

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Virna Liza Pereira Chaves Hildebrand¹; Caroline Menezes Santos²; Denise Barcelos²; Elton Santo Barboza²; Francisneide Gomes Pego do Nascimento³; Indianara de Oliveira Moraes Alexandre Leite²; Liliane Ferreira da Silva⁴; Renata Guerreiro Barbosa²; Rosilene Mesquita Gomes²; Soraya Barbosa Ferraz⁵; Thays Luana da Cruz²; Thais Tiemi Faria Tomikawa²; Frederico Jorge de Moraes⁴; Marisa Rufino Ferreira Luizari³.

¹ 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

² Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS

³ Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

⁴ Distrito Sanitário Especial Indígena – Mato Grosso do Sul

⁵ Secretaria Municipal de Gestão de Campo Grande-MS

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	Gramma
g/dl	Gramma 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

Consulta Pública

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 01- Mortalidade neonatal e infantil no Brasil nos anos de 2017 a outubro de 2020
Gráfico 02 – Mortalidade neonatal e infantil no Mato Grosso do Sul nos anos de 2017 a outubro de 2020.....
Quadro 1 – Descrição do exame físico da criança, detalhado e na ordem céfalo-caudal.....
Quadro 2 – Descrição do exame físico do RN, detalhado e na ordem céfalo-caudal.....
Quadro 3 – Apresentação dos reflexos encontrados na criança e suas respectivas descrição.....
Quadro 4 – Descrição do teste do quadril e manobra de Barlow.....
Quadro 5 – Principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações.....
Quadro 6 – Sinais e sintomas respiratórios observados no período neonatal.....
Quadro 7 – Sinais e sintomas respiratórios que indicam condição grave e necessidade de intervenção imediata
Quadro 08 – Classificação da diarreia segundo a desidratação e o respectivo tratamento
Quadro 09 – Uso de Ivermectina segundo o peso e as principais recomendações do uso do respectivo medicamento
Quadro 10 – Parâmetros da avaliação antropométrica, segundo a faixa etária
Quadro 11 – Esquema profilático para administração de vitamina A em crianças
Quadro 12 – Dosagem de sulfato ferroso profilático para crianças
Quadro 13 – Recomendações quanto à suplementação de ferro
Quadro 14 – sinais e sintomas conforme as formas de Hanseníase
Quadro 15 – Esquema terapêutico para crianças com peso inferior a 30 kg
Quadro 16 – Sinais da violência física em crianças e adolescentes
Quadro 17 – Alterações comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de violência
Quadro 18 – Sinais e sintomas físicos e psíquicos da violência sexual em crianças e adolescentes

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

Quadro 20 – Indicativo de negligência – Omissão de cuidados

Consulta Pública

SUMÁRIO

1	LEGISLAÇÃO.....
2	INTRODUÇÃO.....
3	CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.....
3.1	Subjetivo: Histórico de Enfermagem
3.2	Objetivo: Exame Físico
3.2.1	Especificidades no exame físico do RN.....
3.3	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	FLUXOGRAMAS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA DE QUALQUER IDADE
3.3.2	FLUXOGRAMA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM AO RN
3.3.3	FLUXOGRAMA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À PUERICULTURA
3.3.4	FLUXOGRAMA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM 2 A 10 ANOS IDADE
3.4	AVALIAÇÃO
3.5	PLANO
4	CRIANÇA COM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA.....
4.1	Introdução.....
4.2	Fluxograma.....
4.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com dificuldade respiratória
5	CRIANÇA COM DIARREIA E VÔMITO
5.1	Introdução.....
5.2	Fluxograma.....
5.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com diarreia e vômito
6	CRIANÇA COM FEBRE E DOR DE OUVIDO.....
6.1	Introdução.....
6.2	Fluxograma.....

6.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com febre e dor de ouvido.....
7	CRIANÇA COM ESCABIOSE.....
7.1	Introdução.....
7.2	Fluxograma.....
7.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com escabiose.....
8	CRIANÇA COM PEDICULOSE.....
8.1	Introdução.....
8.2	Fluxograma.....
8.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com pediculose.....
9	CRIANÇA COM PARASITOSE.....
9.1	Introdução.....
9.2	Fluxograma.....
9.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com parasitose.....
10	CRIANÇA COM DERMATITE AMONIAL.....
10.1	Introdução.....
10.2	Fluxograma.....
10.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com dermatite amoniacal.....
11	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).....
11.1	Introdução.....
11.2	Fluxograma.....
11.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com feridas na pele.....
12	CRIANÇA COM ALTERAÇÃO DE PESO.....
12.1	Introdução.....
12.2	Fluxograma.....

12.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com alteração de peso.....
13	CRIANÇA COM NECESSIDADE DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E VITAMINA A
13.1	Introdução.....
13.2	Fluxograma.....
13.3	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.....
14	CRIANÇA COM MANCHA NA PELE
14.1	Introdução.....
14.2	Fluxograma.....
14.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com mancha na pele
15	CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA.....
15.1	Introdução.....
15.2	Fluxograma.....
15.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança e adolescente vítima de violência
16	IMUNIZAÇÃO
16.1	Introdução.....
16.2	Fluxograma.....
16.3	Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à imunização da criança
17	PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO, DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E DA EQUIPE DE SAÚDE
18	REFERÊNCIAS.....
19	ANEXOS.....

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 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 381/2011. *Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolau.*

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.*

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.*

Consulta Pública

2 INTRODUÇÃO

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

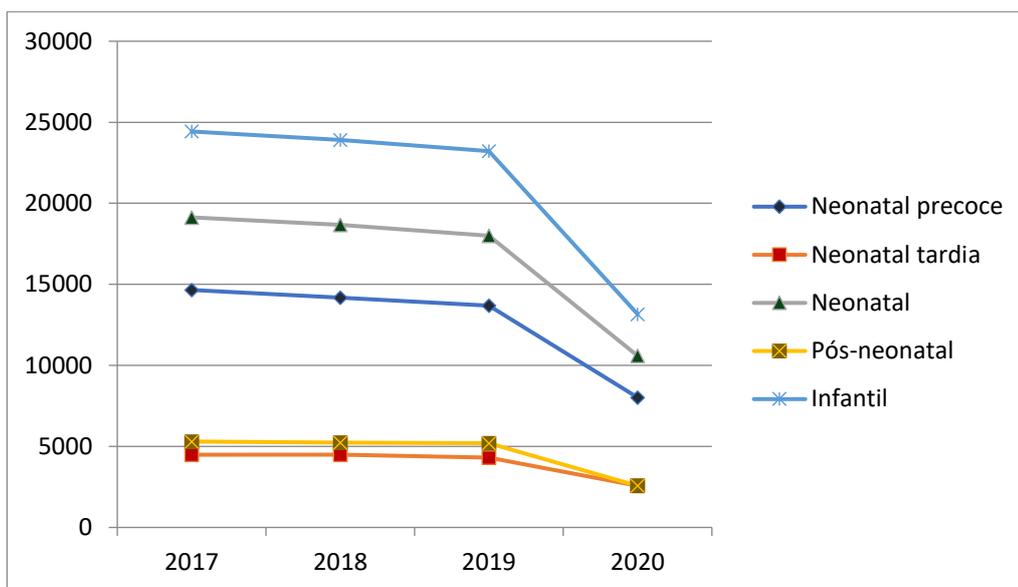
9 A criança é um ser em constante desenvolvimento, e as experiências dos
10 primeiros anos de vida são fundamentais para a formação do adulto que ela se
11 tornará no futuro. Dito isso, é de grande importância que a criança cresça e se
12 desenvolva em um ambiente saudável, cercada de afeto e com liberdade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

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

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

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

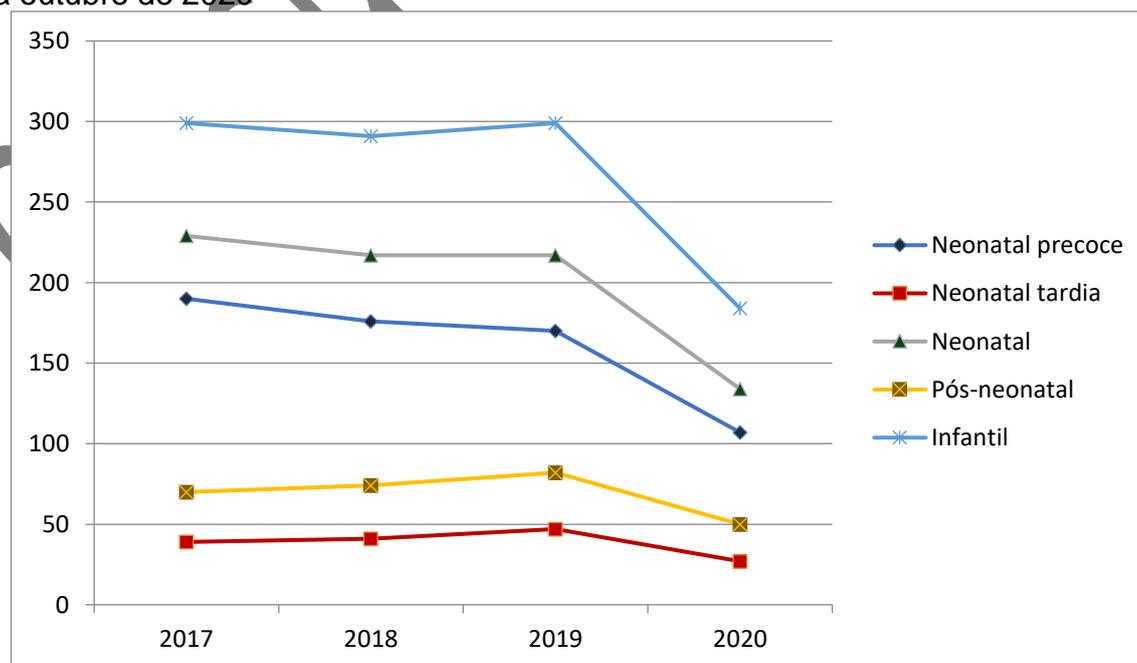
31
32 Gráfico 01- Mortalidade neonatal e infantil no Brasil nos anos de 2017 a outubro
33 de 2020.



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

35 O estado do Mato Grosso do Sul segue a média nacional em relação a
 36 mortalidade neonatal e infantil nos últimos 04 anos, como apresentado no gráfico
 37 02, contudo, ressalta-se que os dados dos anos de 2019 e 2020 são
 38 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.

39 No período neonatal concentram-se os riscos biológicos, ambientais,
40 socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais, com
41 atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos
42 esses reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela
43 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

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

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

3. CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

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

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

66 A primeira semana de saúde integral, preconizada pela publicação “Agenda de
67 Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”,
68 lembra a importância da verificação da Caderneta de Saúde da Criança, da

69 identificação de riscos e vulnerabilidades ao nascer e da avaliação da saúde da
70 puérpera (BRASIL, 2012).

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

76 No acompanhamento da criança é estabelecida, pelo MS uma consulta mensal
77 no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e
78 12º mês), trimestral até o segundo ano (no 18º e no 24º mês) e semestral até o quinto
79 ano de vida, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas
80 porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de
81 promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior
82 atenção devem ser vistas com maior frequência (BRASIL, 2012).

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

86 Quanto à posição para dormir, orientar os pais o risco de morte súbita de
87 crianças no primeiro ano de vida, sobretudo nos primeiros 6 meses. A melhor maneira
88 de prevenir a morte súbita é colocar a criança para dormir de “barriga para cima”
89 (posição supina), e não de lado ou de bruços. A cama ou o berço deve ser firme, e
90 não deve haver lençóis ou cobertores frouxos ou objetos macios em volta da criança
91 (BRASIL, 2012).

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

98 A primeira parte da Caderneta contém informações e orientações sobre saúde,
99 direitos da criança e dos pais, registro de nascimento, amamentação e alimentação
100 saudável, vacinação, crescimento e desenvolvimento, sinais de perigo de doenças
101 graves, prevenção de violências e acidentes, entre outros, sendo mais voltada então
102 para os cuidadores/família da criança. A segunda parte é destinada aos profissionais

103 de saúde, com espaço para registro de informações importantes relacionadas à saúde
104 da criança, contendo os gráficos de crescimento, instrumentos de vigilância do
105 desenvolvimento e tabelas para registro de vacinas aplicadas (BRASIL, 2019).

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

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

115 A identificação de problemas, tais como: atraso no desenvolvimento da fala,
116 alterações relacionais, tendência ao isolamento social, dificuldade no aprendizado,
117 agressividade, entre outros é fundamental para o desenvolvimento e a intervenção
118 precoce para o prognóstico dessas crianças (BRASIL, 2012).

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

124 A pressão arterial deve ser aferida a partir dos 03 anos de idade nas consultas
125 de rotina. Sugere-se que se faça uma medida aos 03 anos e outra no início da idade
126 escolar (6 anos). Para crianças a partir dos 02 anos, deve haver aconselhamento para
127 a realização de 30 a 60 minutos por dia de atividade física moderada ou vigorosa,
128 apropriada para a idade, entre 3 e 5 vezes por semana (BRASIL, 2012).

129 Quanto à solicitação de exames complementares em crianças assintomáticas,
130 recomenda-se pesquisar o perfil lipídico (colesterol, HDL, triglicerídeos e LDL) de
131 crianças cujos pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce (antes de
132 55 anos para homens e 65 anos para mulheres) ou cujos pais tenham níveis de
133 colesterol total acima de 240mg/dl. O rastreamento deve ser realizado a partir dos 02
134 anos de idade, a cada 3 a 5 anos. Em vez de ponto de corte fixo para o valor normal,
135 recomenda-se avaliar os níveis de lipídios específicos para a idade e o sexo (BRASIL,
136 2012).

137 A constipação intestinal é a eliminação das fezes, endurecidas, com dor ou
138 dificuldade, além da sensação de evacuação insatisfatória e incompleta, que pode ou
139 não ser acompanhada pelo aumento do intervalo entre as evacuações. É considerada
140 também como um atraso ou dificuldade na defecação, por 2 semanas ou mais,
141 suficiente para causar desconforto.

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

145 A constipação crônica pode ser dividida em funcional e orgânica. Algumas
146 causas orgânicas são as anormalidades anorretais (ânus imperfurado, ânus ectópico
147 anterior, ânus anteriorizado, doença de Hirschsprung) e cólon. Além dessas, há
148 causas extras intestinais, como uso de alguns medicamentos, doenças endócrinas,
149 metabólicas e neurológicas. Já as causas funcionais são as responsáveis pela grande
150 maioria da constipação crônica nas crianças e são condições que envolvem múltiplos
151 fatores.

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

157 A cólica infantil usualmente afeta crianças nas primeiras semanas de vida e
158 regride por si mesma, antes do 6º mês de vida. Caracteriza-se pelo choro excessivo,
159 em tom alto e gritante, ataques de irritabilidade e angústia, rubor facial, flexão das
160 pernas, arqueamento das costas, punhos cerrados, eliminação de flatos, abdome
161 rígido e dificuldade para se acalmar. Geralmente o choro tem duração de 3 horas, por
162 pelo menos 3 vezes na semana, durante pelo menos 3 semanas nos primeiros 3 ou 4
163 meses de vida.

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

	S ubjetivo	O bjetivo	A valiação	P lano
CIPE	Histórico de enfermagem	Exame Físico	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
			Resultado de Enfermagem	Prescrições farmacológicas
CIAP	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.

- 168 **3.1 SUBJETIVO:** Histórico de Enfermagem/motivo da consulta (queixa):
- 169 • Dados de identificação: nome, idade, raça/cor, naturalidade, filiação,
- 170 escolaridade, procedência, endereço atual, unidade de referência;
- 171 • Antecedentes pessoais;
- 172 • Doença pregressa;
- 173 • Condição socioeconômica;
- 174 • Com quem mora/ rede de apoio;
- 175 • Fatores ambientais;
- 176 • Fatores psicoemocionais;
- 177 • Crenças culturais da família;
- 178 • Medicamentos usados;
- 179 • Histórico de vacinação;
- 180 • Histórico de alimentação/nutrição;
- 181 • Histórico de internação hospitalar ou intercorrências;
- 182 • Histórico de triagem neonatais;
- 183 • Se RN questionar: gravidez planejada/desejada; realização de pré-natal;
- 184 número de consultas; tipo de parto; idade gestacional; condições de parto;
- 185 condições de nascimento: peso, comprimento, APGAR no 1 e 5 minutos;

186 intercorrências na gestação ou nascimento; peso do RN no momento da
 187 alta.

188 **3.2 OBJETIVO:** Exame físico:

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

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

EXAME FÍSICO DA CRIANÇA		
SINAIS VITAIS (Vide valores de referência para cada faixa etária nos anexos 1, 2 e 3).	TEMPERATURA	Verificar preferencialmente axilar.
	RESPIRAÇÃO	Observar características do tórax e verificar frequência respiratória pelos movimentos abdominais < 7 anos ou torácicos em meninas > 7 anos.
	FREQUÊNCIA CARDÍACA/ PULSO	Verificar frequência cardíaca (foco mitral < 2 anos (ritmo, frequência, fonética). Verificar pulso carotídeo ou radial > 2 anos, (frequência, simetria e amplitude).
	PRESSÃO ARTERIAL	Aferir caso necessário, na artéria braquial ou artéria poplítea preferencialmente.
CABEÇA Inspeccionar formato e simetria do crânio e face, integridade do couro cabeludo, suturas e traumatismos reversíveis. Medir perímetro cefálico e fontanelas - 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	OLHOS	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.
	NARIZ	Inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal e presença e aspecto de secreção, presença de batimento de asas nasais, condições de higiene.
	BOCA	Inspeccionar dentes e gengivas, língua (incluir teste da linguinha), integridade da mucosa e palato (fenda palatina ou labial) e outras alterações.
	OUVIDO	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

intracraniana, como ocorre na meningite, hidrocefalia, edema cerebral ou hemorragia intracraniana. Quando deprimida, associa-se à desidratação.		distância de aproximadamente 3 metros.
PESCOÇO	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.	
TÓRAX Inspeccionar forma, simetria, deformidades, sinais de raquitismo e mamas/mamilos, medir perímetro torácico.	CORAÇÃO	Verificar ausculta de frequência, intensidade, ritmo e qualidade do batimento; presença de cianose e/ou edema.
	PULMÃO	Realizar percussão e ausculta, verificar presença de tiragem, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios, tipo e ritmo respiratório.
ABDOMEN	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.	
PELE E MUCOSA	Inspeccionar elasticidade, coloração, condições de higiene, presença de lesões e hidratação.	
GENITÁLIA Atentar a sinais de violência e condições de higiene.	FEMININA	Inspeção da integridade da pele e mucosa, presença dos grandes e pequenos lábios, hímen, edema, secreção vaginal, existência de fístulas.
	MASCULINA	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.

	ÂNUS	Inspecionar presença de fístula ou fissuras.
COLUNA VERTEBRAL	Observar rigidez, postura, mobilidade e curvatura, espinha bífida, tufos de pelos e hipersensibilidade.	
MEMBROS SUPERIORES	Inspecionar tamanho, simetria, amplitude dos movimentos, deformidades ou malformações (pés tortos, 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.	
MEMBROS INFERIORES		
PESO, ALTURA, IMC Realizar a avaliação e o diagnóstico nutricional, através da curva de percentil ou escore Z, disponível na Caderneta da Criança.	O recém-nascido, geralmente, perde 10% do peso de nascimento até o 10º 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 12º 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.	
AValiação DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL (Vide anexos 4 e 5)	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.	

Fonte: HOCKENBERRY, WILSON (2014).

192 Quanto ao rastreamento para criptorquidia, esta é uma condição comum
193 ao nascimento. A migração espontânea dos testículos ocorre geralmente nos
194 primeiros 03 meses de vida e raramente após os 6 a 9 meses. Se aos 6 meses
195 não forem encontrados testículos palpáveis no saco escrotal, será necessário
196 encaminhar a criança à cirurgia pediátrica (BRASIL, 2012).

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

3.2.1 Especificidades no exame físico do RN

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

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

PELE	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. Afeções cutâneas mais comuns encontradas no RN sem gravidade semiológica: eritema tóxico neonatal, milium, mancha mongólica, miliária e hemangiomas (anexo 6).
MUSCULATURA	Avaliar o tônus e o trofismo.
ESQUELETO E ARTICULAÇÕES	avaliar cuidadosamente a presença de deformidades ósseas, inadequações de mobilidade e dor à palpação de todos os ossos e articulações.
EXAME FÍSICO ESPECÍFICO	
CRÂNIO	<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</p>

	<p>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>
OLHOS	<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 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 2 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>
OUVIDOS	<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>
NARIZ	<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>
BOCA	<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</p>

	<p>pressão suave na transição mucosa-pele do lábio inferior e leve tração da mandíbula para baixo facilita a abertura 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>PESCOÇO</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>TÓRAX</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</p>

	<p>as glândulas mamárias crescem com a idade gestacional e em RN a termo medem, à palpação, cerca 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>
<p>ABDOMEN</p>	<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</p>

	<p>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>APARELHO GENITURINÁRIO</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.</p> <p>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</p>

	<p>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>
ÂNUS	<p>O exame do orifício anal deve ser feito obrigatoriamente, podendo-se detectar anomalias anorretais e fístulas. Inspeccionar se está pérvio.</p>
SISTEMA NERVOSO	<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>

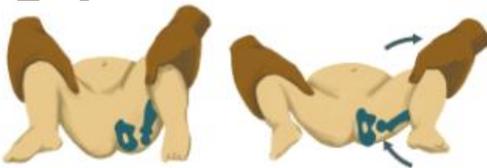
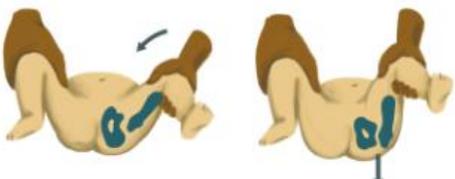
Quadro 3 – Apresentação dos reflexos encontrados na criança e suas respectivas descrição.

