



PROTÓCOLOS DE
ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

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

SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

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

Protocolos de enfermagem na atenção primária à
saúde [livro eletrônico] : saúde da criança e
do adolescente / [organização Conselho Regional
de Enfermagem do Rio Grande do Sul]. -- Porto
Alegre : Conselho Regional de Enfermagem do
Rio Grande do Sul, 2020.
PDF

Bibliografia.
ISBN 978-65-88784-00-6

1. Adolescentes - Saúde 2. Crianças - Saúde
3. Cuidados primários de saúde 4. Enfermagem
5. Enfermagem - Cuidados 6. Serviços de atenção
primária I. Conselho Regional de Enfermagem do
Rio Grande do Sul.

20-45718

CDD-610.733

Índices para catálogo sistemático:

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

Cibele Maria Dias - Bibliotecária - CRB-8/9427



GESTÃO 2018-2020

DIRETORIA Presidente

Enfº Daniel Menezes de Souza

Conselheira Secretária

Enfª Nelci Dias da Silva

Conselheira Tesoureira

Técnica de Enfermagem Sandra Maria Gawlinski

CONSELHEIROS(AS) Cecília Maria Brondani - COREN-RS 036.170 - ENF

EFETIVOS(AS) Daniel Menezes de Souza - COREN-RS 105.771 - ENF

Lionel Wirth - COREN-RS 100.795 - TE

Nelci Dias da Silva - COREN-RS 054.423 – ENF

Nilza Lourenço da Silva - COREN-RS 122.365 – TE

Ricardo Arend Haesbaert - COREN-RS 035.011 - ENF

Sandra Maria Gawlinski - COREN-RS 079.040 - TE

Silvete Maria Brandão Schneider - COREN-RS 052.114 - ENF

Úrsula Adriana Sander Stüker - COREN-RS 032.284 - TE

CONSELHEIROS(AS) Adriana Aparecida Paz - COREN-RS 108.883 - ENF

SUPLENTE Carine Amabile Guimarães - COREN-RS 114.044 - ENF

Cristiane Cabral Correa - COREN-RS 191.911 - AE

Fernando Brambila Mengue - COREN-RS 320.424 - TE

João Carlos da Silva - COREN-RS 030.181 – ENF

Luiz Carlos Moraes - COREN-RS 089.768 - AE

Michele Neves Meneses - COREN-RS 188.760 - ENF

Rodrigo Carollo Sulzbach - COREN-RS 089.085 – ENF



PORTARIA COREN-RS **COMISSÃO DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA**
N.º 285/2020 **ATENÇÃO BÁSICA/PRIMÁRIA DO COREN-RS**

INTEGRANTES Carlice Maria Scherer COREN-RS 100.967 - ENF
Daniel Soares Tavares COREN-RS 436.129 - ENF
Fábio Meller da Motta COREN-RS 129.510 - ENF
Janilce Dorneles de Quadros COREN-RS 350.203 - ENF
Maristela Michelon COREN-RS 088.637 - ENF
Nelci Dias da Silva COREN-RS 54.423 - ENF
Pâmela Leites de Souza Steffen COREN-RS 285.667 - ENF
Patrícia Adriane Tondo Borba COREN-RS 69.706 - ENF
Tainá Nicola COREN-RS 218.641 - ENF
Thais Mirapalheta Longaray COREN-RS 152.625 - ENF
Vanessa Romeu Ribeiro COREN-RS 122.366 - ENF

COORDENAÇÃO **Thais Mirapalheta Longaray**
Departamento de Fiscalização

ORGANIZAÇÃO **Coren-RS**
Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

Diagramação:

Vanessa Lagemann Drehmer
Setor de Comunicação e Eventos



LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo para casos de violência e/ou maus-tratos com crianças.....62



LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Atenção à criança com queixa respiratória.....	68
Fluxograma 2 - Atenção à criança com queixa de dor de ouvido.....	71
Fluxograma 3 - Manejo da febre.....	73
Fluxograma 4 - Manejo de parasitoses.....	78
Fluxograma 5 - Manejo das queixas oculares.....	81
Fluxograma 6 - Triagem oftalmológica.....	83
Fluxograma 7 - Atenção à criança com problemas de pele.....	91
Fluxograma 8 - Atenção à criança com suspeita de anemia.....	95



LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Nível de evidência segundo sistema GRADE.....	13
Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores.....	14
Quadro 3 - Registro do Processo de Enfermagem - SOAP.....	24

SAÚDE DA CRIANÇA

Quadro 4 - Periodicidade de consultas na Atenção Primária conforme estratificação de risco.....	27
Quadro 5 - Critérios para estratificação de risco.....	29
Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta.....	32
Quadro 7 - Roteiro do exame físico para crianças de 2 a 10 anos.....	40
Quadro 8 - Observação das mamadas.....	44
Quadro 9 - Restrições ao aleitamento materno.....	46
Quadro 10 - Alimentação da criança em aleitamento materno por faixa etária.....	47
Quadro 11 - Classificação dos grupos alimentares.....	49
Quadro 12 - Diluição e reconstituição do leite para crianças menores de quatro meses não amamentadas.....	51
Quadro 13 - Alimentação da criança que recebe leite de vaca por faixa etária.....	52
Quadro 14 - Suplementação de Ferro.....	54
Quadro 15 - Suplementação de Vitamina A.....	55
Quadro 16 - Suplementação de Vitamina D em crianças com fatores de risco.....	56
Quadro 17 - Sinais de alerta para violência.....	61
Quadro 18 - Orientações de cuidados para garantir a segurança das crianças na prevenção de acidentes.....	63
Quadro 19 - Manejo da cólica infantil.....	64
Quadro 20 - Manejo da infecção de vias aéreas superiores.....	65
Quadro 21 - Manejo dos problemas respiratórios mais comuns.....	66
Quadro 22 - Identificação das principais alterações à otoscopia.....	69
Quadro 23 - Manejo da dor de ouvido.....	70
Quadro 24 - Manejo da febre.....	72
Quadro 25 - Classificação segundo o grau de desidratação.....	74
Quadro 26 - Condutas conforme o grau de desidratação em crianças.....	75
Quadro 27 - Manejo de parasitoses intestinais.....	76
Quadro 28 - Tratamento conforme a parasitose intestinal.....	77
Quadro 29 - Manejo das principais queixas oculares.....	79
Quadro 30 - Avaliação da acuidade visual por meio da Escala de Snellen.....	82



Quadro 31 - Manejo das principais lesões de pele.....	84
Quadro 32 - Manejo dos problemas mais comuns da boca.....	92
Quadro 33 - Anamnese, exame físico e sinais na suspeita de anemia.....	93
Quadro 34 - Pontos de corte dos valores séricos de hemoglobina (g/dL) para definição de anemia em crianças.....	93
Quadro 35 - Diagnósticos de Enfermagem e conduta para o quadro de anemia após confirmação laboratorial.....	94

SAÚDE DO ADOLESCENTE

Quadro 36 - Identificação de situações de risco.....	98
Quadro 37 - Maturação sexual por sexo.....	100
Quadro 38 - Problemas no desenvolvimento puberal.....	101
Quadro 39 - Orientações para promoção de alimentação saudável.....	102
Quadro 40 - Manejo de lesões bucais.....	102
Quadro 41 - Testagem para HIV e sífilis conforme a faixa etária.....	104
Quadro 42 - Manejo em situações de violência.....	106
Quadro 43 - Sinais e indícios de suspeita de violência.....	107
Quadro 44 - Manejo do sobrepeso/obesidade.....	109
Quadro 45 - Manejo da anorexia nervosa.....	110
Quadro 46 - Manejo da bulimia.....	111
Quadro 47 - Manejo da acne.....	112
Quadro 48 - Manejo do <i>bullying</i>	113
Quadro 49 - Manejo do abuso de substâncias psicoativas.....	114
Quadro 50 - Fatores de risco para suicídio.....	116
Quadro 51 - Manejo na identificação de sinais e sintomas para o risco de suicídio.....	117



LISTA DE SIGLAS

- AB** - Atenção Básica
- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AIG** - Adequado para idade gestacional
- APS** - Atenção Primária à Saúde
- AV** - Acuidade Visual
- BO** - Boletim de ocorrência
- Bpm** - Batimentos por minuto
- CDC** - *Centers for Disease Control and Prevention*
- CIAP** - Classificação Internacional de Atenção Primária
- CIPE** - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
- CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- COFEN** - Conselho Federal de Enfermagem
- COREN-RS** - Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul
- CRAS** - Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS** - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CVV** - Centro de Valorização da Vida
- DEE/RS** - Departamento de Economia e Estatística do Estado do Rio Grande do Sul
- DNV** - Declaração de Nascido Vivo
- ECA** - Estatuto da Criança e Adolescente
- FC** - Frequência cardíaca
- FR** - Frequência respiratória
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- HTLV1 e HTLV2** - Vírus T-linfotrópico humano grupos 1 e 2
- IC** - Idade corrigida
- IGHAVZ** - Imunoglobulina humana antivaricela zóster
- IMC** - Índice de massa corporal
- IST** - Infecções Sexualmente Transmissíveis
- IVAS** - Infecções de Vias Aéreas Superiores
- LGBTQIA+** - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexuais, Assexuais e +
- LSD** - Dietilamida do ácido lisérgico
- MEDLINE®** - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
- Mrpm** - Movimentos respiratórios por minuto
- MS** - Ministério da Saúde



NANDA-I® - *North American Nursing Diagnosis Association International*

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMA - Otite média aguda

OMS - Organização Mundial da Saúde

PA - Pressão arterial

PAD - Pressão arterial diastólica

PAS - Pressão arterial sistólica

PC - Perímetro cefálico

PE - Processo de Enfermagem

PEAISA - Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes

PIG - Pequeno para idade gestacional

PNAISARI - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PrEP - Profilaxia Pré-Exposição

PSE - Programa de Saúde na Escola

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RN - Recém-nascido

RS - Rio Grande do Sul

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

SES/RS - Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SOAP - Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano

SRO - Sal de Reidratação Oral

STORCH - Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VDRL - *Venereal Disease Research Laboratory*

VSR - Vírus Sincicial Respiratório

WHO - *World Health Organization*



SUMÁRIO

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS.....	13
APRESENTAÇÃO.....	19
1 INTRODUÇÃO - CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.....	20
2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	22
3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.....	25
3.1 FREQUÊNCIA DE CONSULTAS.....	27
3.2 CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA.....	29
3.3 ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA CONSULTA.....	32
3.4 CONSULTAS SUBSEQUENTES.....	40
3.4.1 Atenção à saúde bucal	42
3.5 ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE IDADE.....	44
3.5.1 Apoio ao aleitamento materno	44
3.5.2 Amamentação e o uso de medicamentos e outras substâncias	45
3.5.3 Alimentação para crianças amamentadas	47
3.5.4 Alimentação para crianças não amamentadas	50
3.6 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS.....	54
3.6.1 Suplementação de Ferro	53
3.6.2 Suplementação de Vitamina A	54
3.6.3 Suplementação de Vitamina D	55
3.7 SEGUIMENTO PARA SITUAÇÕES DE RISCO.....	58
3.7.1 Prematuridade	58
3.7.2 Recém-nascido exposto a HIV e/ou exposto à sífilis na gestação	59
3.7.3 Recém-nascido exposto à substância psicoativa na gestação	59
3.7.4 Criança exposta à toxoplasmose na gestação	59
3.7.5 Atenção à criança com microcefalia	60
3.8 REDE DE CUIDADO E DE PROTEÇÃO SOCIAL.....	61
3.8.1 Crianças e suas famílias em situações de violência	61
3.8.2 Prevenção de acidentes	62
3.9 INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE COMUNS EM CRIANÇAS.....	64
3.9.1 Cólicas no recém-nascido	64
3.9.2 Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS)	65
3.9.3 Dor de ouvido	69
3.9.4 Manejo da febre	72
3.9.5 Gastroenterite (diarreia e vômitos)	73
3.9.6 Parasitoses intestinais	76
3.9.7 Queixas oculares	79
3.9.7.1 Triagem oftalmológica	81
3.9.7.1.1 Avaliação da Acuidade Visual a partir da utilização do Teste de Snellen	82
3.9.8 Lesões de pele mais frequentes	83



3.9.9 Problemas mais comuns da boca.....	91
3.9.10 Anemia ferropriva.....	93
4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	96
4.1 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO PUBERAL.....	99
4.2 ALIMENTAÇÃO.....	101
4.3 SAÚDE BUCAL.....	102
4.4 SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA.....	104
4.4.1 Acesso a diagnóstico e tratamento para HIV/AIDS e sífilis com aconselhamento pré e pós-teste.....	104
4.4.2 Pré-natal/ parto/ puerpério.....	105
4.5 ATENÇÃO INTEGRAL EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA.....	105
4.5.1 Gravidez em decorrência da violência sexual.....	107
4.6 PRINCIPAIS AGRAVOS NA ADOLESCÊNCIA.....	109
4.6.1 Obesidade.....	109
4.6.2 Anorexia nervosa.....	110
4.6.3 Bulimia.....	110
4.6.4 Acne.....	111
4.6.5 Bullying.....	112
4.6.6 Uso/abuso de substância psicoativa.....	114
4.6.7 Violência autoinfligida/suicídio.....	115
REFERÊNCIAS.....	119
ANEXO 1 - Técnicas para rastreamento de displasia do desenvolvimento do quadril - Testes de Barlow e Ortolani.....	127
ANEXO 2 - Parâmetros referenciais para valores de PA em crianças e adolescentes.....	128
ANEXO 3 - Parâmetros referenciais para IMC em adolescentes.....	132
ANEXO 4 - Alertas e recomendações acerca da exposição digital.....	134
APÊNDICE 1 - Processo de enfermagem na consulta de puericultura.....	135
APÊNDICE 2 - Reflexos primitivos do recém-nascido.....	151
APÊNDICE 3 - Processo de enfermagem na consulta do adolescente.....	153



EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Evidências são informações cientificamente fundamentadas que justificam ações propostas para a assistência, as quais devem associar-se à experiência profissional, considerando valores, crenças e preferências do paciente, além da organização da rede de Atenção à Saúde para a tomada de decisão (OLIVEIRA, 2010). Nessa perspectiva, os protocolos de enfermagem alicerçam-se nas evidências científicas e nas especificidades locais para estabelecimento das melhores práticas no contexto da Enfermagem.

Para a estratégia de busca por evidências, foram utilizados os descritores específicos dos agravos nas bases de dados eletrônicas: PubMed, BMJ *Best Practice*, *Cochrane Library*, UptoDate, MEDLINE, Scielo, Google Scholar, *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*, *Dynamed* e TelessaúdeRS. Posteriormente, elaborou-se uma síntese com a descrição das fontes de dados, descritores, algoritmos empregados e nível de evidência de acordo com o sistema de classificação GRADE – *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE, 2014; BRASIL, 2014).

Quadro 1 - Nível de Evidência segundo Sistema GRADE

Nível de evidência	Fonte de informação
A	Qualidade de evidência alta. Resultados provenientes de ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa. Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes, como estudos de coorte prospectiva.
B	Qualidade de evidência moderada. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações leves, como imprecisão nas estimativas ou vieses no delineamento do estudo; Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes.
C	Qualidade de evidência baixa. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações moderadas; Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle, considerados altamente susceptíveis a vieses.
D	Qualidade de evidência muito baixa. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações graves; Estudos observacionais comparativos com presença de limitações; Estudos observacionais não comparados (séries e relatos de casos); Opinião de especialistas.

Fonte: Adaptado Grade, 2014; Brasil, 2014.



