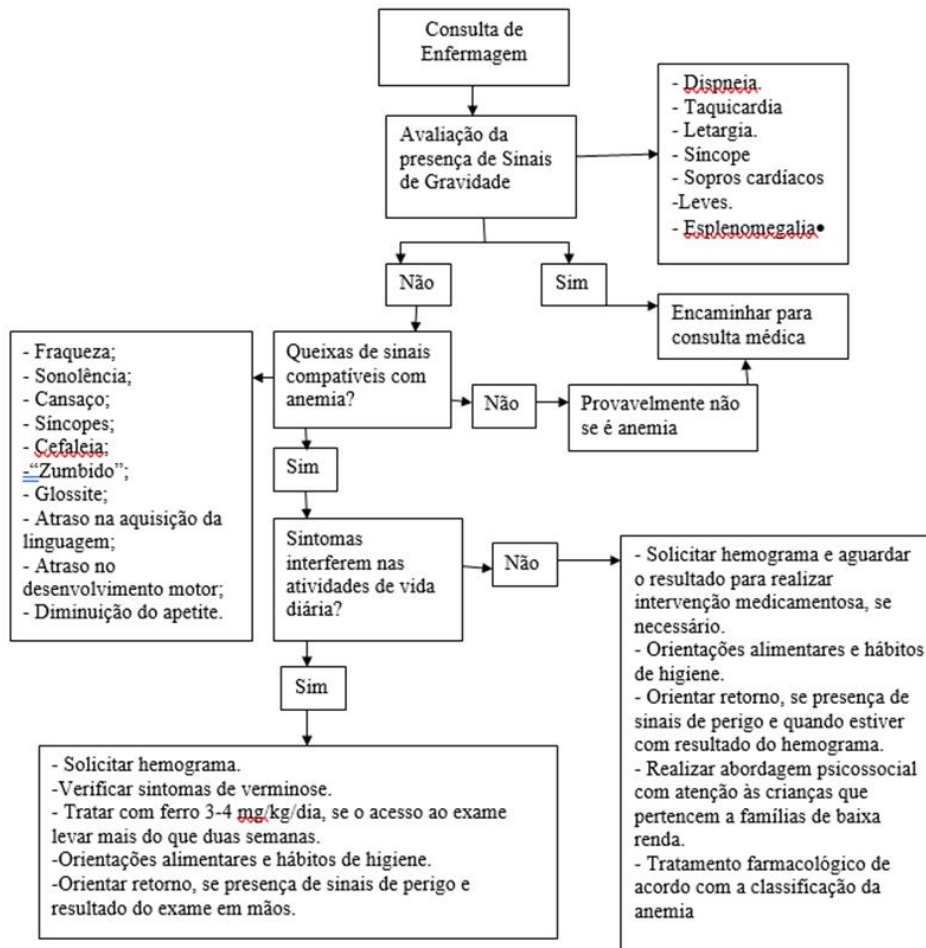
A suplementação profilática medicamentosa para crianças de 6 a 59 meses de idade por não atingir, pela alimentação, a quantidade diária necessária para prevenção da deficiência da vitamina A no organismo, é recomendada pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, em todas as crianças que residam em municípios contemplados pelo programa. Para tanto, é preciso verificar na Caderneta de Saúde da Criança a data da última administração do suplemento de vitamina A (BRASIL, 2013).

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na página 42.

#### **14.2 Fluxograma do atendimento à criança com necessidade de suplementação de ferro e vitamina A**

O fluxograma da página a seguir apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à criança com necessidade de suplementação de ferro e vitamina A.

FLUXOGRAMA DE ATENÇÃO À CRIANÇA COM SUSPEITA DE ANEMIA



diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à **criança com necessidade de suplementação de ferro e vitamina A.**

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Moderada aceitação do alimento; Baixa absorção de vitaminas; Baixo acesso ao alimento; Desnutrição; Adesão a regime dietético melhorado.	B99 – Outras doenças do sangue/ linfático/ baço; D99 – Outras doenças do aparelho digestivo; Z01 – Pobreza/ problemas econômicos; Z02 – Problemas relacionados a água/ alimentação.	Orientar sobre alimentação adequada; Identificar problemas relacionados a alimentação; Avaliar as preferências alimentares; Orientar criança e/ou acompanhante quanto aos alimentos com os nutrientes necessários para recuperação; Administrar vitamina; Administrar suplemento de ferro; Realizar reforço positivo e práticas saudáveis e eficientes; Orientar plano de cuidado;	<b>Vitamina A</b> conforme quadro 11; <b>Sulfato ferroso:</b> crianças menores de dois anos: 3mg de ferro/kg/dia, não superior a 60mg por dia. Para suplementação verificar quadro 12.	HMG.

		<p>Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso; Solicitar apoio da equipe multiprofissional se necessário, conforme protocolo municipal vigente;</p> <p>Avaliar situação social e solicitar apoio da rede, se necessário;</p> <p>Fornecer material educativo sobre alimentos ricos em ferro e Vitamina A;</p> <p>Recomendar ingerir sulfato ferroso, 30 min antes das refeições com sucos ricos em vitamina C, se não estiver em AME;</p> <p>Incentivar o AME até o 6º mês de vida, e complementar até 2 anos de idade (pelo menos) com a introdução dos alimentos complementares em tempo oportuno e de qualidade;</p> <p>Ocorrência de possíveis efeitos adversos em decorrência do uso da medicação (ex.: fezes escurecidas, diarreia, constipação intestinal).</p>		
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).</p>				

Quadro 11 – Esquema profilático para administração de vitamina A em crianças

Idade	Dose	Frequência
Crianças: 6 – 11 meses	100.000 UI	Uma dose
Crianças: 12 -59 meses	200.000 UI	Uma vez a cada 6 meses

Fonte: Brasil, 2013.

Quadro 12 – Dosagem de sulfato ferroso profilático para crianças.

Crianças de seis a 24 meses dar 1mg de ferro elementar/kg diariamente até completar 24 meses		
Idade em meses	Medida de peso (kg)	Média dosagem de ferro (mg)
6	7,600	7
7	7,950	8
8	8,250	8
9	8,550	8
10	8,850	9
11	9,050	9
12	9,250	9
13	9,550	9
14	9,750	9
15	9,950	9
16	10,150	10
17	10,350	10
18	10,550	10
19	10,750	10
20	10,950	10
21	11,200	11
22	11,450	11
23	11,650	11
24	11,850	11

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Quadro 13 – Recomendações quanto à suplementação de ferro.

Situação	Recomendação
Recém-nascido a termo, de peso adequado para idade gestacional em aleitamento materno	1mg/kg peso/dia a partir do sexto mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida
Recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso até 1.500g	2mg/kg peso/dia durante um ano. Após este prazo, 1mg/kg peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000g	3mg/kg peso/dia durante um ano. Posteriormente, 1mg/kg peso/dia por mais um ano
Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1.000g	4mg/kg peso/dia durante um ano. Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000g

Fonte: Sociedade Brasileira Pediatria, 2012.

## **CAPÍTULO 12**

### **CRIANÇA COM MANCHA NA PELE**

## 15 CRIANÇA COM MANCHA NA PELE

### 15.1 Introdução

A pele é o maior órgão do corpo humano, uma barreira importante entre nosso organismo e o meio exterior. Além de ser capaz de despertar sensações, expressa um sem número de significativos sinais e sintomas, que são de auxílio fundamental na identificação de doenças.

As doenças que acometem a pele, estão entre as causas de demanda aos serviços de saúde. Podem estar restritas a ela ou, por vezes a pele expressa sinais e sintomas como a primeira manifestação, ou manifestação tardia de doenças sistêmicas (BRASIL, 2012).

O exame físico da pele deve ser feito sob iluminação adequada, preferentemente sob luz natural e quando não for possível sob luz fluorescente. Deve-se valorizar sinais com alteração da cor (acromia, hipocromia, hiperpigmentação, eritema...), com alteração da espessura (atrofia, hiperqueratose...), a presença ou ausência de sintomas como prurido, dor e ardor. Todos são elementos auxiliares no diagnóstico e consequente instituição da terapêutica adequada.

A cor da pele, assim como os seus desvios da normalidade podem constituir motivo de sofrimento e desenquadramento social.

As lesões hipopigmentadas na criança podem ser congênitas ou adquiridas, terem um atingimento localizado ou generalizado e constituírem uma manifestação isolada ou representar parte de uma síndrome com outras manifestações clínicas.

**ACANTOSE NIGRICANS:** é uma alteração dermatológica comum. Manifesta-se por placas hiperpigmentadas, aspecto papilomatosa, vegetante ou liquenificada, de coloração castanho escura, principalmente nas axilas, pescoço, cotovelos, joelhos, metacarpofalangeanas e outras áreas intertriginosas. Para tratá-la deve-se primeiro identificar a causa associada, como a obesidade e alterações do metabolismo de glicose. Pode ser classificada em leve, moderada ou grave (SBP, 2019).

Outros fatores de risco associados ao seu aparecimento são: dislipidemia e hipertensão arterial. Todos os fatores de risco manifestam-se desde a infância. Considerando a prevalência crescente de obesidade infantil, a acantose nigricans constitui um bom indicativo da síndrome metabólica na faixa etária pediátrica e deve ser investigada (CARNEIRO et al, 2016).





**PITIRÍASE VERSICOLOR:** é uma infecção fúngica superficial caracterizada por alterações na pigmentação cutânea, conhecida popularmente como pano branco, manifesta-se como máculas arredondadas de tamanho e coloração variados, com descamação fina. A cor pode variar entre despigmentação, clara, hiperpigmentação ou avermelhada. Distribuição mais comum em tronco, pescoço e braços. Normalmente não coça e não dói. Atentar-se para diferenciação das manchas da hanseníase, vitiligo, tinea corporis e dermatite seborreica, pitiríase rosea e pitiríase alba (BRASIL,2016).



**HANSENÍASE:** é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, que infecta os nervos periféricos e, mais especificamente, as células de Schwann. Essa doença acomete os nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos (localizados na face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e dos joelhos), mas também pode afetar os olhos e órgãos internos (mucosas, testículos, ossos, baço, fígado, etc.) tendo evolução lenta e progressiva, podendo levar a incapacidades físicas (BRASIL, 2017).




Os principais sintomas são: áreas da pele, ou manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade ao calor e/ou dolorosa, e/ou ao tato; Formigamentos, choques e câimbras nos braços e pernas, que evoluem para dormência – a pessoa se queima ou se machuca sem perceber; pápulas, tubérculos e nódulos (caroços),

normalmente sem sintomas; diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas (madarose); Pele infiltrada (avermelhada), com diminuição ou ausência de suor no local (BRASIL, 2017).

A hanseníase pode ser classificada em paucibacilar (PB), quando a criança manifestar até 05 lesões, apresenta-se de duas formas: indeterminada ou tuberculóide ou multibacilar (MB) quando a criança manifestar mais de 05 lesões, apresenta-se de duas formas: dimorfa ou virchowiana (BRASIL, 2017).

O quadro a seguir demonstra os sinais e sintomas conforme as formas citadas:

**Quadro 14** – sinais e sintomas conforme as formas de Hanseníase.

SINAIS/SINTOMAS		EXEMPLOS
<b>I N D E T E R M I N A D A</b>	A lesão de pele geralmente é única, mais clara do que a pele ao redor (mancha), não é elevada (sem alteração de relevo), apresenta bordas mal delimitadas, e é seca (“não pega poeira” – uma vez que não ocorre sudorese na respectiva área). Há perda da sensibilidade térmica e/ou dolorosa, mas a tátil geralmente é preservada. A baciloscopia é negativa, geralmente afeta crianças menores de 10 anos.	
<b>T U B E R C U L Ó I D E</b>	Manifesta-se por uma placa (mancha elevada em relação à pele adjacente) totalmente anestésica ou por placa com bordas elevadas, bem delimitadas e centro claro (forma de anel ou círculo). Com menor frequência, pode se apresentar como um único nervo espessado com perda total de sensibilidade no seu território de inervação.	
<b>D I M O R F A</b>	Caracteriza-se, geralmente, por mostrar várias manchas de pele avermelhadas ou esbranquiçadas, com bordas elevadas, mal delimitadas na periferia, ou por múltiplas lesões bem delimitadas semelhantes à lesão tuberculóide, porém a borda externa é esmaecida (pouco definida). Há perda parcial a total da sensibilidade, com diminuição de funções autonômicas. É comum haver comprometimento assimétrico de nervos periféricos, as vezes visíveis ao exame clínico.	
<b>V I R C H O W I A N A</b>	É a forma mais contagiosa da doença. Não manifesta manchas visíveis; a pele apresenta-se avermelhada, seca, infiltrada, cujos poros apresentam-se dilatados (aspecto de “casca de laranja”), poupando geralmente couro cabeludo, axilas e o meio da coluna lombar (áreas quentes). Na evolução da doença, é comum aparecerem caroços (pápulas e nódulos) escuros, endurecidos e assintomáticos. Em estágio mais avançado, pode haver perda parcial a total das sobrancelhas (madarose) e também dos cílios, além de outros pelos, exceto os do couro cabeludo. São comuns as queixas de câimbras e formigamentos nas mãos e pés, que entretanto, apresentam-se aparentemente normais. Os nervos periféricos e seus ramos superficiais estão simetricamente espessados, o que dificulta	

<b>R C H O W I A N A</b>	a comparação. O diagnóstico pode ser confirmado facilmente pela baciloscopia dos lóbulos das orelhas e cotovelos.	
--	---	--

Fonte: BRASIL, 2017

O exame neurológico compreende a inspeção, palpação/percussão, avaliação funcional (sensibilidade, força muscular) dos nervos; para classificação do grau de incapacidade física. O exame deve ser feito na sequência crânio-podal. O teste da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil identifica possível perda de sensibilidade (BRASIL, 2017).