REFLEXO	DESCRIÇÃO
Sucção	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.
Voracidade	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.
Tônico cervical	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.
Preensão palmoplantar	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.
Marcha	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.
Babinski (Cutâneo-plantar)	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.
Moro	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.
Fuga à asfixia	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

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

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

Teste do Quadril	<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> 
Manobra de Barlow	<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> 

211

212 Segue abaixo instrumento sugestivo para consulta de enfermagem na atenção
 213 à saúde da criança.

214 **Instrumento de Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS.**

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				
Abdômem: () 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): _____				

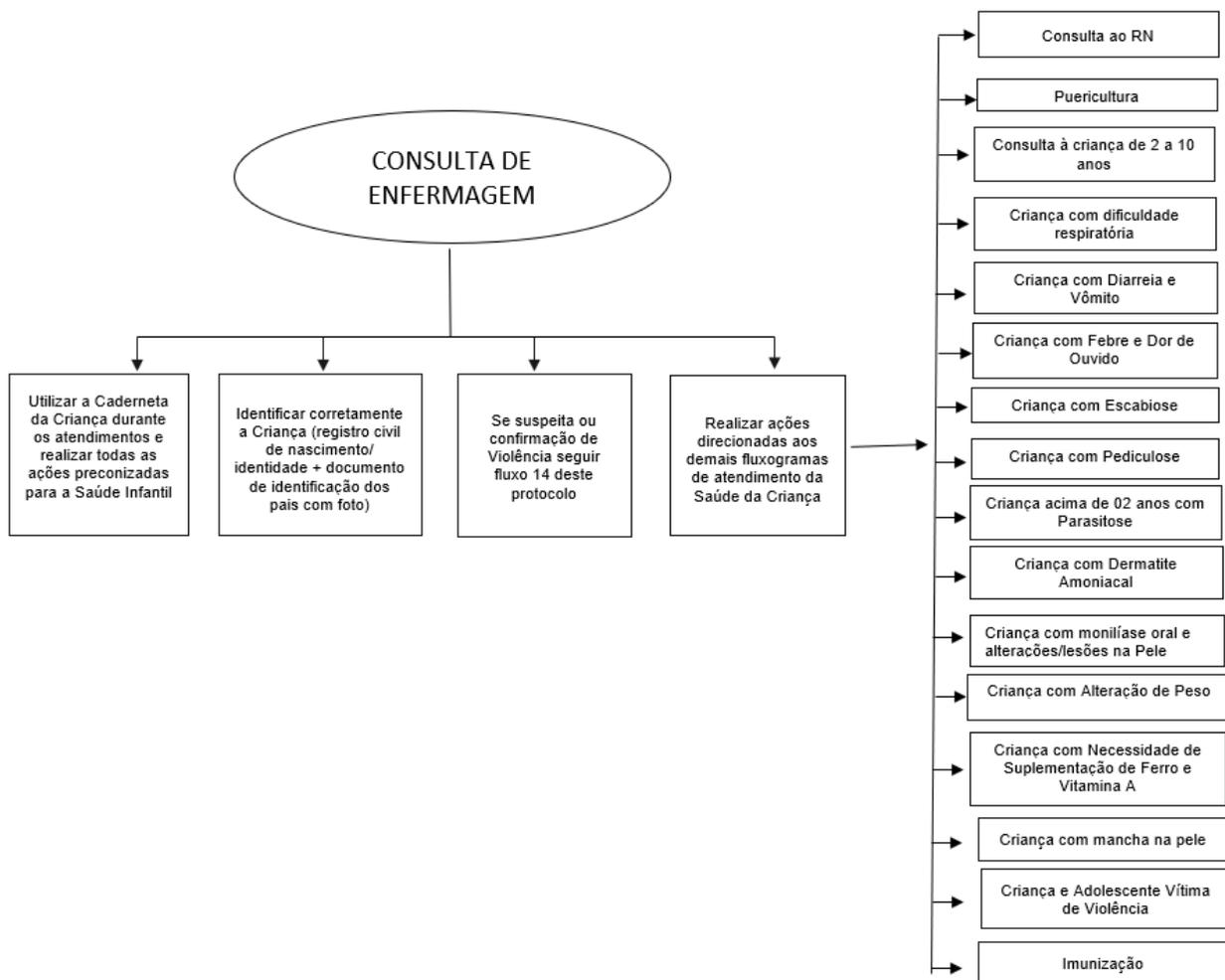
Região Anal: () normal () alterado () lesão () Outros. Descreva: _____	
Mutilação () não () sim. Qual? _____	
Padrão do sono: () normal () diminuído () aumentado Tem dificuldade para dormir? () não () sim. Especifique: _____	
AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO	
Avaliação dos Marcos de Desenvolvimento: 	
OBSERVAÇÕES:	Retorno: ____/____/____
_____ Assinatura/carimbo do (a) enfermeiro (a):	

215

216 Segue abaixo os fluxogramas de consulta de enfermagem à criança de
217 qualquer idade, consulta de enfermagem ao RN, consulta de enfermagem à
218 puericultura e consulta de enfermagem à criança com 2 a 10 anos, a fim de
219 facilitar a visualização e entendimento.

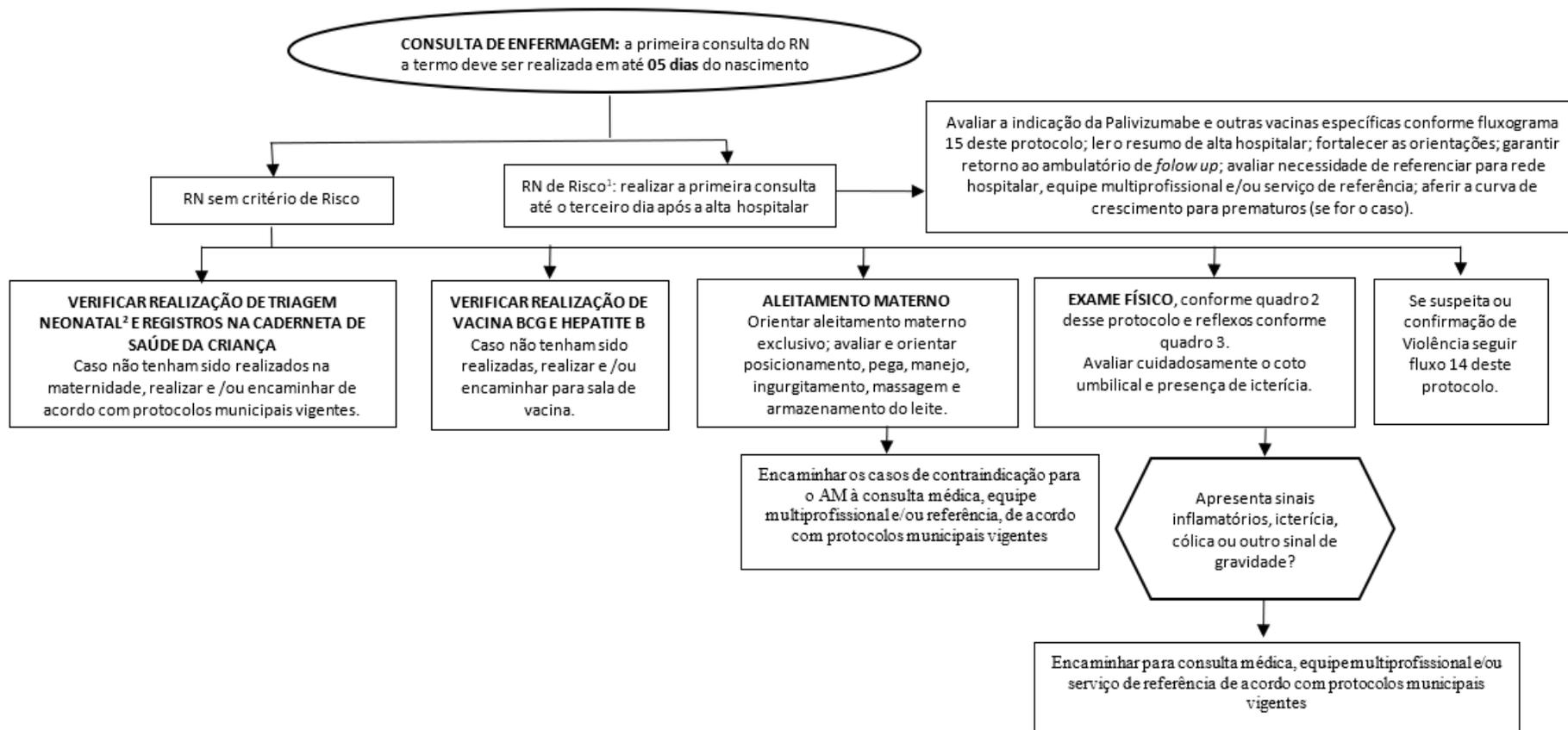
220 **3.3 FLUXOGRAMAS DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA DE**
221 **QUALQUER IDADE, CONSULTA DE ENFERMAGEM AO RN, CONSULTA DE**
222 **ENFERMAGEM À PUERICULTURA E CONSULTA DE ENFERMAGEM À**
223 **CRIANÇA COM 2 A 10 ANOS, A FIM DE FACILITAR A VISUALIZAÇÃO E**
224 **ENTENDIMENTO.**

225 **3.3.1 FLUXOGRAMA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA DE**
226 **QUALQUER IDADE**



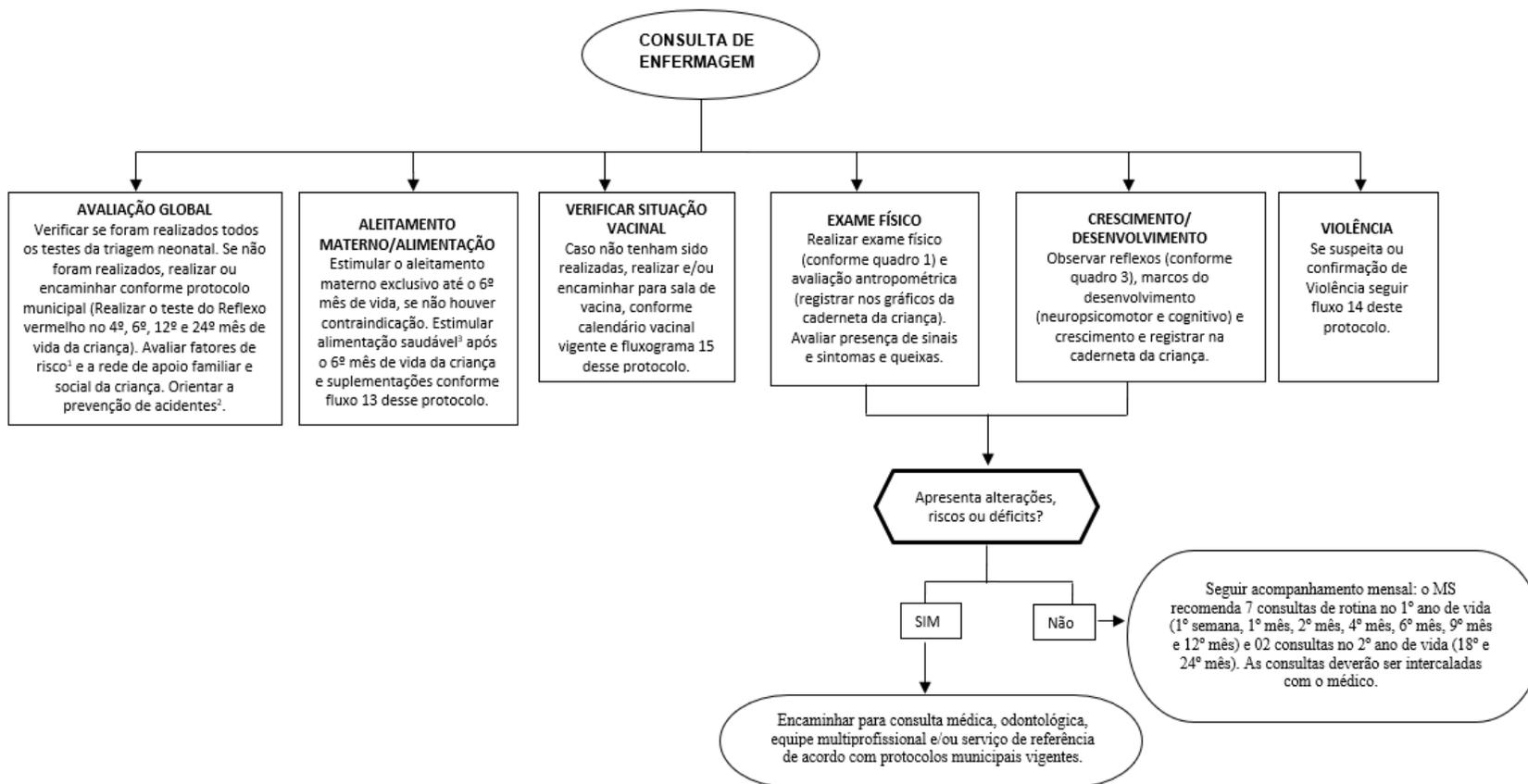
Consulta

227 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 Coraçõzinho:** 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

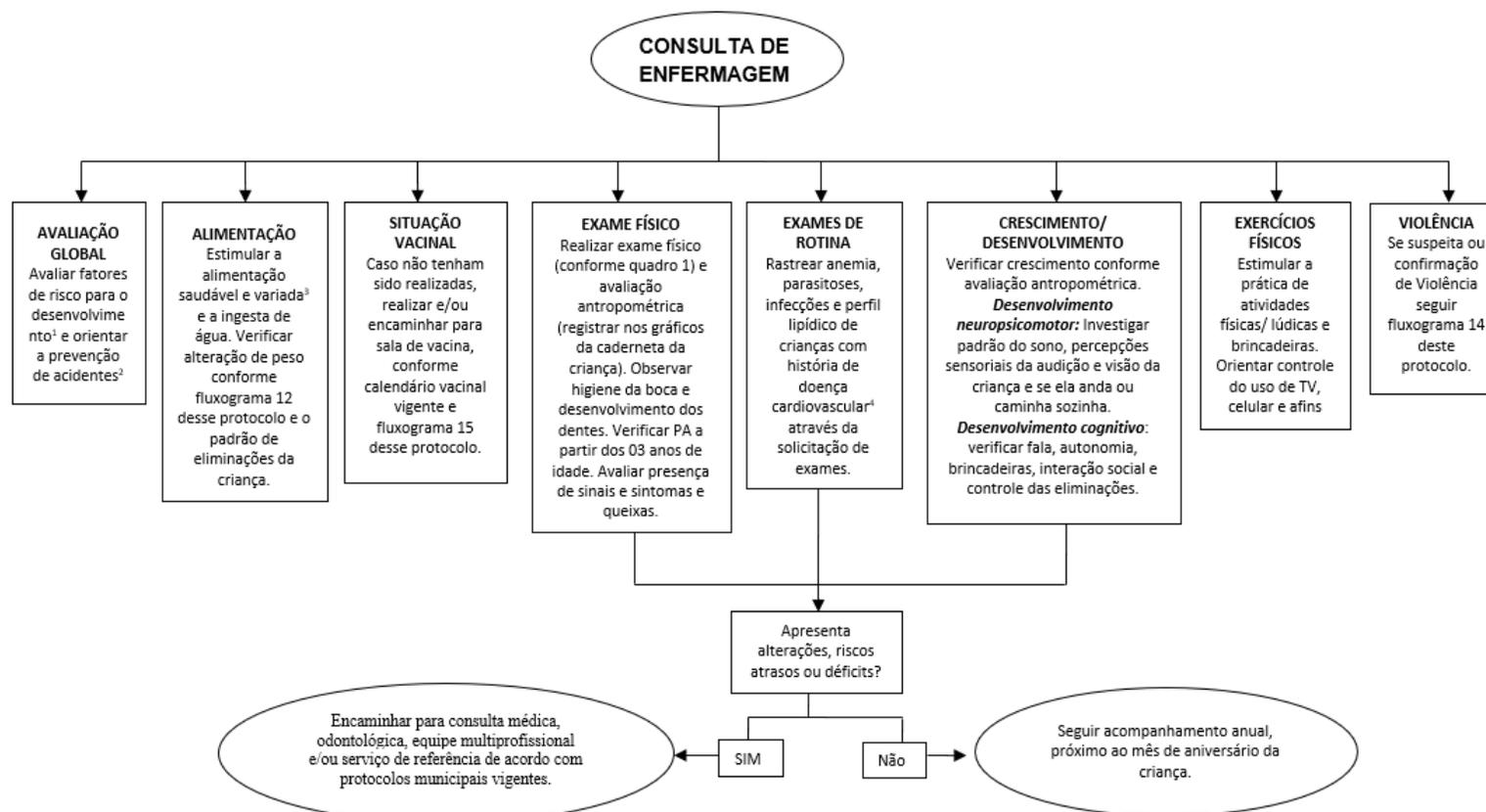


1-Fatores de risco: Criança nascida prematura, baixo peso, exposta a vulnerabilidade social e exposta a infecções congênicas (sífilis, HIV, toxoplasmose entre outras). Crianças com menos de 1 ano de idade que nasceram prematuras com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas ou crianças com até 2 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.

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.

230 **3.4 AVALIAÇÃO:**

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

234 **3.5 PLANO:**

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

239 Quadro 5 – Principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais
 240 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
Relativos à amamentação; nutrição; peso adequado; funcionamento intestinal				
Amamentação exclusiva;	A29 – Outros sinais/sintomas gerais;	Orientar e apoiar a amamentação;		
Amamentação interrompida;	A93 Recém-nascido prematuro;	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);		
Conhecimento sobre amamentação presente;	A97 Sem doença;			
Falta de conhecimento sobre amamentação;	A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde;	Orientar mães sobre os cuidados com a mama;		
Disposição para Amamentação materna;	D12 – Obstipação;	Reforçar benefícios do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês;		
Risco de amamentação materna interrompida;	P22 – Sinais/sint. Comportamento da criança;	Falar sobre os benefícios da amamentação para a criança e à mãe;		
Peso nos limites normais;	T03 – Perda apetite;	Orientar dos fatores que favorecem a produção de leite;		
Risco de ingestão de alimentos excessiva;	T04 – Problemas alimentares de lactente/criança;	Encaminhar mães para grupo de apoio à amamentação, se houver e quando necessário;		
Falta de apetite;	Z29 – Problema social NE;	Orientar quanto à necessidade de amamentar em local tranquilo;	SF a 0,9% instilar 1ml em cada narina 3/3h (se a criança apresentar dificuldade para mamar devido a nariz congestionado). Realizar o procedimento antes das mamadas.	-

Comportamento alimentar infantil eficaz;	A16 Criança irritável;	Desfazer equívocos, desinformação e imprecisões sobre o aleitamento materno;		
Comportamento alimentar infantil prejudicado;	A29 – Outros sinais/sintomas gerais;	Orientar a mãe a permitir que o bebê termine a amamentação no primeiro peito antes de oferecer o segundo peito;		
Constipação;	A93 Recém-nascido prematuro;	Orientar sobre como interromper a amamentação, se necessário;		
Apetite, positivo;				
Comportamento alimentar infantil, eficaz;	A97 Sem doença;	Identificar condição fisiológica;		
Capaz de alimentar-se;	A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde;	Pesar e avaliar o peso;		
Comportamento alimentar infantil, prejudicado;		Registrar peso na caderneta da criança e preencher o gráfico de peso;		
Condição gastrointestinal, eficaz;		Medir PC, PT e PA, conforme faixa etária;		
Condição nutricional, positiva;		Orientar sobre exercício físico;		
Condição musculoesquelética, eficaz;		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;		
Condição nutricional, melhorada;		Orientar sobre cuidados com a criança;		
Condição nutricional, prejudicada;				
Continência intestinal;		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;		
Continência urinária;				
Defecação, eficaz;				
Defecação, prejudicada;		Massagear região abdominal da criança com as mãos em movimentos circulares no sentido horário;		
Fezes, nos limites normais;		Orientar dieta rica em fibras para prevenir constipação, exceto quando em AME;		
Condição geniturinária, eficaz.		Apoiar continência intestinal;		

		<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>		
Relativos ao crescimento e desenvolvimento infantil				
<p>Capaz de crescer ou melhorar como esperado;</p> <p>Condição fisiológica eficaz;</p>	<p>A29 – Outros sinais/sintomas gerais;</p> <p>P22 – Sinais/sint. Comportamento da criança;</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>Condição fisiológica prejudicada;</p> <p>Crescimento nos limites normais;</p> <p>Crescimento atrasado;</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>L28 Limitação funcional/incapacidade;</p> <p>L29 Outros sinais/sint. ap. musculoesquelético;</p> <p>T10 – Atraso crescimento;</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>		
Relativos ao desenvolvimento cognitivo e comportamental				
<p>Cognição nos limites normais;</p> <p>Cognição prejudicada;</p> <p>Comunicação prejudicada;</p> <p>Comunicação verbal, prejudicada;</p>	<p>A29 – Outros sinais/sintomas gerais;</p> <p>A93 Recém-nascido prematuro;</p> <p>A97 Sem doença</p>	<p>Monitorar condição neurológica;</p> <p>Identificar barreiras à comunicação;</p> <p>Encaminhar para serviço de terapia da fala;</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>A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde;</p> <p>N29 – Sinais/sintomas do sistema neurológico, outros;</p> <p>Z29 – Problema social NE;</p>	<p>Orientar família sobre condição psicológica e comportamental da criança;</p> <p>Encaminhar para atividade educativa;</p>		
Relativos aos achados clínicos gerais				
<p>Pressão arterial nos limites normais;</p> <p>Hipotensão;</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>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>K04 aPalpitações/Percepção batimentos cardíacos;</p> <p>K85 – Pressão arterial elevada.</p>	<p>Verificar a caderneta da criança quanto às informações relativas ao parto e condições do nascimento (possíveis intercorrências, peso, 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>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>		
Relativos ao processo familiar				
<p>Apoio familiar, positivo;</p> <p>Apoio social, eficaz;</p> <p>Baixo comparecimento escolar;</p> <p>Falta de apoio familiar;</p> <p>Falta de apoio social;</p> <p>Processo familiar eficaz.</p>	<p>A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde;</p> <p>Z29 Problema social não especificado.</p>	<p>Encaminhar para serviço educacional;</p> <p>Apoiar família;</p> <p>Fornecer apoio emocional;</p> <p>Colaborar com a família;</p> <p>Apoiar processo familiar de enfrentamento;</p> <p>Estimular confiança do atendimento;</p> <p>Observar interação mãe-filho (carícias, contato visual, expressões não verbais);</p> <p>Avaliar vulnerabilidades, riscos, questões sociais e emocionais;</p> <p>Identificar e acionar rede de apoio, círculo social e familiar, vínculos afetivos;</p> <p>Encaminhar para assistente social e equipe multiprofissional, de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação.</p>		
Relativos à condição psicológica; autoimagem; autoestima				

<p>Ansiedade;</p> <p>Ansiedade reduzida;</p> <p>Condição psicológica, eficaz;</p> <p>Condição psicológica, prejudicada;</p> <p>Autoimagem, negativa;</p> <p>Baixa autoestima;</p> <p>Medo;</p> <p>Vergonha;</p> <p>Tristeza;</p> <p>Raiva;</p> <p>Humor deprimido;</p> <p>Sofrimento presente;</p> <p>Vínculo mãe e filho comprometido;</p> <p>Vínculo mãe e filho preservado;</p> <p>Problema emocional presente.</p>	<p>A18 – Preocupação com aparência;</p> <p>P01 – Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão;</p> <p>P02 Reação aguda stress;</p> <p>P03 Sensação de depressão;</p> <p>P04 Sentir/comportar forma irritável/zangada.</p> <p>P29 Sinais/Sintomas psicológicos, outros</p>	<p>Obter dados sobre ansiedade;</p> <p>Obter dados sobre condição psicológica;</p> <p>Obter dados sobre o processo familiar;</p> <p>Orientar família sobre condição psicológica e comportamental da criança;</p> <p>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;</p> <p>Encorajar a verbalização de sentimentos e medos;</p> <p>Identificar rede de apoio familiar e comunitário;</p> <p>Programar visita domiciliar;</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>		
Relativos à adesão a diagnósticos e tratamentos				
<p>Adesão a teste diagnóstico;</p> <p>Conhecimento sobre teste diagnóstico;</p> <p>Resposta à medicação 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>Prescrever suplementação de ferro e Vitamina conforme fluxograma 13 deste protocolo;</p>	<p>Parasitológico de fezes (rastrear parasitoses);</p>

<p>Adesão ao regime medicamentoso;</p> <p>Adesão ao regime terapêutico;</p> <p>Resultado normal de exame;</p> <p>Resultado alterado de exame.</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>Vitamina A+D+ Óxido de zinco pomada, aplicar após cada troca de fralda ou quando necessário;</p>	<p>HMG (rastrear anemia, infecções). Exame recomendado o também no 6º de RN prematuros (rastreamento de anemia).</p> <p>Perfil lipídico de crianças com história de doença cardiovascular familiar.</p>
---	--	---	---	---

Relativos ao sono

<p>Sono, adequado;</p> <p>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 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>	<p>-</p>	<p>-</p>
--	---------------------------------	---	----------	----------

241

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

250 **4 CRIANÇA COM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA**

251 **4.1 Introdução**

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

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

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

271 No neonato o desconforto respiratório pode representar uma condição
272 benigna, sendo uma demora na adaptação cardiorrespiratória, mas também

273 pode ser o primeiro sinal de uma infecção grave, sendo fundamental o
274 reconhecimento e a avaliação precoces de todo bebê acometido. O diagnóstico
275 correto inicia-se a partir da análise cuidadosa da história clínica materna, do
276 parto e dos sinais e sintomas clínicos, em conjunto com a propedêutica de
277 diagnóstico por imagem (BRASIL, 2012).