Quadro 2- Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (a)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de evidência *
MEDLINE <i>National Guideline Clearinghouse</i> <i>NICE Guidelines Finder</i> <i>Canadian Medical Association Practice Guidelines</i> <i>Infobase, The Cochrane Library**</i>	Limpeza do coto umbilical	Estudos que apontam para uma vantagem da utilização de antissépticos em países subdesenvolvidos, com elevadas taxas de mortalidade neonatal e em partos não hospitalares.	C
Sociedade Brasileira de Pediatria	Anemia, ferro, crianças	Profilaxia: 1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida, em aleitamento materno exclusivo ou não. Tratamento: 3 a 5 mg de ferro elementar/kg/dia por 8 semanas.	B
<i>World Health Organization</i> Ministério da Saúde	Suplementação de Vitamina D	Não existem evidências suficientes que embasem uma recomendação geral de reposição profilática de vitamina D em crianças saudáveis. A seleção de subpopulações de maior risco tem plausibilidade como opção para maximizar os benefícios. Quando houver indicação, no caso de fatores de risco para deficiência de vitamina D e raquitismo, a suplementação deverá ocorrer desde a primeira semana de vida da criança até os 12 meses de idade com dose de 400 UI ao dia . Após os 12 meses de idade, todas as crianças e adultos deveriam atender suas necessidades nutricionais de vitamina D através de dieta, exposição solar e/ou suplementação. Não é recomendado o monitoramento rotineiro de níveis séricos de vitamina D. Não se recomenda a utilização de outras formulações combinadas, como a forma líquida de vitamina A 3.000 UI + D 800 UI/ml para este fim, pois não há estudos que apoiem esse tipo de suplementação, além do risco de toxicidade crônica.	A



Quadro 2- Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (b)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de evidência *
<i>World Health Organization</i> Ministério da Saúde	Suplementação de Vitamina A	<p>Suplementação de vitamina A, na forma de megadoses, é recomendada apenas para crianças do 6º até o 59º mês de vida, nas regiões de alta prevalência de hipovitaminose A, ficando a critério do município a adesão ao programa nacional.</p> <p>O suplemento de vitamina A ou megadose utilizado na suplementação de crianças é: vitamina A na forma líquida, diluída em óleo de soja e acrescida de vitamina E, na dosagem de 100.000 UI dose única para crianças de 6 a 11 meses e 200.000 UI a cada 6 meses para crianças de 12 a 59 meses.</p> <p>Não se recomenda a utilização de outras formulações combinadas, como a forma líquida de vitamina A 3.000 UI + D 800 UI/ml para este fim, pois não há estudos que apoiem esse tipo de suplementação, além do risco de toxicidade crônica.</p>	A
<i>BMJ Best Practice</i>	Cólica, recém-nascido, bebê	<p>Avaliar pega mamária (posição/sucção), identificar e restringir laticínios e/ou orientar dieta hipoalergênica para a mãe;</p> <p>Se a cólica for leve a moderada, considerar diminuição do volume de ingesta da fórmula, e estímulo da introdução de alimentos em crianças desmamadas. A troca por derivados da proteína de vaca, por meio de fórmula hipoalergênica, está indicada nos casos mais severos de cólica e quando há presença de sinais de dermatite atópica;</p> <p>Não há evidências sobre a eficácia do uso de medicamentos para o tratamento da cólica infantil considerando os medicamentos seguros para as faixas etárias menores.</p>	C



Quadro 2- Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (c)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de evidência *
<i>BMJ Best Practice</i> PubMed	Gastroenterite diarreia, vômitos	Quantidade de solução de reidratação oral (SRO) por episódio de vômitos ou fezes diarreicas: menores de 1 ano 50 a 100 ml SRO; maiores de 1 ano: 100 a 200 ml SRO , até cessação dos vômitos e diarreia; Crianças com desidratação leve devem ser reidratadas com SRO 75 ml/kg em 4 horas ; Para lactentes amamentados, o aleitamento materno deve ser mantido durante todo o tempo; Oferecer amamentação ou mamadeiras com maior frequência a lactentes.	A
<i>BMJ Best Practice</i> MEDLINE SciELO	Febre, dor	Paracetamol solução oral 200 mg/ml 1 gota/kg/dose por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 75 mg/kg/dia OU Dipirona 500 mg/ml 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas (dose máxima por dia: 60 gotas até 6 anos, 120 gotas de 6 a 12 anos e 160 gotas para maiores de 12 anos). Contraindicado em menores de 3 meses ou menos de 5 kg. Alternar drogas antipiréticas, como acetaminofeno e ibuprofeno, é contraindicado por todos os consensos de especialistas. Drogas antipiréticas devem ser reservadas para crianças com desconforto físico ou dor. Drogas antipiréticas não previnem convulsões febris.	B
<i>BMJ Best Practice</i> Cochrane Library	Hordéolo (terçol)	Compressas mornas com gaze estéril por 10-15 minutos, 2-4x/dia.	Nenhuma evidência foi encontrada a favor ou contra a eficácia dos tratamentos comuns para hordéolo.



Quadro 2- Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (d)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de evidência *
	Blefarite	Compressas mornas 2-3x/dia para amolecimento das crostas; Remoção com auxílio de pano macio limpo (tecido tipo fralda) ou gaze; Uso de sabão não irritativo (sabonete líquido infantil) pode auxiliar na limpeza.	C
<i>BMJ Best Practice UptoDate</i>	Dermatite de fraldas, infecções dermatofíticas, intertrigo, monilíase	Dermatite leve a moderada: aplicar empiricamente creme barreira de uso tópico contendo óxido de zinco a cada troca de fraldas; Leite materno pode ser utilizado topicamente para tratamento de dermatite leve a moderada; Na presença de coinfeção fúngica; Miconazol creme dermatológico a 2% de 2 a 3x ao dia até a resolução do quadro ; Uso de pós como talcos ou amido de milho é contraindicado. Uso de corticosteroides tópicos combinados com cremes antifúngicos é contraindicado. Dermatite grave: corticoide tópico Hidrocortisona a 1%, 2x ao dia por 3 a 7 dias.	B D B C C C
<i>BMJ Best Practice UptoDate</i>	Dermatite seborreica	Pode-se aplicar óleo vegetal ou mineral antes do banho para hidratar as escamas e facilitar a queda natural. Não retirar escamas ativamente para evitar o risco de lesão e infecção secundária. Considerar tratar apenas os casos mais intensos com hidrocortisona 1% creme 1x/dia por até 7 dias; ou cetoconazol 2% xampu , aplicação no couro cabeludo 2x/semana durante 14 dias.	A C
<i>BMJ Best Practice PubMed</i>	Miliária, brotoeja	Em geral, o único tratamento e prevenção consistem em evitar o aumento da sudorese.	C



Quadro 2- Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores (e)

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de evidência *
<i>Centers for disease control and prevention (CDC)</i> <i>DynaMed</i> <i>TelessaúdeRS</i> <i>UPtoDate</i>	Pediculose	Permetrina 1% loção: fazer aplicação no couro cabeludo, nuca e atrás das orelhas, deixar agir por 10 minutos e enxaguar com água morna. Fazer remoção mecânica dos parasitas e lêndeas. Repetir uma vez em 9 dias. A permetrina pode ser utilizada a partir dos 2 meses de idade e seu uso é seguro na gestação.	A
<i>BVS APS</i> <i>Centers for disease control and prevention (CDC)</i> <i>DynaMed</i> <i>TelessaúdeRS</i>	Escabiose	Permetrina 5% loção: fazer aplicação no corpo inteiro (pescoço para baixo), deixar agir por 8 a 14 horas e enxágue no banho. Repetir a aplicação uma a duas semanas depois para maior efetividade. Em crianças menores de 2 anos, deve-se incluir o couro cabeludo, face (não aplicar na região periocular e perilabial), pescoço e orelhas. O uso da permetrina é seguro na gestação, durante a amamentação e em crianças a partir de 2 meses de vida.	A
<i>BMJ Best Practice</i> <i>Cochrane Library</i>	Varicela	Pasta d'água a base de óxido de zinco 2x/dia e tratamento de suporte sintomático com paracetamol e emolientes cutâneos pode ser suficiente para as crianças com baixo risco; Vacina de vírus vivo atenuado contra a varicela como prevenção, conforme calendário do Ministério da Saúde.	A
<i>BMJ Best Practice</i> <i>Cochrane Library</i>	Candidíase oral, monifase oral	Nistatina 100.000 UI/ml 1 ml, a cada 6 horas até 48 horas após desaparecimento de sintomas, por no máximo 14 dias.	A

- *(A) Qualidade de evidência Alta.
- (B) Qualidade de evidência Moderada.
- (C) Qualidade de evidência Baixa.
- (D) Qualidade de evidência Muito Baixa.



APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é componente estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), pois constitui a principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Atenção à Saúde (RAS). O processo de melhoria da qualidade da assistência à saúde da população e a ampliação do acesso aos serviços de saúde perpassam pela valorização e atuação dos enfermeiros neste nível de atenção. Historicamente, a Enfermagem vem contribuindo na efetivação dos princípios do SUS e na consolidação da APS, tendo papel de destaque na melhoria dos níveis de saúde das pessoas e comunidades. O perfil de gestão, cuidado e integralidade da enfermagem caracteriza uma profissão estratégica no enfrentamento de diversas condições e agravos no âmbito da saúde pública. Entretanto, persistem muitas dificuldades para a execução da prática desse profissional de forma autônoma e respeitada em seus preceitos éticos e legais, exigindo para o rompimento desse paradigma abordagens inovadoras e instrumentos que norteiem o seu fazer, como os protocolos assistenciais de Enfermagem.

A utilização de protocolos de Enfermagem está inserida em um contexto internacional para o aumento da resolutividade da atuação do enfermeiro pautada nas práticas avançadas em Enfermagem. Nesta perspectiva, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) instituiu em 2019, por meio da Decisão COREN-RS nº 85/2019, o regramento da **Comissão de Protocolos de Enfermagem na Atenção Básica/Primária**, composta por profissionais de Enfermagem com experiência e conhecimento técnico, cuja finalidade é a construção e implementação de protocolos de enfermagem para o estado do Rio Grande do Sul.

O **Protocolo de Enfermagem Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Primária à Saúde** integra o grupo de publicações do COREN-RS para orientação das consultas de Enfermagem para atendimento das principais necessidades e condições de saúde na RAS. Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987, os quais regulamentam o exercício profissional da enfermagem, e com a Resolução COFEN nº 195/1997 que dispõe acerca da solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Este protocolo visa abordar condutas e orientações técnicas para a prática de enfermagem na atenção à saúde da criança e do adolescente. Ressalta-se a necessidade de considerar para além de suas diretrizes as especificidades locais, bem como as singularidades de cada usuário para a tomada de decisão. O conteúdo poderá ser assumido na íntegra ou adaptado às diferentes realidades municipais, configurando-se como protocolo institucional.

“As diretrizes clínicas são trilhas e não trilhos”
Eugênio Vilaça Mendes



1 INTRODUÇÃO

CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

O Rio Grande do Sul (RS) é o quinto maior estado do Brasil, com extensão territorial de 281.730,2 km², ocupando mais de 3% do território brasileiro. Dividido em 497 municípios, possui 11.329.605 habitantes, o que corresponde a 6% da população nacional. A densidade demográfica é de 39,8 habitantes/km². Dos 497 municípios do estado, 387 (78%) possuem menos de 20.000 habitantes (DEE/RS, 2018).

As crianças, de 0 a 9 anos, representavam 12,3% da população do RS em 2018. Já a faixa etária de 10 a 19 anos representava 13,4% da população do RS neste ano. No mesmo período, as mulheres representavam 51,3% da população e as faixas etárias com mais de 60 anos de idade foram as que apresentaram o maior aumento ao longo dos anos, passando de 9% da população total em 1991 para 17,6% em 2018 (DEE/RS, 2018).

Apesar do número de nascimentos no estado apresentar discreta progressão ao longo da série histórica, saindo de 133.143 em 2010 para 139.849 em 2018, observa-se uma queda no coeficiente geral de natalidade no estado a partir de 2015, com diminuição progressiva a cada ano. A diminuição desse coeficiente explica a inversão da estrutura da pirâmide etária do RS, em que a base está cada vez menor e o topo aumentando, já que a expectativa de vida da população vem crescendo ao longo dos anos e o número de nascidos vivos regredindo (SES/RS, 2018a).

A proporção de baixo peso ao nascer (9,3%) e a taxa de prematuridade (11,9%) têm se mantido estáveis no RS. Valores abaixo de 10% são aceitáveis internacionalmente, embora a proporção encontrada em países desenvolvidos varie em torno de 6%. No Brasil, a taxa de prematuridade vem apresentando discreto crescimento, atingindo em torno de 11% em 2018. Essa é uma taxa alta, se comparada com países similares, sendo a prematuridade uma das principais causas de mortes de crianças no nosso país (SES/RS, 2018a).

Quanto à morbidade, no ano de 2018, 69% das internações em menores de um ano, derivaram de algumas afecções originadas no período perinatal e doenças do aparelho respiratório (36,0% e 32,6%, respectivamente). No grupo etário de um a quatro anos, 45,3% das internações e, de cinco a nove anos, 31,2%, ocorreram por doenças do aparelho respiratório. Já no grupo de 10 a 14 anos, 16,9% das internações tiveram como maior causa de internação as doenças do aparelho digestivo e, de 15 a 19 anos, 47,4% tiveram como causa gravidez, parto e puerpério (SES/RS, 2018a).



Com relação à mortalidade infantil, o RS apresentou uma taxa de 9,72% em 2018. Os mais elevados índices de mortalidade infantil concentram-se nas macrorregiões sul (12,63%) e centro-oeste (11,67%) do estado. A maioria dos óbitos ocorre nos primeiros seis dias de vida e em recém-nascidos com menos de um quilo. A redução da mortalidade, predominantemente perinatal, passa necessariamente por ações de qualificação dos atendimentos pré-natal, parto e nascimento em serviços com infraestrutura adequados (SES/RS, 2018a).

Já quanto à mortalidade por grupo etário e causa, em 2018 58% dos óbitos de menores de um ano derivaram de algumas afecções originadas no período perinatal. No grupo etário de um a quatro anos, 26,0% dos óbitos e, no grupo de cinco a nove anos, 28,7% dos óbitos ocorreram por causas externas de morbidade e mortalidade. Já no grupo de 10 a 14 anos, 39,5% dos óbitos e, no grupo de 15 a 19 anos, 74,6% dos óbitos foram por causas externas de morbidade e mortalidade (SES/RS, 2018a).

Diante do exposto, os profissionais da Atenção Primária à Saúde devem considerar a realidade local, com base em indicadores sociodemográficos, epidemiológicos, econômicos, culturais, bem como a situação de saúde da população, instituindo diretrizes de acesso, processo e resolutividade, para buscar a modificação dos indicadores de saúde. Nesse sentido, é um desafio para a APS ampliar o acesso às gestantes, recém-nascidos, crianças e adolescentes, integrando o cuidado com o desenvolvimento de estratégias de promoção e prevenção, em que o enfermeiro tem papel fundamental.



2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, viabilizando a implementação do Processo de Enfermagem (PE), que deve ser realizado de modo sistemático e deliberado, em ambientes públicos ou privados conforme previstos na Resolução COFEN nº 358/2009. As etapas do PE estão descritas a seguir:

- **Coleta de dados ou Histórico de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.
- **Diagnóstico de Enfermagem:** processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença. Constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.
- **Planejamento de Enfermagem:** determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.
- **Implementação:** realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.
- **Avaliação de Enfermagem:** processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e também de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

O PE deve estar baseado num suporte teórico que visa direcionar a prática profissional mediante valores e referenciais propostos. O alinhamento das práticas de enfermagem, a partir dos pressupostos de uma teoria, garante coerência, determina a finalidade da assistência e possibilita a implementação de cuidados efetivos, eficientes e seguros, com foco no usuário (TANNURE; PINHEIRO, 2019).

Conforme Tannure e Pinheiro (2019), as teorias podem ser entendidas como um conjunto de informações sistemáticas, associadas à questões importantes de uma profissão, e ressaltam que a falta de uma teoria para orientar a assistência “favorece a aplicação do processo de enfermagem pautado no modelo biomédico; o que, por sua vez, pode fazer com que demandas apresentadas pelos usuários



não sejam supridas em sua totalidade” (p. 03).

Na consulta de enfermagem na APS, estão previstos solicitação de exames de rotina e complementares, prescrição de medicamentos e encaminhamentos de usuários a outros serviços, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores de todas as esferas governamentais. Tais ações estão também na Política Nacional da Atenção Básica, Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a). Essas práticas estão fundamentadas na Lei nº 7.498/1986 e no Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem e, na Resolução COFEN nº 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotinas e complementares.

Os registros de enfermagem são parte integrante do PE e imprescindíveis no processo do cuidado, na medida em que possibilitam a comunicação da equipe de saúde, dão visibilidade e valorização ao trabalho da enfermagem, assim como respaldo técnico e legal. Estão regulamentados conforme Resolução COFEN nº 514/2016, a qual aprova o Guia de recomendações para o registro de Enfermagem, Resolução COFEN nº 429/2012 que 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 - e Decisão COREN-RS nº 53/2016 que normatiza os registros de enfermagem no estado do Rio Grande do Sul.

Para registro da consulta de enfermagem no prontuário, recomenda-se que o processo de enfermagem seja documentado por meio da utilização dos campos ‘Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano (SOAP)’ e uso de taxonomias de Enfermagem específicas reconhecidas como a classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) e a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE).