A avaliação neurológica deverá ser realizada: no início do tratamento, a cada três meses durante o tratamento se não houver queixas, sempre que houver queixa (dor em trajeto de nervos, fraqueza muscular, início ou piora de queixas parestésicas), controle periódico de crianças em uso de corticóides, em estados reacionais e neurites, na alta do tratamento, no acompanhamento pós-operatório de descompressão neural com 15 (quinze), 45 (quarenta e cinco), 90 (noventa) e 180 (cento e oitenta) dias (BRASIL, 2017).

O tratamento da hanseníase é realizado através da associação da Rifampicina, Dapsona e Clofazimina. Deve ser iniciado logo na primeira consulta, após a definição do diagnóstico, se não houver contraindicações formais (alergia à sulfa ou à rifampicina). Orientar quanto a dose mensal supervisionada (BRASIL, 2017).

Para crianças, deve-se considerar o peso corporal como fator mais importante do que a idade, seguindo as seguintes orientações: peso superior a 50 kg deve-se utilizar o mesmo tratamento prescrito para adultos; peso entre 30 e 50 kg deve-se utilizar as cartelas infantis (marrom/azul); peso menor que 30 kg deve-se fazer os ajustes de dose conforme o quadro a seguir:

Quadro 15 – Esquema terapêutico para crianças com peso inferior a 30 kg.

Droga	Dose Poli quimioterapia	Dose mg/kg
<b>Rifampicina (RFM) em suspensão</b>	Mensal	10-20
<b>Dapsona (DDS)</b>	Mensal	1-2*
	Diária	1-2*
<b>Clofazimina (CFZ)</b>	Mensal	5,0
	Diária	1,0

**\*A dose total máxima não deve ultrapassar 50 mg/dia.**

Fonte: BRASIL, 2017.

Crianças com reação à sulfa e que não podem utilizar Minociclina ou Ofloxacina (crianças abaixo de 8 anos), por imaturidade óssea ou cartilaginosa, devem ser encaminhadas para a

referência, assim como crianças MB menores de 8 anos que fazem intolerância à dapsona. É importante orientar os pais quanto as possíveis reações adversas e necessidade de retorno a unidade de saúde (BRASIL, 2017).

O encerramento do tratamento na alta por cura deve ser estabelecido segundo os critérios de regularidade ao tratamento: número de doses e tempo de tratamento, de acordo com cada esquema, sempre com avaliação neurológica simplificada, avaliação do grau de incapacidade física e orientação para os cuidados pós-alta (BRASIL, 2017).

Reações ou deficiências sensitivomotoras e/ou incapacidades deverão ser monitoradas. Os pais devem ser orientados quanto ao retorno imediato à unidade de saúde, em caso de aparecimento de novas lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ ou piora da função sensitiva e/ou motora, pós alta por cura. (BRASIL, 2017).

As reações hansênicas constituem fenômenos de aumento da atividade da doença, com piora clínica que podem ocorrer de forma aguda em qualquer momento (antes, durante ou após o final do tratamento). Pacientes com carga bacilar mais alta (virchowianos) geralmente apresentam reações de início mais tardio ou logo após o término do tratamento. (BRASIL, 2017).

As características típicas das reações hansênicas são: edema, calor, rubor, dor e perda da função. Uma vez que os bacilos da hanseníase afetam a pele e os nervos, essas reações cursam com inflamação nesses lugares. As reações são incômodas, porém, raramente são graves; por outro lado, a inflamação em um nervo pode causar danos graves, como a perda da função originada do edema e da pressão no nervo (BRASIL, 2017).

É importante realizar a notificação dos casos confirmados, bem como investigar todos os contatos da criança cujo objetivo consiste no diagnóstico na fase inicial da doença, visando quebrar a cadeia de transmissão e evitar sequelas resultantes do diagnóstico tardio e da falta de acompanhamento adequado (BRASIL, 2017).

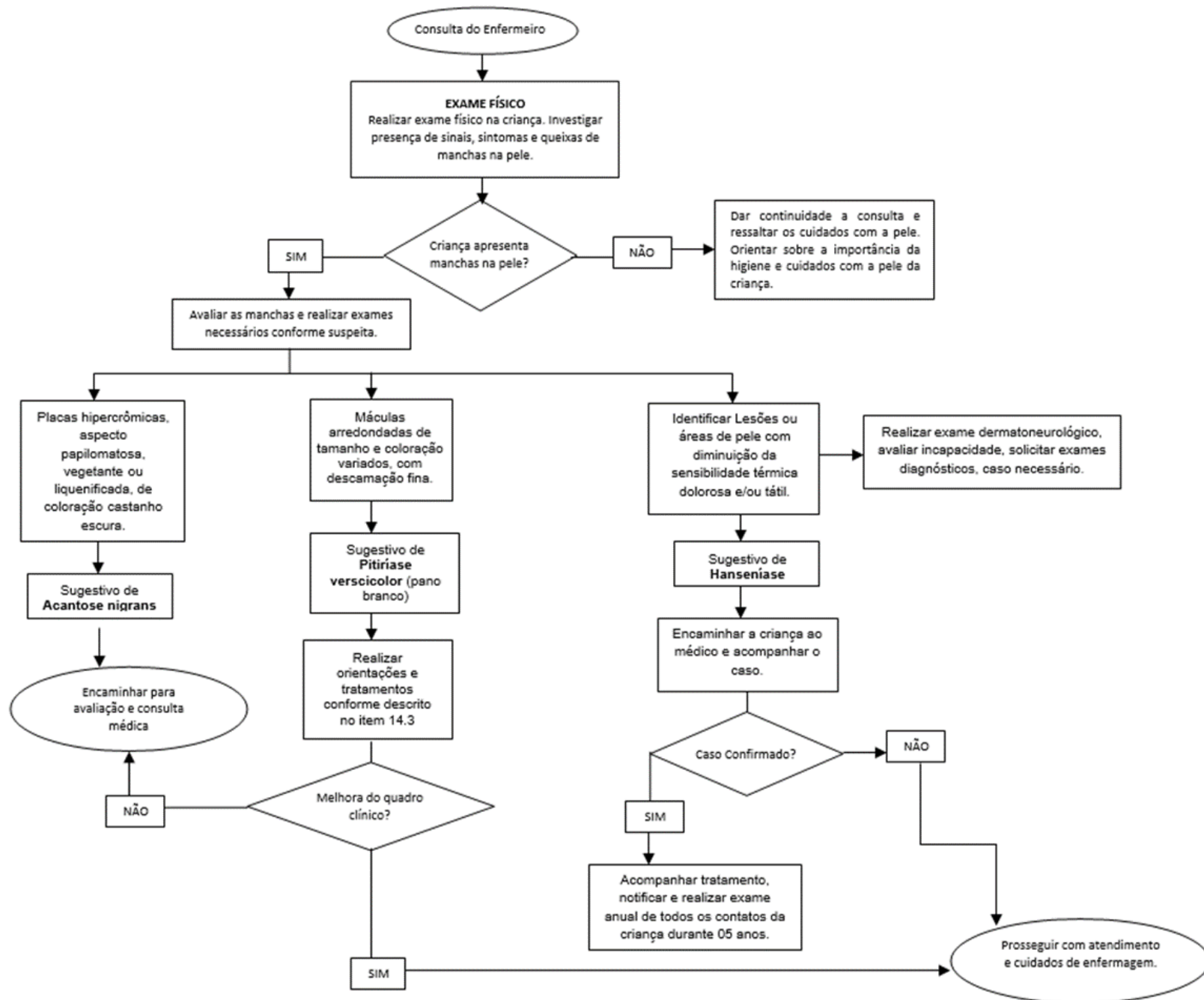
A investigação de contatos consiste em: anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase, exame dermatoneurológico e vacinação BCG para os contatos sem presença de sinais e sintoma de hanseníase no momento da avaliação, não importando se são contatos de casos PB ou MB. Todo contato de hanseníase deve receber orientação de que a BCG não é uma vacina específica, mas que ela oferece alguma proteção contra a hanseníase. É ainda importante que os profissionais de saúde estejam atentos ao fato que a BCG pode abreviar o tempo de incubação, contudo, não deve ser administrada em pacientes imunossuprimidos, pessoas com tuberculose ativa, gestantes ou em indivíduos vacinados recentemente. (BRASIL, 2017).

Outras informações adicionais e complementares sobre hanseníase encontram-se disponíveis no Protocolo de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde de Tuberculose e Hanseníase publicado pelo Coren/MS.

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na página 42.

## 15.2 Fluxograma **do atendimento à criança com mancha na pele.**

O fluxograma da página a seguir apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à criança com mancha na pele.



15.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à **criança com manchas na pele.**

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Integridade da pele eficaz; Integridade da pele prejudicada; Integridade da pele melhorada; Ferida; Cicatrização da ferida eficaz; Controle do sintoma; Dor, cutânea; Dor, reduzida; Infecção; Infecção, ausente; Inflamação; Lesão; Lesão, ausente; Pele, seca; Perfusão da Ferida, eficaz; Resposta à medicação eficaz; Risco de infecção cruzada.	S29 – Sinais/sintomas pele, outros.	<b>Para todas as alterações relativas à pele.</b>		
		Avaliar mancha, atentando sinais dor, rubor, calor, secreção, edema, hiperemia, febre (T°C);		
		Tratar área afetada conforme protocolo, evitando medidas caseiras;		
		Orientar o uso de medicamento conforme prescrição;		
		Orientar para não coçar a região afetada;	<b>Se dor ou desconforto, prescrever:</b>	
		Manter unhas aparadas;	<b>Paracetamol 200 mg/ml (gotas)</b> Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas	<b>ACANTOSE NIGRICANS</b>  Solicitar perfil lipídico e glicose;
		Recomendar uso de mosquiteiro e repelentes;	OU	
		Promover a integridade da pele;	<b>Dipirona 500 mg/ml (gotas)</b> Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas.	
		Realizar o encaminhamento ao médico, se houver presença de infecção secundária;		
		Seguir protocolo 6 (febre e dor de ouvido) caso haja presença de febre;		
		Orientar família sobre prevenção de infecção e infecção cruzada;		
		Orientar cuidados com a pele;		
		Avaliar e monitorar a cicatrização da ferida;		
		Orientar cuidados de higiene pessoal;		

		<p>Orientar cuidado com a limpeza da ferida;</p> <p>Obter dados sobre a pele;</p> <p>Orientar hidratação da pele.</p>		
		<b>ACANTOSE NIGRICANS</b>		
		<p>Verificar hábitos de higiene e vestuário (umidade, roupas justas e atrito com tecidos, especialmente os sintéticos);</p> <p>Fazer anamnese alimentar e pesquisar diabetes mellitus e hipertensão, pois trata-se de doença resultante de problemas metabólicos;</p> <p>Observar manchas e lesões na pele da criança, durante o exame físico;</p> <p>Aferir PA;</p> <p>Orientar prática de atividade física regular (para crianças maiores);</p> <p>Acompanhar peso da criança;</p> <p>Incentivar alimentação saudável;</p> <p>Encaminhar ao médico para tratamento;</p> <p>Encaminhar para equipe multiprofissional, quando necessário e de acordo com protocolos municipais vigentes.</p>	-	
		<b>PITIRÍASE VERSICOLOR</b>		
		<p>Explicar que a pigmentação normal da pele pode demorar 6 semanas ou mais para voltar após o início do tratamento;</p> <p>Encaminhar ao médico crianças com lesões</p>	<p><b>Miconazol Dermatológico 20mg/g.</b> Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada e ultrapassar a lesão, duas</p>	



		<p>muito extensas ou resistentes;</p> <p>Recomendar uso de xampu antifúngico no corpo e no couro cabeludo, que deve ser deixado de 15 a 20 minutos.</p>	<p>vezes ao dia, de sete a 14 dias.</p>	
		<b>HANSENÍASE</b>		
		<p>Encaminhar para o médico realizar a confirmação do diagnóstico e a prescrição do primeiro tratamento;</p> <p>Realizar consulta mensal intercala com o médico;</p> <p>Administrar doses supervisionadas mensalmente;</p> <p>Acompanhar doses tomadas em domicílio;</p> <p>Orientar sobre efeitos colaterais da medicação, em especial o desconforto gástrico e a artralgia;</p> <p>Encorajar a criança e familiares à adesão ao tratamento;</p> <p>Realizar notificação;</p> <p>Realizar busca ativa de comunicantes.</p>	<p>Tratar conforme quadro 15. Atenção: prescrever a partir da segunda prescrição, devendo deixar à cargo do médico a confirmação do diagnóstico e a prescrição inicial.</p>	

## **CAPÍTULO 13**

### **CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA**

## 16.1 Introdução

A violência constitui um problema de saúde pública multidimensional, afetando todas as classes sociais, raças, etnias e orientações sexuais, constituindo também uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo o direito à vida, à saúde e à integridade física (BRASIL, 2018).

Nesse contexto, a violência é definida como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (BRASIL, 2012 apud OMS, 2002).

Em relação à criança e ao adolescente, a violência é definida “como qualquer conduta, ação ou omissão, agressão ou coerção, ocasionada pelo fato de a vítima ser criança ou adolescente, e que cause dano, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico ou social” (SES-DF, 2009).

Quanto aos tipos a violência classifica-se em três categorias: autoprovocada (praticada contra si mesmo), interpessoal (praticada por indivíduos ou grupos) e coletiva (praticada por organizações maiores, praticada por estados, grupos armados, milícias e grupos terroristas). Já em relação a sua natureza, a violência é classificada em: física, sexual e psicológica, além da negligência/abandono. A seguir, seguem os conceitos dos tipos e natureza da violência (BRASIL, 2010).