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

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

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

281 Fonte: BRASIL, 2012.

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

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

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

Fonte: BRASIL, 2012.

287 Destacamos aqui os benefícios do aleitamento materno exclusivo até os
 288 6 meses de idade para diminuição da morbidade relacionada a infecções no trato
 289 respiratório e redução do risco de hospitalização por Vírus Sincicial Respiratório
 290 (VRS) (BRASIL, 2014).

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

296 Na presença de Tosse: deve-se perguntar se a criança apresenta tosse
 297 ou dificuldade para respirar. Sendo a resposta positiva, saber há quanto tempo
 298 e verificar presença de sibilância. Observar a frequência respiratória em um
 299 minuto; se há tiragem intercostal e/ou estridor ou sibilância (BRASIL, 2017). OBS:
 300 Para crianças de 2 meses a menor de 12 meses a respiração é rápida se é for
 301 50 ou mais por minuto. Para crianças de 1 ano a menores de 5 anos se for de
 302 40 ou mais por minuto.

303 Quanto a presença de sibilância: deve-se indagar se a criança tem
 304 sibilância. Se a resposta for positiva, saber há quanto tempo, a primeira crise e
 305 se está em uso de broncodilatador adequadamente há 24h. Avaliar o nível de
 306 consciência da criança, se há sibilância, estridor em repouso, e/ou tiragem, qual
 307 o grau de dificuldade para respirar, a FR em um minuto e se possível, qual a Sat
 308 O₂ (BRASIL, 2017).

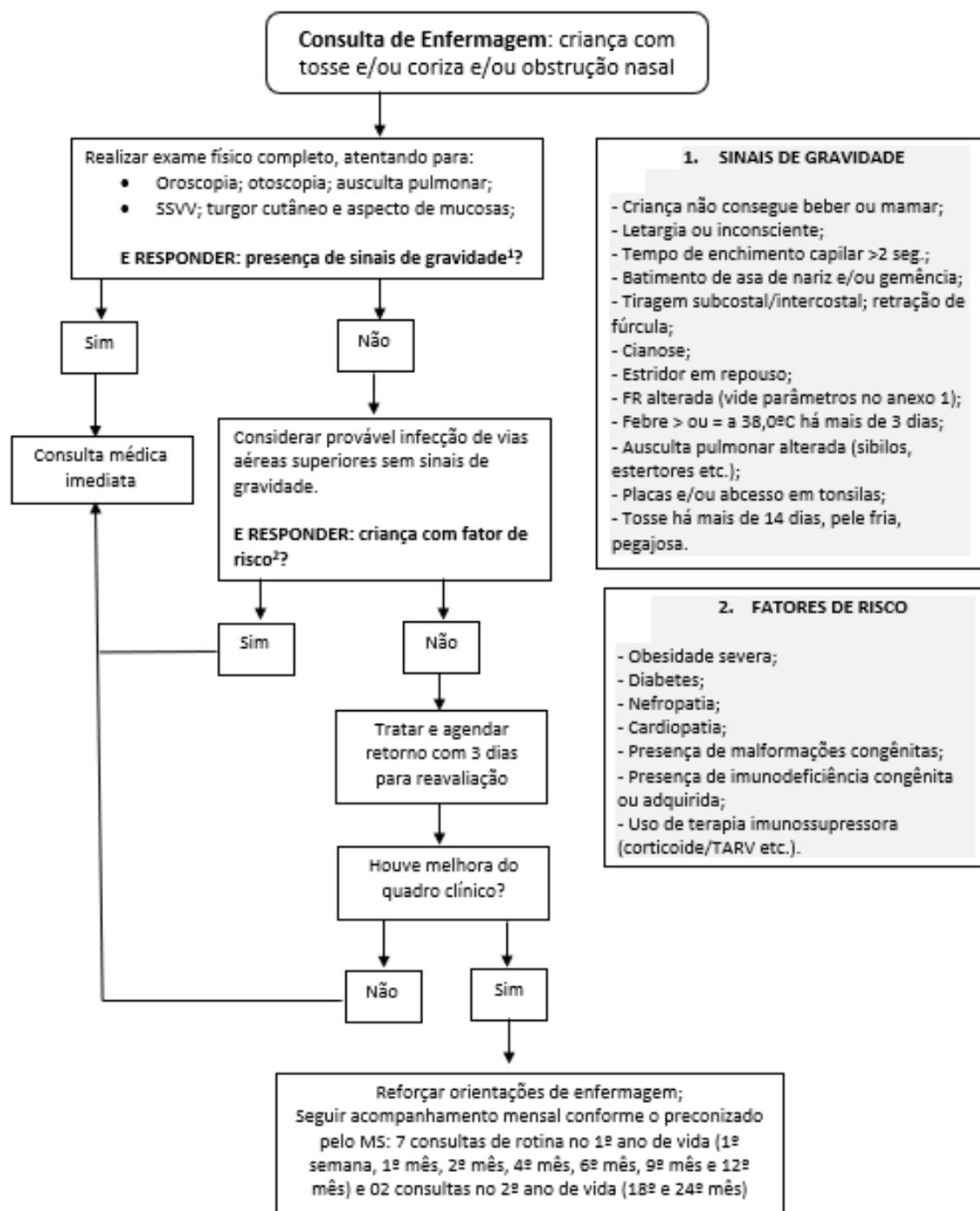
309 Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de
310 Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na
311 página XX.

312 **4.2 Fluxograma de atendimento à criança com dificuldade respiratória**

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

Consulta Pública

FLUXOGRAMA CRIANÇA COM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA



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.

316 **4.3** Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais
 317 intervenções de enfermagem no atendimento à **criança com dificuldade**
 318 **respiratória.**

Principais diagnósticos CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p>Tosse produtiva;</p> <p>Respiração prejudicada/alterada/eficaz;</p> <p>Risco de função do sistema respiratório prejudicada;</p> <p>Exame físico normal;</p> <p>Corrimento nasal;</p> <p>Dispneia</p>	<p>A97 – sem doença;</p> <p>R08 – Outros sinais/sintomas nasais;</p>	<p>Aumentar ingestão de água e outros líquidos (sucos e sopas); criança em aleitamento materno aumentar o número e intensidade das mamadas;</p> <p>Oferecer dieta fracionada;</p> <p>Orientar vaporização em domicílio (orientar possibilidades: vapor d'água do chuveiro, inalador, etc.);</p> <p>Remover a umidade, mofo ou bolor da casa;</p> <p>Manter a casa ventilada;</p> <p>Estimular a lavagem frequente das mãos da criança;</p> <p>Orientar a não fumar no mesmo ambiente da criança;</p> <p>Orientar procurar a unidade de saúde ou emergência imediatamente se identificar sinais de gravidade (disponível no fluxograma);</p> <p>Ocultar uso de antitérmico em crianças > 6 anos;</p> <p>Evitar aglomerações (avaliar exposição em escolas, CEIFs, etc.);</p> <p>Manter a criança em decúbito dorsal e cabeceira elevada ao dormir;</p> <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>SF a 0,9% instilar 1ml em cada narina 3/3h (se criança que está mamando, realizar o procedimento antes das mamadas);</p> <p>+</p> <p>Se dor ou febre: Paracetamol 200 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose a cada 6</p> <p>OU</p> <p>Dipirona 500 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas</p> <p>+</p> <p>Guaco xarope (Milkania Glomeratas) <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>	-
<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>				

319 5 CRIANÇA COM DIARREIA E VÔMITO

320 5.1 Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

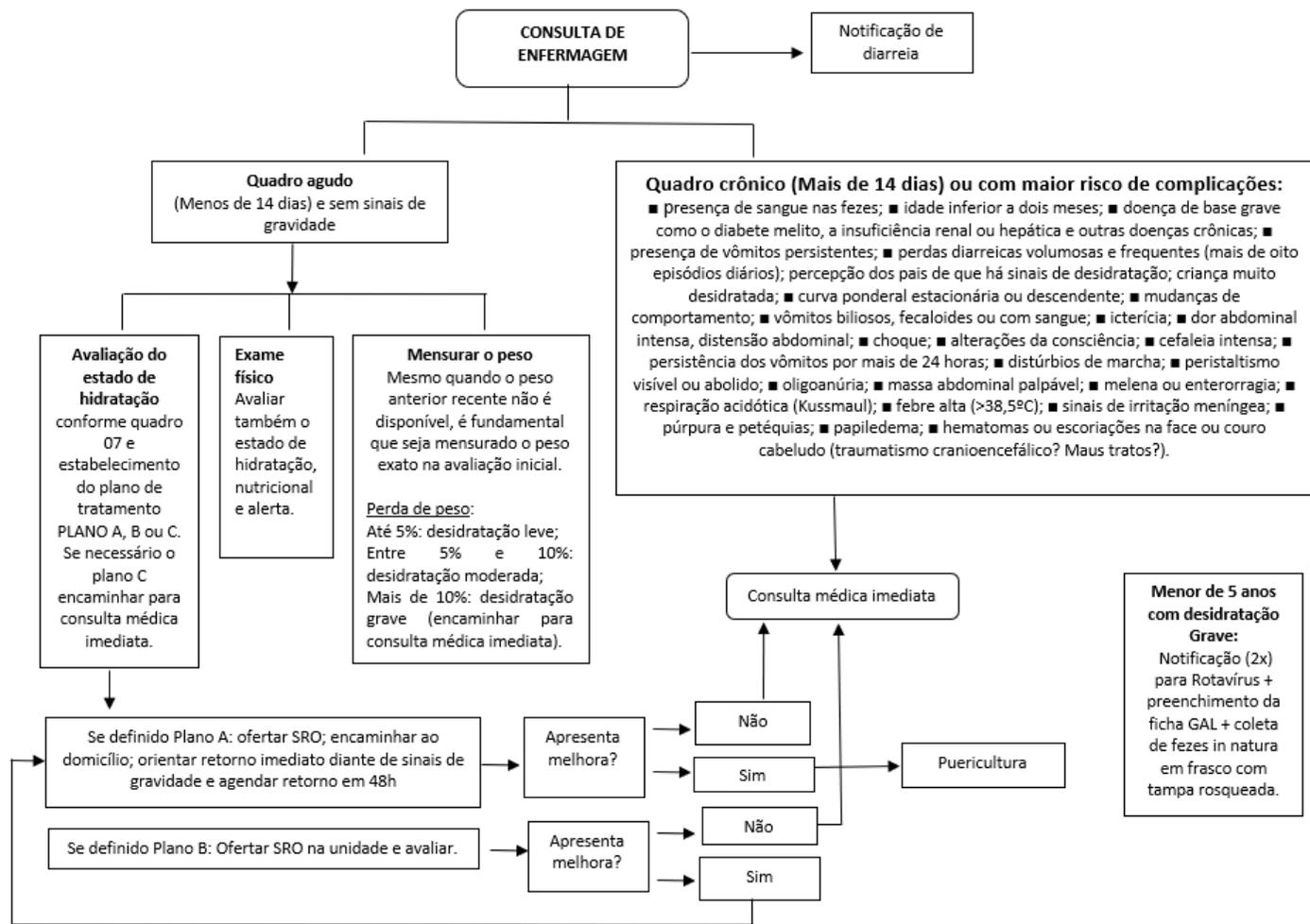
369 O peso é fundamental no acompanhamento tanto em regime de
370 internação hospitalar como no ambulatório. Considera-se que perda de peso de
371 até 5% represente a desidratação leve; entre 5% e 10% a desidratação é
372 moderada; e perda de mais de 10% traduz desidratação grave.

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

376 Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de
377 Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na
378 página **XX**.

379 **5.2 Fluxograma de consulta de enfermagem à criança com diarreia e** 380 **vômito**

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



383

384 **5.3** Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais
 385 intervenções de enfermagem na consulta à **criança com diarreia e**
 386 **vômito.**

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Desidratação; Risco de desidratação; Hidratação adequada; Diarreia; Ingestão de líquidos melhorada/prejudicada; Ingestão nutricional baixa/prejudicada; Ingestão nutricional prejudicada; Risco de ingestão nutricional prejudicada; Risco de desequilíbrio de eletrólitos; Exame físico normal; Náusea – náusea ausente; Risco de vômito; Dor abdominal; Dor abdominal melhorada.	A29 Outros sinais/sintomas gerais; D01 Dor abdominal generalizada/cólicas; D09 Náusea; D10 Vômito; D11 Diarreia; D29 Outros sinais/sintomas digestivos.	<p>Grupo A: VERDE Orientar a amamentar mais seguidamente e por tempo mais longo;</p> <p>Orientar que crianças em aleitamento exclusivo devem receber SRO e leite materno;</p> <p>Orientar que apenas o uso do soro de reidratação oral ou parenteral não proporciona nutrição adequada;</p> <p>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;</p> <p>Orientar a não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco;</p> <p>Cuidar para que as necessidades energéticas sejam plenamente atendidas;</p> <p>Orientar que não há recomendação de fórmula sem lactose para lactentes tratados ambulatorialmente com diarreia aguda;</p> <p>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 desidratação¹;</p> <p>Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos);</p>	<p>Se dor ou febre: Paracetamol 200 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose a cada 6</p> <p>OU</p> <p>Dipirona 500 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas</p> <p>+ SRO conforme descrito no quadro 08.</p>	<p>Parasitológico de fezes e HMG</p> <p>Coprocultura (para casos suspeitos de Rotavírus)</p>

		<p>Reforçar importância da imunização contra infecções por rotavírus e sarampo;</p> <p>Realizar higiene íntima adequada após as evacuações;</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>Grupo B: AMARELO: 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>Grupo C: VERMELHO: Puncionar acesso venoso calibroso para infusão de SF 0,9% e volume conforme conduta médica.</p> <p>Náuseas/Vômito</p>		
--	--	---	--	--

		<p>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 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>		
--	--	---	--	--

Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).

387 1 – Em situações de desidratação mais graves, em que a criança possa precisar de antieméticos,
 388 encaminhá-la para consulta médica.

389

390

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

Classificação da diarreia/vômito segundo a desidratação	Tratamento
Plano A (VERDE): criança hidratada	
Criança alerta; Olhos brilhantes com lágrima; Mucosas úmidas; Fontanela normotensa; Turgor cutâneo normal; Pulso cheio; Perfusão normal (menor que 2") ¹ ;	SAL DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO) no domicílio <u>Crianças menores de 1 ano:</u> 50 a 100 ml após cada episódio de evacuação líquida/vômito, ofertar outros líquidos conforme aceitação; <u>Crianças maiores de 1 ano:</u> 100 a 200 ml após cada episódio de evacuação líquida/vômito e conforme aceitação.

<p>Circulação/pressão arterial normal;</p> <p>Diurese presente;</p> <p>Perda de até 5% do peso.</p>	
Plano B (AMARELO): criança desidratada	
<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")¹;</p> <p>Circulação/pressão arterial normal;</p> <p>Diurese pouco diminuída;</p> <p>Perda de 5 a 10% do peso;</p>	<p>SAL DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO) na unidade, avaliar a necessidade de hidratação endovenosa.</p> <p>Prescrever e orientar Sal de Reidratação Oral – 50 a 100 ml/kg em 4-6 horas;</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;</p> <p>Olhos muito encovados, sem lágrimas;</p> <p>Mucosas muito secas;</p> <p>Fontanela muito deprimida;</p> <p>Turgor cutânea muito diminuído;</p> <p>Pulso rápido, ausente ou débil;</p> <p>Perfusão alterada (maior que 2")¹;</p> <p>Circulação/ pressão arterial alterada;</p> <p>Diurese oligúria/anúria;</p> <p>Extremidades frias;</p> <p>Perda de 10% do peso.</p>	<p>AValiação MÉDICA IMEDIATA e hidratação endovenosa.</p>

393
394

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

395 mão volta ao normal. A avaliação da perfusão periférica é muito importante, principalmente em
396 desnutridos nos quais a avaliação dos outros sinais de desidratação é muito difícil.

397 **6 CRIANÇA COM FEBRE E DOR DE OUVIDO**

398 **6.1 Introdução**

399 A febre é a elevação da temperatura do corpo acima dos valores normais
400 para o indivíduo (vide valores no anexo 02).

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

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

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

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

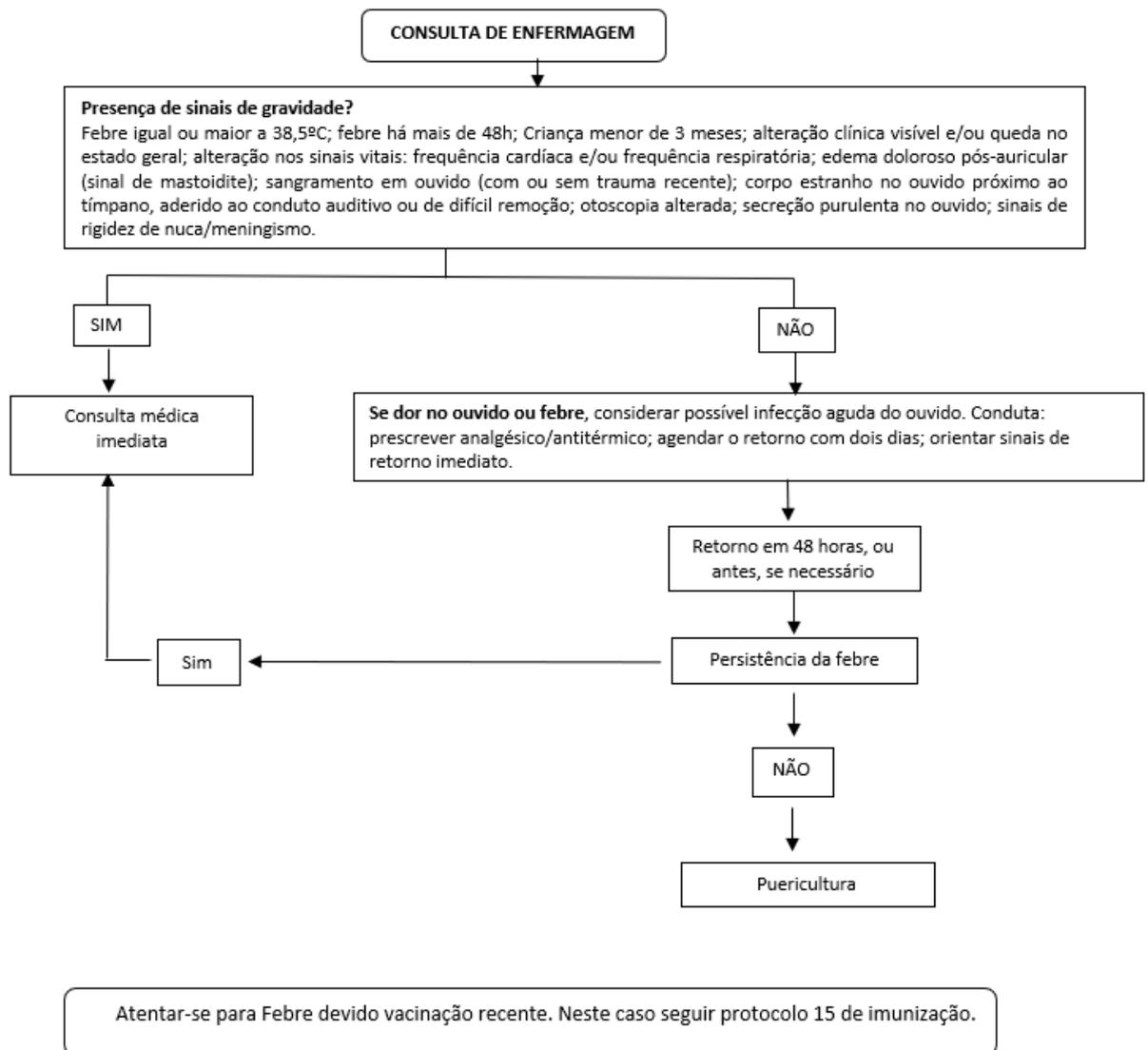
416 A avaliação da criança febril começa por uma anamnese detalhada, passa
417 por um exame físico completo, destacando-se a presença ou ausência de
418 sintomas e sinais que possam ser utilizados para prever o grau de risco.

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

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

430 **6.2 Fluxograma de atendimento à criança com febre e dor de ouvido.**

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



434 **6.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais**
 435 **intervenções de enfermagem no atendimento à criança com febre e dor**
 436 **de ouvido.**

	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem
--	------	---------------------------------------

Principais diagnóstico CIPE		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<p>Febre;</p> <p>Hipertermia;</p> <p>Infecção;</p> <p>Risco de infecção;</p> <p>Exame físico normal;</p> <p>Risco de hipertermia;</p> <p>Controle da dor ineficaz;</p> <p>Controle da dor eficaz;</p> <p>Dor melhorada.</p>	<p>A03 Febre</p> <p>A04 Debilidade/cansaço geral/fadiga</p> <p>A29 Outros sinais/sintomas gerais</p> <p>H01 Dor de ouvidos;</p> <p>H04 Secreção ouvido;</p> <p>H05 Hemorragia ouvido;</p> <p>H13 Sensação ouvido tapado;</p> <p>H27 Medo doença ouvido;</p> <p>H29 Outros sinais/sintomas ouvido;</p>	<p>Orientar uso de roupas leves e banhos mornos, os quais auxiliam na termorregulação da criança;</p> <p>Realizar compressas frias nas regiões axilares, abdominal e frontal;</p> <p>Ofertar ingesta hídrica (água e outros líquidos) conforme demanda e em horários regulares, os quais auxiliam na reposição hídrica e auxiliam o controle térmico infantil;</p> <p>Orientar repouso da criança;</p> <p>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);</p> <p>Estabelecer vínculo e segurança do profissional com a família/cuidador;</p> <p>Proporcionar tranquilidade aos pais para que saibam lidar com segurança com uma criança febril;</p> <p>Orientar ou descrever sinais de gravidade na receita;</p>	<p>Se temperatura > 37,8°C e desconforto, prescrever:</p> <p>Paracetamol 200 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas* por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas</p> <p>OU</p> <p>Dipirona 500 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas** por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas</p>	

		<p>Secar o ouvido ao menos três vezes por dia, se 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>				

437 Considerações sobre o tratamento farmacológico com antitérmico:

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

446 7 CRIANÇA COM ESCABIOSE

447 7.1 Introdução

448 Patologia conhecida como Sarna, é uma parasitose humana ocasionada

449 pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*, sendo que esta contaminação ocorre apenas

450 entre humanos, seu contágio é ocasionado pelo contato direto com a pessoa

451 ou roupas/objetos contaminados. Comum no período da infância, a

452 escabiose é caracterizada pela presença de pápulas avermelhadas,

453 pruriginosas, presentes principalmente na região entre os dedos, face,

454 punhos, tórax, couro cabeludo, abdômen e tornozelos. É comum a presença

455 de prurido intenso, podendo ocasionar escoriações, estes sintomas
456 aparecem entre 04 a 06 semanas após a infecção.