Além das taxonomias de enfermagem, no prontuário eletrônico e-SUS APS é necessária para construção/atualização da Lista de Problemas a utilização da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) que se caracteriza como uma ferramenta de registro multiprofissional. Os sistemas padronizados de registro contribuem de forma a facilitar a comunicação entre os profissionais e a obtenção de dados clínicos sob a ótica da longitudinalidade e do olhar integral em saúde (COREN/SC, 2017; MENDES, 2019).



Quadro 3 - Registro do Processo de Enfermagem – SOAP

ETAPA	SOAP	PROCESSO DE ENFERMAGEM
S - SUBJETIVO	Informação colhida na entrevista, problema relatado	Histórico de enfermagem
O - OBJETIVO	Dados do exame físico, exames	Histórico de Enfermagem – Exame físico
A - AVALIAÇÃO	Avaliação dos Problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem
P - PLANO	Implementação	Intervenções de Enfermagem Avaliação de Enfermagem

Fonte: Adaptado Coren-SC, 2015.

A Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I possibilita uma maneira de classificar e categorizar áreas de preocupação de um enfermeiro em sua prática (NANDA-I, 2018). A utilização da NANDA-I é apropriada para o planejamento do cuidado, pois possibilita documentação clínica, facilita a comunicação entre os profissionais e adequada para a integração de dados em sistemas.

A CIPE é um instrumento que provê dados à representação da prática de enfermagem nos Sistemas de Informação em Saúde. Consolida-se como um sistema unificado da linguagem de enfermagem, capaz de comunicar e comparar dados entre diversos contextos, países e idiomas. Contém termos distribuídos em seus eixos para a composição de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, conforme a área de atuação do enfermeiro (COREN/SC, 2017).

Em consonância com o Parecer Técnico COREN-RS nº19/2016, a Classificação Internacional em Atenção Primária (CIAP-2) é um item de preenchimento obrigatório que se encontra no e-SUS APS e poderá ser utilizada como um sistema de classificação de problemas, entretanto ele não corresponde ou substitui o Diagnóstico de Enfermagem, e há necessidade de complementá-lo com o uso dos demais sistemas de classificação utilizados pelos Enfermeiros (NANDA-I, CIPE). A CIAP-2 oferece nomenclaturas multiprofissionais, cabendo ao Enfermeiro utilizar as taxonomias no âmbito de sua atuação profissional.

Diante disso, a atenção à saúde da criança e do adolescente abordada neste protocolo consiste, entre outros, na avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento, estado nutricional, situação vacinal, condição social, clínica e psíquica, estratificação de risco e avaliação de vulnerabilidades. Esse acompanhamento pode ser realizado em consultas de Enfermagem na unidade de saúde, em visitas domiciliares e/ou grupos educativos.



3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Tainá Nicola¹
Janilce Dorneles de Quadros²
Pâmela Leites de Souza Steffen³
Carlice Maria Scherer⁴
Thais Mirapalheta Longaray⁵
Daniel Soares Tavares⁶
Maristela Michelin⁷
Vanessa Romeu Ribeiro⁸
Patrícia Adriane Tondo Borba⁹
Fábio Meller da Motta¹⁰

A equipe de enfermagem possui competência técnica e legal para ofertar cuidados na APS, no sentido de contribuir com mudanças nos indicadores de saúde, como a redução da morbimortalidade, mediante o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Neste sentido, dentre as atribuições da Equipe de Enfermagem na assistência à saúde da criança, estão:

- Acolher a família, buscando identificar e esclarecer suas dúvidas, avaliar riscos e realizar encaminhamentos necessários;
- Verificar realização dos testes de triagem neonatal;

1Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS)

2Enfermeira. Especialista. SES-RS

3Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

4Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio

5Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

6Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Mauá

7Enfermeira. Especialista. GHC

8Enfermeira. Especialista. SMS de Rio Grande

9Enfermeira. Especialista. SMS de Dilermando de Aguiar

10Enfermeiro. Especialista. Coren-RS



- Preencher a Caderneta de Saúde da Criança, com os dados antropométricos no gráfico de crescimento (após mensuração e pesagem em consulta), ensinando os responsáveis pela criança como interpretá-los e informar sobre a importância dos mesmos;
- Orientar e acompanhar as atividades relacionadas à promoção do potencial de desenvolvimento da criança e à detecção de problemas;
- Orientar alimentação saudável, informando os responsáveis pela criança quanto ao seu preparo e oferta;
- Prestar cuidados e orientações de enfermagem, inclusive nas intercorrências;
- Promover orientação e acompanhamento sobre aleitamento materno;
- Monitorar a frequência do comparecimento da criança conforme calendário, estratificação de risco ou necessidade, realizando busca ativa de faltosos ou supervisionando a realização da mesma;
- Realizar procedimentos técnicos regulamentados no exercício de sua profissão;
- Promover visitas domiciliares às crianças quando indicado ou necessário;
- Promover atividades educativas na UBS e na comunidade, tanto individuais quanto coletivas;
- Promover e participar de atividades de educação permanente em serviço;
- Realizar planejamento, monitoramento e avaliação das ações por meio dos indicadores de saúde da criança;
- Monitorar o vínculo das crianças através da Declaração de Nascido Vivo e se necessário, realizar busca ativa;
- Realizar acolhimento à demanda espontânea e atividades programáticas;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.



3.1 FREQUÊNCIA DE CONSULTAS

Com base nas orientações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, sugere-se a seguinte periodicidade das consultas conforme estratificação de risco (BRASIL, 2012a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; RIO GRANDE DO SUL, 2019):

Quadro 4 - Periodicidade de consultas na Atenção Primária, conforme estratificação de risco

Risco	Faixa etária	Nº de consultas	Quando?
Risco habitual	1º ano de vida	7	1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês.
	2º ano de vida	2	18º e 24º mês.
	A partir do 2º ano de vida	1	Consultas anuais próximas ao mês do aniversário.
Médio e alto risco	1º ano de vida	12	1ª semana, 1º mês, 2º mês, 3º mês, 4º mês, 5º mês, 6º mês, 7º mês, 8º mês, 9º mês, 10º mês e 12º mês.
	2º ano de vida	4	15º mês, 18º mês, 21º mês e 24º mês.
	A partir do 2º ano de vida	2	Consultas semestrais.

Fonte: Adaptado Brasil, 2012a; SBP, 2012; Rio Grande do Sul, 2019.

Essa é uma proposta mínima de acompanhamento da criança a ser realizado pelo enfermeiro e pelo médico da Unidade de Saúde, de maneira intercalada, sendo preconizado o atendimento por um dos profissionais a cada mês ou pelos dois profissionais em interconsulta. As equipes devem definir seu cronograma de acordo com a disponibilidade de recursos humanos, a composição etária da população e a realidade epidemiológica. Outros momentos de avaliação ocorrerão conforme as necessidades em saúde.

Cabe destacar que algumas crianças necessitam de maior atenção e devem ser vistas com maior frequência. O acompanhamento de recém-nascido de risco, de acordo com os critérios do



Ministério da Saúde, deverá ser mensal. Recomenda-se a necessidade da visita domiciliar para todas as crianças na primeira semana de vida/e ou após alta hospitalar (BRASIL, 2012a).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) prevê a implantação de UBS nas unidades prisionais. Dessa forma, as equipes multiprofissionais se propõem a desenvolver ações de promoção de saúde, como: acesso ao pré-natal qualificado, orientações sobre o planejamento reprodutivo, estímulo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil através da Caderneta de Saúde da Criança e fortalecimento do vínculo afetivo.



3.2 CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA

As condições de risco apresentadas pela criança devem ser avaliadas desde o momento da alta da maternidade, em todos os contatos da criança com o serviço de saúde. Os riscos podem ser identificados na maternidade, na visita domiciliar ou nos atendimentos individuais na unidade de saúde.

Sugere-se os seguintes critérios para estratificar o risco em crianças de 0 a 3 anos (ESPIRÍTO SANTO, 2017; RIO GRANDE DO SUL, 2019):

Quadro 5 - Critérios para estratificação de risco (a)

RISCO	FATORES	PONTO DA REDE
Risco Habitual	Risco inerente ao ciclo de vida da criança. <ul style="list-style-type: none">- Baixo peso ao nascer (2.000 a 2.500 g)- Prematuridade tardia: 35-36 semanas- Criança sem realização de triagem neonatal- Desmame antes do 6º mês de vida- Desnutrição ou curva pondero-estatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais- Sobrepeso- Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado- Cárie precoce	Cuidado na Atenção Primária
Médio risco (dois ou mais fatores)	Fatores sócio-familiares: <ul style="list-style-type: none">- Mãe adolescente (menor que 18 anos)- Mãe analfabeta ou com menos de 4 anos de estudo- Mãe sem suporte familiar- Chefe da família sem fonte de renda- Mãe com menos de 4 consultas pré-natal- Mãe com antecedente de um filho nascido morto- Mãe com história de exantema durante a gestação- Óbito de irmão menor que 5 anos por causas evitáveis- Gravidez e/ou criança manifestadamente indesejada- Depressão pós-parto ou doença psiquiátrica- Transtorno mental severo, deficiência ou doença neurológica de um dos pais- Pais/responsáveis com dependência de álcool/drogas- Mãe ausente por doença, abandono ou óbito- Indícios de violência- Mãe e/ou pai privados de liberdade	Cuidado na Atenção Primária, compartilhado com outros serviços da rede (NASF, CRAS, CREAS, etc.)



Quadro 5 - Critérios para estratificação de risco (b)

RISCO	FATORES	PONTO DA REDE
Alto risco (um ou mais fatores)	<ul style="list-style-type: none">- Afecções perinatais e malformações congênitas- Baixo peso ao nascer (<2.000 g)- Prematuridade ≤34 semanas- RN com perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC e/ou alterações neurológicas do Sistema Nervoso Central: dependendo de sua etiologia, esta pode ser associada a malformações estruturais do cérebro, com repercussões no desenvolvimento (BRASIL, 2016)- Asfixia perinatal e/ou apgar ≤6 no 5º minuto- Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransusão- Infecções do grupo STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus) + HIV + Zika confirmadas ou em investigação- Doença genética, malformações congênitas, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica- Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal, ao nascer- Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária- Sinais evidentes de violência- Desnutrição grave- Obesidade- Intercorrências repetidas com repercussão clínica- Três ou mais internações nos últimos 12 meses	Cuidado compartilhado entre a Atenção Primária (por meio de consultas e visitas domiciliares) e a Atenção Especializada
Gestão de caso	<p>A gestão de caso é uma tecnologia da gestão da clínica que se indica aos usuários com condições de saúde de alta complexidade. Trata-se de um processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso, o usuário, sua família e a rede de suporte social. O processo da gestão de caso envolve as etapas: seleção do caso, identificação do problema, elaboração e implantação do plano de cuidado e monitoramento do plano de cuidado (MENDES, 2015).</p> <p>Sugere-se, assim, que para os casos complexos, o cuidado seja compartilhado com diversos pontos da Rede de Atenção conforme necessidade, além da elaboração de Projeto Terapêutico Singular.</p>	

Fonte: Adaptado SES/ES, 2017; Brasil, 2018^a; Rio Grande do Sul, 2019.



Os recém-nascidos de alto risco merecem ainda maior destaque, pois além da necessidade de cuidados pela equipe de APS, com muita frequência demandam atendimento especializado por profissionais habilitados.

Um dos atributos essenciais da Atenção Primária é a coordenação do cuidado, a qual implica na adequada e eficiente troca de informações, como nas ferramentas de referência e contrarreferência (TAKEDA, 2013). O compartilhamento de informações e a corresponsabilização entre os diferentes níveis de atenção à saúde são fundamentais para a continuidade do cuidado da criança e família, em especial, às que apresentam situações de risco. Portanto, de acordo com a conformação do território e a organização da rede local de saúde sugere-se aos serviços e equipes o estabelecimento e/ou efetivação de estratégias para a coordenação do cuidado, priorizando a realização de referência e contrarreferência com vistas à integralidade da atenção.



3.3 ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA CONSULTA

Os profissionais de saúde devem atender as crianças e seus responsáveis, oferecendo uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética. A primeira consulta do recém-nascido oportuniza a oferta de um conjunto de ações de saúde essenciais na APS, sendo o primeiro contato após a alta da maternidade, com o intuito de assegurar atendimento ao binômio mãe-bebê já na primeira semana.

Tais ações visam garantir a vinculação da família de forma precoce, permitindo a detecção de dificuldades e necessidades particulares do binômio e de riscos e vulnerabilidades familiares, traduzindo-se no “5º Dia de Saúde Integral”, estratégia prevista na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2018b).

O apêndice 1 apresenta o roteiro para primeira consulta do recém-nascido pelo Enfermeiro. Além disso, deve atentar-se para:

- Escuta qualificada às queixas, intercorrências e necessidades em saúde referidas pelos acompanhantes;
- Realizar exame físico completo na primeira consulta de puericultura, que inclui desde a verificação do estado geral, dados antropométricos, avaliação detalhada das peculiaridades fisiológicas e anatômicas, até a verificação dos reflexos próprios do recém-nascido, conforme quadro abaixo:

Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (a)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
Peso, comprimento e perímetro cefálico	<ul style="list-style-type: none">- Verificar e registrar os dados de peso, comprimento e perímetro cefálico na curva de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança.- Considera-se normal uma perda de peso de até 10% ao nascer e sua recuperação até o 15º dia de vida.- O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios-padrão (< -2 ou > +2 escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, que exigem avaliação e encaminhamento. Microcefalia (IG 37 semanas ou mais): PC menor ou igual a 31,5 cm para meninas e 31,9 cm para meninos.



Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (b)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
Estado geral	<ul style="list-style-type: none">- Realizar o exame físico geral que é de suma importância na avaliação clínica do RN. Por vezes traz mais informações que o exame físico especial.- Avaliar a postura normal do recém-nascido: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e o rosto, geralmente, dirigido a um dos lados.- Avaliar o aspecto geral, a atividade, a intensidade do choro, a movimentação e o estado de hidratação são informações que devem constar no exame físico geral. O RN apresenta normalmente choro forte, de timbre variável; o choro fraco ou gemência podem estar presentes nas infecções e no desconforto respiratório. Choro monótono, agudo, intermitente (grito cerebral) pode ser encontrado em lesões neurológicas graves.- Identificar sinais de desidratação e/ou hipoglicemia: pouca diurese, ingestão inadequada (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia.- Atentar para a temperatura axilar normal que fica entre 36,4°C e 37,5°C e não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de risco, como febre materna durante o parto.
Face	- Pesquisar assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica.



Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (c)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
Pele	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar: textura, umidade, cor, presença de mancha mongólica, presença de icterícia, presença de anomalias. - Avaliar equimoses e petéquias: equimoses são manchas comuns nos RN, sobretudo nos prematuros, e sua localização depende da apresentação e dos traumas sofridos, especialmente durante o parto. Equimose situada na face tem aspecto de cianose localizada e é chamada de máscara cianótica ou equimótica, geralmente sem relevância clínica. Petéquias localizadas, especialmente se restritas ao rosto, não são motivo de preocupação, mas quando generalizadas devem ser investigadas. A reabsorção do sangue extravasado pode contribuir para o aumento tardio dos níveis de bilirrubina. - Avaliar presença de Edema: se for generalizado, avaliar doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de coloides ou cristaloides em excesso, insuficiência cardíaca, sepse; se for localizado, sugere trauma de parto. - Avaliar Palidez: sangramento, anemia, vasoconstricção periférica ou sinal de arlequim - palidez em um hemisorço e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora e sem repercussão clínica. - Avaliar Cianose: se for generalizada, avaliar doenças cardiorrespiratórias graves; se for localizada nas extremidades ou na região perioral, avaliar hipotermia. - Avaliar Eritema tóxico: acomete 30 a 72% dos recém-nascidos. Etiologia desconhecida, relacionado à imaturidade dos folículos pilosebáceos. Podem estar presentes no nascimento, mas geralmente aparecem em 24 a 48 horas. A erupção se resolve em 5 a 7 dias, assim, esclarecer à família quanto à benignidade do eritema tóxico. - Avaliar Hemangioma: o hemangioma infantil é um tumor benigno. As lesões podem raramente estar presentes ao nascimento, mas praticamente todos os hemangiomas estão visíveis ao final do primeiro mês de vida. As lesões de pequenas dimensões e não ulceradas, que não apresentem risco de comprometimento estético e não prejudiquem o funcionamento de um órgão, podem ser simplesmente acompanhadas em intervalos regulares (SBD, 2019). - Avaliar Icterícia: atentar caso a icterícia tenha se iniciado nas primeiras 24 horas ou depois do 7º dia de vida. Caso tenha duração maior do que uma semana no recém-nascido a termo, duração maior do que duas semanas no prematuro e se a tonalidade for amarela com matiz intenso ou se espalhar pelo corpo, atingindo pernas e braços. SINAIS DE ICTERÍCIA: o enfermeiro deve examinar a criança com pele amarelada sob a luz solar. A icterícia é clinicamente visível quando os níveis de bilirrubina estão acima de 4-5 mg/dL. Se a área icterícia se localiza abaixo do umbigo até extremidades (região palmar e plantar), considera-se como doença neonatal muito grave e a criança precisa de tratamento urgente: encaminhar para internação hospitalar. Se a área icterícia se localiza apenas em face e tórax, pode tratar-se de uma icterícia fisiológica e necessitará ser avaliada em dois dias, para observar se a área icterícia se estendeu além do umbigo ou para as extremidades (BRASIL, 2012b). - Pesquisar a possível presença de assaduras, pústulas (impetigo) e bolhas palmo-plantares (sífilis).



Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (d)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
Crânio	<ul style="list-style-type: none">- Iniciar o exame verificando assimetrias. A seguir, faz-se a palpação das suturas cranianas. São comuns as sobreposições das bordas dos ossos do crânio (cavalgamentos), especialmente no parto normal, as quais desaparecem em poucos dias, bem como as disjunções de suturas, sem qualquer expressão patológica.- Examinar as fontanelas: a fontanela anterior mede de 1 cm a 4 cm, tem forma losangular. Fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior é triangular, mede cerca de 0,5 cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas.- Avaliar bossa serossanguínea e cefalohematomas: desaparecem espontaneamente.
Olhos	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar reflexo fotomotor: projeta-se um feixe de luz em posição ligeiramente lateral a um olho. A pupila deve se contrair rapidamente. O teste deve ser repetido no outro olho, devendo ser comparado com o primeiro. Avalia basicamente a estrutura anatomofuncional.- Avaliar a realização do teste do reflexo vermelho ou Bruckner test: Se for notado um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, a criança deverá ser avaliada por um oftalmologista com urgência, pois poderá ter problemas como: catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade.- Avaliar Conjuntivas: as pálpebras podem estar edemaciadas após medicamentos utilizados na maternidade (pela reação ao nitrato de prata a 1%, se utilizado, caso o local não disponha da pomada de eritromicina a 0,5% ou tetraciclina a 1%, recomendados para profilaxia da oftalmia neonatal) e a regressão é espontânea em 24 h a 48 h. A presença de secreção purulenta evidencia uma conjuntivite e, principalmente no RN, é importante descartar a infecção por gonococo, clamídia e herpesvírus. A conduta adequada é coletar a secreção e solicitar exame bacteriológico e bacterioscópico. A coleta pode ser feita do fundo de saco, com espátula para swab, e encaminhada ao laboratório de microbiologia em meio de cultura, e após o resultado encaminhar para avaliação médica.- Avaliar Estrabismo (ou esotropia) e nistagmo lateral são comuns nesta fase, devendo ser reavaliados posteriormente. Os recém-nascidos podem apresentar eventualmente algum tipo de desvio ocular, pois a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses. Raramente o estrabismo congênito tem seu diagnóstico feito antes dos 6 meses de vida. A idade ideal para o encaminhamento é a partir dos 4 meses.
Ouvidos e audição	<ul style="list-style-type: none">- Verificar: forma, a consistência, simetria e implantação dos pavilhões auriculares, e a presença de condutos auditivos externos, fístulas retroauriculares e apêndices pré-auriculares.- Orientar a família para a realização da triagem auditiva neonatal universal (Tanu) ou “teste da orelhinha”.



Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (e)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
Nariz	<ul style="list-style-type: none">- 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.- Atentar para a presença de coriza mucoide, mucopurulenta ou mucopiosanguinolenta, que é rara e sugere o diagnóstico de sífilis congênita (geralmente em torno da segunda semana de vida).
Boca	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar alterações morfológicas que possam representar dificuldade na pega durante a amamentação, o que exigirá suporte e acompanhamento adequados. Observe a úvula, o tamanho da língua (macroglossia), o palato, a gengiva, o freio lingual e a coloração dos lábios.
Pescoço	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar a assimetria facial e a posição viciosa da cabeça. O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária correção cirúrgica (protelada até os três anos de idade).
Tórax e aparelho respiratório	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar a assimetria, pois ela sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal.- Apalpar as clavículas, para avaliar se há fraturas que poderiam acarretar diminuição ou ausência de movimentos do braço; caso houver fratura encaminhar para consulta médica.- Orientar a família para a involução espontânea de mamas, que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos).- Observar a frequência respiratória (FR), que é basicamente abdominal e deve estar entre: De 0 a 2 meses: até 60 mrpm De 3 a 11 meses: até 50 mrpm- Observar possíveis sinais de sofrimento respiratório (tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor). A palpação, percussão e ausculta devem ser feitas em toda a área de extensão do parênquima pulmonar.



Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (f)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
Aparelho cardiocirculatório	<ul style="list-style-type: none">- Verificar a frequência cardíaca (FC), que normalmente varia entre: Recém-nato: 70 a 170 bpm (média de 120) Aos 11 meses: 80 a 160 bpm (média de 120) 2 anos: 80 a 130 bpm (média de 110)- Avaliar a presença de taquicardia. Observar a possível presença de cianose, abaulamento precordial, turgência jugular, ictus cordis e sopros cardíacos. Verificar também os pulsos periféricos.- Na ausculta cardíaca do RN, sopros ou arritmias podem ser transitórios.
Abdome	<ul style="list-style-type: none">- Verificar à inspeção, se o abdome do RN apresenta-se semigloboso, com perímetro abdominal cerca de 2 a 3 cm menor que o cefálico.- Observar a forma do abdome: se estiver dilatado, pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução ou perfuração abdominal; se estiver escavado, pode indicar hérnia diafragmática.- Verificar a presença de hérnias inguinal e umbilical. Os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento. Já os casos de hérnia umbilical, aguarda-se sua regressão espontânea até 12 meses, dependendo do tamanho da hérnia.- Verificar a presença de granuloma umbilical após a queda do coto. Se a região umbilical apresentar secreção purulenta na base do coto, com edema e hiperemia da parede abdominal, o achado indica onfalite (infecção de alto risco para a criança) e, portanto, deve-se encaminhar para a emergência.- Observar quanto à eliminação de mecônio que costuma ocorrer nas primeiras 24 a 36 horas de vida. Trata-se de material viscoso, verde-escuro, composto por sais biliares, células epiteliais de descamação, sucros digestivos e lanugo.



Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (g)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
Genitália	<p>- A primeira diurese costuma ocorrer na sala de parto ou nas primeiras 48 h. Em mais de 90% ocorrem nas primeiras 24 h. Eventualmente observam-se manchas avermelhadas nas fraldas, que devem-se à presença de uratos na urina e não tem repercussão clínica.</p> <p>- Genitália masculina: apalpar a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos. A criptorquidia é uma anomalia congênita, que ocorre quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do recém-nascido; a mãe/responsável pode ser informado de que se trata de uma situação comum, especialmente em prematuros (9,2% a 30%). Os testículos migram para a bolsa escrotal até os 3 meses de vida, quando o caso deverá ser reavaliado. Se aos 6 meses os testículos não forem apalpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para avaliação médica e tratamento;</p> <p>- O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza hidrocele, que em geral tem regressão lenta, com resolução espontânea, até os 2 anos de idade da criança;</p> <p>- A fimose é fisiológica ao nascimento. Deve-se observar a localização do meato urinário para excluir a possibilidade de hipospádia ou epispádia.</p> <p>- Genitália feminina: os pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes. Pode haver secreção esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolve espontaneamente. Atentar para a sinéquia vaginal, presença de aderência de pequenos lábios, orientar a higiene adequada e a observação contínua do local, quando criança assintomática e sem complicações, pois a resolução pode ser espontânea com a higiene local e a retirada das fraldas. Na criança sintomática com complicações como dificuldade para urinar, prurido, ardência, infecção urinária e vulvovaginites, encaminhar para avaliação médica;</p> <p>- É importante observar os orifícios uretral e vaginal. Anomalias anorretais podem levar à eliminação de mecônio pela vagina ou uretra.</p>
Ânus e reto	<p>- Realizar exame do orifício anal obrigatoriamente, podendo-se detectar anomalias anorretais e fístulas. Faz-se apenas a inspeção visual. Não se recomenda de rotina, toque ou introdução de sonda retal para verificação de sua permeabilidade.</p>



Quadro 6 - Roteiro para realização do exame físico na primeira consulta (h)

Tópicos do Exame Físico	Ações Específicas
Sistema osteoarticular	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar cuidadosamente a presença de deformidades ósseas, inadequações de mobilidade e dor à palpação de todos os ossos e articulações do RN.- Examinar os membros superiores e inferiores, para avaliar sua resistência à extensão, a flexão dos membros, a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia.- Identificar a provável presença de pé torto, que pode ser posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) ou pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênitas. O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação, avaliar necessidade de consulta médica para encaminhamento ao ortopedista.- Verificar a presença de displasia evolutiva do quadril realizando os testes de Ortolani e de Barlow (anexo 1). Há conflito na literatura sobre a efetividade na redução de desfechos clínicos com o rastreamento para displasia de quadril, embora os protocolos recomendem sua realização, devido à importância do diagnóstico precoce (antes dos 3-6 meses).
Coluna vertebral	<ul style="list-style-type: none">- Examinar toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média.
Avaliação neurológica	<ul style="list-style-type: none">- Iniciar o exame físico geral do RN, simultaneamente com a avaliação neurológica, pois postura, movimentação espontânea, resposta ao manuseio e choro são parâmetros importantes dessa avaliação. <p>AVALIAÇÃO DOS REFLEXOS PRIMITIVOS (apêndice 2): Os reflexos primitivos são respostas involuntárias a determinados estímulos externos padronizados para avaliação neurológica, presentes do nascimento ao longo dos primeiros meses de vida. A persistência dessas respostas além do período previsto para cada caso indica disfunção neurológica a ser investigada a partir de encaminhamento para consulta médica.</p>

Fonte: Brasil, 2011a; Brasil, 2012b; Brasil, 2018b; SES/PR, 2019.



3.4 CONSULTAS SUBSEQUENTES

O acompanhamento periódico da saúde da criança – puericultura - permite que se mantenha a vigilância sobre o crescimento físico, o desenvolvimento e a relação cuidadores e criança. É fundamental que o profissional e a família estabeleçam uma relação de vínculo e confiança ao longo do acompanhamento. Através das consultas de seguimento preconizadas, são oportunizadas a oferta de imunizações e de orientações de promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2012a).

O enfermeiro pode guiar-se pelo roteiro disposto no apêndice 1 para consulta de enfermagem a crianças até dois anos. Acima dessa faixa etária deve seguir o acompanhamento, anualmente, ou conforme necessidade, realizando exame físico completo a cada consulta, conforme quadro abaixo:

Quadro 7. Roteiro do exame físico para crianças de 2 a 10 anos (a)

Tópico do Exame Físico	Ação
Estado Geral	Realizar anamnese e exame clínico; Avaliar presença de fatores de risco; Avaliar crescimento, desenvolvimento e estado nutricional; Avaliar e orientar quanto à imunização; Avaliar e orientar sobre queixas e intercorrências; Avaliar e orientar quanto à alimentação e condições de higiene.
Controle de sinais	Aferir: temperatura, frequência cardíaca e respiratória.
Pressão Arterial (PA)	A partir dos 3 anos: medir PA anualmente, com método auscultatório, e tamanho de manguito adequado - largura da bolsa inflável de 40% da circunferência no ponto médio entre o acrômio e o olécrano e comprimento de 80-100% da circunferência do braço - posição sentada, pés e costas apoiados, aferir no braço direito , apoiado na altura do coração. Crianças e adolescentes são considerados hipertensos quando PAS e/ou PAD forem superiores ao percentil (p) 95 , de acordo com idade, sexo e percentil de altura, em pelo menos três ocasiões diferentes. Define-se como Pré-Hipertensão , PAS/PAD \geq p 90 < p 95 e \geq 120/80 mmHg e < p 95 em adolescentes. Tabelas de referência no anexo 2. Pode-se utilizar também, aplicativos para dispositivos móveis: <i>PA Kids</i> e <i>Ped(z)</i> . Se alteração de PA, encaminhar para avaliação médica.



Quadro 7. Roteiro do exame físico para crianças de 2 a 10 anos (b)

Tópico do Exame Físico	Ação
Dados antropométricos	Verificar estatura, peso e índice de massa corporal - IMC, conforme curvas de crescimento do Ministério da Saúde (MS).
Exame da cabeça e pescoço	Observar anormalidades.
Olhos	A partir dos 3 anos: exame da acuidade visual (escala de Snellen, descrito no capítulo 12.7.1.1).
Boca e faringe	Observar aspecto das tonsilas (tamanho, cor) e suas anormalidades. Observar dentição e alterações na cavidade oral.
Orelha	Observar anormalidades.
Tórax	Observar forma, simetria e mamilos. Ausculta pulmonar: observar FR, desconforto respiratório e anormalidades. Valores de referência para FR: De 12 meses a 5 anos: 40 mrpm De 6 a 8 anos: até 30 mrpm Acima de 8 anos: até 20 mrpm Ausculta cardíaca: ritmo, frequência e presença de sopros. Valores de referência de FC: 2 anos: de 80 a 130 bpm (média 110bpm) 4 anos: de 80 a 120 bpm (média 100bpm) 6 anos: de 75 a 115 bpm (média 100bpm) 8 anos: de 70 a 110 bpm (média 90bpm) 10 anos: de 70 a 110 bpm (média 90bpm)
Abdome	Abdome normal: deve ser depressível, indolor, sem massas palpáveis ou visceromegalias e ruídos hidroaéreos presentes.
Pele e mucosas	Avaliar hidratação, coloração (corada, pálida, icterica ou cianótica) e presença de lesões.
Genitália	Meninos: observar hérnias inguinais, aderência no prepúcio e fimose. Testículos devem estar tópicos (na bolsa escrotal). Os testículos devem migrar para a bolsa escrotal até os 6 meses de vida; na presença de anormalidade, a criança deve ser encaminhada para avaliação médica e tratamento. Meninas: exame em caso de queixa clínica.
Membros	Observar alterações e deformidades.

Legenda: PA - pressão arterial; PAS - pressão arterial sistólica; PAD - pressão arterial diastólica; FR - frequência respiratória; MRPM - movimentos respiratórios por minuto; FC - frequência cardíaca; BPM - batimentos por minuto

Fonte: Brasil, 2012a; Brasil, 2016a; Malachias et al., 2016.



Para realizar o exame físico em crianças menores pode-se utilizar recursos lúdicos, como o uso de brinquedos ou com os próprios objetos de exame. É necessário avisar sobre todos os procedimentos, especialmente os desagradáveis e os dolorosos, se possível, demonstrando em si mesmo ou em algum boneco. A ordem do exame é variável, adaptando-se à situação. Geralmente inicia-se com a criança sentada, de pé ou no colo do acompanhante. Colocá-la em decúbito dorsal apenas para os procedimentos em que for necessário, de modo que ela se sinta menos vulnerável. Se for imprescindível conter a criança para procedimentos específicos, como ocorre frequentemente com a otoscopia e oroscopia, explicar aos pais a técnica mais adequada de contenção e assegurar-lhes que a reação da criança é normal para a idade (BLANK; ECKERT, 1995).

Já para crianças maiores, uma sugestão é uma conversa amigável sobre assuntos variados, tais como escola ou amigos, passando para as explicações sobre os procedimentos do exame físico. Atentar para o pudor da criança, conservando parte da roupa enquanto se examina o resto do corpo (BLANK; ECKERT, 1995).

A consulta de enfermagem para crianças de 2 a 10 anos de idade deve compreender a criança como sujeito de direitos e em condição peculiar de desenvolvimento, com prioridade no atendimento, por equipe multiprofissional, buscando a produção do cuidado integral.