Em relação à **violência autoprovocada**, o comportamento suicida (ideações suicidas e automutilação) e o suicídio são exemplos. A automutilação pode apresentar-se na criança e adolescente de forma grave: quando ocorre amputação de partes do corpo; estereotipada: nesse caso a vítima pode bater a cabeça, morder-se ou arrancar os cabelos ou superficial quando podem ser observados cortes, arranhões ou introdução de agulhas na pele (BRASIL, 2010).

A **violência interpessoal** é dividida em violência intrafamiliar e comunitária. A violência intrafamiliar ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais, atingindo principalmente as crianças, devido maior fragilidade física e emocional nesse grupo. Esse tipo de violência caracteriza-se pela forma agressiva da família se relacionar, investindo no uso da violência para solução

de conflito e como estratégia de educação. Inclui, também, a falta de cuidados básicos dos pais com seus filhos (BRASIL, 2010).

A **violência comunitária** é aquela praticada entre indivíduos sem parentesco (conhecidos ou desconhecidos), em atos de violência gratuitos, estupros, violência sexual e as cometidas em instituições públicas ou privadas, como escolas, serviços de saúde, comunidades e condomínios, dentre outros (BRASIL, 2010).

A **violência coletiva** é em geral cometida por grandes grupos ou pelo Estado. É caracterizada por qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada, por exemplo, em origem racial/étnica e social, que tenha o propósito ou o efeito de anular ou prejudicar o exercício de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública (BRASIL, 2010).

A **violência física** é caracterizada como todo ato violento com uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, que pode ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo, e podendo provocar inclusive a morte (BRASIL, 2010).

Essa forma de violência pode ser praticada por meio de tapas, beliscões, chutes e arremessos de objetos, o que causa lesões, traumas, queimaduras e mutilações. Apesar de subnotificada, é a mais identificada pelos serviços de saúde. O quadro 14 demonstra alguns sinais específicos de violência física apresentados no exame físico da criança (BRASIL, 2010).

Quadro 16 – Sinais da violência física em crianças e adolescentes.

VI O L Ê N C I A  F Í S I C A	LESÕES DE PELE	LESÕES CRANIOENCEFÁLICAS	LESÕES DE FACE	LESÕES ABDOMINAIS	
	Lacerações	Contusões	Lesão biocular, especialmente quando sem lesão de nariz	Sangramentos e ruptura de vísceras maciças	
	Eritemas	Lacerações		Hemorragia digestiva	
	Hematomas ou queimaduras que reproduzem as marcas do agressor (fio, cinto, mãos, cigarro)	Micro-hemorragias	Hemorragia de conduto auditivo, sem sinais de corpo estranho ou otites perfuradas	Hematoma de parede de intestino delgado, levando a síndromes de oclusão intestinal	
	Lesões circulares, como em pulseira, tornozeleira ou colar, indicando possíveis amarras.	Hematomas	Lesões de orelha, por torções ou grandes puxões	Hemorragias de pâncreas, podendo desencadear a insuficiência do órgão e diabetes	
	Queimaduras por líquidos quentes cuja distribuição na pele não respeita a ação da gravidade	Grandes sangramentos			
	Queimaduras em forma de luvas (nas mãos) ou meias (nos pés).	Síndrome do Bebê Sacudido (Crianças abaixo de 2 anos)	Lesões dentárias, como quebras ou arrancamentos		
	Queimaduras em região de nádegas ou períneo: castigo aplicado em crianças que não conseguem controlar esfíncteres				
	Podem ser observadas diferentes <b>fraturas</b> em diferentes estágios de cicatrização ou cura ou ainda <b>envenenamento</b> e <b>intoxicação</b> na tentativa de maltratar ou levar a criança a morte.				

Fonte: adaptado, Brasil, 2010.

**A violência psicológica** é toda ação que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente. Manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem (BRASIL, 2010).

Outras formas de violência psicológica são o testemunho da violência em domicílio vivenciada pela criança e/ou adolescente, a síndrome da alienação parental (sequelas emocionais e comportamentais sofridas pela criança vítima da conduta do pai ou da mãe que, após a separação, age para que o filho rejeite o ex-cônjuge) e o *Bullying* (BRASIL, 2010).

A violência psicológica pode desencadear sintomas agudos e sofrimento, que, conseqüentemente, afetam o desenvolvimento da criança, num processo crônico, causando sequelas de diversos níveis de gravidade. Podem surgir alterações comportamentais em decorrência da angústia e ansiedade, fator que pode motivar a busca dessas crianças e adolescentes pelos serviços de saúde. Destaca-se que as outras formas de violência, seja ela física, sexual ou negligência/abandono também desencadeiam sofrimento, levando a manifestação de sinais gerais comum a todas as formas de violência (BRASIL,2010).

O quadro 15 apresentada as alterações comportamentais de crianças e adolescentes em situações de violência, e que frequentemente representam a demanda do atendimento nos serviços de saúde. Elas são apresentadas por faixa etária para indicar a possibilidade mais frequente de aparecimento de cada uma delas, porém devem ser vistas como de valor genérico e sempre acumulativo.

Quadro 17 – Alterações comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de violência.

Sinais de Violência	Criança			Adolescente
	Até 11 meses	01 a 04 anos	05 a 09 anos	10 a 19 anos
	Choro sem motivo aparente	Choro sem motivo aparente	Choro sem motivo aparente	Choro sem motivo aparente
	Irritabilidade frequente, sem causa aparente	Irritabilidade frequente, sem causa aparente	Irritabilidade frequente, sem causa aparente	Irritabilidade frequente, sem causa aparente
	Olhar indiferente e apatia	Olhar indiferente e apatia	Olhar indiferente e apatia	Olhar indiferente e apatia
	Demonstrações de desconforto no colo	Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas	Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas	Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites
	Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas	Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes	Distúrbios do sono	Distúrbios de alimentação
	Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes	Distúrbios do sono	Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento	Distúrbios do sono
	Distúrbios do sono	Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento	Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico	Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento
	Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento	Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico	Aumento da incidência de doenças, especialmente as de fundo alérgico	Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico
	Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico	Aumento da incidência de doenças, especialmente as de fundo alérgico	Afecções de pele frequentes, sem causa aparente	Afecções de pele frequentes, sem causa aparente
	Afecções de pele frequentes, sem causa aparente	Tristeza constante	Tristeza constante	Afecções de pele frequentes, sem causa aparente
		Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites	Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites	Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade
		Tristeza constante	Distúrbios de alimentação	Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade
		Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites	Distúrbios de alimentação	Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações
		Distúrbios de alimentação	Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala	Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações
		Distúrbios de alimentação	Comportamentos extremos de	Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações

	Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala	agressividade ou destrutividade	Pesadelos frequentes, terror noturno
	Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade	Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações	Tiques ou manias
	Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações	Pesadelos frequentes, terror noturno	Tristeza constante
	Pesadelos frequentes, terror noturno	Tiques ou manias	Baixa autoestima e autoconfiança
	Tiques ou manias	Baixa autoestima e autoconfiança	Sintomas de hiperatividade
	Baixa autoestima e autoconfiança	Sintomas de hiperatividade	Enurese e encoprese
	Sintomas de hiperatividade	Enurese e encoprese	Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola
		Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola	Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas
		Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas	Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio
		Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio	Problemas ou déficit de atenção
	Problemas ou déficit de atenção	Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes	
	Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes	Uso abusivo de drogas	
	Uso abusivo de drogas		

Fonte: adaptado, Brasil, 2010.

A **violência sexual** é todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente. Abrange relações homo ou heterossexuais. Pode ocorrer em uma variedade de situações como:



estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e impostas e “voyeurismo” (obtenção de prazer sexual por meio da observação) (BRASIL, 2010).

Esse tipo de violência, quase sempre doméstica, é predominante na infância. Os principais agressores são com frequência, os companheiros das mães, os pais biológicos, avôs, tios, padrinhos, podendo também abranger as mães, avós, tias e outros que mantêm com a criança uma relação de dependência, afeto ou confiança, num contexto de relações incestuosas (BRASIL, 2010).

O quadro 16 apresenta os sinais e sintomas físicos e psíquicos da violência sexual em crianças e adolescentes.

Quadro 18 – Sinais e sintomas físicos e psíquicos da violência sexual em crianças e adolescentes.

**SINAIS E SINTOMAS FÍSICOS E PSÍQUICOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

<b>Sinais indiretos de erotização precoce</b>	<b>Sinais indiretos mais frequentes de violência sexual</b>	<b>Sinais da violência sexual</b>
<i>A falta de preocupação dos pais com a exposição da criança às intimidades do casal</i>	Atitudes sexuais impróprias para a idade	Edema ou lesões em área genital, sem outras doenças que os justifiquem, como infecções ou traumas acidentais evidenciáveis
<i>A exposição a atitudes de exibicionismo, como falas inadequadas à idade sobre atitudes sexuais pessoais e de outros</i>	Demonstração de conhecimento sobre atividades sexuais superiores à sua fase de desenvolvimento, através de falas, gestos ou atitudes	Lesões de palato ou de dentes anteriores, decorrentes de sexo oral
<i>Imagens ou outros materiais eróticos ou pornográficos</i>	Masturbação frequente e compulsiva, independente do ambiente em que se encontre	Sangramento vaginal em pré-púberes, excluindo a introdução pela criança de corpo estranho
<i>Incentivo ao desenvolvimento precoce sexual, através de vestimentas que expõem o corpo, brinquedos ou jogos que objetivam aguçar a curiosidade sexual, dentre outros</i>	Tentativas frequentes de desvio para brincadeiras que possibilitem intimidades, a manipulação genital, ou ainda que reproduzem as atitudes do abusador com ela	Sangramento, fissuras ou cicatrizes anais, dilatação ou flacidez de esfíncter anal sem presença de doença que o justifique, como constipação intestinal grave e crônica
<i>Alterações comportamentais comuns a todas as formas de violência mencionadas no Quadro 16</i>	Mudanças de comportamento e Infecções urinárias de repetição	Rompimento himenal, Infecções Sexualmente Transmissíveis, gravidez e aborto

Fonte: adaptado, Brasil, 2010.

O abuso sexual deve ser observado em crianças e adolescentes, pois possuem um risco em particular devido a possibilidade de exposições múltiplas, ectopia cervical e trauma de mucosa vaginal e anal, considerando-se a menor espessura do epitélio vaginal nas crianças. Nesse caso, deve-se avaliar a indicação da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP). Esta consiste no uso profilático de antirretrovirais (ARV) para evitar o risco de infecção pelo HIV, devendo ser iniciada em até 72 horas após a exposição de risco, sendo indicada por 28 dias (BRASIL, 2018).

Todavia, o enfermeiro deve estar atento a todas as indicações da PEP mediante a ocorrência de violência sexual, bem como quando não for

recomendada, conforme quadro 17 – Critérios para recomendação da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV.

Quadro 19 - Critérios para recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV

<b>RECOMENDA</b>	<b>Violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas</b>
<b>INDIVIDUALIZAR DECISÃO</b>	Penetração oral com ejaculação
	Penetração oral sem ejaculação
<b>NÃO RECOMENDADA</b>	Uso de preservativo durante toda a agressão
	Agressor sabidamente HIV negativo
	Violência sofrida há mais de 72 horas
	Abuso crônico pelo mesmo agressor

Fonte: Brasil, 2012.

É importante destacar que a Lei nº 12.845/2013 dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual, evitando-se assim encaminhamentos e transferências desnecessárias, nos casos de violência sexual. A intervenção necessita ter um caráter ágil, que não consista em um entrave à realização do serviço demandado. Deve ser resolutiva no seu caráter informativo e focada na demanda trazida pela pessoa em atendimento (BRASIL, 2018).

Conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – deve-se avaliar a capacidade de discernimento do adolescente, com exceção das situações de violência. Nesse caso, os adolescentes têm direito à PEP mesmo sem a presença dos pais ou responsáveis.

Contudo, o enfermeiro também deve estar atento aos demais possíveis tratamentos necessários quando tratar-se de violência sexual, em relação à exposição às IST, Hepatite B e risco de gravidez. O acompanhamento laboratorial nesses casos deve ser realizado.

A **negligência** caracteriza-se pelas omissões dos adultos (pais ou outros responsáveis pela criança ou adolescente, inclusive institucionais), ao deixarem de prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de crianças e adolescentes. Cita-se também nessa forma de violência a privação de medicamentos; a falta de atendimento à saúde e à educação; o descuido com a higiene; a falta de estímulo, de proteção de condições climáticas (frio, calor), de condições para a frequência à escola e a falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual (BRASIL, 2010).

O abandono é a forma mais grave de negligência. A negligência não está vinculada às circunstâncias de pobreza, podendo ocorrer em casos em que recursos razoáveis estão disponíveis para a família ou o responsável. O quadro 18 apresenta os comportamentos indicativos de negligência com base no comportamento dos pais e nas reações na criança:

Quadro 20 – Indicativo de negligência – Omissão de cuidados.

<b>INDICATIVO DE NEGLIGÊNCIA – OMISSÃO DE CUIDADOS</b>	
<b>Comportamento dos pais/responsáveis</b>	<b>Sinais na criança</b>
Descaso com a higiene e o aspecto pessoal da criança	Doenças parasitárias ou infecciosas frequentes
Descuido na guarda, no preparo ou na oferta dos alimentos à criança	Lesões de pele frequentes ou dermatite de fraldas de repetição (sem tentativas eficientes de tratamento)
Ausência de acompanhamento ou preocupação dos responsáveis com o rendimento escolar	Cáries dentárias (sem procura ou persistência no tratamento)
Culpabilização da criança e do adolescente ou ainda da unidade educacional quanto às dificuldades apresentadas por ela	Déficits de crescimento e desenvolvimento sem problema de saúde que os justifiquem
Descuido com a segurança da criança e ocasionalmente do adolescente e ausência de medidas na prevenção de acidentes	Desnutrição sem doença básica aparente
Descaso no acompanhamento e seguimento do calendário vacinal, de higiene e nutrição	Obesidade por descuido ou imposição nutricional
Demora inexplicável na procura de recursos médicos diante de sinais de doença, não seguimento de recomendações ou escolha por tratamentos inadequados para a criança e ao adolescente	Uso de roupas inadequadas à idade, ao sexo, ao clima ou à condição social
Falta ou acompanhamento irregular dos tratamentos medicamentosos ou de habilitação ou reabilitação da doença crônica ou da deficiência	Dificuldade de aprendizagem, sem demonstração de apreensão dos responsáveis em encontrar causa e/ou soluções
Falta de proteção ou defesa contra acidentes e/ou violência praticada por outros	Faltas frequentes à unidade de educação infantil, ensino fundamental e médio
Ausência de preocupação na escolha ou com a segurança dos locais onde a criança e/ou o adolescente são deixados ou com os escolhidos como seus cuidadores – terceirização do cuidado	Atraso no desenvolvimento psicomotor e ou relacional
	Atraso na escolaridade, por não procura ou por fracasso
	Problemas de adaptação social

Fonte: adaptado, Brasil, 2010.