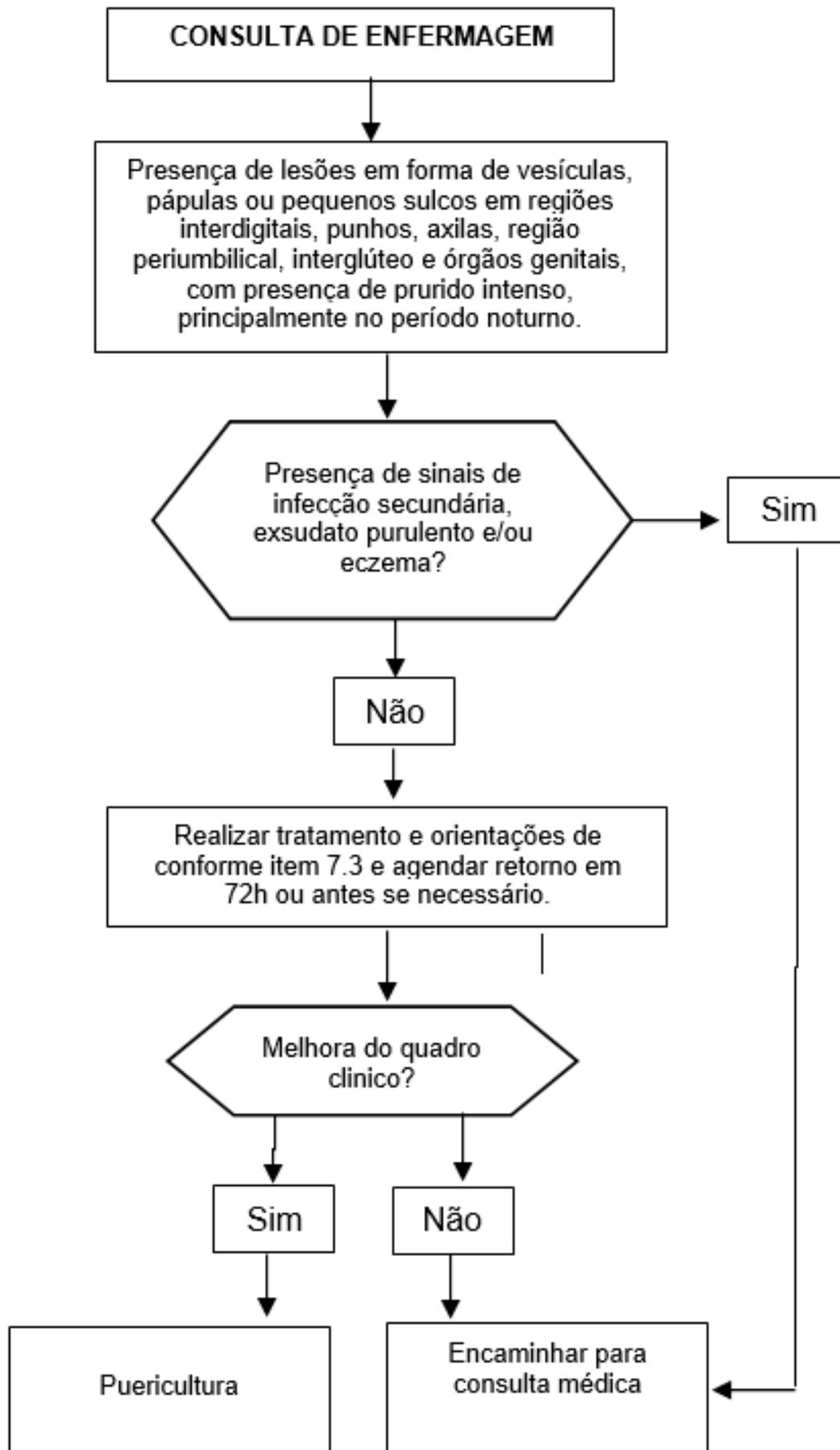
457 É importante realizar a diferenciação entre: foliculite, impetigo, dermatite
458 de contato Alérgica.



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

462 **7.2 Fluxograma do atendimento à criança com escabiose**

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



7.3 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
Ferida; Prurido; Risco de infecção; Risco de infecção cruzada Infecção; Couro cabeludo limpo; Cicatrização da ferida eficaz; Controle do sintoma; Dor, cutânea; Dor, reduzida; Infecção; Infecção, ausente; Inflamação; Integridade da pele, eficaz; Integridade da pele, melhorada; Integridade da pele, prejudicada; Lesão; Lesão, ausente; Pele, seca; Perfusão da ferida, eficaz; Resposta à medicação eficaz; Risco de infecção cruzada.	S72 - Escabiose/outras ascaríases	Para crianças menores de 02 meses, orientar a utilização de vaselina, pois age como proteção oclusiva; Orientar que o tratamento deverá ser realizado com todos os familiares que convivem com a criança; Investigar e tratar outros casos do núcleo escolar; Orientar sobre a transmissibilidade e higiene pessoal; Orientar a lavem da roupa com água quente; Isolar a criança da escola até 24h após o término do tratamento medicamentoso; Manter unhas curtas; Orientar família a pesquisar sinais e sintomas nos animais domésticos e buscar tratamento; Caso não haja melhora, orientar e encaminhar à consulta médica; Avaliar fatores contribuintes para o prurido; Orientar para evitar fricção da pele.	Permetrina 5% creme. <u>Crianças > 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. <u>Crianças < de 6 anos:</u> diluir em 200ml de água e aplicar após o banho, deixar agir por 1h e lavar em seguida. + Ivermectina, dose única, VO, obedecendo a escala de peso corporal conforme quadro 09. Repetir a dose em uma semana, se necessário.	-

Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).

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

Ivermectina segundo o peso	Principais recomendações
5 a 24 kg – ½ comprimido; 25 a 35 kg – 1 comprimido; 36 a 50 kg - 1 e ½ comprimidos; 51 a 65 kg - 2 comprimidos; 66 a 79 kg - 2 e ½ comprimidos; 80 kg ou mais 3 comprimidos ou 200mg/kg.	Ingerir o medicamento com água; Em geral, uma dose única do medicamento é suficiente para a eliminação de vermes e parasitas; A necessidade, ou não, de repetir o tratamento dependerá de avaliação clínica (permanência dos sintomas); Para o tratamento de verminose repetir o tratamento conforme avaliação clínica e/ou realização de testes laboratoriais; Contraindicado para crianças com menos de 15kg ou menores de 05 anos.

471 8 CRIANÇA COM PEDICULOSE

472 8.1 Introdução

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

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

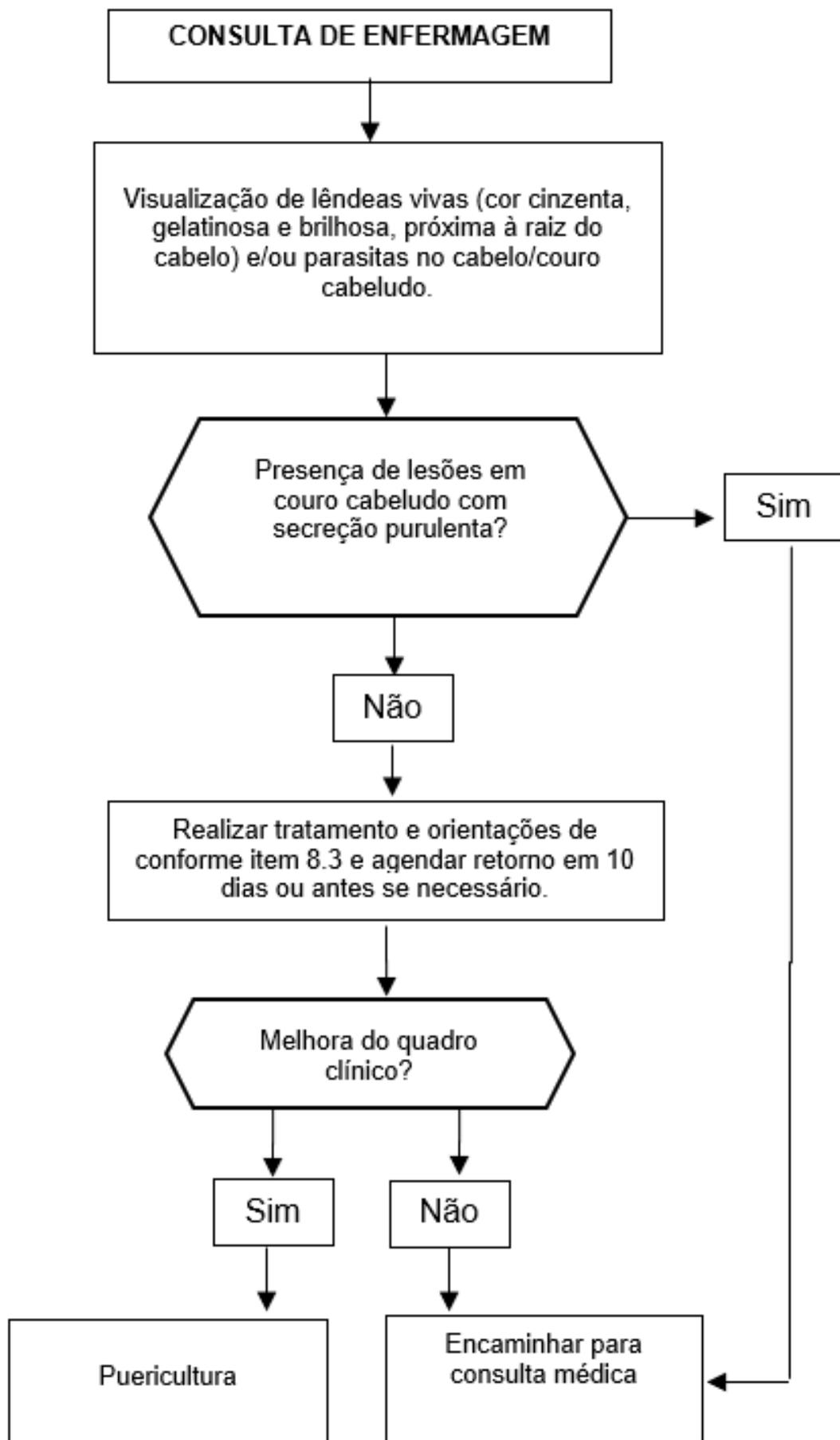


483 Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de
484 Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na
485 página XX.

486 **8.2 Fluxograma do atendimento à criança com pediculose.**

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

Consulta Pública



491
492

8.3 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;</p> <p>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 semanas¹;</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,</p>	<p>Permetrina 1% loção 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>

		lenço de cabeça, presilha, etc.;		
		Manter cabelos curtos e presos.		
Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).				

493 1 – As lêndeas devem ser retiradas uma a uma, já que os medicamentos muitas vezes não
494 eliminam os ovos. Para facilitar a retirada das lêndeas, pode ser usada uma mistura de vinagre
495 e água em partes iguais, embebendo os cabelos por meia hora antes de proceder a retirada.

496 **9 CRIANÇA ACIMA DE 01 ANO COM PARASITOSE**

497 **9.1 Introdução**

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

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

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

511 As geo-helmintíases, doenças negligenciadas segundo a OMS,
512 constituem um grupo de doenças parasitárias causadas pelos parasitos *Ascaris*
513 *lumbricoides*, *Trichuris trichiura* e pelos ancilostomídeos: *Ancylostoma*
514 *duodenale* e *Necator americanus*. Para fins de controle, estas infecções se
515 agrupam devido a semelhança em sua distribuição geográfica; mecanismos
516 similares vinculados à intensidade da infecção; pela possibilidade de utilizar as
517 mesmas ferramentas diagnósticas e pela similaridade no tratamento (BRASIL,
518 2018).

519 A principal estratégia de saúde pública para controlar a carga das geo-
520 helmintíases em áreas específicas consiste no tratamento preventivo utilizando
521 a adoção de intervenções articuladas e integradas, envolvendo às escolas. As

522 crianças em idade escolar constituem o público alvo ideal para essa intervenção,
523 sendo o grupo de risco mais importante, pois estão em contato contínuo com o
524 solo contaminado e seus hábitos higiênicos, que muitas vezes não são os mais
525 adequados.

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

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

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

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

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

551 **Ascaris lumbricoides**: pertencente à família Ascaridae e gênero
552 *Ascaris*. É o geo-helmintho que apresenta o maior tamanho corporal, podendo
553 atingir 30 cm. É o mais importante sob o aspecto epidemiológico, pois pode
554 infectar milhares de pessoas. O *A. lumbricoides* é contraído ao se ingerir os ovos

555 embrionados presentes em água e/ou alimentos crus contaminados, como
556 frutas, verduras e legumes.

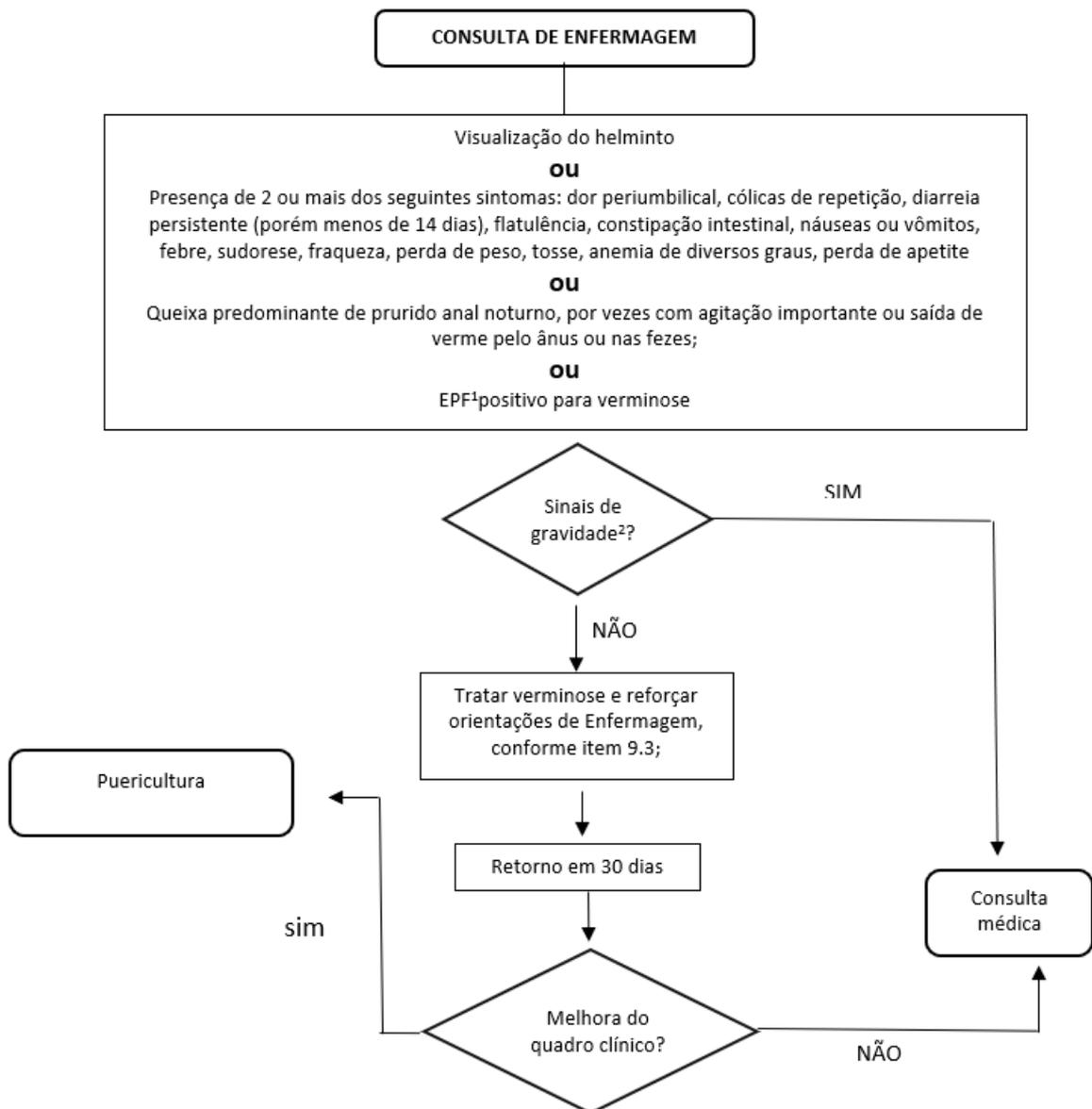
557 **Trichuris trichiura:** pertencente à família Trichuridae e gênero Trichuris,
558 é um verme pequeno de aproximadamente 3 a 5 cm e um corpo afilado na
559 extremidade anterior e espesso posteriormente, o que lhe confere aspecto de
560 chicote. As pessoas contraem o T. trichiura ingerindo água e/ou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

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

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

583 **9.2 Fluxograma do atendimento à criança com parasitose.**

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



587

588

589 **9.3** Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais
590 intervenções de enfermagem no atendimento à **criança com parasitose.**

Principais diagnósticos CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Dor abdominal; Verminose; Náuseas; Vômito; Diarreia; Perda apetite; Constipação;	D01 Dor abdominal generalizada/cólicas; D09 Náusea; D10 Vômito; D11 Diarreia;	Orientar sobre a importância de lavar bem os alimentos, em especial os ingeridos crus como hortaliças, legumes e frutas; deixa-los de molho em água com hipoclorito 2,0% por 30 min e enxaguar bem; Comer carne bem cozida ou assada;	Maiores de 02 anos: Primeira escolha Albendazol 400 mg. Administrar 01 cp, VO, em dose única (pode ser mastigado). Menores de 02 anos¹:	Parasitológico de fezes HMG (avaliar anemia)

<p>Continência urinária; Defecação, eficaz; Defecação, prejudicada; Fezes, nos limites normais; Dor abdominal melhorada.</p>	<p>D29 Outros sinais/sintomas digestivos; D96 Lombrigas /outros parasitas; A29 – Outros sinais/sintomas gerais; T03 – Perda apetite</p>	<p>Ingerir somente água tratada ou filtrada; 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; 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; Realizar ações de educação em saúde ambiental; Fomentar parcerias que visem as melhorias das condições de saneamento básico; Conhecer a prevalência local das geo-helmintíases; Realizar ações de educação em saúde tanto para os professores e escolares quanto para a comunidade; Utilizar de material educativo/informativo no processo facilita chamar a atenção da população alvo para a temática; Ofertar tratamento para todos os contatos domiciliares; Manter as unhas das crianças aparadas; Manter pés limpos e calçados;</p>	<p>Albendazol 400 mg. Administrar 0,5 cp (meia dose), VO, em dose única. Segunda escolha Mebendazol, 100mg, 2 vezes ao dia, durante 3 dias consecutivos. Repetir com 20 dias. Se diagnóstico de amebíase/ giardíase 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>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>				

591 1- Menores de 01 ano encaminhar para o médico.

592 10 CRIANÇA COM DERMATITE AMONIAL

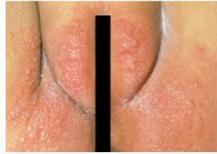
593 10.1 Introdução

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

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

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

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



Forma leve



Forma moderada



Forma grave e/ou ulcerada



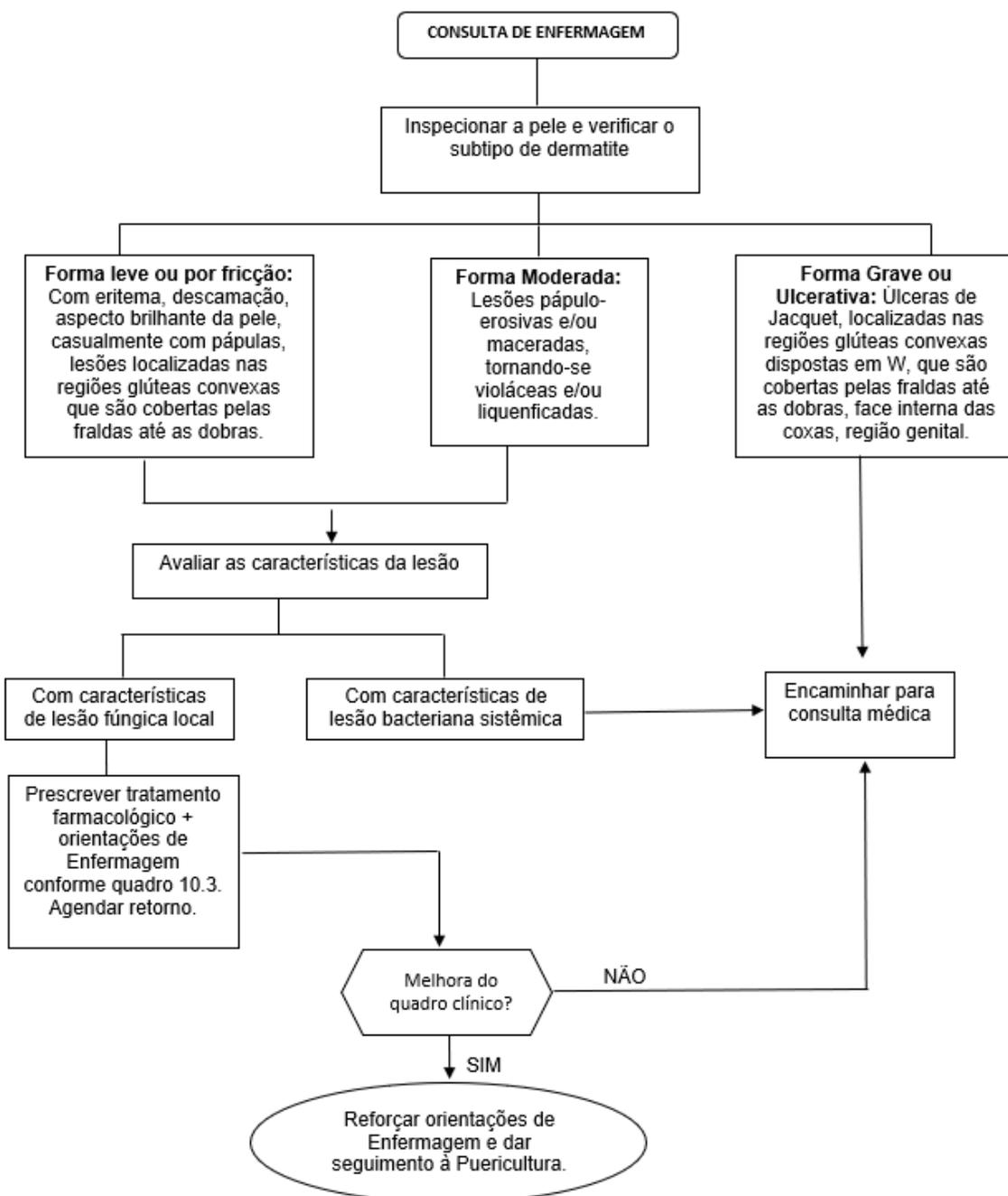
611 A **Dermatite por Cândida** é atualmente classificada de 02 (duas) formas:
612 Candidíase Congênita e Candidíase Neonatal. As lesões são caracterizadas
613 por presença de máculas e vesículas eritematosas, com lesões satélites
614 confinadas à região glútea e normalmente há o envolvimento das pregas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



618 Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de
619 Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na
620 página **XX**.