Além disso, deve-se realizar o acolhimento com escuta ativa, identificação e estratificação de risco, avaliação das necessidades de saúde e análise de vulnerabilidades, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo (como, por exemplo, ações articuladas com as escolas), por meio de uma clínica ampliada que produza vínculos, favorecendo a constituição da autonomia da criança e família (SES/RS, 2019a).

Salienta-se que a realização de exames laboratoriais é preconizada somente a partir de critérios clínicos e fatores de risco apresentados pelo usuário. Assim, ressalta-se que não existe nenhum estudo bem delineado que indique a realização de exame laboratorial de rotina. Para crianças de alto risco para anemia, recomenda-se avaliar a necessidade de solicitação de exame de hemoglobina e hematócrito, entre 9 e 12 meses de idade, visto que essas populações podem ter prevalência de anemia aumentada (TelessaúdeRS, 2009). Em crianças e adolescentes a partir dos 10 anos de idade (e/ou do início da puberdade), na presença de excesso de peso e um ou mais fatores de risco para diabetes, como história materna de Diabetes *Mellitus* Gestacional em sua gestação, deve-se solicitar o exame Glicemia de Jejum para rastreamento do Diabetes *Mellitus* tipo 2, cujos parâmetros diagnósticos são os mesmos para os adultos (American Diabetes Association, 2020; Laffel; Svoren, 2020; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019).

3.4.1 Atenção à saúde bucal

O desenvolvimento dos dentes geralmente tem início aos 5 a 6 meses. A criança pode apresentar alteração do sono, aumento da salivação, coceira nas gengivas e irritabilidade. Aos 3 anos, a criança já tem todos os dentes decíduos, totalizando 20 dentes. Por volta dos 6 anos, inicia-se a troca



pelos dentes permanentes. A dentição é completada em torno dos 18 anos, com um total de 32 dentes (BRASIL, 2020).

Em relação à higiene bucal do lactente orienta-se realizar com gaze ou fralda limpa e úmida pelo menos 1 x/dia, enquanto não houver dente na cavidade oral. A partir do nascimento do primeiro dente é indispensável utilizar uma escova pequena de cerdas macias, com o uso de pequena quantidade (menos de um grão de arroz) de creme dental com flúor. Deve-se cuidar para não ocorrer a ingestão da espuma que se forma durante a escovação (BRASIL, 2020; SES/RS 2019a).

Os pais ou cuidadores devem auxiliar na escovação ou acompanhar a mesma até perceber que a criança está realizando a higienização bucal de maneira adequada.



3.5 ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE IDADE

3.5.1 Apoio ao aleitamento materno

O aleitamento materno no decorrer dos anos tem se constituído tema fundamental para a garantia da saúde da criança. Os dois primeiros anos de vida são os mais decisivos para o crescimento e desenvolvimento, com repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. É uma prioridade mundial o estímulo e a manutenção do aleitamento materno (BRASIL, 2019a).

A recomendação atual é que a criança seja amamentada já na primeira hora de vida e por dois anos ou mais. Nos primeiros seis meses, a orientação é que a criança receba somente leite materno, o que caracteriza o aleitamento materno exclusivo e em livre demanda, ou seja, é amamentada na hora que quiser e quantas vezes quiser (BRASIL, 2019a).

O aleitamento materno é uma excelente estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Além disso, permite grande impacto na promoção da saúde integral da mãe/bebê e benefícios para toda a sociedade (BRASIL, 2016b).

A equipe de enfermagem poderá observar a mamada e auxiliar quando necessário, observando inicialmente se as roupas da mãe e do bebê não restringem os movimentos e se a mãe está confortavelmente posicionada. Dor no momento da amamentação é um sinal de pega ou posicionamento inadequados. Os pontos-chave a serem observados são:

Quadro 8. Observação das mamadas (a)

Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade na amamentação
Mãe Relaxada e confortável Sinais de vínculo entre a mãe e bebê	Mãe Parece tensa ou desconfortável Sem contato visual com o bebê
Bebê Calmo e relaxado Procura o peito se tiver fome	Bebê Está impaciente ou chorando Não procura o peito
Mamas Sem dor ou desconforto Apoiada com os dedos longe do mamilo	Mamas Hiperemiada, edemaciada, com fissura ou mamilos doloridos Apoiada com os dedos na aréola
Posição do bebê Cabeça e tronco do bebê alinhados Corpo do bebê bem perto do corpo da mãe Nádegas do bebê apoiadas Nariz do bebê na altura do mamilo	Posição do bebê Com pescoço ou tronco torcido Longe da mãe Apoiado na cabeça ou nas costas somente Nariz do bebê acima ou abaixo do mamilo



Quadro 8. Observação das mamadas (b)

Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade na amamentação
Pega do bebê Mais aréola acima da boca Boca bem aberta e lábio inferior virado para fora Queixo toca a mama	Pega do bebê Mais aréola abaixo da boca Boca pouco aberta e lábios para a frente ou para dentro Queixo não toca a mama
Sucção Sugadas lentas e profundas, com pausas Bochecha redonda durante a mamada Bebê solta o peito quando termina a mamada	Sucção Sugadas rápidas Esforço da bochecha durante a mamada Mãe tira o bebê do peito

Fonte: Brasil, 2016b; Brasil, 2012a; Brasil, 2019a.

Em algumas situações pode ser necessário e útil retirar o leite do peito durante a amamentação, tais como: quando ocorre a apojadura, sempre que sentir desconforto pela mama muito cheia, se precisar afastar-se da criança por algumas horas, no retorno ao trabalho e quando a mulher, por alguma razão, estiver temporariamente sem poder amamentar (em um ou nos dois peitos). Retirar o leite ajuda a deixar a mulher mais confortável e a manter a produção para quando ela voltar a dar o peito (BRASIL, 2019a).

Recomenda-se que o leite seja retirado com as mãos. Apesar da utilização de bombas manuais ou elétricas auxiliarem a retirada, deve-se tomar cuidado com o seu uso e higienização, devido ao risco de causar contaminação, fissuras e outros traumas no peito. Para mais informações sobre retirada, armazenamento e oferta do leite retirado, acessar o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos (BRASIL, 2019^a), através do link <https://tinyurl.com/y5jcm8sz>

3.5.2 Amamentação e o uso de medicamentos e outras substâncias

Em geral, as mães que amamentam devem evitar o uso de quaisquer medicamentos. No entanto, se isto for imperativo, o enfermeiro deve estar atento aos fármacos em uso e possíveis prejuízos à saúde da mãe e bebê. Drogas de uso prolongado pela mãe, em geral, oferecem um maior risco para o lactente pelos níveis que podem atingir no leite materno. Em caso de contraindicação conhecida ou intercorrências, encaminhar para avaliação médica para manutenção do regime terapêutico vigente (BRASIL, 2012a).

A utilização de álcool e outras drogas deve ser desencorajada desde a gestação, e tal recomendação deve ser mantida após o nascimento da criança, pois a exposição ao álcool e às drogas psicoativas como cocaína, crack, maconha, anfetaminas, *ecstasy*, dietilamida do ácido lisérgico (LSD) e heroína podem prejudicar o julgamento da mãe e interferir no cuidado com o seu filho, além do risco



de toxicidade para o lactente (SPB, 2017).

As equipes de saúde da APS, articuladas com a rede de atenção psicossocial local, devem orientar as mães dependentes de álcool e drogas ilícitas a não amamentar seus filhos enquanto estiverem fazendo uso da substância. Todo o esforço deve ser feito para que essas mulheres recebam o apoio necessário para que consigam ficar em abstinência e, assim, poderem amamentar os seus filhos se esse for o seu desejo. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta que poderá ser utilizada em casos prioritários (BRASIL, 2013, BRASIL, 2019a).

Há algumas situações em que há restrições ao aleitamento materno. São elas:

Quadro 9 - Restrições ao aleitamento materno

CONTRAINDICAÇÕES:

Mãe infectada por HIV;

Mãe infectada pelo HTLV1 e HTLV2;

Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação (antineoplásicos, radiofármacos, etc);

Criança com galactosemia, doença do xarope de bordo e fenilcetonúria.

RECOMENDAÇÃO DE INTERRUÇÃO TEMPORÁRIA:

Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;

Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta*;

Doença de Chagas na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;

Abscesso mamário, até que ele tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;

Consumo de drogas de abuso, que contraindiquem a amamentação e uso de álcool**;

Mãe com HIV negativo no parto, com risco de soroconversão por parceiro com HIV não tratado e/ou carga viral detectável ou desconhecida***

Vacina contra febre amarela em mães de crianças menores de 6 meses. Suspender o aleitamento materno preferencialmente por 28 dias (mínimo 10 dias) após a vacinação****;

Mães submetidas a exames com radiofármacos.

Fonte: Adaptado Brasil, 2015; Brasil, 2019a; SES/RS, 2019a.

*Nesses casos a criança deve receber imunoglobulina humana antivaricela zóster (Ighavz), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, devendo ser aplicada o mais precocemente possível.

**Deve-se avaliar o risco da droga versus o benefício da amamentação, para orientar sobre o desmame ou a manutenção. Para mais informações, acesse o Caderno de AB nº 23 e Guia Alimentar da Criança 2019.

***Até resultado de carga viral para HIV na mãe e em uso de profilaxia pré-exposição. Para mais informações, acesse o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV.

****Mãe deve procurar um serviço de saúde para orientação e acompanhamento a fim de manter a produção do leite materno e garantir o retorno à lactação.



3.5.3 Alimentação para crianças amamentadas

A nutrição adequada durante a infância é essencial para a saúde e bem-estar ao longo da vida. A equipe de enfermagem acompanha a introdução de alimentação ao longo das consultas periódicas da criança e propõe estratégias de qualificação da alimentação, bem como oferta suporte para a solução de problemas enfrentados pela família.

A partir de seis meses, recomenda-se a introdução de alimentos, pois antes desse período o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais do bebê. Assim, a alimentação deve ser introduzida de forma lenta e gradual, para que aos doze meses de idade esteja integrada à da família. Esta deve prover quantidades suficientes de água, aporte calórico, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos seguros, disponíveis, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança.

Recomenda-se o esquema alimentar para crianças de seis meses até dois anos de idade em aleitamento materno, conforme o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (2019a) <https://tinyurl.com/y5jcm8sz>.

Quadro 10 - Alimentação da criança em aleitamento materno por faixa etária (a)

	Ao completar 6 meses*	Entre 7 e 8 meses de idade*	Entre 9 e 11 meses de idade*	Entre 1 e 2 anos de idade*
Café da manhã	Leite materno	Leite materno	Leite materno	Fruta e leite materno ou Cereal e leite materno ou Raízes e tubérculos e leite materno
Lanche da manhã	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno



Quadro 10 - Alimentação da criança em aleitamento materno por faixa etária (b)

	Ao completar 6 meses*	Entre 7 e 8 meses de idade*	Entre 9 e 11 meses de idade*	Entre 1 e 2 anos de idade*
Almoço	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;- 1 alimento do grupo dos feijões;- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;- 1 alimento do grupo das carnes e ovos. <p>Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada**: 2 a 3 colheres de sopa no total.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;- 1 alimento do grupo dos feijões;- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;- 1 alimento do grupo das carnes e ovos. <p>Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada**: 3 a 4 colheres de sopa no total.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;- 1 alimento do grupo dos feijões;- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;- 1 alimento do grupo das carnes e ovos. <p>Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada**: 4 a 5 colheres de sopa no total.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;- 1 alimento do grupo dos feijões;- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;- 1 alimento do grupo das carnes e ovos. <p>Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada**: 5 a 6 colheres de sopa no total.</p>
Lanche da tarde	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno ou Cereal e leite materno ou Raízes e tubérculos e leite materno
Jantar	Leite Materno	<p>Refeição composta pelos mesmos grupos alimentares que o almoço. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada**: 3 a 4 colheres de sopa no total.</p>	<p>Refeição composta pelos mesmos grupos alimentares que o almoço. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada**: 4 a 5 colheres de sopa no total.</p>	<p>Refeição composta pelos mesmos grupos alimentares que o almoço. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada**: 5 a 6 colheres de sopa no total.</p>
Antes de dormir	Leite Materno	Leite Materno	Leite materno	Leite materno

Fonte: Brasil, 2019a.

* O leite materno pode ser oferecido sempre que a criança quiser.

** Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.



O consumo de sódio requer atenção e deve ser utilizado com moderação nas preparações culinárias. Nos dois primeiros anos de vida, não deve ser ofertado açúcar ou produtos que contenham esse ingrediente, visando contribuir para a formação de hábitos alimentares mais saudáveis e evitar a formação de placa bacteriana e cáries. O quadro abaixo traz orientações de consumo, a partir da atual classificação de grupos alimentares:

Quadro 11 - Classificação dos grupos alimentares

Grupo de alimentos	Orientação de consumo
Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados (Leguminosas, cereais, tubérculos, vegetais, frutas, carne, ovos, leite)	Devem ser a base da alimentação da criança e de toda família, ou seja, a maior parte dos alimentos consumidos devem ser desse grupo;
Alimentos processados (Extrato de tomate, óleo de soja, manteiga, queijos, pães, frutas em calda, etc)	Podem ser consumidos em pequenas quantidades e eventualmente, como ingredientes de preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados;
Alimentos ultraprocessados (Refrigerantes, sucos em pó, salgadinhos, chocolate, balas, biscoitos, iogurte com sabor, nuggets, salsicha, etc)	Não devem ser oferecidos à criança e devem ser evitados pelos adultos.

Fonte: Brasil, 2019a.

Para mais informações sobre os tipos de processamento dos alimentos, acessar o Guia alimentar da criança (2019a): <https://tinyurl.com/y5jcm8sz>

Nas crianças com alguma deficiência ou doença que acometa o sistema gastrointestinal, é importante considerar a maturidade fisiológica e neuromuscular da criança, bem como suas necessidades nutricionais, para definir o período adequado para iniciar a introdução dos alimentos (SES/RS, 2019a).

O leite materno pode continuar a ser oferecido sempre que a criança quiser. Depois de um ano de vida, até por volta dos 2 anos, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes e de proteção natural contra doenças infecciosas. Estima-se que 500ml de leite materno no segundo ano de vida fornecem quase toda a necessidade de vitamina C e praticamente metade da quantidade necessária da vitamina A, além de boa quantidade de proteínas e energia (BRASIL, 2019a).

Ao iniciar a oferta de outros alimentos, além do leite materno, deve ser orientada também a oferta de água para a criança nos intervalos das refeições. A água deve ser oferecida em copo, xícara ou colher, evitando-se o uso de mamadeiras e, para isso, a criança deve estar sentada, com a cabeça



e pescoço firmes e alinhados. Se a criança recusar a água, deve ser orientado que se oferte em outros momentos, até ela acostumar. Orientar que água de coco, chás e outras bebidas não substituem a água (BRASIL, 2019a).

3.5.4 Alimentação para crianças não amamentadas

Há diversas situações, condições e escolhas que ocorrem no período da amamentação e podem fazer com que a criança menor de 6 meses não receba somente leite do peito. Abaixo são apresentadas recomendações para a alimentação de crianças que, antes dos 6 meses, recebem qualquer outro alimento, além do leite materno.

- **Fórmula infantil**

As fórmulas infantis correspondem a leites industrializados para crianças que não estão em aleitamento materno. No entanto, apesar de sua adaptação com relação ao carboidrato, proteína e vitamina, os fatores anti-infecciosos e bioativos não são encontrados nas fórmulas infantis. Diante da impossibilidade do aleitamento materno, é recomendado que crianças menores de seis meses de vida sejam alimentadas com fórmulas para lactentes e as crianças de seis a doze meses com fórmulas de seguimento (SBP, 2018a).

A fórmula infantil para lactente deve ser preparada cuidadosamente, de acordo com as instruções do rótulo de cada produto e deve ser administrada em quantidades adequadas de acordo com o peso e a idade da criança.

A equipe de enfermagem deve orientar os cuidadores quanto à importância de seguir as recomendações de diluição do produto. Leites muito concentrados ou muito diluídos podem ser prejudiciais para a saúde da criança, pois podem ocasionar sobrecarga renal de sais e proteínas ou desnutrição. É importante destacar a necessidade do consumo de água (tratada, fervida e filtrada) nos intervalos das refeições para crianças não amamentadas.

É importante ressaltar que as crianças expostas ao HIV e ao HTLV têm direito a receber a fórmula láctea em substituição ao aleitamento materno até 1 ano de vida. A fórmula é fornecida pela Secretaria Estadual da Saúde/RS aos municípios do estado. As UBS devem verificar com a Secretaria Municipal de Saúde de seu município o fluxo para o recebimento da fórmula. Do nascimento até o 6º mês de vida o RN receberá a fórmula tipo 1 (8 a 12 latas/mês) e do 6º ao 12º mês de vida a fórmula tipo 2 (até 9 latas/mês); o quantitativo será definido pelas necessidades nutricionais da criança, avaliado por médico ou nutricionista.