Ressalta-se que uma criança ou um adolescente pode ser afetado por mais de um tipo ou natureza de violência, especialmente, em situações crônicas e graves, inclusive porque muitas dessas situações se relacionam. Por exemplo, a violência física ocorre quase sempre junto com a psicológica; e uma criança

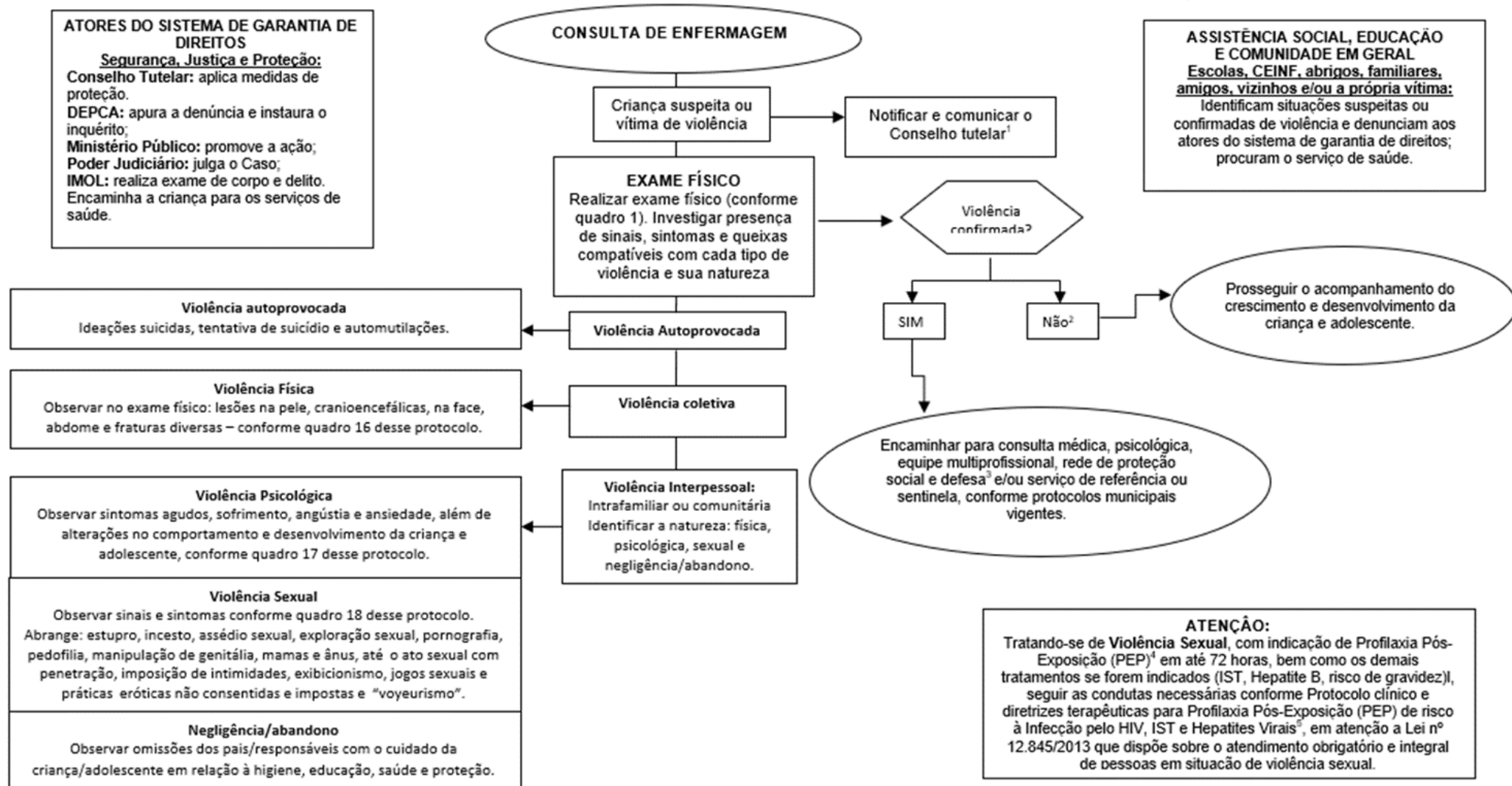
que sofre violência sexual e psicológica em domicílio também pode ser envolvida em situação de exploração sexual (BRASIL, 2010).

Portanto, de acordo com o Ministério da Saúde (2010), todo profissional de saúde deve oportunizar os momentos de contato com as crianças, os adolescentes e suas famílias nas unidades de saúde (recepção, vacina, curativos, farmácia, grupos de educação em saúde, consulta médica, odontológica, de enfermagem e psicológica, visita domiciliar, dentre outros), devendo criar condições favoráveis para que se observe a existência de sinais e sintomas que possam ser resultantes de uma situação de violência, bem como notificar e promover os cuidados necessários para a proteção e bem-estar da criança ou do adolescente e orientação às famílias para a prevenção e superação da violência.

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na página 42.

## **16.2 Fluxograma do atendimento à criança e adolescente vítima de violência.**

O fluxograma da página a seguir apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à criança e adolescente vítima de violência.



**1-Conselho tutelar:** quando do atendimento de crianças e adolescentes menores de 14 anos é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais (Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente).

**2-Continuar a atuação em forma conjunta com toda equipe no território, atentando-se sempre aos sinais e sintomas da violência contra crianças e adolescentes.**

**3-Rede de proteção social e defesa:** CRAS, CREAS, Escolas, Ministério Público, Conselho Tutelar e as Varas da Infância e da Juventude, entre outros).

**4-Profilaxia Pós-Exposição (PEP):** A profilaxia pós-exposição de risco à infecção pelo HIV é uma ferramenta para prevenir infecção não somente em crianças/adolescentes vítimas de violência, mas também expostos a acidentes com material perfurocortante, leite materno de mulher vivendo com HIV e à exposição sexual de risco.

**5- Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais:** disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco>.

### 16.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à **criança e adolescente vítima de violência.**

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Vítima de negligência infantil; Negligencia de cuidado; Risco de violência doméstica; Integridade da pele eficaz; Integridade da pele prejudicada; Integridade da pele melhorada; Abandono de criança; Agitação; Agitação reduzida; Ansiedade; Ansiedade reduzida; Automutilação; Automutilação, ausente; Comportamento agressivo, ausente; Comportamento agressivo;	A01 Dor generalizada/múltipla; A10 Sangramento/Hemorragia; A29 Outros sinais/ sintomas gerais; L76 Outras fraturas; L18 Dores musculares; N03 Dores na face; P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão; P03 Sensação de depressão; P04 Sentir/comportar forma irritável/ zangada; P06 Perturbação de sono; P15 Abuso crônico de álcool; P19 Abuso de drogas;	Promover ambiente de privacidade e confidencialidade; Fazer rastreamento de abuso sexual; Obter dados sobre ansiedade; Gerenciar comportamento agressivo; Identificar barreiras à comunicação; Apoiar condição psicológica; Apoiar família; Colaborar com a família; Apoiar processo familiar de enfrentamento; Encorajar a verbalização, sentimentos, percepções e medos. Encaminhar para assistente social + ludoterapia; Orientar acerca dos serviços de apoio disponíveis no município; Encaminhar para rede de proteção e segurança;	<b>Se algia e desconforto, prescrever:</b>  <b>Paracetamol 200 mg/ml (gotas)</b> Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas  <b>OU</b>  <b>Dipirona 500 mg/ml (gotas)</b> Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas.	Testes rápidos para HIV, sífilis e Hepatites virais.



Comportamento de isolamento;	P22 Sinais/sintomas comportamento criança;	Orientar sobre sono Prover rotina de hora para dormir;		
Comportamento de isolamento, diminuído;	P29 Sinais/sintomas psicológicos;	Agendar consulta de acompanhamento;		
Comportamento interativo, eficaz;	P77 Suicídio/tentativa de suicídio;	Monitorar abuso infantil;		
Comportamento interativo, prejudicado;	P99 Outras perturbações psicológicas;	Encaminhar para equipe multiprofissional, de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação;		
Comportamento violento;	S29 – Sinais/sintomas pele, outros;	Encaminhar para realização dos exames séricos de urgência;		
Condição psicológica, eficaz;	U05 Outros problemas com a micção;	Proteger direitos da criança;		
Condição psicológica, prejudicada;	X01 Dor genital; X82 Lesão traumática genital feminina;	Cuidados com a pele; Manter integridade da pele;		
Falta de apoio familiar;	W79 Gravidez não planejada;	Programar visita domiciliar; Completar esquema vacinal (Hepatite B); Orientar família a retirar do ambiente domiciliar objetos que possam oferecer risco à criança e ou ser meio para o suicídio.		
Falta de apoio social;	Y80 Traumatismo genital masculino;			
Falta de atividade lúdica;	Z20 Problema relacional com familiares;			
Ligação afetiva cuidador-criança, eficaz;	Z25 Ato ou acontecimento violento;			
Ligação afetiva cuidador-criança, prejudicada;	Z29 Problema social não especificado.			
Privação do sono;				
Recuperação de abuso, eficaz;				
Sono, adequado;				
Sono, prejudicado;				
Recuperação de agressão sexual, eficaz;				
Resposta ao trauma, melhorada;				
Risco de ser vítima de abuso infantil;				
Risco de ser vítima de negligência infantil;				
Vergonha;				
Medo;				

<p>Vítima de abuso infantil;</p> <p>Vítima de negligência infantil;</p> <p>Violência doméstica presente;</p> <p>Risco de agressão;</p> <p>Riscos de ferimentos;</p> <p>Proteção ineficaz;</p> <p>Habilidade defensiva baixa;</p> <p>Lesão física decorrente de abuso;</p> <p>Lesão;</p> <p>Lesão ausente;</p> <p>Risco para infecção (IST);</p> <p>Infecção;</p> <p>Infecção presente;</p> <p>Infecção ausente;</p> <p>Enurese;</p> <p>Encoprese;</p> <p>Adesão ao regime de imunização;</p> <p>Não adesão ao regime de imunização;</p> <p>Adesão ao regime medicamentoso;</p> <p>Não adesão ao regime medicamentoso;</p> <p>Ideação suicida;</p> <p>Risco de suicídio;</p> <p>Risco de suicídio diminuído;</p> <p>Risco de depressão;</p> <p>Depressão presente;</p> <p>Isolamento social;</p>				
---	--	--	--	--

Dependência de álcool;				
Dependência de drogas;				
Qualidade de vida prejudicada;				
Resposta ao trauma melhorada;				
Resposta a terapia eficaz;				
Recuperação de abuso eficaz;				
Processo familiar eficaz.				
Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).				

## **CAPÍTULO 14**

# **IMUNIZAÇÃO DE CRIANÇAS**

# 17 IMUNIZAÇÃO DE CRIANÇAS

## 17.1 Introdução

As ações de imunização merecem destaque pela importante contribuição para redução da Mortalidade Infantil e na Infância. São coordenadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) e têm por objetivo erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro.

Os registros, na Caderneta de Saúde da Criança, das vacinas do Calendário Nacional de Vacinação recebidas pela criança, devem ser sempre observadas pelos profissionais da APS e mesmo de outros serviços de saúde que venham a ter contato com ela, com o objetivo de que esteja sempre com a vacinação atualizada.

A enfermagem deve garantir a continuidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, acompanhar a cobertura vacinal de sua área, realizar o controle e a busca ativa dos casos em atraso. É fundamental que o enfermeiro esclareça à população a segurança e eficácia dos imunobiológicos utilizados no sistema público.

Devido ao fato de as vacinas possuírem inúmeros aspectos técnicos e o calendário vacinal sofrer alterações com certa frequência, optou-se por colocar apenas o link referente aos documentos técnicos e calendário vacinal neste documento: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf). Publicação do Ministério da Saúde que aborda aspectos imunobiológicos das vacinas, cuidados com a sala de vacinas, registros e boas práticas nos procedimentos.

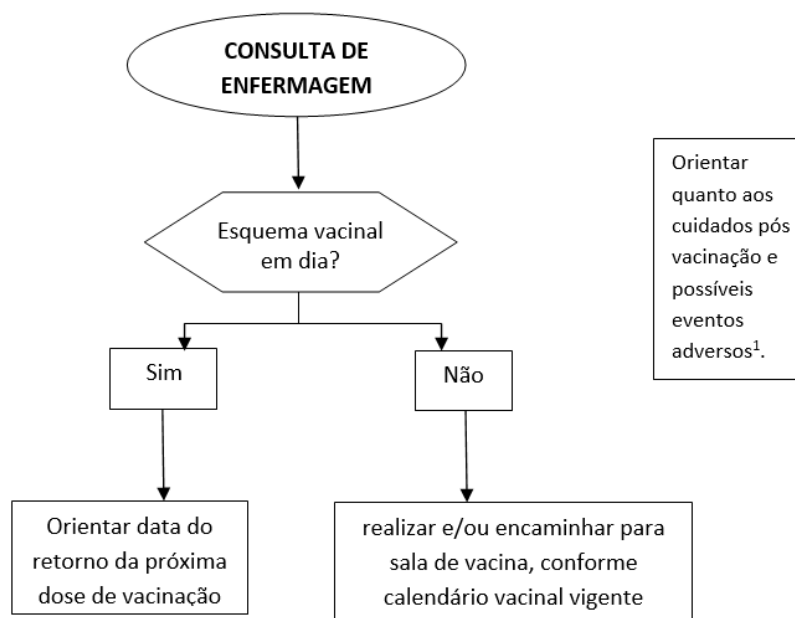
Nenhuma vacina está totalmente livre de provocar reações, entretanto os riscos de complicações graves ligados à vacinação são muito menores do que os das doenças contra as quais a pessoa foi imunizada.