621 **10.2 Fluxograma do atendimento à criança com dermatite** 622 **amoniacal**

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



626
627
628

10.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais intervenções de enfermagem no atendimento à criança com dermatite amoniaca.

Principais diagnósticos CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Integridade da pele eficaz;	S29 – Sinais/sintomas pele, outros	Manter a pele seca;	Vitamina A+D+ Óxido de zinco pomada, aplicar após cada troca de fralda ou quando necessário;	
Integridade da pele prejudicada;	S89 – Eritema das fraldas	Trocar fralda sempre que ela se tornar úmida;		
Integridade da pele melhorada		Deixar a criança sem fralda para expor a pele ao ar;		

		<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>+</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>				

629 **11 CRIANÇA COM MONILÍASE ORAL E LESÕES/ALTERAÇÕES**
630 **NA PELE (TUNGÍASE, IMPETIGO, LARVA MIGRANS,**

631 **SÍNDROME DA MÃO-PÉ-BOCA, INTERTRIGO, TÍNEA**
632 **CORPORIS; DERMATITE SEBRREICA, VARICELA,**
633 **MILIÁRIAS)**

634 **11.1 Introdução**

635 **11.1.1 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%

642 dos RN saudáveis, podendo perpetuar até o primeiro ano de vida. Não apresenta
643 sintomatologia ou desconforto na criança, possuindo apenas características de
644 grumos brancos aderidos à língua e nas bochechas.

645 **11.1.2 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.

652 É considerado um ectoparasita, sendo mais comuns em países
653 subdesenvolvidos, principalmente na América do Sul, África e Índia.

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

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

665 Quanto maior o número de pessoas e animais infestados, maior a
666 transmissão, pois um maior número de ovos da pulga *T. penetrans* é colocado
667 no meio ambiente pelos hospedeiros que estão a todo o tempo se locomovendo
668 na comunidade. Nos domicílios onde o piso é de barro ou de areia e
669 principalmente onde há criação de porcos a infestação é maior. Sua
670 disseminação é maior nos períodos de estiagem.

671 Os ovos, larvas e pupas das pulgas podem sobreviver no ambiente por
672 semanas ou até meses, preferencialmente em solo seco, arenoso e com pouca
673 luminosidade — como próximo a chiqueiros, a montes de esterco e no
674 peridomicílio (jardins e hortas). Contudo, a *T. penetrans* infesta além de porcos, o
675 gado, cabras, cavalos, ratos e animais selvagens e principalmente cães, gatos,
676 e ratos são importantes reservatórios na dinâmica de transmissão da tungíase,
677 sugerindo que esta ectoparasitose pode ser considerada uma zoonose (ARIZA,
678 2009).

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

683 11.1.3 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 02 a 07 anos de idade, quando os mesmos

691 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

699 lesões, por gotículas de secreção e por objetos contaminados.

700 Fazer diagnóstico diferencial para doença Mão – Pé – Boca.

701 11.1.4 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,

708 porém é mais comum em crianças devido à prática de brincadeiras em regiões
709 que possuem areia ou andam descalço em lugares que possuem sujidades,
710 sendo mais comum em épocas quentes, como por exemplo no verão.

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

714 Realizar o diagnóstico diferencial referente à tungíase.

715 11.1.5 Síndrome Mão – pé – boca

716 **SÍNDROME MÃO – PÉ – BOCA:** é uma doença altamente contagiosa
717 ocasionada pelo vírus Enterovírus Coxsackie – 16, que apresenta incidência em
718 grande proporção em crianças na faixa etária de até 05 (cinco) anos de idade,
719 principalmente entre os 06 (seis) meses aos 03 (três) anos de idade. É
720 caracterizada inicialmente, na maioria das vezes, pelos episódios de febre, com
721 o surgimento de aftas dolorosas na região bucal, aumento dos gânglios linfáticos
722 dispostos na região do pescoço, aparecimento de bolhas não pruriginosas e não

723 dolorosas nas regiões das mãos e pés, de coloração acinzentada e
724 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

732 dificuldade de ingestão de líquidos devido a odinofagia constante.

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

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

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

748 **11.1.6 Intertrigo**

749 **INTERTRIGO:** é uma lesão infecciosa ocasionada pelo fungo *Candida albicans*,
750 que é produzido ou agravado devido ao excesso de calor, umidade, aumento da
751 fricção/atritos entre as partes do corpo da criança, podendo também estar
752 associado com o surgimento de outras infecções ocasionadas por fungos e
753 bactérias. Os sinais e sintomas mais comuns desta afecção é o surgimento de
754 prurido intenso seguido de ardência e sensação de queimação, ocasionando a

755 irritação da pele, podendo apresentar – se com a iniciação de lesões
756 caracterizadas por placas eritematosas, avermelhadas, que podem evoluir para
757 vesículas e fissuras, com prurido intenso ocasionado a descamação da pele,
758 sendo mais comum em regiões como axilas, genitálias, glúteo, “dobras” na
759 região abdominal e membros inferiores.

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

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

769 **11.1.7 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.

778 O tratamento desta doença é realizado através da administração de
779 antibióticos tópicos. Nos casos em que isso não ocorre, faz-se o tratamento oral
780 com Griseofulvina na dose de 10 a 20mg/kg de peso durante 30 dias ou com
781 Terbinafina na dose de 250mg/dia, se acima de 40kg; 125mg/dia se entre 20-
782 40kg; e 62,5 mg/dia se abaixo de 20 kg, por 15 dias e caso não haja melhora, é
783 necessário o encaminhamento à consulta médica.

784 **11.1.8 Dermatite Seborreica**

785 **DERMATITE SEBORREICA:** conhecida como crosta láctea, é uma condição
786 inofensiva e temporária que tem incidência nas primeiras semanas de vida da
787 criança. Caracteriza-se por placas espessas, aderentes, amareladas,
788 escamosas e oleosas, com ou sem prurido, bem delimitadas, úmidas, com ou
789 sem fissura de pele. Ocorre em couro cabeludo, sobrancelhas, áreas flexoras,
790 atrás das orelhas, ao redor do nariz e regiões de fralda (COREN-PE,2019).



791 **11.1.9 Varicela**

792 **VARICELA:** é uma infecção viral primária, aguda, porém altamente contagiosa,
793 caracterizada por surgimento de exantema de aspecto máculo-papular, de
794 distribuição centrípeta, que, após algumas horas, adquire aspecto vesicular,
795 evoluindo rapidamente para pústulas e, posteriormente, formando crostas em 3
796 a 4 dias. Pode ocorrer febre moderada e sintomas sistêmicos. A principal
797 característica clínica é o polimorfismo das lesões cutâneas, que se apresentam
798 nas diversas formas evolutivas, acompanhadas de prurido. Em crianças,
799 geralmente, é uma doença benigna e autolimitada (BRASIL, 2002).



MILIÁRIA

800 **11.1.10 Miliária**

801 **MILIÁRIA:** caracteriza-se como lesão eritematosa microvesicular e pruriginosa
802 desencadeada por calor excessivo e umidade ou por substâncias que podem

803 obstruir os poros (cremes, talcos ou óleos). Podendo apresentar-se de duas
804 formas:

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

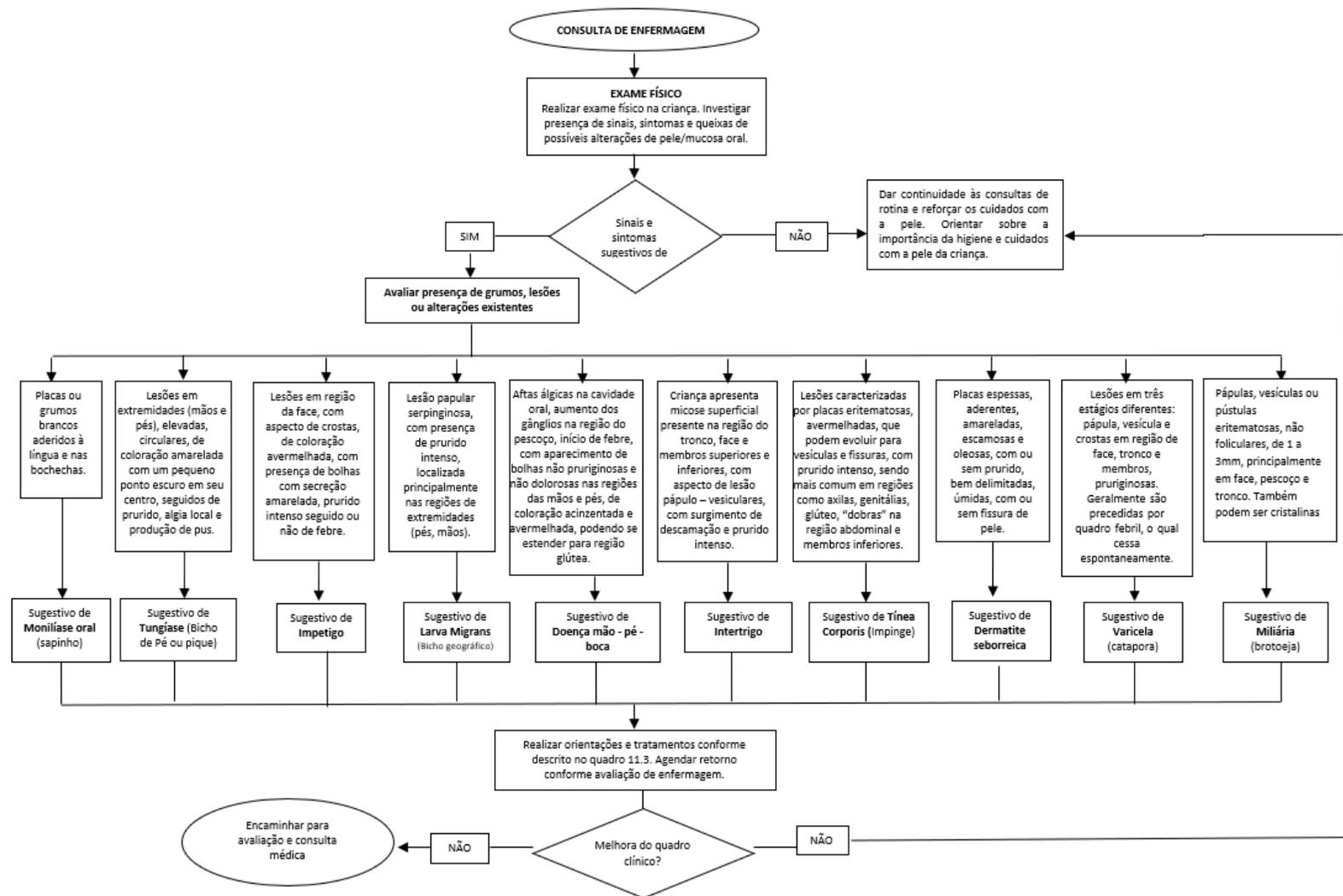
808 Rubra (Brotoeja): Pápulas, vesículas ou pústulas eritematosas, não
809 foliculares, de 1 a 3mm, principalmente em face, pescoço e tronco. A miliária
810 rubra ocorre mais tarde que a miliária cristalina, geralmente após a segunda
811 semana de vida (COREN-PE, 2019).



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

815 **11.2 Fluxograma do atendimento à criança com monilíase oral e** 816 **lesões/alterações na pele**

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



822 **11.3** Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais
 823 intervenções de enfermagem no atendimento à **criança com monilíase**
 824 **oral e lesões/alterações na pele.**

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

		<p>Orientar cuidado com a limpeza da ferida;</p> <p>Obter dados sobre a pele;</p> <p>Orientar hidratação da pele.</p>		
		MONILÍASE ORAL		
		<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>Nistatina solução oral 100.000 UI/ml. 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>	
		TUNGÍASE		
		<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</p>	<p>Ivermectina, dose única, VO, obedecendo a escala de peso corporal conforme quadro 09 (tratar <u>somente casos de infestação</u>). Repetir a dose</p>	

		<p>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 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>	<p>em uma semana, se necessário.</p>	
IMPETIGO				
		<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><u>Lesões Autolimitadas:</u> Mupirocina creme 2x ao dia por uma semana;</p> <p><u>Lesões Disseminadas com ou sem febre:</u> Cefalexina 25 – 50 mg/kg/dia de 6/6 horas.</p>	
LARVA MIGRANS				
		<p>Orientar sobre a importância de evitar andar descalço em áreas</p>	<p>Albendazol Oral Crianças com 01 a 02 anos de</p>	

	<p>sombreadas, arenosas ou úmidas;</p> <p>Orientar a utilização de compressas de gelo no local, caso apresente prurido intenso;</p> <p>Orientar possíveis manifestações de irritabilidade que a criança poderá apresentar;</p> <p>Encaminhar crianças menores de 02 anos para o médico.</p>	<p>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>Tiabendazol creme 5%: aplicar nas lesões três vezes ao dia, por 10 dias.</p>	
	SÍNDROME MÃO – PÉ – BOCA		
	<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 ingesta 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;</p> <p>Orientar que o tratamento deverá ser realizado com todos os familiares que convivem com a criança.</p>	<p>Sintomáticos para o alívio da dor e do desconforto causado pela febre e pelas lesões orais.</p>	
	INTERTRIGO		
	<p>Lavar o local lesionado com água e sabão/sabonete neutro;</p>	<p>Dexametasona 1mg/g creme. Aplicar no local</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 para a presença de fissuras e descamação devido à fricção em excesso ocasionada pelo prurido constante.</p>	<p>afetado de 2 a 3 vezes ao dia.</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Vitamina A+D+ Óxido de zinco pomada, aplicar após cada troca de fralda ou quando necessário.</p>	
TÍNEA CORPORIS				
		<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>Miconazol Dermatológico 20mg/g. 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>	

		<p>Atentar-se a presença de fissuras e descamação devido à fricção em excesso ocasionada pelo prurido constante;</p> <p>Realizar a troca de rouparia 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>			
		DERMATITE SEBORREICA			
		<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>	-		

		Realizar troca de fraldas frequentemente.	
		VARICELA	
		<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 Pasta d'água a base de óxido de zinco</p> <p>Aplicar na pele 2x/dia, após o banho.</p>
		MILIÁRIA	
		<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>Pasta d'água a base de óxido de zinco</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>			

825

826

827 **12 CRIANÇA COM ALTERAÇÃO DE PESO**

828 **12.1 Introdução**

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

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

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

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

850 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.

851 Peso para a idade: Relação entre massa corporal e a idade, muito
852 utilizado para avaliar desnutrição, porém não determina se o caso de desnutrição

853 é de longo ou de recente prazo. Se utilizado este método, há necessidade de
854 outro dado antropométrico para complementação;

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

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

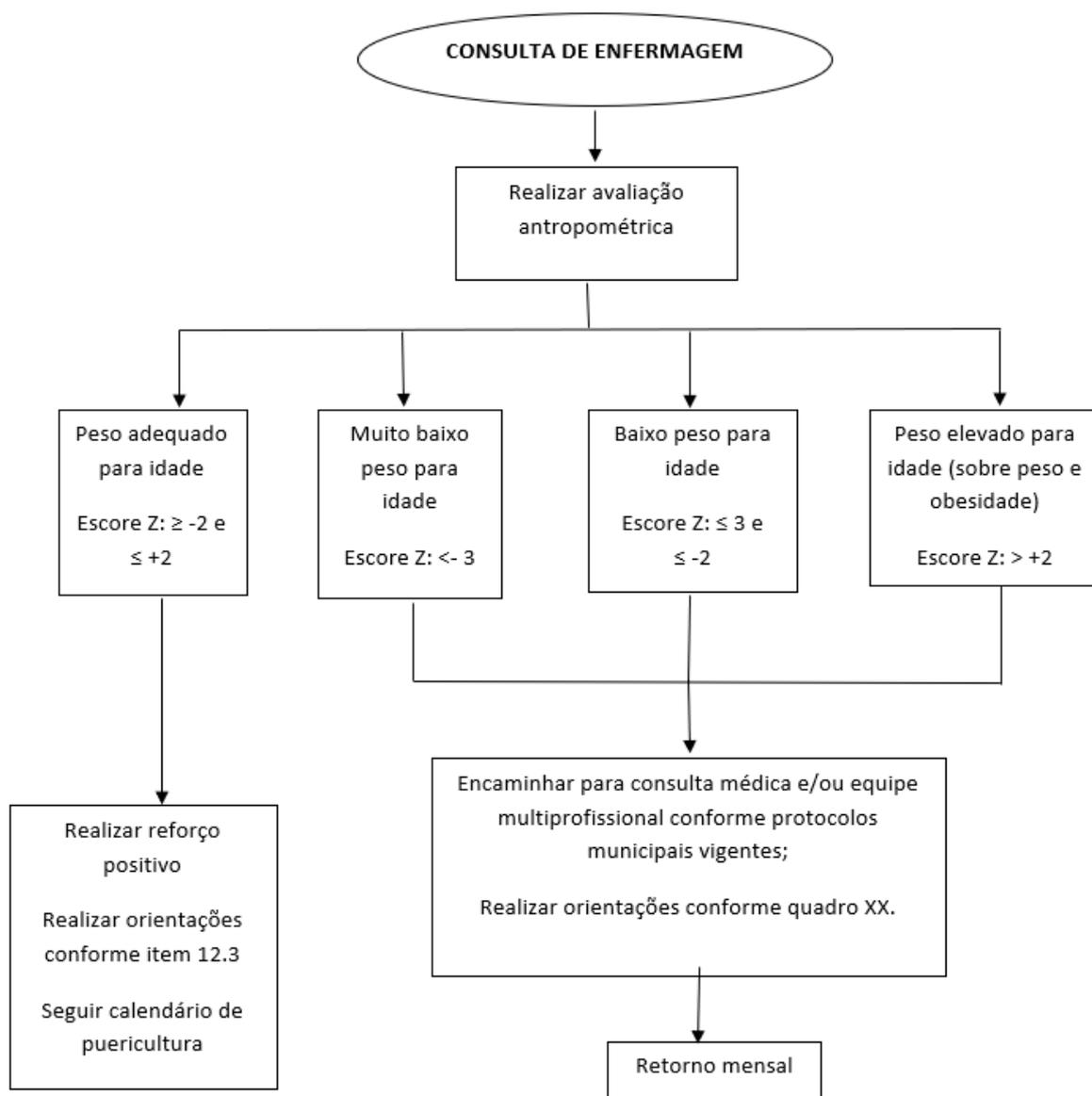
859 Índice de Massa Corporal: Relação entre a massa corporal e comprimento
860 ou altura comumente utilizado para identificar o excesso de peso.

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

864 Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de
865 Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na
866 página **XX**.

867 **12.2 Fluxograma do atendimento à criança com alteração de peso**

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



871 **12.3** Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais
 872 intervenções de enfermagem no atendimento à **criança com alteração**
 873 **de peso.**

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Baixo peso; Sobrepeso; Moderada aceitação do alimento; Baixa absorção de vitaminas;	A18 – Preocupação com aparência P01 – Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão;	Examinar a causa do peso inadequado; Examinar perda de peso, quantidade e período; Orientar sobre amamentação;	-	Baixo peso: Hb/HT Aumento peso: perfil lipídico, glicemia

<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>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>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</p>		
---	---	---	--	--

		<p>indesejáveis por hábitos favoráveis;</p> <p>Estimular autoestima;</p> <p>Elogiar o esforço da pais/cuidadores em promover a alimentação saudável;</p> <p>Encaminhar para o médico para investigação de alergia alimentar;</p> <p>Encaminhar para serviço social para cadastro em programas vigentes;</p> <p>Encaminhar ao nutricionista, quando necessário, de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação;</p> <p>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>				

874 **13 CRIANÇA COM NECESSIDADE DE SUPLEMENTAÇÃO DE**
875 **FERRO E VITAMINA A**

876 **13.1 Introdução**

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

884 Destaca-se que as principais consequências, para as crianças, diante da
885 deficiência de ferro, são: fadiga; redução; falta de memória; baixa concentração;

886 taquicardia, sopro cardíaco e insuficiência cardíaca em casos graves;
887 interferência no sistema imunológico com a possibilidade da predisposição para
888 infecções; diminuição da função cognitiva e interferência no crescimento e
889 desenvolvimento em crianças, com repercussões em outros ciclos da vida, em
890 especial na redução da capacidade para a aprendizagem em crianças em idade
891 escolar e possibilidade de redução de produtividade em adultos (BRASIL, 2016).

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

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

894 Evidências apontam que a suplementação com vitamina A em crianças
895 de 6 a 59 meses de idade apresenta uma redução do risco global de morte em
896 24%, de mortalidade por diarreia em 28% e de mortalidade por todas as causas,
897 em crianças HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) positivo, em 45%. Diante
898 disso é recomendado pela a OMS a administração de suplementos de vitamina
899 A para prevenção da carência, xerofthalmia e a cegueira de origem nutricional em
900 crianças de 6 a 59 meses. A suplementação profilática de vitamina A deve fazer
901 parte de um conjunto de estratégias para a melhoria da ingestão deste nutriente,
902 portanto, associado à diversificação da dieta (OMS, 2011 apud BRASIL, 2013).

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

910 Para orientação de alimentação saudável em crianças menores de 2 anos
911 consultar Dez passos para uma alimentação saudável - Guia alimentar para
912 crianças menores de dois anos, disponível em:

913 https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_dez_passos_alimentacao_sa
914 [udavel_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_dez_passos_alimentacao_sa).