Se a criança é alimentada com fórmula infantil, a introdução de outros alimentos deve ser feita a partir dos seis meses de vida e deve seguir as mesmas orientações sobre a introdução da alimentação para crianças amamentadas, conforme quadro 9. Porém, a partir dos 9 meses, a fórmula infantil pode ser substituída pelo leite de vaca integral (SBP, 2018a; WHO, 2010; BRASIL, 2019a).



- **Leite de vaca integral**

Sabe-se que há condições em que é contraindicada a amamentação e situações em que o leite de vaca é o único disponível em função do baixo custo. Assim, é importante que a equipe de enfermagem oriente as mães, famílias e cuidadores quanto à utilização mais adequada e segura. O quadro a seguir fornece as orientações para diluição e reconstituição do leite de vaca integral. Para mais informações, acessar: Caderno da Atenção Básica nº 23 - Saúde da Criança/MS.

Quadro 12 - Diluição e reconstituição do leite para crianças menores de quatro meses não amamentadas

Reconstituição do leite em pó integral (a 10%):

1 colher das de sobremesa rasa para 100 ml de água fervida;

1 ½ colher das de sobremesa rasa para 150 ml de água fervida;

2 colheres das de sobremesa rasas para 200 ml de água fervida.

Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

Diluição do leite integral fluido:

2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida:

70 ml de leite + 30 ml de água = 100 ml;

100 ml de leite + 50 ml de água = 150 ml;

130 ml de leite + 70 ml de água = 200 ml.

Para ambos, acrescentar 01 colher de chá de óleo para cada 100 ml de leite.

Após completar quatro meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e o leite em pó deve ser reconstituído a 15%. Nenhum deve ser acrescido de óleo, já que nessa idade a criança não amamentada receberá outros alimentos e seu consumo não deverá ultrapassar 500 ml por dia.

Reconstituição do leite em pó a 15%; 1 colher de sopa em pó cheia para 100 ml de água fervida.

Fonte: Brasil, 2012a; Brasil, 2018b

Obs.: a criança alimentada com leite de vaca modificado precisa receber suplementação de vitaminas e minerais, com a orientação dos profissionais de saúde; consultar capítulo 09.

O leite desnatado e o leite semidesnatado não são indicados para crianças menores de 2 anos, pois possuem menor quantidade de gordura, a qual é importante para o desenvolvimento neurológico da criança.

Se a criança não estiver sendo alimentada com leite materno e nem fórmula infantil, a partir dos quatro meses de vida deve-se iniciar a introdução de outros alimentos para suprir suas necessidades nutricionais. A partir desta idade, o leite de vaca integral não deve ser



diluído e o leite de vaca em pó deve ser preparado conforme orientações do rótulo.

Os alimentos devem ser amassados e não peneirados e liquidificados, e a textura adequada à faixa etária, pois alimentação muito líquida não favorece o desenvolvimento da cavidade oral. Para mais informações, acesse as orientações contidas no Guia alimentar da criança (2019^a), disponível em <https://tinyurl.com/y5jcm8sz>.

Quadro 13 - Alimentação da criança que recebe leite de vaca por faixa etária (a)

		Nascimento até completar 4 meses	Aos 4 meses de idade	Entre 5 e 11 meses de idade	Entre 1 e 2 anos de idade
Café da manhã	Alimentação o láctea	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereal ou raízes e tubérculos	
Lanche manhã		Fruta	Fruta	Fruta	
Almoço		<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos^{003B}- 1 alimento do grupo dos feijões;- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;- 1 alimento do grupo das carnes e ovos. <p>Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada*: 2 a 3 colheres de sopa no total.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;- 1 alimento do grupo dos feijões;- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;- 1 alimento do grupo das carnes e ovos. <p>Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada*: Entre 5 e 6 meses: 2 a 3 colheres de sopa no total; Entre 7 e 8 meses: 3 a 4 colheres de sopa no total; Entre 9 e 11 meses: 4 a 5 colheres de sopa no total.</p>	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos;- 1 alimento do grupo dos feijões;- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;- 1 alimento do grupo das carnes e ovos. <p>Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</p> <p>Quantidade aproximada*: 5 a 6 colheres de sopa no total.</p>	
Lanche da tarde		Leite de vaca integral e fruta	Leite de vaca integral e fruta	Leite de vaca integral e fruta	
					Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereal ou raízes e tubérculos



Quadro 13 - Alimentação da criança que recebe leite de vaca por faixa etária (b)

		Nascimento até completar 4 meses	Aos 4 meses de idade	Entre 5 e 11 meses de idade	Entre 1 e 2 anos de idade
Jantar			Leite de vaca integral	Igual ao almoço	Igual ao almoço
Antes de dormir			Leite de vaca integral	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral

Fonte: Brasil, 2019a.

*Essa quantidade serve apenas para a família ter alguma referência e não deve ser seguida de forma rígida, uma vez que as características individuais da criança devem ser respeitadas.

Essas recomendações precisam ser adaptadas a cada caso e a cada criança, sendo que a introdução deve respeitar a aceitação. Mesmo após o início de outros alimentos o consumo de leite continua sendo uma importante fonte de vitaminas e minerais (SES/RS, 2019a), assim como a oferta regular de água, conforme descrito no item 8.3.



3.6 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS

Para atender às necessidades nutricionais de minerais da criança, é preciso oferecer uma variedade de alimentos complementares com alta densidade de nutrientes, assim como a suplementação de vitaminas.

3.6.1 Suplementação de Ferro

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018b), ações de educação alimentar e nutricional devem estimular o acesso universal à alimentação adequada, ao aleitamento materno exclusivo e prolongado, de forma a aumentar o consumo de fontes de ferro, bem como daqueles que aumentam a biodisponibilidade e a absorção do ferro na introdução de alimentos complementares.

A indicação do aleitamento materno, bem como a limitação de consumo de 500ml/dia de leite de vaca para crianças também são estratégias reconhecidas protetoras contra a deficiência de ferro e o desenvolvimento de anemia ferropriva (SBP, 2018b). Não há necessidade de diagnóstico laboratorial de rotina para todas as crianças, desde que ocorra a suplementação para a prevenção. Abaixo estão as recomendações para a suplementação de ferro:

Quadro 14 - Suplementação de Ferro*

Situação	Recomendação
Crianças de 3 a 24 meses, independente do regime de aleitamento materno	Sulfato Ferroso na dosagem de 1 mg/kg peso/dia
Do 30º dia até os 12 meses (pré-termo ou com peso menor de 1500 g)	2 mg de ferro elementar/kg/dia
Do 30º dia até os 12 meses (pré-termo com peso entre 1000 g e 1500 g)	3 mg de ferro elementar/kg/dia
Do 30º dia até os 12 meses (pré-termo com peso <1000 g)	4 mg de ferro elementar/kg/dia

Fonte: SBP, 2018b.

*Após o 1º ano de vida, a suplementação em todos os casos é de 1 mg/kg/dia por mais 12 meses (SBP, 2018b). Atentar em situações em que a criança possuir o diagnóstico de doença que acumule ferro (anemia falciforme e talassemia, entre outras).



3.6.2 Suplementação de Vitamina A

A suplementação com vitamina A reduz o risco de morte em crianças em 24%, sendo o risco de mortalidade por diarreia reduzido em 28%; já crianças HIV positivo têm a mortalidade reduzida, por todas as causas, em 45%. A deficiência de vitamina A, quando severa, provoca deficiência visual (cegueira noturna), aumenta o risco de morbidades e mortalidade e também de desenvolverem anemia (WHO, 2011).

Diante disso, é importante que a alimentação habitual das crianças forneça fontes de vitamina A. Esta pode ser encontrada em alimentos como abóbora, manga, cenoura, acerola, goiaba, melão, agrião, alface, brócolis, couve e rúcula, entre outros. Os casos que merecem investigação para hipovitaminose A são: criança ou gestante com dificuldade para enxergar à noite ou em baixa luminosidade (cegueira noturna), presença de alguma alteração ocular sugestiva de xeroftalmia (ressecamento do olho), ocorrência frequente de diarreia e crianças com desnutrição energético proteica (BRASIL, 2013).

Para a suplementação, a vitamina A é distribuída gratuitamente pelo SUS. Os municípios não contemplados pelo programa nacional de suplementação, mas que queiram receber as megadoses, podem solicitar inclusão junto à gestão do município. Recomenda-se que os profissionais de saúde considerem locais com dificuldades de realização de diagnóstico clínico de xeroftalmia, além disso, a ocorrência de deficiência de vitamina A em populações de risco e quando existirem casos graves de desnutrição, diarreia e sarampo frequentes (BRASIL, 2013). Abaixo encontram-se as recomendações para a suplementação:

Quadro 15 - Suplementação de Vitamina A

Situação	Recomendação	Apresentação
De 6 a 11 meses	Dose de vitamina A de 100.000 UI (dose única)	Apresentação em cápsula, a qual deverá ser aberta e administrada diretamente na boca da criança.
De 12 a 59 meses	Dose de vitamina A de 200.000 UI (1 dose a cada 6 meses)	

Fonte: Brasil, 2013.

Não se recomenda a utilização de outras formulações combinadas, como a forma líquida de vitamina A 3.000 UI + D 800 UI/ml para esse fim, pois não há estudos que apoiem esse tipo de suplementação, além do risco de toxicidade crônica. Alta ingestão de vitamina A sintética por um período prolongado pode levar à toxicidade; mas intoxicação por fontes alimentares é rara (PAZIRANDEH E BURNS, 2019; LENZ E FLORES, 2014).



3.6.3 Suplementação de Vitamina D

O raquitismo é atribuído à baixa ingestão de alimentos ricos em vitamina D e restrição à exposição solar, sendo uma condição prevenível, mas que continua ocorrendo, mesmo em países desenvolvidos. No entanto, o Ministério da Saúde não recomenda a suplementação universal de rotina, em razão das necessidades diárias serem facilmente atingidas pela exposição regular ao sol. Desse modo, não existem evidências suficientes que embasem uma recomendação geral de reposição de vitamina D em crianças saudáveis (BRASIL, 2012a).

Para subgrupos de maior risco de deficiência de vitamina D e raquitismo pode ser ofertada a suplementação. Os principais fatores de risco estão listados abaixo (BRASIL, 2012a; NICE, 2014; PEREIRA-SANTOS et al, 2019):

- Pigmentação cutânea escura;
- Exposição inadequada ao sol (por hábitos culturais, cobrir todo o corpo, uso de protetor solar em todos os passeios ao ar livre, viver em áreas urbanas com prédios e/ou poluição que bloqueiam luz solar);
- Deficiência materna durante a gravidez;
- Filhos de mães vegetarianas estritas que estejam sendo amamentados;
- Viver em altas latitudes;
- Variações sazonais;
- Uso de alguns anticonvulsivantes (hidantoína, fenobarbital), glicocorticoides e antirretrovirais.

Quando houver indicação, a suplementação deverá ocorrer desde a primeira semana de vida da criança até os 12 meses de idade. Após essa faixa etária todas as crianças e adultos deveriam atender suas necessidades nutricionais de vitamina D através de dieta e exposição solar. Não é recomendado o monitoramento rotineiro de níveis séricos de vitamina D (BRASIL, 2012a; NICE, 2014; PEREIRA-SANTOS et al, 2019). Abaixo encontram-se as recomendações para a suplementação em crianças com fatores de risco:

Quadro 16 - Suplementação de Vitamina D em crianças com fatores de risco

Situação	Recomendação
A partir da primeira semana de vida até os 12 meses*	400 UI por dia (2 gts)
Recém-nascido pré-termo – a suplementação deve ser iniciada quando o peso for superior a 1.500 g e houver tolerância plena à nutrição enteral.	400 UI por dia (2 gts)

Fonte: SBP, 2016.

*Avaliar se há indicação; não é recomendado rotineiramente a todas as crianças.



Não se recomenda a utilização de outras formulações combinadas, como a forma líquida de vitamina A 3.000 UI + D 800 UI/ml para esse fim, pois não há estudos que apoiem esse tipo de suplementação, além do risco de toxicidade crônica (PAZIRANDEH E BURNS, 2019; LENZ E FLORES, 2014).



3.7 SEGUIMENTO PARA SITUAÇÕES DE RISCO

3.7.1 Prematuridade

O prematuro (idade gestacional menor que 37 semanas) exige um acompanhamento diferenciado tendo em vista suas particularidades. Geralmente são de baixo peso < 2.500 gramas, sendo Pequeno para Idade Gestacional (PIG) ou Adequado para Idade Gestacional (AIG). Devem ser monitorados e acompanhados pela APS e por serviços especializados quando necessário.

Orientações para acompanhamento (BRASIL, 2012a; SES/RS 2019a):

- **Correção da Idade Gestacional:** prematuros abaixo de 37 semanas de gestação deverão ter seus dados corrigidos de acordo com sua idade gestacional. Idade corrigida (IC) é a idade pós-natal menos o número de semanas que faltaram para o nascimento a termo. Exemplo de recém-nascido com 32 semanas: $IC = 40 - 32 = 8$ semanas (2 meses). Deverão ser descontados 2 meses na avaliação de crescimento da criança. Assim, se a criança tem 3 meses de idade cronológica, avaliar seu crescimento como se tivesse 1 mês de idade.
- **Prazos de utilização da IC:** perímetro cefálico (até 18 meses); peso (até 2 anos); estatura (até 3 anos e 6 meses).
- **Cólica do lactente:** pode durar um pouco mais no prematuro, pois começa com 40 semanas e termina, aproximadamente, com 3 meses de idade corrigida. O aparecimento de hérnia inguinal é mais comum nos prematuros.
- **Indicação de uso do Palivizumabe:** medicamento que pode ser utilizado para prevenir as formas graves da doença respiratória, causada pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR). O enfermeiro da APS deve estar atento durante o acompanhamento destas crianças, para encaminhamento quando necessário. Consultar no site da SES/RS a Nota Técnica do Palivizumabe, para a sazonalidade do ano vigente, além do detalhamento necessário para o uso deste medicamento no RS.

Segundo o MS e a SES/RS, os critérios de inclusão para receber a profilaxia (imunoglobulina para VSR-Palivizumabe) atualmente é:

- Crianças menores de 1 ano de idade que nasceram prematuras com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas;
- Crianças menores de 2 anos de idade com doença pulmonar crônica da prematuridade demonstrada;
- Crianças menores de 2 anos com cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica comprovada.



Com a melhoria da qualidade das UTIs neonatais e consequente maior sobrevivência dos RNs com menor idade gestacional e baixo peso, há necessidade de seguimento diferenciado para essas crianças de risco. O acompanhamento dessas crianças deve ser compartilhado entre APS e Ambulatórios de Egressos (Resolução nº 324/2010 CIB/RS) ou ambulatórios especializados de acompanhamento de RN de alto risco (RIO GRANDE DO SUL, 2010).

3.7.2 Recém-nascido exposto a HIV e/ou exposto a sífilis na gestação

As crianças expostas ao HIV ou em risco de exposição pelo aleitamento materno (quando o parceiro tem HIV) devem ter acompanhamento compartilhado entre APS e Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids (SES/RS, 2019a).

A avaliação do crescimento e desenvolvimento é extremamente importante, visto que estas crianças podem, já nos primeiros meses de vida, apresentar *déficits* e maior risco de exposição a outros agentes infecciosos.

O acompanhamento das crianças com sífilis congênita, deverá ser realizado pela APS, com atenção mais cuidadosa no monitoramento laboratorial e de sinais e sintomas sugestivos da doença (SES/RS, 2019a). **O Enfermeiro deve solicitar VDRL com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos ou queda do título em duas diluições** (BRASIL, 2019b).

Caso sejam observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder à repetição dos exames sorológicos, ainda que não esteja no momento previsto. Discutir em equipe a necessidade de encaminhar para acompanhamento oftalmológico, neurológico (ou terapia ocupacional) e audiológico. Para mais informações sobre o cuidado, diagnóstico e critérios para encaminhamento, consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2019b).

3.7.3 Recém-nascido exposto à substância psicoativa na gestação

A exposição à substância psicoativa deve ser informada na ficha de notificação para RN de risco, e discutir em equipe a necessidade do encaminhamento a serviço especializado. Cabe destacar que a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) se propõe a articular e integrar os diferentes pontos de atenção da rede de saúde do território, qualificando o cuidado, de forma a garantir o acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências.