Sintomas mais intensos, que sejam diferentes dos orientados pelo vacinador ou demorem muito tempo para cessar, há a necessidade de retornar ao serviço de saúde com as informações sobre a vacinação, se possível com a Caderneta de Vacinação, para notificação de casos de evento adverso pós-vacinação. Comparecer aos retornos orientados pelo vacinador é essencial para proteção contra as doenças.

Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na página 42.

## 17.2 Fluxograma do atendimento à imunização de crianças.

Este fluxograma apresenta-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à imunização de crianças.



1. **Reações adversas:** Febre nas primeiras horas após a aplicação da vacina ou, no máximo, até o dia seguinte, regredindo espontaneamente. Em caso de persistência ou febre alta (acima de 38,5°C) procure atendimento de saúde. Inchaço e hiperemia, nódulo no local da injeção, mal-estar, cefaleia, mialgia e artralgia são geralmente de pequena intensidade e passam em até 3 dias.

17.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à **imunização de crianças**.

Principais diagnósticos CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p>Adesão ao Regime de Imunização (mãe/responsável); Estado vacinal completo para idade;</p> <p>Não Adesão ao Regime de Imunização (mãe/responsável);</p> <p>Inflamação;</p> <p>Lesão.</p>	A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde.	<p>Realizar reforço positivo para manter esquema vacinal em dia;</p> <p>Impulsionar comportamento positivo pelo esquema de vacinação atualizado;</p> <p>Atualizar ou encaminhar para a atualização do esquema vacinal;</p> <p>Agendar próximas doses e orientar retorno;</p> <p>Orientar cuidados pós vacinação e retorno em caso de eventos adversos;</p> <p>Realizar busca ativa dos faltosos;</p> <p>Utilizar compressas frias (não colocar compressas quentes) no local de aplicação para alívio da dor e da inflamação;</p> <p>Orientar para não aplicar qualquer produto sobre o local da vacinação, como cremes, pomadas e outros, bem como não fazer curativos;</p> <p>Evitar coçar o local de aplicação da vacina;</p> <p>Lavar o local da aplicação apenas com água e sabão/sabonete e mantê-lo seco;</p> <p>Encaminhar para o CRIE casos que necessitem de imunobiológicos especiais;</p> <p>Notificar reações adversas e encaminhar para avaliação médica;</p> <p>Explicar aos pais/ cuidadores diferença entre os resultados esperados de uma vacina e as reações adversas.</p>	<p><b>Se temperatura &gt; 38°C pós vacina e desconforto, prescrever:</b></p> <p><b>Paracetamol 200 mg/ml (gotas)</b> Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas</p> <p>OU</p> <p><b>Dipirona 500 mg/ml (gotas)</b> Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas.</p>	
<p>Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).</p>				

## **CAPÍTULO 15**

**PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO, DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA EQUIPE DE SAÚDE**



## 18 PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO, DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA EQUIPE DE SAÚDE

No que diz respeito à organização do processo de trabalho, este protocolo traz as principais atribuições do Enfermeiro, da Equipe de Enfermagem e da Equipe de Saúde. Cabe destacar que no âmbito do trabalho em equipe, o Enfermeiro é o responsável pela Equipe de Enfermagem e todos compõem a Equipe de Saúde. No que tange as atividades laborais se faz cada vez mais importante que as equipes de saúde tenham conhecimento das práticas comuns, específicas e colaborativas entre os diversos profissionais que prestam a assistência à saúde, a fim de otimizarla, qualificar-la de modo a garantir sua integralidade.

### Enfermeiro

- Avaliar integralmente a saúde da criança: peso, altura, desenvolvimento, pressão arterial (a partir dos 3 anos), vacinação e intercorrências, estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação);
- Identificar sintomas, avaliar, classificar e Aplicar Protocolo das doenças prevalentes na infância: desnutrição, anemia, diarreia, desidratação, parasitoses intestinais, pneumonia, asma e demais doenças respiratórias /alergias, dermatoses;
- Realizar a consulta de enfermagem conforme os fluxogramas de atendimento à saúde da criança;
- Verificar registros na Caderneta de Saúde da Criança, inclusive tipagem sanguínea e imunização do Recém-Nascido (RN).
- Orientar, acompanhar e/ou aplicar as vacinas necessárias, de acordo com calendário básico de imunização;
- Verificar a realização dos testes de triagem neonatal e realizar encaminhamentos nos casos de alterações, de acordo com protocolos vigentes.
- Realizar o teste do reflexo vermelho nos períodos preconizados;
- Avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança de acordo com o protocolo de puericultura;
- Realizar as orientações para a estimulação do desenvolvimento integral e saudável, de acordo com a faixa etária da criança avaliada;
- Avaliar e encaminhar as crianças que apresentem atraso no desenvolvimento;
- Encaminhar para médico, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, odontólogo, e outros profissionais quando necessário;

- Solicitar exames laboratoriais: hemograma completo, urina tipo I, proto parasitológico de fezes, perfil lipídico, glicemia, hemoglobina glicada e creatinina;
- Realizar o "5º Dia de Saúde Integral", entre o 3º e o 5º dia de vida do recém-nascido;
- Avaliar os fatores de risco ao nascer;
- Avaliar a abordagem de risco da criança;
- Orientar sobre aleitamento materno e alimentação complementar saudável, de acordo com a faixa etária;
- Orientar pais no cuidado domiciliar;
- Realizar a captação precoce e busca ativa das crianças de risco (ao nascimento ou associados / adquiridos) priorizado-as para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde;
- Promover a educação em saúde (em grupo e individual);
- Realizar a visita domiciliar nos casos necessários;
- Realizar a coleta do Teste de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) - **encaminhar ao laboratório de referência;**
- Atender ao compromisso dos profissionais de saúde com as linhas de cuidado integral da criança;
- Proceder o registro das informações e procedimentos no prontuário eletrônico do paciente, de acordo com o sistema de informação vigente;
- Notificar doenças, agravos e eventos de saúde que necessitem de notificações, conforme portaria vigente;
- Realizar o teste de acuidade visual em escolares, utilizando-se da tabela de Snellen;
- Identificar sinais ou suspeita de violência contra a criança do tipo físico, emocional, sexual, negligência e/ ou outros; discutir com a equipe de saúde e realizar os encaminhamentos e notificações necessárias;
- **IMPORTANTE:** Em caso de violência sexual aguda (até 72 horas) encaminhar a criança para o CRS/UPA mais próximo, para aplicação da Profilaxia Pós-Exposição (PEP). Acionar Conselho Tutelar.

### **Equipe de enfermagem**

- Verificar peso, altura e perímetros cefálico, torácico e abdominal e Pressão Arterial (crianças a partir de 03 anos);
- Orientar familiares e/ou responsáveis sobre aleitamento materno, riscos da introdução da alimentação complementar precoce e riscos de desnutrição e desidratação;
- Agendar consultas médicas e de enfermagem para os casos indicados;
- Realizar o registro das informações nos sistemas de informação vigente, referentes aos atendimentos e orientações realizados;

- Realizar cadastro e atualização dos cadastros do paciente nos Programas de Saúde;
- Realizar registros na caderneta de saúde da criança;
- Avaliar o registro de Vacinação de acordo com o calendário nacional e orientar a mãe, o pai e/ou responsável sobre a importância da imunização e encaminhar para a sala de vacina quando necessário;
- Realizar vacinação de acordo com calendário nacional;
- Orientar sobre reação vacinal e condutas necessárias;
- Notificar reações adversas à vacina;
- Coletar amostras de sangue para exames complementares;
- Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência;
- Auxiliar nos procedimentos quando necessário;
- Orientar a mãe, pai e/ou responsável sobre a correta utilização dos medicamentos, de acordo com o protocolo de medicação segura;
- Promover a educação em saúde (em grupo ou individual);
- Realizar glicemia capilar;
- Realizar coleta do Teste de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho);
- Notificar doenças, agravos e eventos de saúde que necessitem de notificações, conforme portaria vigente.

### **Profissionais de saúde**

- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade;
- Realizar visitas domiciliares;
- Registrar as informações de seguimento no prontuário;
- Participar dos grupos terapêuticos.

## 19 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A.; SABATÉS, A.L. Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri- SP: Manole, 2008.

BOWDEN, V.R.; GREENBERG, C.S. Procedimentos de enfermagem pediátrica. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil, Brasília. 2003.

ARIZA, Liana de Moura. Um novo método para avaliação rápida da tungiase em áreas endêmicas. Universidade Federal do Ceará - Faculdade De Medicina Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas - Doutorado em Ciências Médicas. Fortaleza, 2009.

BRANDT, Kátia Galeão; ANTUNES, Margarida Maria de Castro; SILVA, Gisélia Alves Pontes da. Diarreia aguda: manejo baseado em evidências. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 91, n. 6, supl. 1, p. S36-S43, dic. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572015000800005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000800005&lng=es&nrm=iso)>. acessado em 01 nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2015.06.002>.

BRASIL. Núcleo de Telessaúde. Saúde da Criança. **Por que, como e quando devo realizar o teste do olhinho?** BVS Atenção Primária em Saúde. Disponível em < <https://aps.bvs.br/aps/por-que-como-e-quando-devo-realizar-o-teste-do-olhinho/>> Santa Catarina.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pediculose*. Brasília – DF. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2206-pediculose-da-cabeca-piolhos>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dermatologia na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Edição 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guias para profissionais de saúde. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_profissionais\\_v3.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v3.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica - 3. ed. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC), Brasília, 2015.

HOCKENBERRY M. J.; WILSON D. editores. Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento [et al.]. 9ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. Atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Teste do Coraçãozinho na Triagem Neonatal*. Ministério da Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – DGITS/SCTIE Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - Relatório nº 115. 2014. Brasília – DF. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Incorporados/TesteCoracaozinho-FINAL.pdf>>.

BRASIL. Resolução nº 8, de 24 de novembro de 2016. **Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Triagem Neonatal Biológica. Manual técnico. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos de Atenção Básica*. Brasília – DF; Hospital Sírio Libanês. 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Saude-da-Crian-a-Provis--rio.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde da criança / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Técnica Nº 7/2018-CGSCAM/DAPES/SAS/MS. Orientações referente à sistematização e padronização do Teste de Triagem Neonatal para Cardiopatia Congênita Crítica – Teste do Coraçãozinho*. Brasília – DF. 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/12/SEI-MS-2937931-Nota-Tecnica.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Nota Técnica nº 35. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anquiloglossia\\_ministerio\\_saude\\_26\\_11\\_2018\\_nota\\_tecnica\\_35.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anquiloglossia_ministerio_saude_26_11_2018_nota_tecnica_35.pdf)>

BRASIL. Profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Ministério da saúde. Brasília – DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/en/>.

COREN – CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA (COREN BA). **Orientações sobre a Síndrome Mão – Pé – Boca**. Salvador – BA. 2019. Disponível em: [http://ba.corens.portalcofen.gov.br/secretaria-municipal-de-saude-divulga-orientacoes-sobre-a-sindrome-mao-pe-boca\\_48462.html](http://ba.corens.portalcofen.gov.br/secretaria-municipal-de-saude-divulga-orientacoes-sobre-a-sindrome-mao-pe-boca_48462.html).

COREN/PB. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. **Protocolo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado de Goiás**. 3 ed. Goiás, 2017.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco. *Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica*. Recife – PE. 2019. Disponível em: <http://www.coren-pe.gov.br/novo/wp-content/uploads/2019/05/PROCOLO-DE-ENFERMAGEM-NA-ATEN%C3%87%C3%83O-B%C3%81SICA.pdf>.

CIPE. **Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem**. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation-2017.pdf>. Acesso em 15 maio 2020.

COREN/PB. Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba. **Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do estado da Paraíba**. 2 ed. João Pessoa, 2015.

ESPIRITO SANTO. Secretaria do Estado de Saúde do Espírito Santo. **Atenção à Saúde da Criança**. Vitória – ES. 2017. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/ATEN%C3%87%C3%83O%20SAUDE%20DA%20CRIAN%C3%87A%202017.pdf>.

GUARNIERO, R. **Displasia do desenvolvimento do quadril: atualização**. Revista Brasileira de Ortopedia. 2010.

HOCKENBERRY M. J., WILSON D. editores. **Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica**. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2020. 10 ed. 1064 p.

PARANÁ. Secretaria do Estado de Saúde do Paraná. **Caderno de Atenção à Saúde na Primeira Infância**. Curitiba – PR. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf4.pdf>.

PRIMO, C.C., et al. **Subconjuntos terminológicos da CIPE® para assistência à mulher e à criança em processo de amamentação. Sistematização da Assistência de Enfermagem- SESAU**. Versão 0. Subconjunto de Terminologia Gravidez. Outubro/2015.