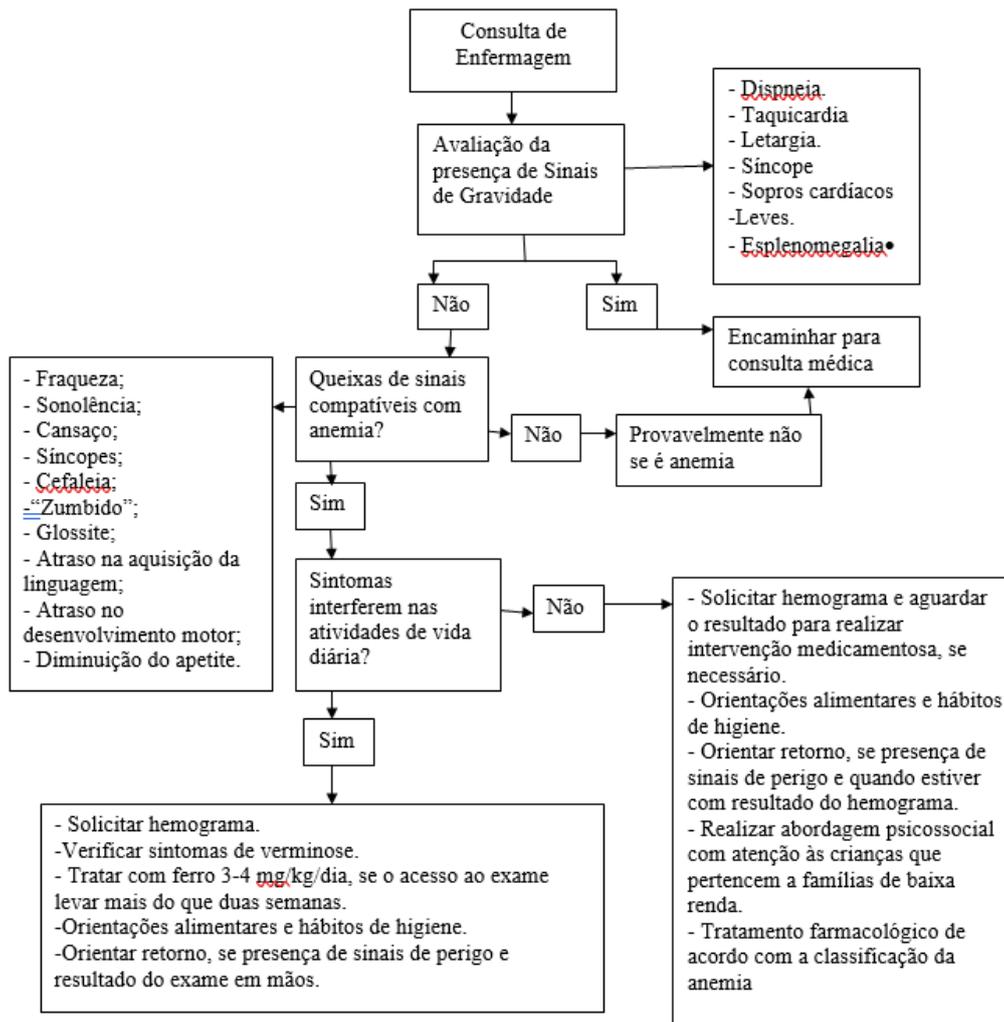
915 A suplementação profilática medicamentosa para crianças de 6 a 59
916 meses de idade por não atingir, pela alimentação, a quantidade diária necessária
917 para prevenção da deficiência da vitamina A no organismo, é recomendada pelo
918 Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, em todas as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

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

925 **13.2 Fluxograma do atendimento à criança com necessidade de**
926 **suplementação de ferro e vitamina A.**

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

FLUXOGRAMA DE ATENÇÃO À CRIANÇA COM SUSPEITA DE ANEMIA



930

931 **13.3** Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais
 932 intervenções de enfermagem no atendimento à **criança com**
 933 **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	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;	Vitamina A conforme quadro 11; Sulfato ferroso: crianças menores de dois anos: 3mg de ferro/kg/dia, não superior a 60mg por dia. Para suplementação verificar quadro 12.	HMG;

	<p>água/ alimentação</p>	<p>Administrar vitamina;</p> <p>Administrar suplemento de ferro;</p> <p>Realizar reforço positivo e práticas saudáveis e eficientes;</p> <p>Orientar plano de cuidado;</p> <p>Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso;</p> <p>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>		
--	------------------------------	---	--	--

Considerar também os principais diagnósticos de Enfermagem – CIPE e CIAP – e principais intervenções de enfermagem na consulta à criança em diversas situações (Quadro 5).

935 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.

936 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

937 Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

938 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.

939 Fonte: Sociedade Brasileira Pediatria, 2012.

940 **14 CRIANÇA COM MANCHA NA PELE**

941 **14.1 Introdução**

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

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

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

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

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

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

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



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



983 **HANSENÍASE:** é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pela
984 bactéria *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, que infecta

985 os nervos periféricos e, mais especificamente, as células de Schwann. Essa
986 doença acomete os nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos
987 (localizados na face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e
988 dos joelhos), mas também pode afetar os olhos e órgãos internos (mucosas,
989 testículos, ossos, baço, fígado, etc.) tendo evolução lenta e progressiva,
990 podendo levar a incapacidades físicas (BRASIL, 2017).

991 Os principais sintomas são: áreas da pele, ou manchas esbranquiçadas
992 (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de
993 sensibilidade ao calor e/ou dolorosa, e/ou ao tato; Formigamentos, choques
994 e câimbras nos braços e pernas, que evoluem para dormência – a pessoa se
995 queima ou se machuca sem perceber; Pápulas, tubérculos e nódulos
996 (caroços), normalmente sem sintomas; Diminuição ou queda de pelos,
997 localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas (madarose); Pele
998 infiltrada (avermelhada), com diminuição ou ausência de suor no local
999 (BRASIL, 2017).

1000 A hanseníase pode ser classificada em paucibacilar (PB), quando a
1001 criança manifestar até 05 lesões, apresenta-se de duas formas:
1002 indeterminada ou tuberculóide ou multibacilar (MB) quando a criança
1003 manifestar mais de 05 lesões, apresenta-se de duas formas: dimorfa ou
1004 virchowiana (BRASIL, 2017).

1005 O quadro a seguir demonstra os sinais e sintomas conforme as formas
1006 citadas:

1007 Quadro 14 – sinais e sintomas conforme as formas de Hanseníase.

SINAIS/SINTOMAS	EXEMPLOS
-----------------	----------

INDETERMINADA	<p>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.</p>	
TUBERCULÓIDE	<p>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.</p>	
DIMORFA	<p>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.</p>	
VIRCHOVIA	<p>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</p>	

<p>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 a comparação. O diagnóstico pode ser confirmado facilmente pela baciloscopia dos lóbulos das orelhas e cotovelos.</p>	
--	--

Fonte: BRASIL, 2017

1008 O exame neurológico compreende a inspeção, palpação/percussão,
1009 avaliação funcional (sensibilidade, força muscular) dos nervos; para
1010 classificação do grau de incapacidade física. O exame deve ser feito na
1011 sequência crânio-podal. O teste da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil
1012 identifica possível perda de sensibilidade (BRASIL, 2017).

1013 A avaliação neurológica deverá ser realizada: no início do tratamento, a
1014 cada três meses durante o tratamento se não houver queixas, sempre que
1015 houver queixa (dor em trajeto de nervos, fraqueza muscular, início ou piora
1016 de queixas parestésicas), controle periódico de crianças em uso de
1017 corticóides, em estados reacionais e neurites, na alta do tratamento, no
1018 acompanhamento pós-operatório de descompressão neural com 15 (quinze),
1019 45 (quarenta e cinco), 90 (noventa) e 180 (cento e oitenta) dias (BRASIL,
1020 2017).

1021 O tratamento da hanseníase é realizado através da associação da
1022 Rifampicina, Dapsona e Clofazimina. Deve ser iniciado logo na primeira
1023 consulta, após a definição do diagnóstico, se não houver contraindicações
1024 formais (alergia à sulfá ou à rifampicina). Orientar quanto a dose mensal
1025 supervisionada (BRASIL, 2017).

1026 Para crianças deve-se considerar o peso corporal como fator mais
1027 importante do que a idade, seguindo as seguintes orientações: peso superior
1028 a 50 kg deve-se utilizar o mesmo tratamento prescrito para adultos; peso
1029 entre 30 e 50 kg deve-se utilizar as cartelas infantis (marrom/azul); peso
1030 menor que 30 kg deve-se fazer os ajustes de dose conforme o quadro a
1031 seguir:

1032 Quadro 15 – Esquema terapêutico para crianças com peso inferior a 30 kg.

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

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

Fonte: BRASIL, 2017.

1033 Crianças com reação à sulfá e que não podem utilizar Minociclina ou
1034 Ofloxacina (crianças abaixo de 8 anos), por imaturidade óssea ou
1035 cartilaginosa, devem ser encaminhadas para a referência, assim como
1036 crianças MB menores de 8 anos que fazem intolerância à dapsona. É
1037 importante orientar os pais quanto as possíveis reações adversas e
1038 necessidade de retorno a unidade de saúde (BRASIL, 2017).

1039 O encerramento do tratamento na alta por cura deve ser estabelecido
1040 segundo os critérios de regularidade ao tratamento: número de doses e
1041 tempo de tratamento, de acordo com cada esquema, sempre com avaliação
1042 neurológica simplificada, avaliação do grau de incapacidade física e
1043 orientação para os cuidados pós-alta (BRASIL, 2017).

1044 Reações ou deficiências sensitivomotoras e/ou incapacidades deverão ser
1045 monitoradas. Os pais devem ser orientados quanto ao retorno imediato à

1046 unidade de saúde, em caso de aparecimento de novas lesões de pele e/ou
1047 de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ ou piora da função sensitiva
1048 e/ou motora, pós alta por cura. (BRASIL, 2017).

1049 As reações hansênicas constituem fenômenos de aumento da atividade
1050 da doença, com piora clínica que podem ocorrer de forma aguda em qualquer
1051 momento (antes, durante ou após o final do tratamento). Pacientes com carga
1052 bacilar mais alta (virchowianos) geralmente apresentam reações de início
1053 mais tardio ou logo após o término do tratamento. (BRASIL, 2017).

1054 As características típicas das reações hansênicas são: edema, calor,
1055 rubor, dor e perda da função. Uma vez que os bacilos da hanseníase afetam
1056 a pele e os nervos, essas reações cursam com inflamação nesses lugares.
1057 As reações são incômodas, porém, raramente são graves; por outro lado, a
1058 inflamação em um nervo pode causar danos graves, como a perda da função
1059 originada do edema e da pressão no nervo (BRASIL, 2017).

1060 É importante realizar a notificação dos casos confirmados, bem como
1061 investigar todos os contatos da criança cujo objetivo consiste no diagnóstico
1062 na fase inicial da doença, visando quebrar a cadeia de transmissão e evitar
1063 sequelas resultantes do diagnóstico tardio e da falta de acompanhamento
1064 adequado (BRASIL, 2017).

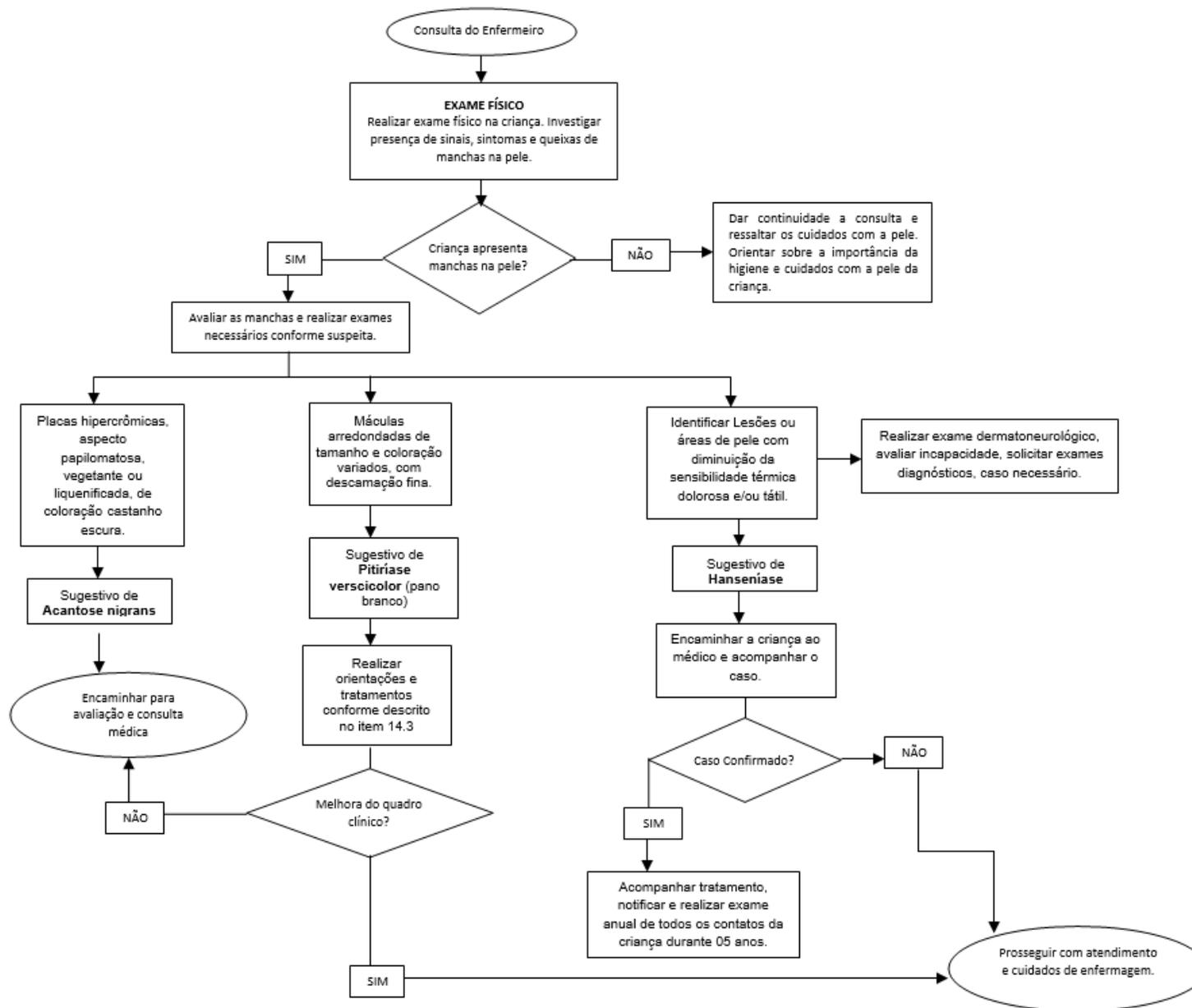
1065 A investigação de contatos consiste em: anamnese dirigida aos sinais e
1066 sintomas da hanseníase, exame dermatoneurológico e vacinação BCG para
1067 os contatos sem presença de sinais e sintoma de hanseníase no momento
1068 da avaliação, não importando se são contatos de casos PB ou MB. Todo
1069 contato de hanseníase deve receber orientação de que a BCG não é uma
1070 vacina específica, mas que ela oferece alguma proteção contra a
1071 hanseníase. É ainda importante que os profissionais de saúde estejam
1072 atentos ao fato que a BCG pode abreviar o tempo de incubação, contudo,
1073 não deve ser administrada em pacientes imunossuprimidos, pessoas com
1074 tuberculose ativa, gestantes ou em indivíduos vacinados recentemente.
1075 (BRASIL, 2017).

1076 Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de
1077 Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na
1078 página XX.

1079 **14.2 Fluxograma do atendimento à criança com mancha na pele.**

1080 O fluxograma apresenta-se como um guia de consulta para nortear o
1081 profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à criança com
1082 mancha na pele.

Consulta Pública



1084 **14.3** Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais
 1085 intervenções de enfermagem no atendimento à **criança com manchas**
 1086 **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	Para todas as alterações relativas à pele.		
		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;	Se dor ou desconforto, prescrever:	
		Manter unhas aparadas;	Paracetamol 200 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas	ACANTOSE NIGRICANS Solicitar perfil lipídico e glicose;
		Recomendar uso de mosquiteiro e repelentes;	Dipirona 500 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas.	
		Promover a integridade da pele;	OU	
		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>	
	ACANTOSE NIGRICANS	
	<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>	-
	PITIRÍASE VERSICOLOR	
	<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 muito extensas ou resistentes;</p>	<p>Miconazol Dermatológico 20mg/g. Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada e ultrapassar a lesão, duas</p>

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

1087 15 CRIANÇA E ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

1088 15.1 Introdução

1089 A violência constitui um problema de saúde pública multidimensional,
1090 afetando todas as classes sociais, raças, etnias e orientações sexuais,
1091 constituindo também uma das principais formas de violação dos direitos
1092 humanos, atingindo o direito à vida, à saúde e à integridade física (BRASIL,
1093 2018).

1094 Nesse contexto, a violência é definida como o “uso intencional de força
1095 física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou

1096 contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de
1097 resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou
1098 privação” (BRASIL, 2012 apud OMS, 2002).

1099 Em relação à criança e ao adolescente, a violência é definida “como
1100 qualquer conduta, ação ou omissão, agressão ou coerção, ocasionada pelo fato
1101 de a vítima ser criança ou adolescente, e que cause dano, constrangimento,
1102 limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico ou social” (SES-DF, 2009).

1103 Quanto aos tipos a violência classifica-se em três categorias:
1104 autoprovocada (praticada contra si mesmo), interpessoal (praticada por
1105 indivíduos ou grupos) e coletiva (praticada por organizações maiores, praticada
1106 por estados, grupos armados, milícias e grupos terroristas). Já em relação a sua
1107 natureza, a violência é classificada em: física, sexual e psicológica, além da
1108 negligência/abandono. A seguir, seguem os conceitos dos tipos e natureza da
1109 violência (BRASIL, 2010).

1110 Em relação à **violência autoprovocada**, o comportamento suicida
1111 (ideações suicidas e automutilação) e o suicídio são exemplos. A automutilação
1112 pode apresentar-se na criança e adolescente de forma grave: quando ocorre
1113 amputação de partes do corpo; estereotipada: nesse caso a vítima pode bater a
1114 cabeça, morder-se ou arrancar os cabelos ou superficial quando podem ser
1115 observados cortes, arranhões ou introdução de agulhas na pele (BRASIL, 2010).

1116 A **violência interpessoal** é dividida em violência intrafamiliar e
1117 comunitária. A violência intrafamiliar ocorre nas relações hierárquicas e
1118 intergeracionais, atingindo principalmente as crianças, devido maior fragilidade
1119 física e emocional nesse grupo. Esse tipo de violência caracteriza-se pela forma
1120 agressiva da família se relacionar, investindo no uso da violência para solução
1121 de conflito e como estratégia de educação. Inclui, também, a falta de cuidados
1122 básicos dos pais com seus filhos (BRASIL, 2010).

1123 A **violência comunitária** é aquela praticada entre indivíduos sem
1124 parentesco (conhecidos ou desconhecidos), em atos de violência gratuitos,
1125 estupros, violência sexual e as cometidas em instituições públicas ou privadas,
1126 como escolas, serviços de saúde, comunidades e condomínios, dentre outros
1127 (BRASIL, 2010).

1128 A **violência coletiva** é em geral cometida por grandes grupos ou pelo
1129 Estado. É caracterizada por qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada,

1130 por exemplo, em origem racial/étnica e social, que tenha o propósito ou o efeito
 1131 de anular ou prejudicar o exercício de direitos humanos e liberdades
 1132 fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer
 1133 outro domínio da vida pública (BRASIL, 2010).

1134 A **violência física** é caracterizada como todo ato violento com uso da
 1135 força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis,
 1136 familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, que pode ferir, lesar,
 1137 provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas
 1138 evidentes no corpo, e podendo provocar inclusive a morte (BRASIL, 2010).

1139 Essa forma de violência pode ser praticada por meio de tapas, beliscões,
 1140 chutes e arremessos de objetos, o que causa lesões, traumas, queimaduras e
 1141 mutilações. Apesar de subnotificada, é a mais identificada pelos serviços de
 1142 saúde. O quadro 14 demonstra alguns sinais específicos de violência física
 1143 apresentados no exame físico da criança (BRASIL, 2010).

1144 Quadro 16 – Sinais da violência física em crianças e adolescentes.

	LESÕES DE PELE	LESÕES CRANIOENCEFÁLICAS	LESÕES DE FACE	LESÕES ABDOMINAIS
VIOLÊNCIA FÍSICA	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 perforadas	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). Queimaduras em região de nádegas ou períneo: castigo aplicado em crianças que não conseguem controlar esfíncteres	Síndrome do Bebê Sacudido (Crianças abaixo de 02 anos)	Lesões dentárias, como quebras ou arrancamentos	
	Podem ser observadas diferentes fraturas em diferentes estágios de cicatrização ou cura ou ainda envenenamento e intoxicação na tentativa de maltratar ou levar a criança a morte.			

Fonte: adaptado, Brasil, 2010.

1145 **A violência psicológica** é toda ação que coloca em risco ou causa dano
1146 à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da criança ou do adolescente.
1147 Manifesta-se em forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito,
1148 cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do
1149 adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem (BRASIL, 2010).

1150 Outras formas de violência psicológica são o testemunho da violência em
1151 domicílio vivenciada pela criança e/ou adolescente, a síndrome da alienação
1152 parental (sequelas emocionais e comportamentais sofridas pela criança vítima
1153 da conduta do pai ou da mãe que, após a separação, age para que o filho rejeite
1154 o ex-cônjuge) e o *Bullying* (BRASIL, 2010).

1155 A violência psicológica pode desencadear sintomas agudos e sofrimento,
1156 que, conseqüentemente, afetam o desenvolvimento da criança, num processo
1157 crônico, causando sequelas de diversos níveis de gravidade. Podem surgir
1158 alterações comportamentais em decorrência da angústia e ansiedade, fator que
1159 pode motivar a busca dessas crianças e adolescentes pelos serviços de saúde.
1160 Destaca-se que as outras formas de violência, seja ela física, sexual ou
1161 negligência/abandono também desencadeiam sofrimento, levando a
1162 manifestação de sinais gerais comum a todas as formas de violência
1163 (BRASIL,2010).

1164 O quadro 15 apresenta as alterações comportamentais de crianças e
1165 adolescentes em situações de violência, e que frequentemente representam a
1166 demanda do atendimento nos serviços de saúde. Elas são apresentadas por
1167 faixa etária para indicar a possibilidade mais frequente de aparecimento de cada
1168 uma delas, porém devem ser vistas como de valor genérico e sempre
1169 acumulativo.

1170 Quadro 17 – Alterações comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de
1171 violência.

5	Criança			Adolescente 10 a 19 anos
	Até 11 meses	01 a 04 anos	05 a 09 anos	

Choro sem motivo aparente			
Irritabilidade frequente, sem causa aparente			
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	Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento	Distúrbios de alimentação
Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes	Distúrbios do sono	Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico	Distúrbios do sono
Distúrbios do sono	Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento	Afecções de pele frequentes, sem causa aparente	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	Tristeza constante	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	Afecções de pele frequentes, sem causa aparente	Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites	Afecções de pele frequentes, sem causa aparente
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente	Tristeza constante	Distúrbios de alimentação	Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade
	Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites	Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala	Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações
	Distúrbios de alimentação	Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade	Pesadelos frequentes, terror noturno
		Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações	Tiques ou manias
		Pesadelos frequentes, terror noturno	Tristeza constante
		Tiques ou manias	Baixa autoestima e autoconfiança

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

1172 A **violência sexual** é todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular
1173 sexualmente a criança ou o adolescente, visando utilizá-lo para obter satisfação
1174 sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento
1175 psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente. Abrange relações
1176 homo ou heterossexuais. Pode ocorrer em uma variedade de situações como:
1177 estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia,
1178 manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração,
1179 imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não
1180 consentidas e impostas e “voyeurismo” (obtenção de prazer sexual por meio da
1181 observação) (BRASIL, 2010).

1182 Esse tipo de violência, quase sempre doméstica, é predominante na
1183 infância. Os principais agressores são com frequência, os companheiros das
1184 mães, os pais biológicos, avôs, tios, padrinhos, podendo também abranger as
1185 mães, avós, tias e outros que mantêm com a criança uma relação de

1186 dependência, afeto ou confiança, num contexto de relações incestuosas
 1187 (BRASIL, 2010).

1188 O quadro 16 apresenta os sinais e sintomas físicos e psíquicos da
 1189 violência sexual em crianças e adolescentes.

1190 Quadro 18 – Sinais e sintomas físicos e psíquicos da violência sexual em
 1191 crianças e adolescentes.

SINAIS E SINTOMAS FÍSICOS E PSÍQUICOS DA VIOLÊNCIA SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES		
Sinais indiretos de erotização precoce	Sinais indiretos mais frequentes de violência sexual	Sinais da violência sexual
A falta de preocupação dos pais com a exposição da criança às intimidades do casal	Atitudes sexuais impróprias para a idade	Edema ou lesões em área genital, sem outras doenças que os justifiquem, como infecções ou traumas acidentais evidenciáveis
A exposição a atitudes de exibicionismo, como falas inadequadas à idade sobre atitudes sexuais pessoais e de outros	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
Imagens ou outros materiais eróticos ou pornográficos	Masturbação frequente e compulsiva, independente do ambiente em que se encontre	Sangramento vaginal em pré-púberes, excluindo a introdução pela criança de corpo estranho
Incentivo ao desenvolvimento precoce sexual, através de vestimentas que expõem o corpo, brinquedos ou jogos que objetivam aguçar a curiosidade sexual, dentre outros	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
Alterações comportamentais comuns a todas as formas de violência mencionadas no Quadro XX	Mudanças de comportamento e Infecções urinárias de repetição	Rompimento himenal, Infecções Sexualmente Transmissíveis, gravidez e aborto.