3.7.4 Criança exposta à Toxoplasmose na gestação

O RN deve ser submetido à avaliação clínica cuidadosa, com atenção especial à possível presença de anormalidades sugestivas de toxoplasmose congênita. Entretanto, o exame físico ao nascimento é normal em 80% a 90% das crianças com toxoplasmose congênita, sendo necessária a interpretação de testes sorológicos seriados e outros exames complementares, para o diagnóstico



definitivo da doença (MONCADA, 2012; MCLEOD, 2014; PEYRON in Remington, 2016; MALDONADO, 2017).

Portanto, considerando os recursos diagnósticos necessários para definir ou descartar a toxoplasmose congênita logo após o nascimento, é recomendado a avaliação inicial e o seguimento dos casos suspeitos em ambulatório de atenção especializada (SES/RS, 2019a).

3.7.5 Atenção à criança com microcefalia

Manter consultas de puericultura conforme calendário preconizado e encaminhar para serviço especializado ou compartilhar cuidado com equipe de matriciamento, se o município contar com esta estratégia, para seguimento do desenvolvimento e estimulação precoce.



3.8 REDE DE CUIDADO E DE PROTEÇÃO SOCIAL

Para efetivar o cuidado e a proteção social das crianças a APS deve estar articulada com uma rede de apoio no território. No âmbito da assistência social as redes que se destacam são:

- Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) - proteção social básica, porta de entrada da assistência social, trabalha na prevenção da ruptura de vínculos familiares e comunitários, acesso a benefícios e programas de transferência de renda;
- Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) - proteção social especializada, destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social, onde já ocorreu a violação de direitos.

3.8.1 Crianças e suas famílias em situações de violência

A maioria das definições de maus tratos incorpora dois elementos centrais: presença de alterações comportamentais e de danos físicos resultantes dessa conduta. O abuso ou os maus-tratos contra crianças engloba toda forma de maus-tratos físicos e/ou emocional, abuso sexual, abandono ou trato negligente, exploração comercial ou outro tipo, do qual resulte um dano real ou potencial para a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento ou a dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (BRASIL, 2012a).

Durante as consultas e atendimentos, os enfermeiros devem estar atentos aos sinais e sintomas físicos e comportamentais que podem indicar algum tipo de violência. A seguir são apresentados alguns sinais e sintomas de alerta:

Quadro 17 - Sinais de alerta para violência

Sinais de violência psicológica*	Difícilmente as crianças exteriorizam o sofrimento e prevalecem as alterações comportamentais. Entre os fatores comportamentais predominam: choro ou irritabilidade sem motivo aparente, olhar indiferente, apatia, falta de limites, atraso no desenvolvimento psicomotor incluindo a fala, dificuldades de amamentação, enurese, encoprese, distúrbios do sono, dificuldades de sociabilização, agressividade e ansiedade.
Sinais de violência física*	As lesões físicas mais frequentes são: equimoses, hematomas e escoriações, em geral encontradas em locais normalmente protegidos, como costas, nádegas, braços, coxas, peito, face, orelhas, mãos e pés.
Sinais de violência sexual*	Os sinais físicos que devem ser observados são traumatismos e lesões nas genitálias e/ou ânus, infecções urinárias, infecções sexualmente transmissíveis, doenças psicossomáticas, dores abdominais, enurese, encoprese e distúrbios na alimentação. Já os sinais comportamentais mais comuns compreendem os distúrbios do sono, agressividade, apatia, choro sem motivo aparente, conduta regressiva e comportamento sexual inapropriado para idade.

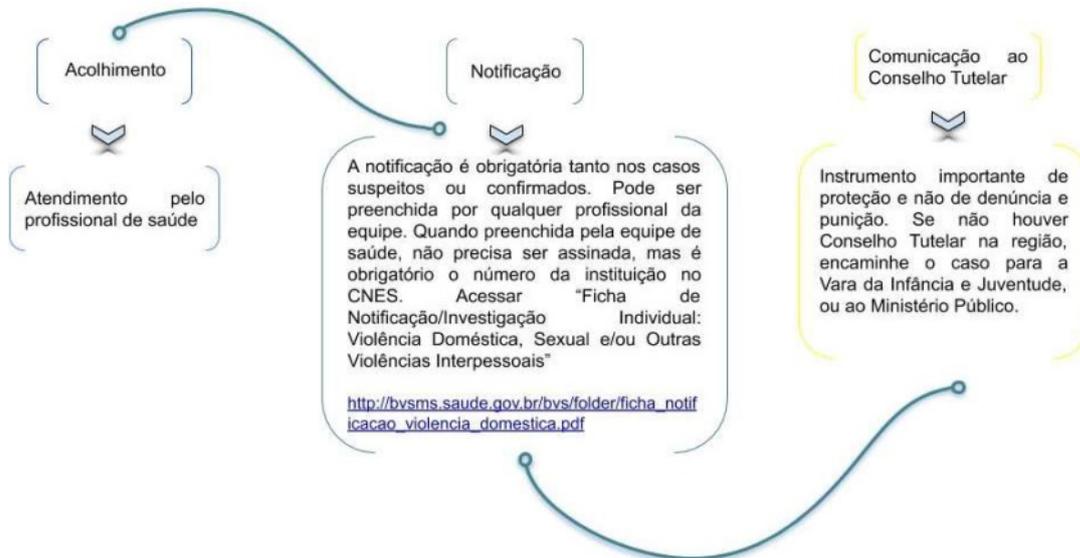
Fonte: SES/RS 2019 apud Brasil 2012a; SES/SP, 2015.

*Estes são alguns sinais de alerta para maus tratos e/ou violência; avaliar cada criança de maneira individual e com suas particularidades.



Em casos de violência e/ou maus tratos seguir o fluxo descrito abaixo:

Figura 1 - Fluxo para casos de violência e/ou maus-tratos com crianças



Fonte: Reproduzido de SES/RS, 2019.

Para o seguimento, deve-se manter atendimento na rede de cuidado e de proteção social, para a criança e a família, além de manter a articulação com a APS.

3.8.2 Prevenção de acidentes

Levando-se em consideração os fatores intrapessoais, observa-se que a criança, em seu processo natural de crescimento e desenvolvimento com seu comportamento exploratório, enfrenta situações que podem colocar em risco a sua integridade. Tais situações ocorrem conforme a fase do desenvolvimento da criança, o sexo e a faixa etária. É importante que a equipe de enfermagem esteja atenta à identificação, abordagem e prevenção destas situações, com vistas à desconstrução do caráter imprevisível de eventos cuja cadeia causal pode ser identificada e rompida (BRASIL, 2012a).

Assim, ações de prevenção podem incidir nas famílias e comunidades para facilitar a reflexão sobre questões culturais e ambientais relevantes, além de propiciar ações que estimulem a modificação dos determinantes de risco para lesões (acidentes) nos âmbitos da moradia, transporte, lazer, educação, entre outros, promovendo um ambiente seguro e saudável para a criança (BRASIL, 2012a).

As informações do quadro a seguir são relacionadas aos cuidados para a segurança das crianças, no sentido de evitar e prevenir acidentes.



Quadro 18 - Orientações de cuidados para garantir a segurança das crianças na prevenção de acidentes

Além das recomendações deste protocolo, orientar os pais e/ou responsáveis para:

Banho: temperatura ideal da água é de 37° C (verificar a temperatura na região interna do antebraço); não se deve deixar a criança sozinha na banheira, mesmo que com pouca água. Nunca utilizar talco próximo ao rosto;

Quarto da criança: evitar posicionar camas e outros móveis perto da janela. Manter a distância entre as ripas da grade do berço \leq 6 cm, utilizar cobertas leves e travesseiro firme para evitar a sufocação do bebê. Se estiver frio, é preferível agasalhar com maior quantidade de roupas do que cobrir com muitas cobertas;

Evitar aquecer o leite materno, a fórmula infantil ou outros líquidos em forno micro-ondas, devido ao risco de escaldamento, pois o interior do líquido pode ferver. Examinar a temperatura na região interna do antebraço;

Transporte do bebê em automóvel: deve ser feito sempre no banco traseiro, em cadeirinha especial para lactente, bebê conforto ou assento infantil, com cinto de segurança e com a criança posicionada adequadamente na cadeirinha apropriada para a faixa etária;

A criança não deve ser deixada perto de animais sem observação, mesmo os animais de casa, pois eles podem ter reações imprevisíveis. Não deixar a criança aproximar-se de cães desconhecidos ou que estejam se alimentando. Atentar para animais peçonhentos;

Evitar que as pessoas fumem dentro de casa, principalmente com a criança no colo;

Nunca oferecer à criança medicamentos que não tenham sido receitados por profissionais de saúde. Manter medicamentos, produtos de limpeza, venenos e produtos inflamáveis fora do alcance das crianças, em locais altos e trancados;

Colocar protetores nas tomadas e nos fios elétricos, deixando-os longe do alcance de crianças. Usar os queimadores de trás do fogão e manter os cabos das panelas voltados para o centro do fogão. Manter as crianças longe do fogo, de aquecedores e de ferros elétricos;

Colocar nas janelas redes de proteção ou grades que possam ser abertas em casos de incêndio. Instalar barreiras de proteção nas escadas. Certificar-se de que o tanque de lavar roupas está bem fixo;

Não deixar as crianças sozinhas perto de baldes, tanques, poços e piscinas. A criança não deve nadar sozinha. Orienta-se ensinar as crianças a nadar;

Não deixar ao alcance das crianças armas de fogo, sacolas plásticas, objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos. Evitar cortinas, persianas, brinquedos e roupas com correntes ou tiras que possam conferir risco de estrangulamento.

Garagem: não são locais seguros para brincadeiras. Trancar o veículo e manter as chaves e controles automáticos longe do alcance das crianças. Atentar ao manobrar o veículo;

Plantas: atentar para as plantas que são venenosas; remova-as ou deixe-as em local inacessível para as crianças;

Na rua: segure a criança pelo pulso, assim, impede que ela se solte. Não permita que a criança brinque em locais com trânsito de veículos (garagem e rua) e escolha lugares seguros (parques, ciclovias, praças e lugares próprios para lazer infantil). Ao andar de bicicleta, skate ou patins, a criança deve usar capacete de proteção. Orientar sobre normas de trânsito;

Manter a criança sob supervisão constante quando estiver em lugares públicos (parques/supermercados/lojas).

Fonte: Brasil, 2012a; Brasil, 2020; SBP, 2020.



3.9 INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE COMUNS EM CRIANÇAS

3.9.1 Cólicas no recém-nascido

A definição clínica para cólica do lactente é de paroxismos de irritabilidade, agitação ou choro, durante, pelo menos três, horas por dia, mais de três dias na semana em, pelo menos, três semanas, em crianças saudáveis. O lactente apresenta choro intenso, sem uma causa aparente, com exame físico normal e apresentando ganho ponderal adequado. Esse problema usualmente surge na segunda semana de vida, intensifica-se entre a quarta e a sexta semana e gradativamente alivia, diminuindo até o terceiro mês de vida, mas pode estar presente até 1 ano de idade (SBP, 2017; BRASIL, 2016).

Trata-se de uma condição transitória, sem riscos de mortalidade e que não interfere no crescimento da criança. Entretanto, além de ser uma situação estressante para a família, pode alterar o desenvolvimento pelo reflexo negativo na interação da criança com seus pais (SBP, 2017).

Quadro 19 - Manejo da cólica infantil

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Dor aguda; Conforto prejudicado.	Nanda-I ®
Presença de dor abdominal; Presença de cólica.	CIPE
CUIDADOS/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRINCIPAIS MEDICAMENTOS
<ul style="list-style-type: none">- Realizar massagem abdominal. Calor local e banhos mornos de aspersão podem promover o relaxamento da criança e vínculo familiar, além de tranquilizar os pais;- Lactentes em aleitamento exclusivo: avaliar pega mamária (posição/ sucção), identificar e restringir laticínios e/ou dieta hipoalergênica para a mãe;- Lactentes em uso de fórmula ou leite integral com proteína de vaca: Se cólica leve a moderada, considerar estimular a diminuição do volume de ingestão da fórmula, e estímulo da introdução de alimentos em crianças desmamadas. A troca por derivados da proteína de vaca, por meio de fórmula hipoalergênica, está indicada nos casos mais severos de cólica e quando há presença de sinais de dermatite atópica.	<p>Contraindicado;</p> <p>Não há evidências sobre a eficácia do uso de medicamentos para o tratamento da cólica infantil, considerando os medicamentos seguros para as faixas etárias menores.</p>

Fonte: Brasil, 2016.

Legenda: ® - Direitos autorais Nanda International.



3.9.2 Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS)

As IVAS estão dentre as causas mais comuns de atendimentos no que tange à assistência à saúde da criança. O manejo deve proporcionar a identificação precoce dos sinais de alerta e o uso adequado e racional de medicamentos. A classificação a partir de sinais de tosse ou dificuldade para respirar evita a administração inadequada de antibióticos e propicia o manejo em tempo nos casos que necessitem (COREN-SC, 2018).

Quadro 20 - Manejo da infecção de vias aéreas superiores

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Desobstrução ineficaz das vias aéreas; Ventilação espontânea prejudicada; Dor aguda; Conforto prejudicado.	Nanda-I ®
Corrimento nasal; Tosse; Dor (grau); Respiração prejudicada; Presença de infecção; Presença de inflamação.	CIPE
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRINCIPAIS MEDICAMENTOS - ANALGÉSICO E ANTITÉRMICO
<ul style="list-style-type: none">- Aumentar ingestão de água e outros líquidos (criança em aleitamento materno aumentar o número das mamadas);- Remover a umidade, mofo ou bolor da casa;- Manter a casa ventilada;- Estimular a lavagem seguida das mãos da criança;- Evitar fumar na presença da criança;- Promover higiene nasal com soro fisiológico 0,9%, com seringa de 5 ml ou spray vaporizador, 3 vezes por dia;- Avaliar a necessidade de aspiração de vias aéreas;- Evitar aglomerações (avaliar exposição em escolas e creches);- Reavaliar o quadro em 24/48 h;- Orientar sinais de gravidade para que procurem a unidade de saúde ou emergência imediatamente.	<p>Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre;</p> <p>OU</p> <p>Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre.</p>

Fonte: adaptado de Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.



Quadro 21 - Manejo dos problemas respiratórios mais comuns (a)

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR

CONDUTAS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

CRIANÇA COM CORIZA OU CATARRO NASAL

Rinite alérgica:

Rinorreia aquosa, obstrução ou prurido nasal, espirros em salvas, prurido ocular, hiperemia conjuntival e lacrimejamento, perda do paladar e do olfato (raro); sem febre
Quadro subagudo/crônico.

- Controle ambiental: identificar e afastar desencadeantes é o tratamento mais eficaz.

- Tratamento medicamentoso (principais medicações):

Anti-histamínico HI oral:

- Loratadina solução de 1 mg/ 1 ml ou comprimido 10 mg como primeira escolha:

- Crianças entre 2 e 12 anos - abaixo de 30 kg: 5 ml (5 mg) ou 1 comprimido, 1x ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas. - Acima de 30 kg: 10 ml (10 mg) ou 1 comprimido, 1x ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas.

- Dextrofeniramina xarope de 2 mg/ 5 ml ou comprimido 2 mg:

- Crianças de 2 a 6 anos: 1,25 ml ou ¼ comprimido a cada 8 horas (máximo de 3 mg/dia) de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas;

- Crianças de 6 a 12 anos: 2,5 ml ou ¼ comprimido a cada 8 horas (máximo de 6 mg/dia).

OBS: Quadros superiores a 10 dias podem indicar infecção bacteriana secundária;

Se suspeita ou quadro de rinite alérgica crônica, encaminhar para avaliação médica para tratamento a longo prazo;

Crianças menores de 2 anos: tratamento conforme quadro anterior ou encaminhar para avaliação médica.

Reavaliar o quadro em 24/48 h.

Infecção bacteriana de VAS:

Rinorreia anterior ou posterior, com obstrução ou congestão nasal, acompanhado de pressão ou dor facial e comprometimento do olfato.

Na presença de um ou mais destes sinais de gravidade, encaminhar para avaliação médica:

- Febre acompanhada de secreção nasal purulenta;

- Dor facial ou de dente moderada a intensa;

- Edema periorbital com duração de pelo menos 3 a 4 dias;

- Agravamento dos sintomas após 3 a 5 dias;

- Ausência de melhora após 7 a 10 dias.