RUPA V, Isaac R, Manoharan A, Jalagandeeswaran R, Thenmozhi M. **Risk factors for upper respiratory infection in the first year of life in a birth cohort**. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012;76:1835-9.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Manual técnico: **Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde. / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família**. – 4. ed. - São Paulo: SMS, 2012 – (Série Enfermagem) 1. Administração da Saúde. 2. Atenção básica. 3. Enfermagem/ normas. 4. Saúde da criança. 5. Saúde da família. 6. Serviços de saúde. I. Atenção básica/Estratégia Saúde da Família. II. Título. III. Série. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3340425/mod\\_resource/content/1/protocolo\\_PMSP\\_2013.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3340425/mod_resource/content/1/protocolo_PMSP_2013.pdf).

SANTA CATARINA. Prefeitura Municipal de Florianópolis. **Protocolo de Saúde da Criança. Florianópolis** – SC. 2018. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/06\\_08\\_2018\\_22.40.49.d753b8b01501870a92a4b236f73d9b3a.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/06_08_2018_22.40.49.d753b8b01501870a92a4b236f73d9b3a.pdf)>.

SANTOS, K.H., MARQUES, D. **Diagnósticos de Enfermagem na Atenção Básica: contributos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem, vol.15, n. 2, pág 108-113, dezembro, 2015.

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria. **Caderneta de Saúde da Criança Instrumento e Promoção do Desenvolvimento: como avaliar e intervir em crianças**. Departamento Científico de Pediatria do Comportamento e Desenvolvimento. N°4.1, dezembro, 2017.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Protocolo de Saúde da Criança**. São Paulo – SP. 2003. Disponível em: <[http://www.ee.usp.br/departamento/ens/sel/protocolo\\_cca.pdf](http://www.ee.usp.br/departamento/ens/sel/protocolo_cca.pdf)>.

SES-DF. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal/ Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2 ed. 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde. Gerência de Ciclos de Vida. Núcleo de Saúde da Criança. Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança / Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde. Gerência de Ciclos de Vida. Núcleo de Saúde da Criança. – Brasília: Núcleo de Saúde da Criança, 2014. 91 p.: il. – (Cadernos de Saúde da Criança, nº 03). Disponível em: <[http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Protocolo\\_de\\_Atencao\\_Primaria\\_a\\_Sa%C3%BAde\\_da\\_Crianca\\_-\\_Versao\\_Final.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Protocolo_de_Atencao_Primaria_a_Sa%C3%BAde_da_Crianca_-_Versao_Final.pdf)>.

SILVA FILHO, Edivá Basilio da et al. **Infecções respiratórias de importância clínica: uma revisão sistemática**. 2017.

SIM e SINASC. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2016;107(3):1-103. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)

TEIXEIRA, J.A.M. et al. **Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbitos e evitabilidade em oito unidades da federação brasileira entre 2010 e 2015**. Epimiol.Ser.Saúde, Brasília, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família. Trabalho de Conclusão de Curso – Discente KADEDJA KELLY DOS SANTOS. **Principais Infecções Cutâneas na Infância: Uma Questão de Educação em Saúde na Unidade Básica de Saúde Sagrada Família**. Maceió – AL. 2016. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/kadedja-kelly-santos-infecoes-cutaneas-infancia.pdf>>.

VASCONCELLOS M. C; Duarte M. A. Machado M. G. P. **Vômitos: abordagem diagnóstica e terapêutica**. Revista Médica. Minas Gerais-MG, 2014; 24 (Supl 10): S5-S11.

WHO. World Health Organization. **The WHO Child Growth Standards**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/en/>.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família**. 5. Ed. São Paulo, Sp: Roca, 2015.



## **ANEXOS**

**Anexo 1** – Referência de valores normais para Frequência Cardíaca (**bpm**) e Frequência Respiratória (**rpm**), segundo a faixa etária.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Frequência Cardíaca (bpm)</b>	<b>Frequência Respiratória (rpm)</b>
Pré-termo	120-170	40–70
Recém-nascido	95-170	30 – 50
1 a 11 meses	90-170	30–45
1 a 2 anos	90-150	20 – 30
3 a 4 anos	70-130	20 – 30
5 a 7 anos	65-130	20 – 25
8 a 10 anos	70-110	14–22

Fonte: (BOWDEN, V.R.; GREENBERG, C.S., 2019).

**Anexo 2** – Referência de valores normais para **Febre (°C)**.

Temperatura axilar > 37,8°C  
Temperatura oral > 38°C  
Temperatura retal > 38,3°C

Fonte: (BOWDEN, V.R.; GREENBERG, C.S., 2019).

Classificação das variações térmicas do organismo, considerando a temperatura axilar.

<b>Classificação</b> <b>Varição (°C)</b> Normotermia 36,0 - 37,0 Hipotermia < 36,0 Temperaturas subfebris 37,0 - 37,5 Febre baixa 37,5 - 38,5
--

Fonte: (BOWDEN, V.R.; GREENBERG, C.S., 2019).

**Anexo 3** – Referência para Pressão Arterial para meninos e meninas, de acordo com a idade e percentil de estatura.

## Meninos:

Idade (Ano)	PA	PA SISTÓLICA (mmHg)							PA DIASTÓLICA (mmHg)						
	Percentil	+- Percentil de Altura -+							+- Percentil de Altura -+						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	80	81	83	85	87	88	89	34	35	36	37	38	39	39
	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	50	84	85	87	88	90	92	92	39	40	41	42	43	44	44
	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	50	86	87	89	91	93	94	95	44	44	45	46	47	48	48
	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	50	88	89	91	93	95	96	97	47	48	49	50	51	51	52
	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	50	90	91	93	95	96	98	98	50	51	52	53	54	55	55
	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	50	91	92	94	96	98	99	100	53	53	54	55	56	57	57
	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84
7	50	92	94	95	97	99	100	101	55	55	56	57	58	59	59
	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86











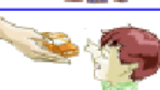
## Meninas:

Idade (Ano)	PA Percentil	PA SISTÓLICA (mmHg)							PA DIASTÓLICA (mmHg)						
		Percentil de Estatura -+							Percentil de Estatura -+						
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016.

## Anexo 4 – Fichas de Avaliação do Desenvolvimento Infantil.

## Ficha de acompanhamento do desenvolvimento

Registro:		Nome:														
Data de nascimento _ / _ / _	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	15	
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação ( <i>Reflexo de Moro</i> )															
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada															
	Olha para a pessoa que a observa															
	Dá mostras de prazer e desconforto															
	fixa e acompanha objetos em seu campo visual															
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente															
	Arrulha e sorri espontaneamente															
	Começa a diferenciar dia/noite															
	Postura: passa da posição lateral para linha média															
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço															
	Emitte sons - Balbucia															
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva															
	Rola da posição supina para prona															
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo															
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro															
	Reconhece quando se dirigem a ela															
	Senta-se sem apoio															
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra															
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos															
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras															
	Arrasta-se ou engatinha															
	Pega objetos usando o polegar e o indicador															
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido															
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)															
<b>Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)</b>		idade (meses)						idade (anos)								
		10	11	13	14	15	18	21	2	3	4	5	6			
	Anda sozinha, raramente cai															
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário															
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras															
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista															
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão															
	Comer e/ou sobe degraus baixos															
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente															
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu															
	Veste-se com auxílio															
	fica sobre um pé, momentaneamente															
	Usa frases															
	Começa o controle esfinteriano															
	Reconhece mais de duas cores															
	Pula sobre um pé só															
	Brinca com outras crianças															
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)															
	Veste-se sozinha															
	Pula alternadamente com um e outro pé															
	Alterna momentos cooperativos com agressivos															
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias															

- Período em que 90% das crianças adquirem o marco
- Presentes até o 4º mês

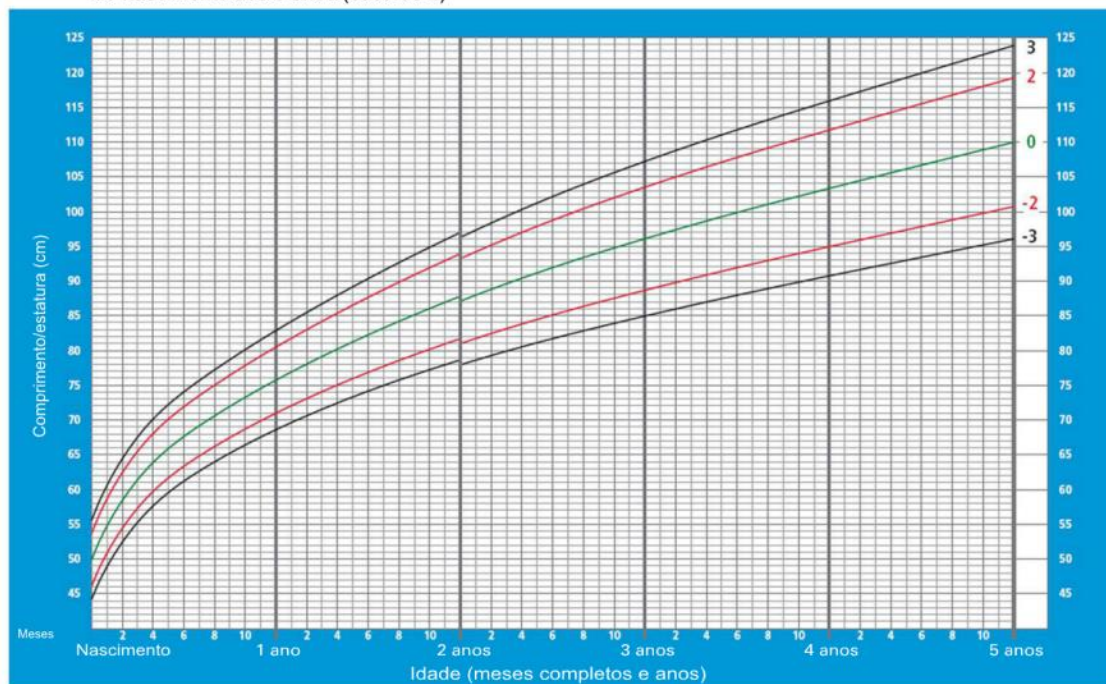
P = presente; A = ausente; NV = não verificado  
Elaborado por Brant, J. A. C.; Jerusalinsky, A. N. e Zannon, C. M.L.C.

### Anexo 5 – Curva de Comprimento/estatura, curva de peso e curva de IMC por idade para Meninos e Meninas do nascimento aos 5 anos.

## Curva de Comprimento/estatura por Meninos do nascimento aos 5 anos

### Comprimento/estatura por idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)

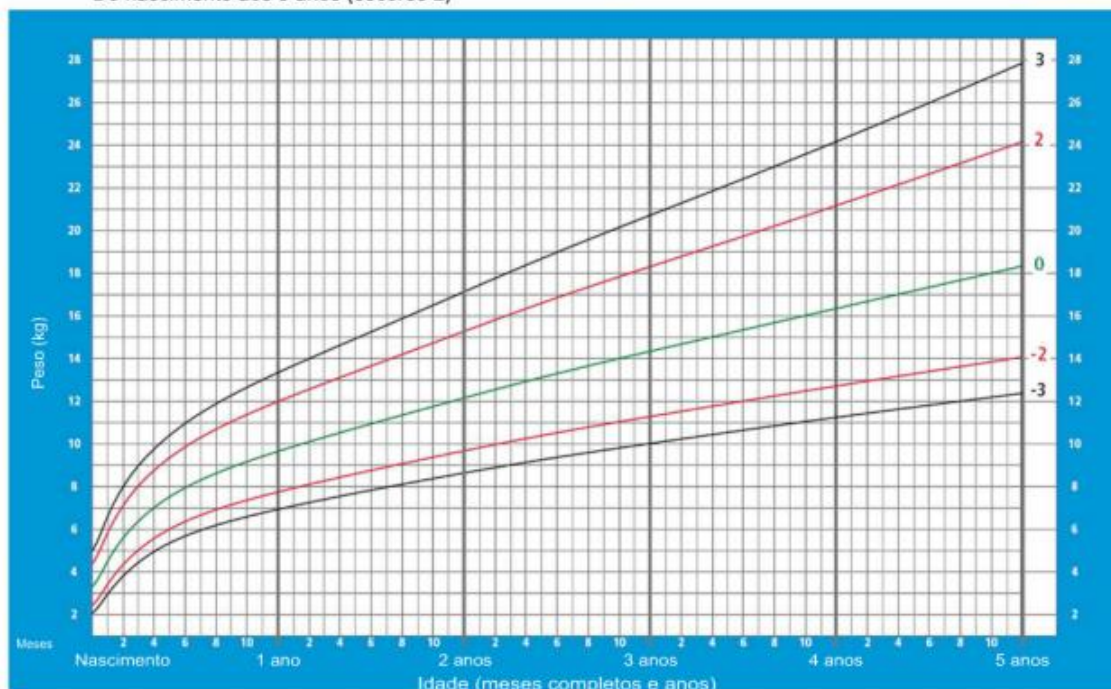


WHO. Child Growth Standards, 2006 (Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/en/>).