Fonte: adaptado, Brasil, 2010.

1192 O abuso sexual deve ser observado em crianças e adolescentes, pois
 1193 possuem um risco em particular devido a possibilidade de exposições múltiplas,
 1194 ectopia cervical e trauma de mucosa vaginal e anal, considerando-se a menor
 1195 espessura do epitélio vaginal nas crianças. Nesse caso, deve-se avaliar a
 1196 indicação da Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP). Esta consiste no uso
 1197 profilático de antirretrovirais (ARV) para evitar o risco de infecção pelo HIV,

1198 devendo ser iniciada em até 72 horas após a exposição de risco, sendo indicada
1199 por 28 dias (BRASIL, 2018).

1200 Todavia, o enfermeiro deve estar atento a todas as indicações da PEP
1201 mediante a ocorrência de violência sexual, bem como quando não for
1202 recomendada, conforme quadro 17 – Critérios para recomendação da profilaxia
1203 pós-exposição sexual ao HIV.

1204 Quadro 19 - Critérios para recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao
1205 HIV

RECOMENDA	Violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas
INDIVIDUALIZAR DECISÃO	Penetração oral com ejaculação
NÃO RECOMENDADA	Penetração oral sem ejaculação 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.

1206 É importante destacar que a Lei nº 12.845/2013 dispõe sobre o
1207 atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual,
1208 evitando-se assim encaminhamentos e transferências desnecessárias, nos
1209 casos de violência sexual. A intervenção necessita ter um caráter ágil, que não
1210 consista em um entrave à realização do serviço demandado. Deve ser resolutiva
1211 no seu caráter informativo e focada na demanda trazida pela pessoa em
1212 atendimento (BRASIL, 2018).

1213 Conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei
1214 nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – deve-se avaliar a capacidade de
1215 discernimento do adolescente, com exceção das situações de violência. Nesse
1216 caso, os adolescentes têm direito à PEP mesmo sem a presença dos pais ou
1217 responsáveis.

1218 Contudo, o enfermeiro também deve estar atento aos demais possíveis
1219 tratamentos necessários quando tratar-se de violência sexual, em relação à

1220 exposição às IST, Hepatite B e risco de gravidez. O acompanhamento
1221 laboratorial nesses casos dever ser realizado.

1222 A **negligência** caracteriza-se pelas omissões dos adultos (pais ou outros
1223 responsáveis pela criança ou adolescente, inclusive institucionais), ao deixarem
1224 de prover as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e
1225 social de crianças e adolescentes. Cita-se também nessa forma de violência a
1226 privação de medicamentos; a falta de atendimento à saúde e à educação; o
1227 descuido com a higiene; a falta de estímulo, de proteção de condições climáticas
1228 (frio, calor), de condições para a frequência à escola e a falta de atenção
1229 necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual (BRASIL, 2010).

1230 O abandono é a forma mais grave de negligência. A negligência não está
1231 vinculada às circunstâncias de pobreza, podendo ocorrer em casos em que
1232 recursos razoáveis estão disponíveis para a família ou o responsável. O quadro
1233 18 apresenta os comportamentos indicativos de negligência com base no
1234 comportamento dos pais e nas reações na criança:

1235 Quadro 20 – Indicativo de negligência – Omissão de cuidados.

INDICATIVO DE NEGLIGÊNCIA – OMISSÃO DE CUIDADOS	
Comportamento dos pais/responsáveis	Sinais na criança
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	Uso de roupas inadequadas à idade, ao sexo, ao clima ou à condição social
	Dificuldade de aprendizagem, sem demonstração de apreensão dos responsáveis em encontrar causa e/ou soluções

<p>tratamentos inadequados para a criança e ao adolescente</p> <p>Falta ou acompanhamento irregular dos tratamentos medicamentosos ou de habilitação ou reabilitação da doença crônica ou da deficiência</p> <p>Falta de proteção ou defesa contra acidentes e/ou violência praticada por outros</p> <p>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.</p>	<p>Faltas frequentes à unidade de educação infantil, ensino fundamental e médio</p> <p>Atraso no desenvolvimento psicomotor e ou relacional</p> <p>Atraso na escolaridade, por não procura ou por fracasso</p> <p>Problemas de adaptação social.</p>
---	--

Fonte: adaptado, Brasil, 2010.

1236 Ressalta-se que uma criança ou um adolescente pode ser afetado por
1237 mais de um tipo ou natureza de violência, especialmente, em situações crônicas
1238 e graves, inclusive porque muitas dessas situações se relacionam. Por exemplo,
1239 a violência física ocorre quase sempre junto com a psicológica; e uma criança
1240 que sofre violência sexual e psicológica em domicílio também pode ser envolvida
1241 em situação de exploração sexual (BRASIL, 2010).

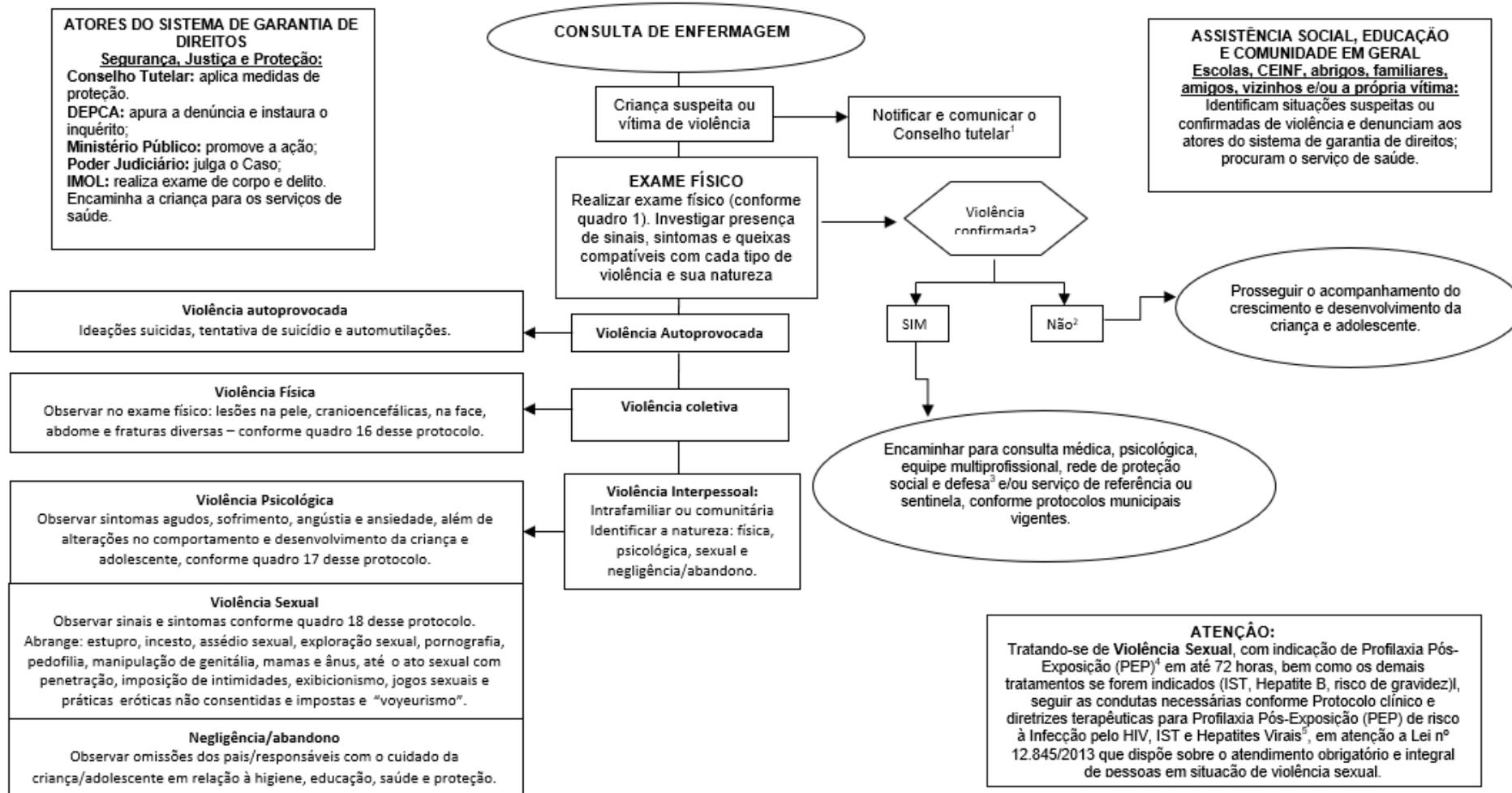
1242 Portanto, de acordo com o Ministério da Saúde (2010) todo profissional
1243 de saúde deve oportunizar os momentos de contato com as crianças, os
1244 adolescentes e suas famílias nas unidades de saúde (recepção, vacina,
1245 curativos, farmácia, grupos de educação em saúde, consulta médica,
1246 odontológica, de enfermagem e psicológica, visita domiciliar, dentre outros),
1247 devendo criar condições favoráveis para que se observe a existência de sinais e
1248 sintomas que possam ser resultantes de uma situação de violência, bem como
1249 notificar e promover os cuidados necessários para a proteção e bem-estar da
1250 criança ou do adolescente e orientação às famílias para a prevenção e
1251 superação da violência.

1252 Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de
1253 Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na
1254 página XX.

1255 **15.2 Fluxograma do atendimento à criança e adolescente vítima de**
1256 **violência.**

1257 O fluxograma apresenta-se como um guia de consulta para nortear o
1258 profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à criança e
1259 adolescente vítima de violência.

Consulta Pública



- 1260 **1- Conselho tutelar:** quando do atendimento de crianças e adolescentes menores de 14 anos é
 1261 obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais (Lei
 1262 nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente).
- 1263 **2-Continuar a atuação em forma conjunta com toda equipe no território, atentando-se sempre**
 1264 **aos sinais e sintomas da violência contra crianças e adolescentes.**
- 1265 **3-Rede de proteção social e defesa:** CRAS, CREAS, Escolas, Ministério Público, Conselho
 1266 Tutelar e as Varas da Infância e da Juventude, entre outros).
- 1267 **4-Profilaxia Pós-Exposição (PEP):** A profilaxia pós-exposição de risco à infecção pelo HIV é
 1268 uma ferramenta para prevenir infecção não somente em crianças/adolescentes vítimas de
 1269 violência, mas também expostos a acidentes com material perfurocortante, leite materno de
 1270 mulher vivendo com HIV e à exposição sexual de risco.
- 1271 **5- Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de risco**
 1272 **à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais:** disponível em: [http://www.aids.gov.br/pt-](http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco)
 1273 [br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-](http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco)
 1274 [risco.](http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco)
- 1275 **15.3 Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais**
 1276 **intervenções de enfermagem no atendimento à criança e adolescente**
 1277 **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;	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;	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.	Se algia e desconforto, prescrever: Paracetamol 200 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas OU Dipirona 500 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas.	Testes rápidos para HIV, sífilis e Hepatites virais.

Automutilação, ausente;	P04 Sentir/comportar forma irritável/ zangada;	Encaminhar para assistente social + ludoterapia;		
Comportamento agressivo, ausente;	P06 Perturbação de sono;	Orientar acerca dos serviços de apoio disponíveis no município;		
Comportamento agressivo;	P15 Abuso crônico de álcool;	Encaminhar para rede de proteção e segurança;		
Comportamento de isolamento;	P19 Abuso de drogas;	Orientar sobre sono Prover rotina de hora para dormir;		
Comportamento de isolamento, diminuído;	P22 Sinais/sintomas comportamento criança;	Agendar consulta de acompanhamento;		
Comportamento interativo, eficaz;	P29 Sinais/sintomas psicológicos;	Monitorar abuso infantil;		
Comportamento interativo, prejudicado;	P77 Suicídio/tentativa de suicídio;	Encaminhar para equipe multiprofissional, de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo de acesso do Sistema de Regulação;		
Comportamento violento;	P99 Outras perturbações psicológicas;	Encaminhar para realização dos exames séricos de urgência;		
Condição psicológica, eficaz;	S29 – Sinais/sintomas pele, outros;	Proteger direitos da criança;		
Condição psicológica, prejudicada;	U05 Outros problemas com a micção;	Cuidados com a pele;		
Falta de apoio familiar;	X01 Dor genital;	Manter integridade da pele;		
Falta de apoio social;	X82 Lesão traumática genital feminina;	Programar visita domiciliar;		
Falta de atividade lúdica;	W79 Gravidez não planejada;	Completar esquema vacinal (Hepatite B);		
Ligação afetiva cuidador-criança, eficaz;	Y80 Traumatismo genital masculino;	Orientar família a retirar do ambiente domiciliar objetos que possam oferecer risco à criança e ou ser meio para o suicídio.		
Ligação afetiva cuidador-criança, prejudicada;	Z20 Problema relacional com familiares;			
Privação do sono;	Z25 Ato ou acontecimento violento;			
Recuperação de abuso, eficaz;	Z29 Problema social não especificado;			
Sono, adequado;				
Sono, prejudicado;				

<p>Recuperação de agressão sexual, eficaz;</p> <p>Resposta ao trauma, melhorada;</p> <p>Risco de ser vítima de abuso infantil;</p> <p>Risco de ser vítima de negligência infantil;</p> <p>Vergonha;</p> <p>Medo;</p> <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> <p>Dependência de álcool;</p> <p>Dependência de drogas;</p> <p>Qualidade de vida prejudicada;</p> <p>Resposta ao trauma melhorada;</p> <p>Resposta a terapia eficaz;</p> <p>Recuperação de abuso eficaz;</p> <p>Processo familiar eficaz.</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>				

1278 **16 IMUNIZAÇÃO DE CRIANÇAS**

1279 **14.1 Introdução**

1280 As ações de imunização merecem destaque pela importante contribuição

1281 para redução da Mortalidade Infantil e na Infância. São coordenadas pelo

1282 Programa Nacional de Imunização (PNI) e têm por objetivo erradicar, eliminar e

1283 controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro.

1284 Os registros, na Caderneta de Saúde da Criança, das vacinas do
1285 Calendário Nacional de Vacinação recebidas pela criança, devem ser sempre
1286 observadas pelos profissionais da APS e mesmo de outros serviços de saúde
1287 que venham a ter contato com ela, com o objetivo de que esteja sempre com a
1288 vacinação atualizada.

1289 A enfermagem deve garantir a continuidade do acompanhamento do
1290 crescimento e desenvolvimento da criança, acompanhar a cobertura vacinal de
1291 sua área, realizar o controle e a busca ativa dos casos em atraso. É fundamental
1292 que o enfermeiro esclareça à população a segurança e eficácia dos
1293 imunobiológicos utilizados no sistema público.

1294 Devido ao fato de as vacinas possuírem inúmeros aspectos técnicos e o
1295 calendário vacinal sofrer alterações com certa frequência, optou-se por colocar
1296 apenas o link referente aos documentos técnicos e calendário vacinal neste
1297 documento:

1298 [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)
1299 [pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf). Publicação do Ministério da Saúde que aborda aspectos imunobiológicos
1300 das vacinas, cuidados com a sala de vacinas, registros e boas práticas nos
1301 procedimentos.

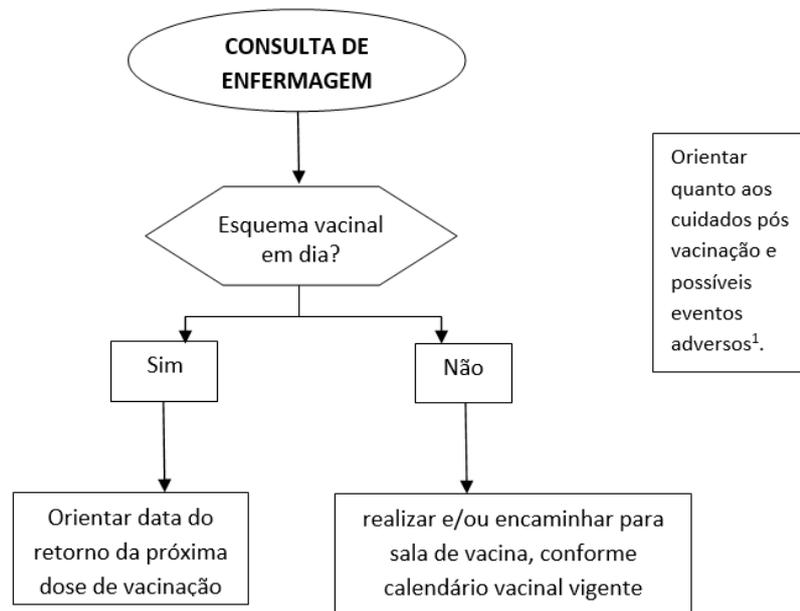
1302 Nenhuma vacina está totalmente livre de provocar reações, entretanto os
1303 riscos de complicações graves ligados à vacinação são muito menores do que
1304 os das doenças contra as quais a pessoa foi imunizada.

1305 Sintomas mais intensos, que sejam diferentes dos orientados pelo
1306 vacinador ou demorem muito tempo para cessar, há a necessidade de retornar
1307 ao serviço de saúde com as informações sobre a vacinação, se possível com a
1308 Caderneta de Vacinação, para notificação de casos de evento adverso pós-
1309 vacinação. Comparecer aos retornos orientados pelo vacinador é essencial para
1310 proteção contra as doenças.

1311 Para embasar a consulta de Enfermagem, seguir a sugestão do roteiro de
1312 Consulta de Enfermagem na atenção à saúde da criança na APS, disponível na
1313 página **XX**.

1314 **16.2 Fluxograma do atendimento à imunização de crianças.**

1315 O fluxograma apresenta-se como um guia de consulta para nortear o
 1316 profissional sobre quais condutas tomar frente ao atendimento à imunização
 1317 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.

1318 **16.3** Principais diagnósticos de Enfermagem (CIPE e CIAP) e principais
 1319 intervenções de enfermagem no atendimento à **imunização** de **crianças**.

Principais diagnóstico CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
Adesão ao Regime de Imunização (mãe/responsável); Estado vacinal completo para idade; Não Adesão ao Regime de Imunização (mãe/responsável); Inflamação; Lesão.	A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde.	Realizar reforço positivo para manter esquema vacinal em dia; Impulsionar comportamento positivo pelo esquema de vacinação atualizado; Atualizar ou encaminhar para a atualização do esquema vacinal; Agendar próximas doses e orientar retorno;	Se temperatura > 38°C pós vacina e desconforto, prescrever: Paracetamol 200 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas OU Dipirona 500 mg/ml (gotas)	-

		<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 ao pais/cuidadores diferença entre os resultados esperados de uma vacina e as reações adversas.</p>	<p>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>				

1320 **17 PRINCIPAIS ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO, DA EQUIPE DE**
1321 **ENFERMAGEM E DA EQUIPE DE SAÚDE**

1322 No que diz respeito à organização do processo de trabalho, este protocolo
1323 traz as principais atribuições do Enfermeiro, da Equipe de Enfermagem e da
1324 Equipe de Saúde. Cabe destacar que no âmbito do trabalho em equipe, o

1325 Enfermeiro é o responsável pela Equipe de Enfermagem e todos compõem a
1326 Equipe de Saúde. No que tange as atividades laborais se faz cada vez mais
1327 importante que as equipes de saúde tenham conhecimento das práticas comuns,
1328 específicas e colaborativas entre os diversos profissionais que prestam a
1329 assistência à saúde, a fim de otimiza-la, qualifica-la de modo a garantir sua
1330 integralidade.

1331 **Enfermeiro**

- 1332 • Avaliar integralmente a saúde da criança: peso, altura, desenvolvimento,
1333 pressão arterial (a partir dos 3 anos), vacinação e intercorrências, estado
1334 nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os
1335 cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação);
- 1336 • Identificar sintomas, avaliar, classificar e Aplicar Protocolo das doenças
1337 prevalentes na infância: desnutrição, anemia, diarreia, desidratação,
1338 parasitoses intestinais, pneumonia, asma e demais doenças respiratórias
1339 /alergias, dermatoses;
- 1340 • Realizar a consulta de enfermagem conforme os fluxogramas de
1341 atendimento à saúde da criança;
- 1342 • Verificar registros na Caderneta de Saúde da Criança, inclusive tipagem
1343 sanguínea e imunização do Recém-Nascido (RN).
- 1344 • Orientar, acompanhar e/ou aplicar as vacinas necessárias, de acordo com
1345 calendário básico de imunização;
- 1346 • Verificar a realização dos testes de triagem neonatal e realizar
1347 encaminhamentos nos casos de alterações, de acordo com protocolos
1348 vigentes.
- 1349 • Realizar o teste do reflexo vermelho nos períodos preconizados;
- 1350 • Avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança de acordo com o
1351 protocolo de puericultura;
- 1352 • Realizar as orientações para a estimulação do desenvolvimento integral
1353 e saudável, de acordo com a faixa etária da criança avaliada;
- 1354 • Avaliar e encaminhar as crianças que apresentem atraso no
1355 desenvolvimento;

- 1356 • Encaminhar para médico, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional,
1357 fonoaudiólogo, assistente social, odontólogo, e outros profissionais
1358 quando necessário;
- 1359 • Solicitar exames laboratoriais: hemograma completo, urina tipo I,
1360 protoparasitológico de fezes, perfil lipídico, glicemia, hemoglobina glicada
1361 e creatinina;
- 1362 • Realizar o "5º Dia de Saúde Integral", entre o 3º e o 5º dia de vida do
1363 recém-nascido;
- 1364 • Avaliar os fatores de risco ao nascer;
- 1365 • Avaliar a abordagem de risco da criança;
- 1366 • Orientar sobre aleitamento materno e alimentação complementar
1367 saudável, de acordo com a faixa etária;
- 1368 • Orientar pais no cuidado domiciliar;
- 1369 • Realizar a captação precoce e busca ativa das crianças de risco (ao
1370 nascimento ou associados / adquiridos) priorizado-as para o
1371 desenvolvimento das ações de vigilância à saúde;
- 1372 • Promover a educação em saúde (em grupo e individual);
- 1373 • Realizar a visita domiciliar nos casos necessários;
- 1374 • Realizar a coleta do Teste de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) -
1375 **encaminhar ao laboratório de referência;**
- 1376 • Atender ao compromisso dos profissionais de saúde com as linhas de
1377 cuidado integral da criança;
- 1378 • Proceder o registro das informações e procedimentos no prontuário
1379 eletrônico do paciente, de acordo com o sistema de informação vigente;
- 1380 • Notificar doenças, agravos e eventos de saúde que necessitem de
1381 notificações, conforme portaria vigente;
- 1382 • Realizar o teste de acuidade visual em escolares, utilizando-se da tabela
1383 de Snellen;
- 1384 • Identificar sinais ou suspeita de violência contra a criança do tipo físico,
1385 emocional, sexual, negligência e/ ou outros; discutir com a equipe de
1386 saúde e realizar os encaminhamentos e notificações necessárias;

- 1387 • IMPORTANTE: Em caso de violência sexual aguda (até 72 horas)
1388 encaminhar a criança para o CRS/UPA mais próximo, para aplicação da
1389 Profilaxia Pós-Exposição (PEP). Acionar Conselho Tutelar.