## Curva de Peso por Idade Meninos do nascimento aos 5 anos

### Peso por Idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)

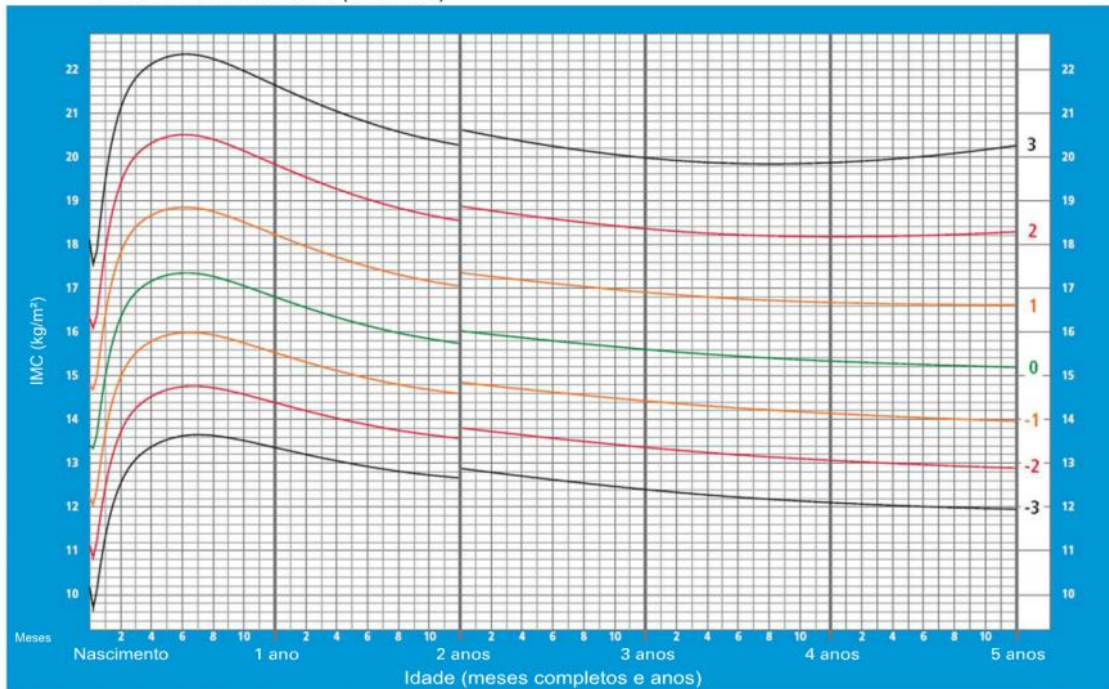


WHO. Child Growth Standards, 2006 (Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/en/>).

## Curva de IMC por Idade Meninos do nascimento aos 5 anos

### IMC por Idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)

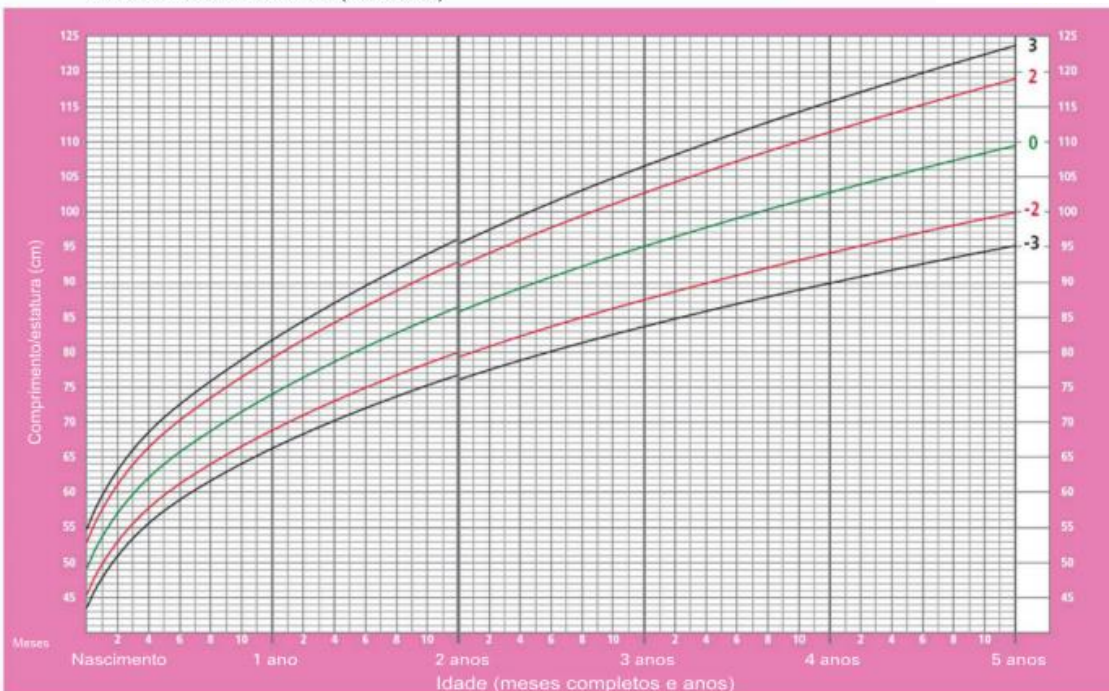


WHO. Child Growth Standards, 2006 (Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/en/>).

## Curva de Comprimento/estatura por Meninas do nascimento aos 5 anos

### Comprimento/estatura por idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)

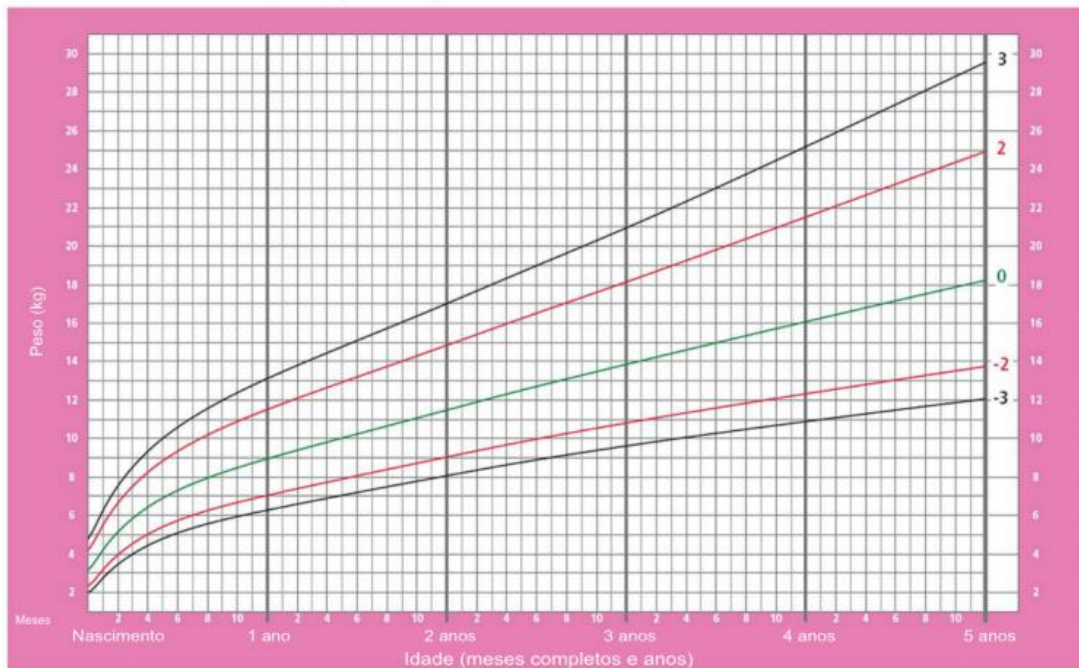


WHO. Child Growth Standards, 2006 (Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/en/>).

## Curva de Peso por Idade Meninas do nascimento aos 5 anos

### Peso por Idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)

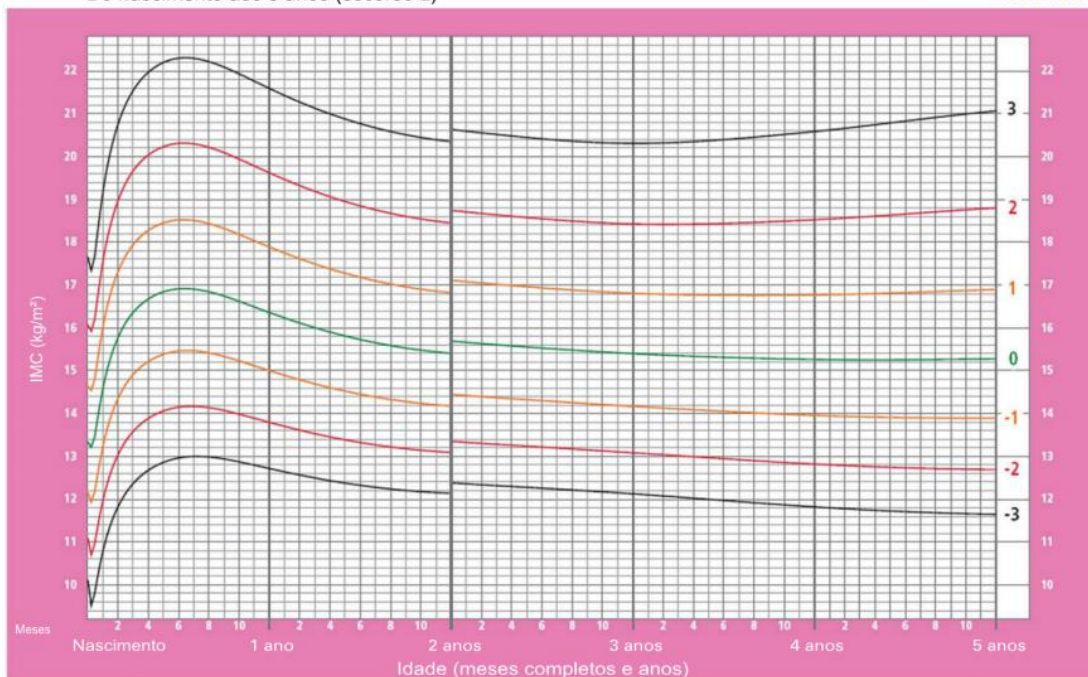


WHO. Child Growth Standards, 2006 (Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/en/>).

## Curva de IMC por Meninas do nascimento aos 5 anos

### IMC por Idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



WHO. Child Growth Standards, 2006 (Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/en/>).



**Anexo 6 – Principais alterações afecções dermatológicas encontrados no RN.**

<p><b>ERITEMA TÓXICO NEONATAL</b></p>	<p>Autolimitada ao período neonatal, observada em aproximadamente um terço dos RN a termo. Não possui etiologia conhecida e é caracterizada por apresentar-se através de máculas avermelhadas, que se tornam pápulas branco – amarelas e pústulas eritematosas, ocorrem em todo o corpo entre o 3º até 10º dias de vida, durando aproximadamente 01 (uma) semana. O Eritema Tóxico Neonatal não possui tratamento específico.</p> <p>Diagnósticos diferencial: candidíase congênita, miliária, infecções bacterianas, infecções por herpes simples, escabiose, foliculite, acropustulose infantil.</p>	
<p><b>MILIUM</b></p>	<p>Caracterizada por pápulas esbranquiçadas ocasionadas pela retenção de queratina e material sebáceo no folículo pilosebáceo, encontrada na região da face, principalmente no nariz e na testa do recém-nascido, que regride naturalmente nas primeiras semanas de vida. Não é necessária nenhuma intervenção terapêutica.</p>	
<p><b>MANCHA MONGÓLICA</b></p>	<p>Caracterizada por manchas únicas ou múltiplas de coloração azul – escura ocasionada por acúmulo de melanócitos em forma de fuso, localizada nas regiões: sacral, lombar ou glútea. É observada em RN e lactentes. Costuma regredir até os 10 (dez) anos de idade, não sendo necessária nenhuma intervenção terapêutica.</p>	
<p><b>MILIÁRIA</b> Ocasionalmente pela obstrução dos ductos que resultam no bloqueio da sudorese normal da pele, não possui causa específica, sendo encontrada em duas formas:</p>	<p><b>Miliária Cristalina (Miliária Alba)</b></p>	<p>Caracterizada por minúsculas vesículas não inflamatórias e não possui eritema ao redor. As lesões são assintomáticas, possuindo a aparência de “gotas de orvalho”. Os locais mais afetados são a testa e a parte superior do tronco e é considerado o tipo mais comum.</p>
	<p><b>Miliária Rubra (Brotoejas)</b></p>	<p>Caracterizada por pápulas, vesículas ou pústulas eritematosas, com medição de 01 (um) a 03 (três) milímetros, que ocasionadas pela obstrução dos ductos sudoríparos, com escape de suor dentro do duto e com resposta inflamatória secundária local. Afeta a face, pescoço e tronco, sendo comum após a 2ª semana de vida. Dependendo do grau inflamatório, a miliária rubra pode evoluir para lesões pustulosas, caracterizando-se por miliária profunda.</p> <p>Tratamento: Manter a criança em local fresco, com roupas limpas e arejadas.</p>
<p><b>HEMANGIOMAS</b></p>	<p>são caracterizados por pequenos tumores vasculares benignos, sendo mais comum na infância, não apresentando complicações e sem necessidade de intervenções. Torna-se aparente nos primeiros dias ou meses de vida, apresentando-se em lesão única, sendo mais comum na cabeça e no pescoço, porém pode se manifestar em outras regiões.</p> <p>Diagnóstico Diferencial: Analisar diferenças entre hemangiomas x manchas de vinho do porto, malformações arteriovenosas, venosas e linfáticas.</p>	
<p><b>DERMATITE SEBORREICA – CROSTA LÁCTEA</b></p>	<p>Doença dermatológica comum, que ocorre em lactentes nos primeiros meses de vida, principalmente em menores de 06 (seis) meses. É caracterizada por erupções descamativas, amareladas, gordurosas na região do couro cabeludo, que podem se espalhar para a região da face, olhos, ouvidos, sobrancelhas e nariz.</p> <p>Diagnóstico diferencial: Dermatite Atópica e Dermatite Psoriática.</p>	

	Tratamento: Utilização de emolientes 02 (duas) horas antes do banho, para facilitar a remoção.
<b>INTERTRIGO NEONATAL (assaduras)</b>	<p>Caracterizada pela inflamação da região cutânea, é uma complicação causada por infecções secundárias bacterianas ou fúngicas ocasionada pela fricção constante da pele. Apresentam-se como lesões eritematosas, com margens difusas, podendo ou não conter exsudato esbranquiçado ou amarelado.</p> <p>Tratamento: Redução da umidade e/ou fricção. Cremes para tratamento não possuem benefícios comprovados e podem piorar o quadro clínico.</p>

## Anexo 7 – Correção da idade gestacional

Em geral, utilizamos a correção até os 2 anos. Para o cálculo, usamos o marco de 40 semanas (RN a termo). Para a correção, identificamos a IG ao nascer e vemos quantas semanas faltaram para que ele nascesse com 40 semanas. A diferença encontrada é o tempo que faltou para a idade de termo e deverá ser descontada da idade cronológica nas consultas de seguimento, especialmente nas avaliações de crescimento e desenvolvimento destas crianças, até os 2 anos de idade. Como exemplo, para uma criança que nasceu com 34 semanas de IG, faltavam seis semanas (um mês e meio) para completar 40 semanas de idade gestacional (gestação a termo).