1390 **Equipe de enfermagem**

- 1391 • Verificar peso, altura e perímetros cefálico, torácico e abdominal e
1392 Pressão Arterial (crianças a partir de 03 anos);
- 1393 • Orientar familiares e/ou responsáveis sobre aleitamento materno, riscos
1394 da introdução da alimentação complementar precoce e riscos de
1395 desnutrição e desidratação;
- 1396 • Agendar consultas médicas e de enfermagem para os casos indicados;
- 1397 • Realizar o registro das informações nos sistemas de informação vigente,
1398 referentes aos atendimentos e orientações realizados;
- 1399 • Realizar cadastro e atualização dos cadastros do paciente nos Programas
1400 de Saúde;
- 1401 • Realizar registros na caderneta de saúde da criança;
- 1402 • Avaliar o registro de Vacinação de acordo com o calendário nacional e
1403 orientar a mãe, o pai e/ou responsável sobre a importância da imunização
1404 e encaminhar para a sala de vacina quando necessário;
- 1405 • Realizar vacinação de acordo com calendário nacional;
- 1406 • Orientar sobre reação vacinal e condutas necessárias;
- 1407 • Notificar reações adversas à vacina;
- 1408 • Coletar amostras de sangue para exames complementares;
- 1409 • Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de
1410 referência;
- 1411 • Auxiliar nos procedimentos quando necessário;
- 1412 • Orientar a mãe, pai e/ou responsável sobre a correta utilização dos
1413 medicamentos, de acordo com o protocolo de medicação segura;
- 1414 • Promover a educação em saúde (em grupo ou individual);
- 1415 • Realizar glicemia capilar;
- 1416 • Realizar coleta do Teste de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho);
- 1417 • Notificar doenças, agravos e eventos de saúde que necessitem de
1418 notificações, conforme portaria vigente.

1419 **Profissionais de saúde**

- 1420 • Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou
- 1421 atividades de sala de espera);
- 1422 • Identificar situações de risco e vulnerabilidade;
- 1423 • Realizar visitas domiciliares;
- 1424 • Registrar as informações de seguimento no prontuário;
- 1425 • Participar dos grupos terapêuticos.

Consulta Pública

15 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 tungíase 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>. 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

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 Coraçõzinho 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>

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>.

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/PROTOCOLO-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_PMSF_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>.

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. Nº4.1, 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>.

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>.

SILVA FILHO, Edivá Basílio 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

TEIXEIRA, J.A.M. et al. **Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbitos e evitabilidade em oito unidade 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 Medica. 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.

Consulta Pública

1426 **16 ANEXOS**

1427 **Anexo 1** – Referência de valores normais para Frequência Cardíaca (**bpm**) e
 1428 Frequência Respiratória (**rpm**), segundo a faixa etária.

Faixa Etária	Frequência Cardíaca (bpm)	Frequência Respiratória (rpm)
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).

1429 **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).

1430 Classificação das variações térmicas do organismo, considerando a
 1431 temperatura axilar.

Classificação	Variação (°C)
Normotermia	36,0 - 37,0
Hipotermia	< 36,0
Temperaturas subfebris	37,0 - 37,5
Febre baixa	37,5 - 38,5
Febre moderada	38,5 - 39,5
Febre alta	39,5 - 40,5
Febre muito alta	> 40,5

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

1443 **Anexo 3** – Referência para Pressão Arterial para meninos e meninas, de
 1444 acordo com a idade e percentil de estatura.

1445 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 ->													
		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.

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
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro)													
	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													
	Emite 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.)													
	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	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													
	Corre 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.

1447

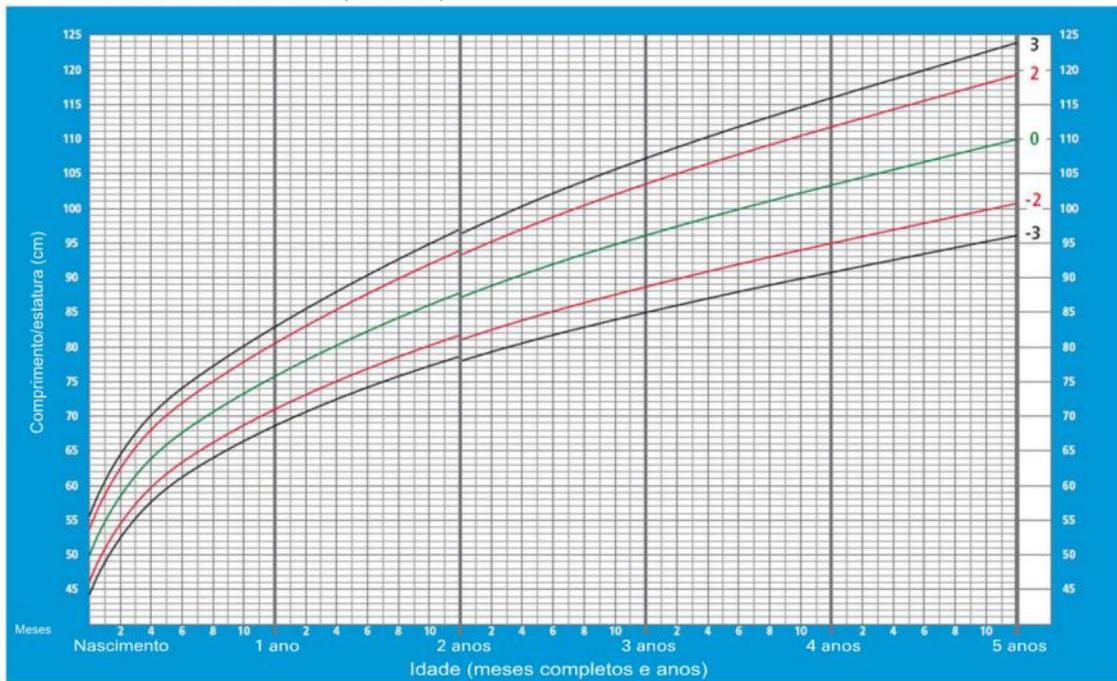
1448

1449 **Anexo 5 – Curva de Comprimento/estatura, curva de peso e curva de IMC por**
 1450 **idade para Meninos e Meninas do nascimento aos 5 anos.**

1451 **Curva de Comprimento/estatura por Meninos do nascimento aos 5 anos**

Comprimento/estatura por idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)

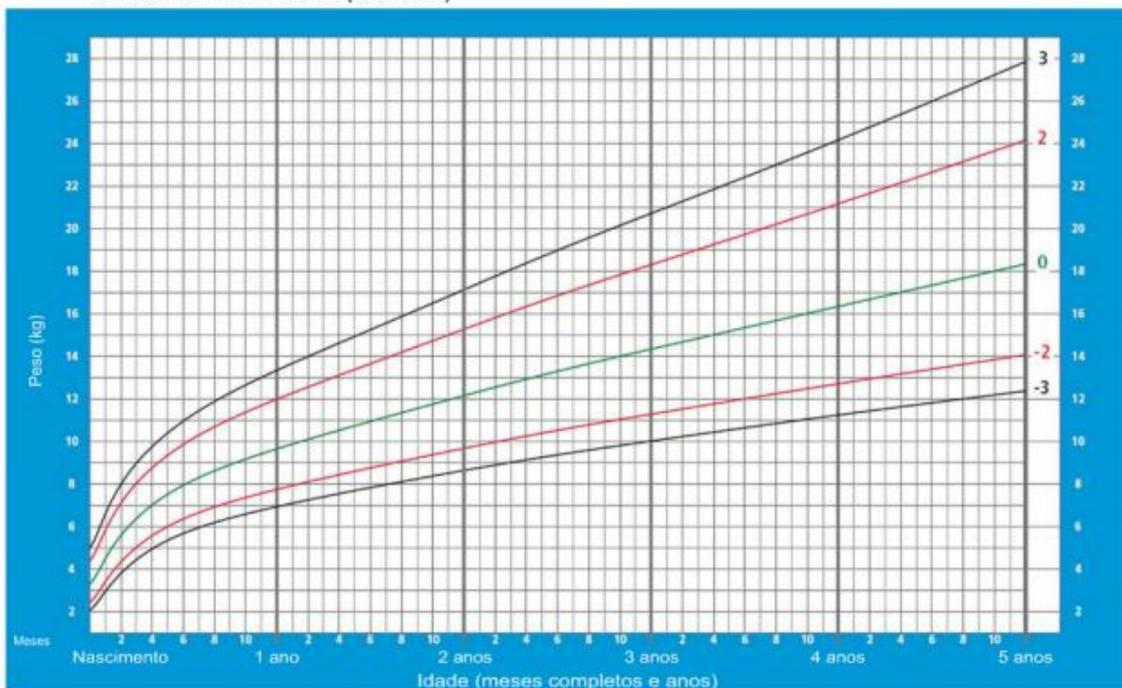


WHO. Child Growth Standards, 2006 (Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/en/>).

1452 Curva de Peso por Idade Meninos do nascimento aos 5 anos

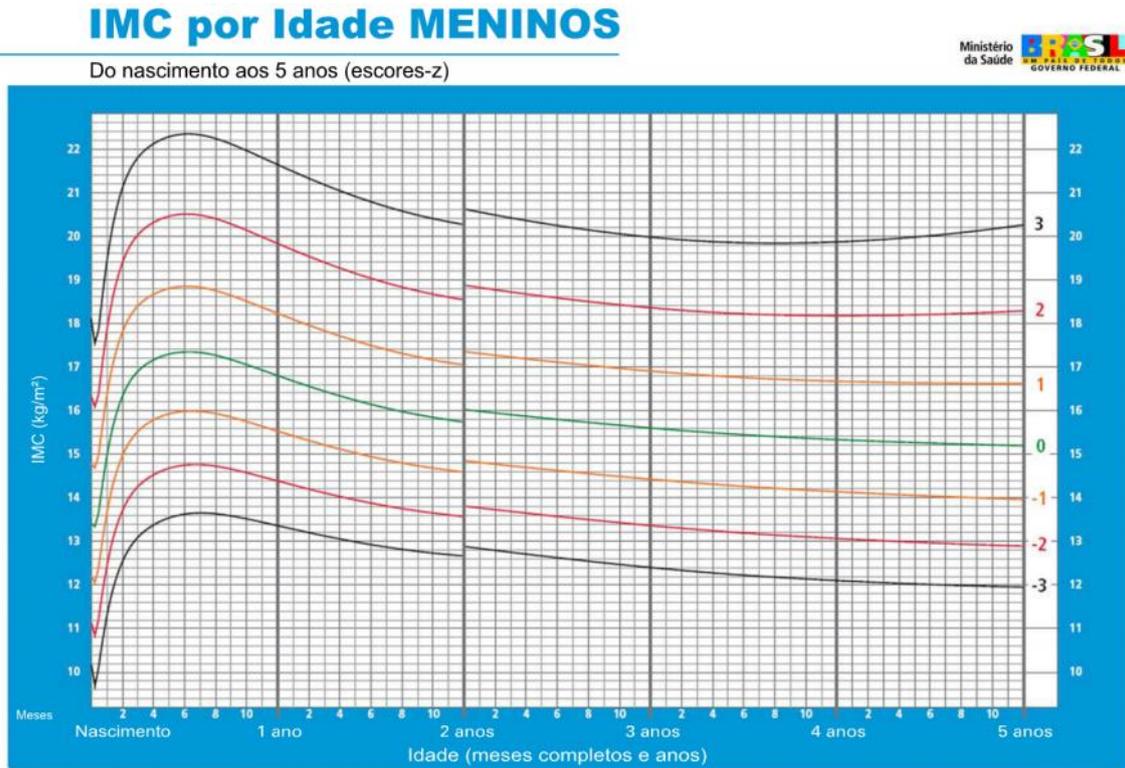
Peso por Idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



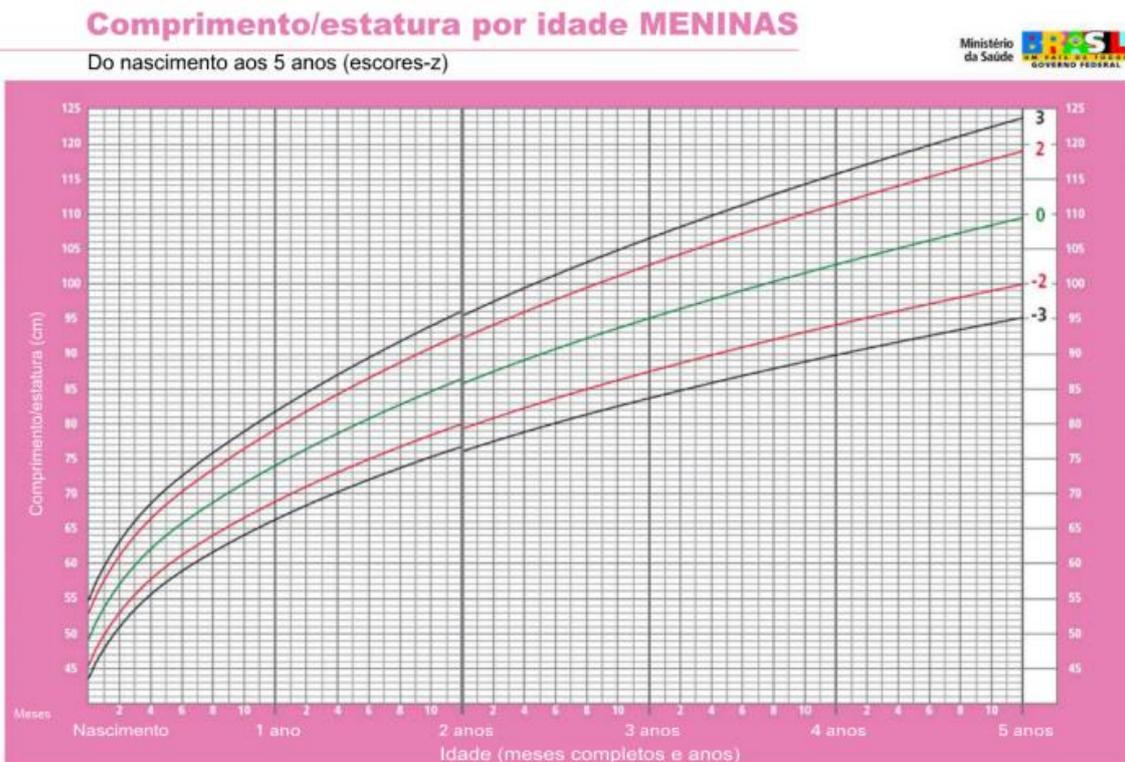
WHO. Child Growth Standards, 2006 (Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/en/>).

1453 **Curva de IMC por Idade Meninos do nascimento aos 5 anos**



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

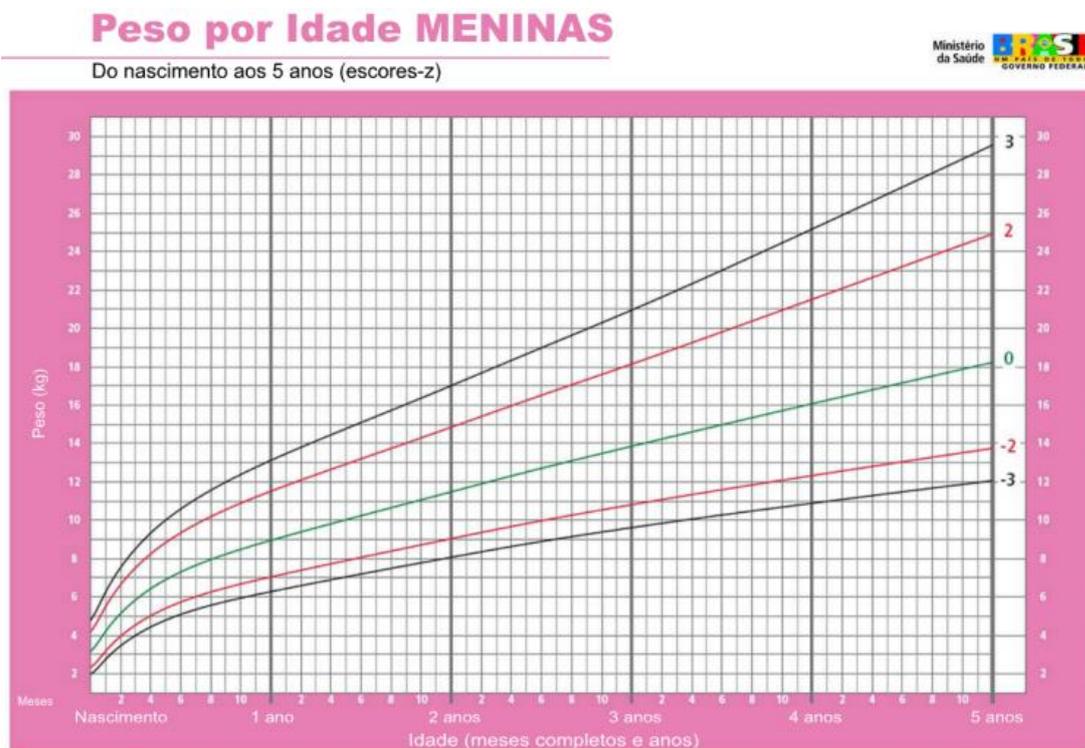
1454 **Curva de Comprimento/estatura por Meninas do nascimento aos 5 anos**



1455

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

1456 **Curva de Peso por Idade Meninas do nascimento aos 5 anos**



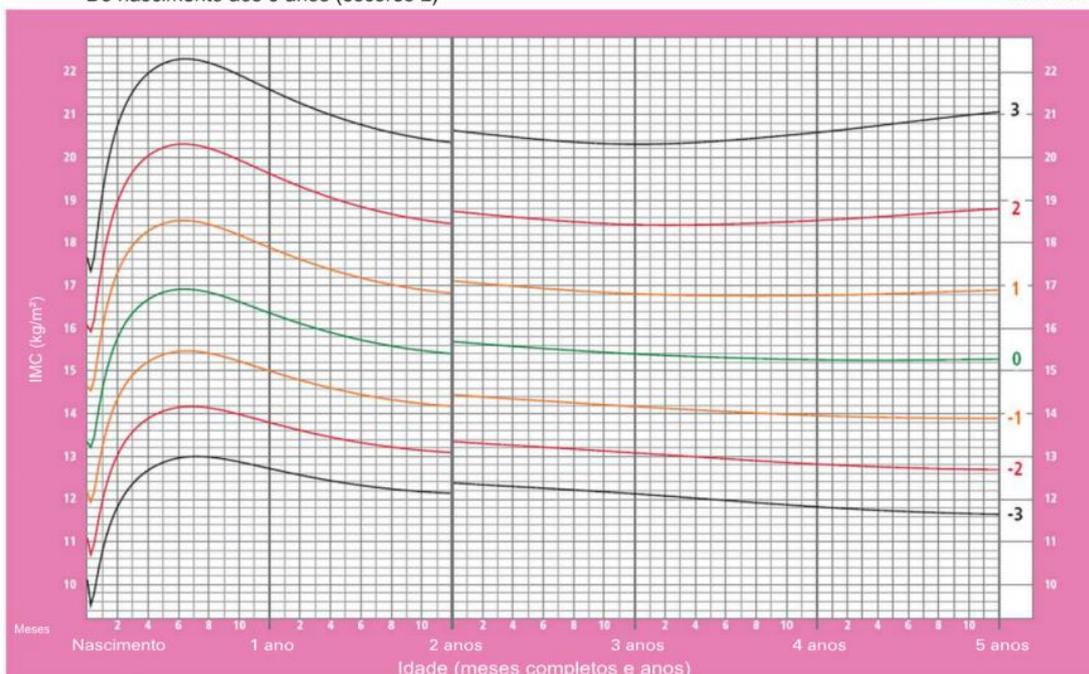
WHO. Child Growth Standards, 2006 (Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/en/>).

1457 **Curva de IMC por Meninas do nascimento aos 5 anos**

Consulta

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/>).

1458 Anexo 6 – Principais alterações afecções dermatológicas encontrados no RN.

<p>ERITEMA TÓXICO NEONATAL</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>MILIUM</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>MANCHA MONGÓLICA</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>MILIÁRIA 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>Miliária Cristalina (Miliária Alba)</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>Miliária Rubra (Brotoejas)</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. Tratamento: Manter a criança em local fresco, com roupas limpas e arejadas.</p>
<p>HEMANGIOMAS</p>	<p>são caracterizados por pequenos tumores vasculares benignos, sendo mais comum na infância, não apresentando complicações e sem necessidade de intervenções. Toma-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>DERMATITE SEBORREICA – CROSTA LÁCTEA</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> <p>Tratamento: Utilização de emolientes 02 (duas) horas antes do banho, para facilitar a remoção.</p>	
<p>INTERTRIGO NEONATAL (assaduras)</p>	<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>	

	Tratamento: Redução da umidade e/ou fricção. Cremes para tratamento não possuem benefícios comprovados e podem piorar o quadro clínico.
--	---

1459 **Anexo 7 – Correção da idade gestacional**

1460 Em geral, utilizamos a correção até os 2 anos. Para o cálculo, usamos o
 1461 marco de 40 semanas (RN a termo). Para a correção, identificamos a IG ao
 1462 nascer e vemos quantas semanas faltaram para que ele nascesse com 40
 1463 semanas. A diferença encontrada é o tempo que faltou para a idade de termo e
 1464 deverá ser descontada da idade cronológica nas consultas de seguimento,
 1465 especialmente nas avaliações de crescimento e desenvolvimento destas
 1466 crianças, até os 2 anos de idade. Como exemplo, para uma criança que nasceu
 1467 com 34 semanas de IG, faltavam seis semanas (um mês e meio) para completar
 1468 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

1469 **Anexo 8 – Triagem neonatal: teste do olhinho, teste da orelhinha, teste na**
1470 **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

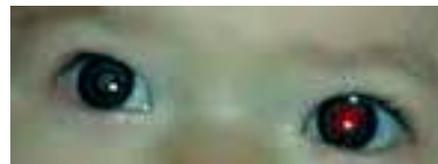


Fonte: Faculdade de Medicina de Minas Gerais

- 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 (FMUFMG, 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 as 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 frênulo 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
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.

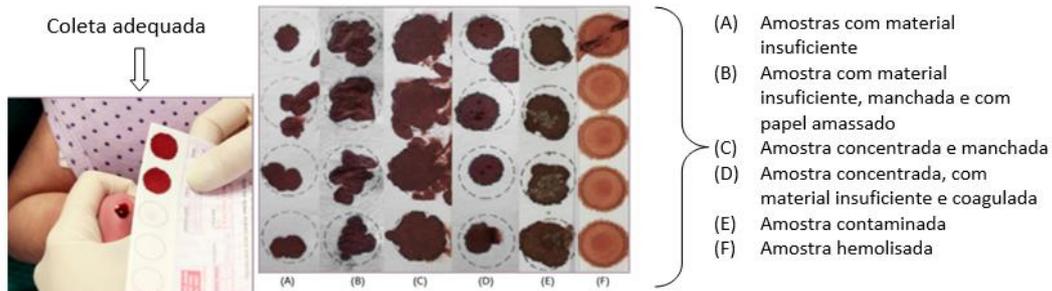
Quando requisitado uma segunda coleta pelo laboratório especializado, o responsável por essa ação no ponto de coleta deve proceder à busca ativa, orientação aos familiares, coleta e envio da nova amostra o mais breve possível ao laboratório.

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).

Consulta Pública