IG	“DESCONTO” da prematuridade
34 semanas	6 semanas = 1 ½ mês
33 semanas	7 semanas = 1 mês e 3 semanas
32 semanas	8 semanas = 2 meses
31 semanas	9 semanas = 2 meses e 1 semana
30 semanas	10 semanas = 2 ½ meses
29 semanas	11 semanas = 2 meses e 3 semanas
28 semanas	12 semanas = 3 meses
27 semanas	13 semanas = 3 meses e 1 semana
26 semanas	14 semanas = 3 ½ meses
25 semanas	15 semanas = 3 meses e 3 semanas
24 semanas	16 semanas = 4 meses

**Anexo 8 – Triagem neonatal: teste do olhinho, teste da orelhinha, teste na linguinha, teste do pezinho, teste do coraçãozinho.**

### TESTE DO OLHINHO

O Teste do Olhinho ou Teste do Reflexo Vermelho (TRV) possui como objetivo analisar possíveis alterações patológicas oftálmicas (cegueira, catarata congênita, retinoblastoma) no RN e em prematuros, nos primeiros trinta dias de vida, ou antes, de sua alta da maternidade/hospital. Para a realização do TRV, é necessária a utilização de um oftalmoscópio ajustado no zero “0”, sendo posicionado em uma distância média de 50 a 60 cm da criança a ser examinada, ocasionando uma projeção de luz diretamente na região ocular, resultando em um reflexo vermelho observado na pupila. O resultado do teste é classificado em três probabilidades diagnósticas:

- 1) Reflexo vermelho presente: Simetria em ambos os olhos, sendo possível a visualização da reflexão de uma coloração vermelho ou vermelho – alaranjado;



Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria



Fonte: Faculdade de Medicina de Minas Gerais

- 2) Reflexo vermelho ausente: Ausência total da visualização da reflexão em uma região ocular ou em ambas as pupilas da criança.



Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria



Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria

- 3) Reflexo vermelho duvidoso: Assimetria evidente ou suspeita do reflexo vermelho alterado em uma das pupilas, não sendo possível identificar no momento qual é o reflexo vermelho normal.



Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria



Fonte: Faculdade de Medicina de Minas Gerais

Quando a criança apresentar os resultados: “ausente” ou “reflexo duvidoso” é necessário encaminhá-la ao oftalmologista para realização de exames complementares e análise da conduta adequada. É importante que o profissional de saúde oriente aos familiares que o TRV deverá ser realizado entre duas a três vezes ao ano nos primeiros três anos de vida, perpetuando até os cinco anos, sendo que se de vida e que ele não substitui o Exame Oftalmológico que o bebê é submetido até os seis meses ou no máximo aos doze meses (FMUFG, 2020; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018).

### TESTE DA ORELHINHA

O Teste da Orelhinha/Teste da Triagem Auditiva Neonatal ou Exame de Emissões Otoacústicas Evocadas é um teste realizado no RN entre o seu segundo e terceiro dia de















vida em ambiente hospitalar, para constatar possíveis problemas auditivos na criança. Consiste em produzir estímulos sonoros e realizar a captura de seu retorno por meio de uma sonda introduzida na orelha do RN durante o seu sono e possui sua duração entre cinco e dez minutos, e é indolor. Caso haja a identificação de possíveis

alterações auditivas, é necessário o encaminhamento da criança para melhores avaliações com o fonoaudiólogo e otorrinolaringologista e se positivo, é necessário o encaminhamento para o serviço de referência em reabilitação auditiva, com a inclusão da terapia fonoaudiológica. É necessário que o enfermeiro oriente sobre a importância da realização do teste da orelhinha, pois a alterações auditivas pode ocasionar deficiências de fala e aprendizado, porém, quando diagnosticado e tratado precocemente, a criança apresenta chances de uma qualidade de vida e melhor adaptação psicossocial (BRASIL, 2018; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020).

### TESTE NA LINGUINHA

A aplicação deste protocolo fornece a avaliação por meio de uma medida que determina a identificação da gravidade da anquiloglossia, promovendo a seleção dos recém-nascidos que possam se beneficiar com a intervenção cirúrgica (frenotomia ou frenectomia). Dos itens a serem avaliados na aplicação deste protocolo: aparência da ponta da língua; fixação do frênuo na margem gengival inferior; elevação da língua e projeção da língua. Diante da observação destes itens, há a necessidade de pontuar e realizar a soma, sendo que os valores poderão estar entre: 0 a 8, sendo que escores de 0 a 3 indicam potencial redução mais grave da função da língua, como demonstrado a seguir (BRASIL, 2018).

Aspectos avaliados	0	1	2	Escore
QUAL A APARÊNCIA DA PONTA DA LÍNGUA?	 Formato de coração	 Ligeira fenda/entalhada	 Arredondada	
ONDE O FRÊNULO DA LÍNGUA ESTÁ FIXADO NA GENGIVA/ ASSOALHO?	 Fixado na parte superior da margem gengival (topo)	 Fixado na face interna da gengiva (atrás)	 Fixado no assoalho da boca (meio)	
O QUANTO A LÍNGUA CONSEGUE SE ELEVAR (COM A BOCA ABERTA (DURANTE O CHORO)?	 Elevação mínima da língua	 Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro	 Elevação completa da língua em direção ao palato duro	
PROJEÇÃO DA LÍNGUA	 Ponta da língua fica atrás da gengiva	 Ponta da língua fica sobre a gengiva	 Ponta da língua pode se estender sobre o lábio inferior	

### TESTE DO PEZINHO

O Programa Nacional de Triagem Neonatal, “teste do pezinho”, objetiva o rastreamento populacional a fim de identificar distúrbios e doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas no recém-nascido, para intervenção em tempo oportuno, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo às crianças com diagnóstico positivo, visando a redução da morbimortalidade e a qualidade de vida.

Durante o pré-natal deve-se esclarecer e orientar a gestante sobre como e onde realizar o “teste do pezinho”, de acordo com a rede de coleta, preconizando a necessidade de ser realizada até o 5º dia de vida do bebê, assim como a importância do exame e informar que eles têm direito aos resultados.

Recomenda-se que o período ideal de coleta da primeira amostra esteja entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê devido às especificidades das doenças diagnosticadas atualmente.

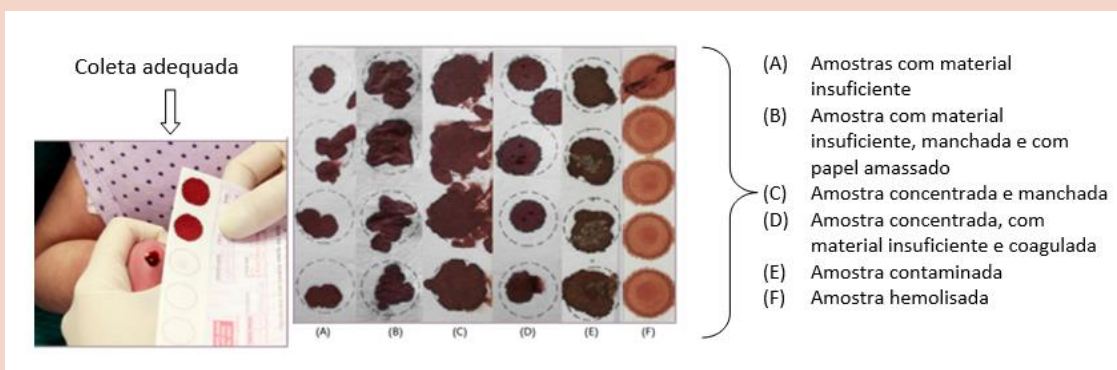
Em caso de recusa por parte dos familiares para a coleta do “teste do pezinho”, o responsável pela ação no ponto de coleta deve orientá-los sobre os riscos da não realização do exame. O fato deve ser documentado com a assinatura dos pais ou responsáveis.

Quando requisitado uma segunda coleta pelo laboratório especializado, o responsável por essa ação no ponto de coleta deve proceder à busca ativa, orientação aos familiares, coleta e envio da nova amostra o mais breve possível ao laboratório.

O exame é realizado através da punção em uma das laterais da região plantar do calcanhar, após assepsia e secagem completa do álcool. Aguardar a formação de uma grande gota de sangue, retirá-la com algodão seco (a primeira gota que se formou), pois pode conter fluídos teciduais que podem interferir nos resultados dos testes.

Deixar o sangue fluir naturalmente e de maneira homogênea pelo papel-filtro, desencostando do pé quando o círculo estiver todo preenchido. Não permita que o sangue coagule nem no papel-filtro nem no pé do bebê. Os limites estabelecidos pelos círculos servem de guia para a quantidade de material necessário para o teste, não sendo necessário que o sangue coincida com os limites dos círculos.

Jamais retorne um círculo já coletado no local do sangramento para completar áreas mal preenchidas. A superposição de camadas de sangue interfere nos resultados dos testes. Se houver interrupção no sangramento, aproveitar o momento de troca de círculo para massagear novamente a região do calcanhar, passar um algodão ou gaze com firmeza no mesmo local da punção para retirar o tampão de fibrina e plaquetas que se formou com o processo fisiológico de coagulação natural do organismo, ativando novamente a circulação. Caso não tenha sucesso com esse artifício, tentar nova punção, no mesmo local da punção anterior. Isso irá aumentar a área da lesão e conseqüentemente favorecer o aumento do fluxo de sangue.



Após a coleta as amostras deverão ser submetidas ao processo de secagem à temperatura ambiente (15° a 20°C por cerca de 3 horas), em dispositivo próprio ou superfície plana, isolada, e que a área contendo sangue fique livre de qualquer contato. A posição horizontal permite a distribuição do sangue de forma homogênea.

As amostras para envio ao laboratório devem conter:

- Código da amostra (registro local ou código da remessa);
- Identificação completa do RN;
- Nome completo da mãe da criança;
- Dia, mês e ano de nascimento da criança (também hora para maternidades);
- Dia, mês e ano em que a amostra foi coletada (também hora para maternidades);

- Data em que a amostra foi enviada ao laboratório;
- Endereço completo;
- Telefone/ celular, e-mail e nome da pessoa para contato;
- Data em que os resultados foram recebidos;
- Data de entrega de resultados às famílias.
- Indicação de resultados: normal, reconvocado ou amostra devolvida.

O Programa Nacional de Triagem Neonatal tem em seu escopo seis doenças: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase. É importante que o acompanhamento e tratamento das crianças detectadas sejam baseados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde, para cada uma das doenças (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/component/content/article?id=9315>).

### TESTE DO CORAÇÃOZINHO

O Teste do Coraçãozinho ou Oximetria de Pulso Neonatal, é um procedimento realizado em âmbito hospitalar antes da alta do RN, particularmente em até 72 horas após seu nascimento. Este exame é fundamental para a identificação de cardiopatias congênitas, pois o sistema cardiovascular do recém – nascido é diferente do ser humano adulto, possuindo suas peculiaridades referente ao fechamento do canal arterial – que é o ponto de comunicação entre a circulação pulmonar e sistêmica durante o período fetal, pois este fecha estruturalmente em sua grande maioria nas primeiras 72 horas de vida.

A realização da aferição por oximetria de pulso é de suma importância, principalmente de forma rotineira até a alta hospitalar da criança, pois permite a facilidade da detecção da baixa oxigenação do RN e o encaminhamento para uma avaliação especializada e realização de exames específicos como o ecocardiograma.

**Método de Realização da Triagem:** Realiza-se a aferição através da Oximetria de Pulso, por um profissional integrante da equipe de Neonatologia do Hospital no qual o paciente se encontra, sendo estes preferencialmente: Médicos Neonatologias e/ou Pediatras ou Enfermeiro Neonatologista e/ou Pediatras, que estejam habilitados na técnica de aferição com o oxímetro de pulso.

O profissional de saúde deverá posicionar a criança em um ambiente confortável e realizar o exame físico direcionado e simplificado. Após este procedimento, deverá realizar a aferição da oximetria de pulso no membro superior direito em posição pré-ductal e em um dos membros inferiores na região pós-ductal e anotar o valor após a estabilização da curva.

**Resultado:** Será considerado resultado positivo, quando a criança apresentar uma saturação menor que 95%, sendo necessário uma nova aferição após 01 hora. Caso haja novamente alteração da saturação sendo menor que 95% ou apresentando diferenciação maior de 3%, o médico especialista deverá ser comunicado e posteriormente deverá ser realizado um ecocardiograma para maiores detalhes.

**Principais Cardiopatias Congênitas:** Hipoplasia de Ventrículo Esquerdo; Atresia Pulmonar com Septo Interventricular Íntegro; Tetralogia de Fallot; Drenagem Anômala Total de Veias Pulmonares; Transposição de Grandes Artérias; Atresia de Tricúspide; Truncus Artriosus; Coarctação de Aorta; Dupla Via de Saída de Ventrículo Direito; Anomalia de Ebstein; Interrupção de Arco Aórtico e Ventrículo Único (BRASI, 2014, 2018).



# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

---

## SAÚDE DA CRIANÇA

Organização: Coren-MS  
Diagramação: Everton Ferreira Lemos - Enfermeiro –  
Câmara Técnica de Educação e Pesquisa do Coren-MS.