- Rinossinusite viral aguda: sintomas com menos de 10 dias de evolução viral (maior parte dos casos), tratar conforme quadro anterior;

- Rinossinusite bacteriana aguda: sintomas com mais de 10 dias e menos de quatro semanas, encaminhar para avaliação médica.

Reavaliar o quadro em 24/48 h.



Quadro 21 - Manejo dos problemas respiratórios mais comuns (b)

CRIANÇA COM CORIZA OU CATARRO NASAL

Resfriado comum (viral): Início súbito, com rinorreia hialina ou mucoide, obstrução nasal, espirros e irritação na garganta. Podem ocorrer: tosse e febre, hiperemia de mucosa nasal, orofaringe e membranas timpânicas. *Depois dos primeiros dias é comum a secreção nasal ficar mais espessa e esverdeada, em decorrência da destruição de células epiteliais e de neutrófilos, o que não deve ser, precipitadamente, interpretado como infecção bacteriana. Os sintomas do resfriado comum são mais intensos nos primeiros três dias e costumam regredir por volta do 7º ao 10º dia, podendo persistir tosse por alguns dias.

Prescrever antitérmicos e analgésicos se dor ou febre:

- Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre;
- Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre;
- Ibuprofeno 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 6/6 horas (máx. 40 mg/kg/dia) por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas.

- Estimular Ingestão hídrica adequada;
- Orientar inalação de vapor d'água;
- Recomendar lavagem nasal com solução salina (pode ser feita através de seringa de 5 ml ou spray vaporizador, três vezes por dia), utilizar soluções salinas isotônicas (0,9%); Anti-histamínicos sedativos devem ser evitados em crianças <4 anos, pelo risco de eventos adversos graves.
- Reavaliar o quadro em 24/48 h;

OBS: Caso os sintomas persistam após 7 a 10 dias ou piora do quadro após o quinto dia de evolução, encaminhar para avaliação médica.

Respirador bucal:

Obstrução nasal e roncos durante o sono, boca aberta ou entreaberta, lábios ressecados, língua rebaixada e hipotônica, nariz achatado e narinas pequenas, prurido nasal e ocular, espirros em salva, rinorreia serosa ou seromucosa, corpos estranhos nasais e polipose nasal, protrusão da arcada dentária superior e mordida cruzada e podem apresentar sonolência, apneia obstrutiva do sono e déficit de atenção.

- Encaminhar para avaliação médica;
- Aconselhar e acompanhar estimulando o padrão de respiração nasal;
- Orientar alimentação e higienização adequadas para manutenção dos dentes decíduos;
- Referenciar para cirurgião-dentista na necessidade de correção de hábitos bucais.

CRIANÇA COM DOR DE GARGANTA

Infecção viral:

Hiperemia em faringe e/ou vesículas associada a sintomas de resfriado comum: febre (geralmente abaixo de 38,5° C), irritabilidade, congestão nasal, tosse leve e inapetência.

Prescrever antitérmicos e analgésicos se dor ou febre:

- Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre;
- Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre;
- Ibuprofeno 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 6/6 horas (máx. 40 mg/kg/dia) por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas.

Reavaliar em 24/48 h; se houver piora do quadro encaminhar para avaliação médica.

Infecção bacteriana:

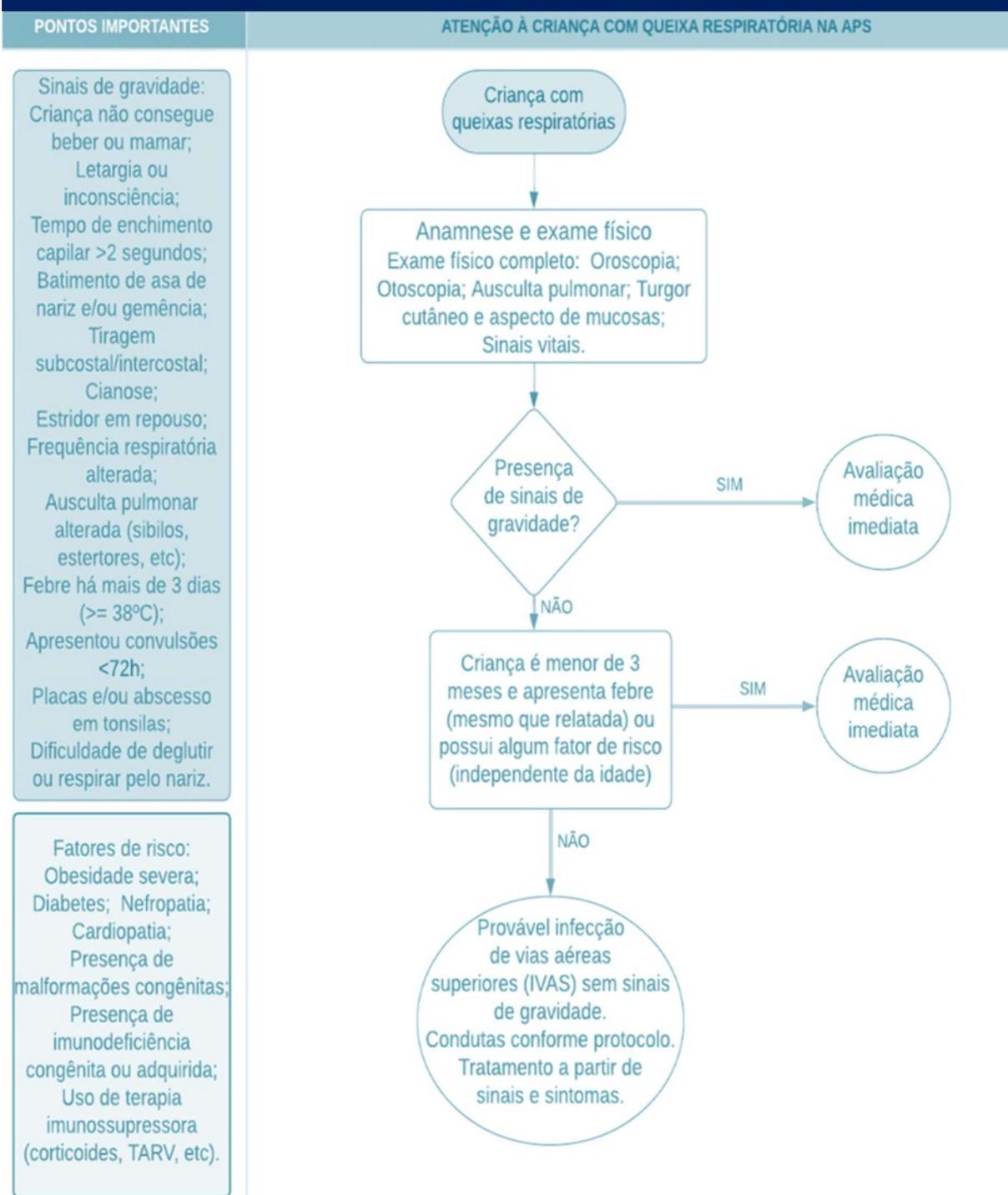
Febre alta (de 38,5° C), gânglios aumentados e dolorosos no pescoço, amígdalas hiperemiadas com pontos purulentos ou petéquias em palato e presença de sintomas gastrointestinais (tais como: disfagia, vômitos, dor abdominal).

Encaminhar para avaliação médica.

Fonte: Adaptado Brasil, 2016; Sakano et al, 2017; deShazo; Stephen, 2020.



Fluxograma 1 - Atenção à criança com queixa respiratória



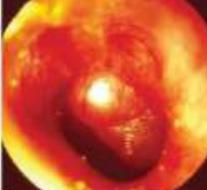
Fonte: Elaboração própria



3.9.3 Dor de ouvido

A dor no conduto auditivo é uma queixa frequente em crianças e pode ou não estar associada a quadro infeccioso. O enfermeiro possui papel importante na identificação imediata de sinais de gravidade e manejo adequado, conferindo medidas de conforto à criança e orientação aos pais (COREN-SC, 2018, BRASIL, 2016).

Quadro 22 - Identificação das principais alterações à otoscopia

	Achado na otoscopia	Sinais/sintomas	Alteração
	Membrana timpânica íntegra e conduto auditivo sem alterações.	-	Exame físico normal
	Hiperemia de conduto auditivo com secreção e descamação.	Dor e/ou prurido no ouvido, geralmente sem febre; Aumento da dor à mobilização do pavilhão auricular e palpação do tragus.	Otite externa
	Opacidade, hiperemia ou abaulamento timpânico.	Dor de ouvido leve a muito intensa com início súbito, podendo ocorrer febre e otorreia.	Otite média aguda (OMA)
	Perfuração da membrana timpânica.	Em decorrência de otite média crônica e otorreia supurativa; Pode ocorrer perda auditiva.	*Comum em otite média crônica ou por perfuração traumática.
	Cerúmen impactado.	Congestão – sensação de ouvido tapado e diminuição auditiva.	Cerúmen impactado por provável uso de cotonetes.

Fonte: Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.



Quadro 23 - Manejo da dor de ouvido

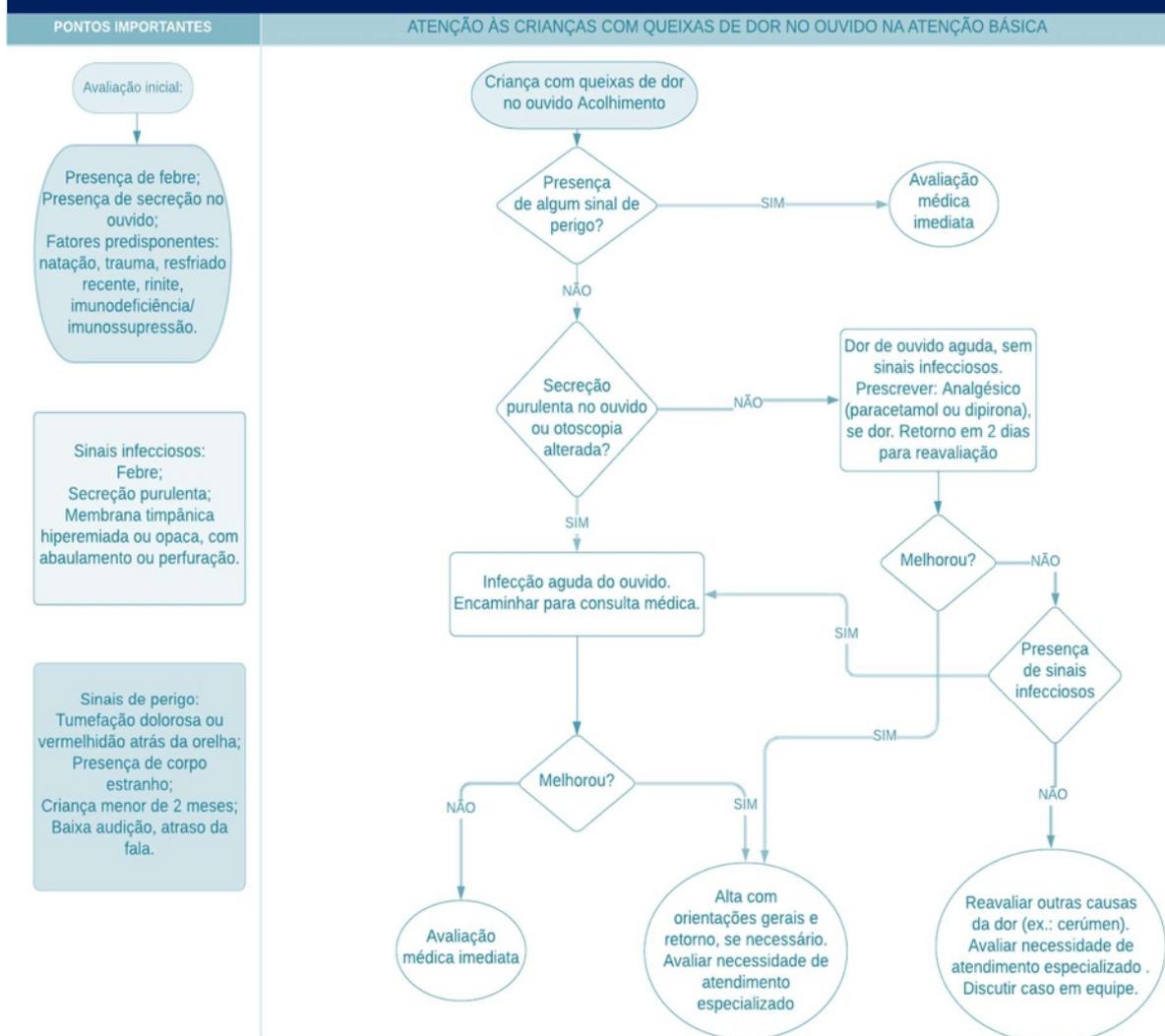
PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Conforto prejudicado; Dor aguda; Risco de infecção.	Nanda-I [®]
Dor (grau); Risco/ Presença de infecção; Presença de inflamação; Audição prejudicada.	CIPE
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRINCIPAIS MEDICAMENTOS
<ul style="list-style-type: none">- Aplicar compressas mornas para conforto e alívio de sintomas;- Investigar causas ambientais (fumaça, poeira, etc.);- Orientar uso de protetor auricular para crianças realizando atividades aquáticas, uma vez que estas podem estar propensas a dores de ouvido ou infecções;- Contraindicar o uso de cotonetes, limpeza somente externa com toalha, gaze ou similar;- Orientar posição adequada (45°) para crianças em amamentação;- Orientar sinais de gravidade ou se persistência do quadro por mais de 24 horas, retornar imediatamente à unidade; <p>Crianças com otite média crônica:</p> <ul style="list-style-type: none">- Encaminhar para consulta médica para avaliar necessidade de consulta com especialista.	<p>Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre; OU Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre; OU Ibuprofeno* 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 8/8 horas, se necessário (não utilizar em crianças menores de 6 meses).</p>

Fonte: adaptado de Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.

*Observação: Ibuprofeno é contraindicado em crianças com suspeita de dengue.



Fluxograma 2 - Atenção à criança com queixa de dor de ouvido



Fonte: Elaboração própria



3.9.4 Manejo da febre

A febre é sinal comum a vários problemas de saúde de crianças e, frequentemente, apresenta-se como principal motivo de consulta na APS. A definição exata da temperatura, a partir da qual se considera febre, é dada por pontos de corte arbitrários que variam na literatura e conforme a região de aferição no corpo, geralmente como temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (BRASIL, 2016).

A febre é o sinal mais comum perceptível, indicando que o estado de saúde da criança necessita maior atenção. No entanto, devido ao amadurecimento do sistema imunológico, principalmente nas crianças menores de 2 anos, a febre costuma estar presente mesmo em condições cuja imunidade da criança seja suficiente para combater a provável infecção. Devido a esse fato, não é incomum que a febre se apresente de maneira isolada na criança, sem a presença de outros sinais ou sintomas que possam auxiliar na identificação da origem da infecção, quando presente (COREN-SC, 2018). Essa situação exige muita atenção, especialmente em crianças pequenas, pelo risco de doenças potencialmente graves, que podem evoluir com deterioração do estado geral rápido, principalmente bacteremias ocultas e doenças bacterianas graves (BRASIL, 2016).

Quadro 24 - Manejo da febre

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Hipertermia	Nanda-I [®]
Febre	CIPE
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRINCIPAIS MEDICAMENTOS
<ul style="list-style-type: none">- Orientar uso de roupas leves e banhos mornos na criança, os quais auxiliam na termorregulação;- Ofertar ingestão hídrica (água e outros líquidos) conforme demanda e em horários regulares, os quais auxiliam na reposição hídrica e auxiliam o controle térmico infantil;- Orientar repouso da criança;- Orientar cuidadores que, apesar de a febre ser um sinal de alerta, 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 ou bacteriana, a qual se diferencia pelas alterações no exame físico e valores da temperatura (acima de 39°C);- Orientar sinais de gravidade para que retornem prontamente ao serviço de saúde ou pronto atendimento, se necessário;- Orientar que a convulsão febril é um evento incomum, de curta duração, que possui caráter benigno e não costuma ter novo episódio em 24 horas.	<p>Se temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e desconforto, prescrever as medicações abaixo:</p> <p>Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 6/6 horas* (máx. 75 mg/kg/dia) por até 3 dias, reavaliar o quadro em 24/48 h; OU Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas** por até 3 dias, reavaliar o quadro em 24/48 h; OU Ibuprofeno 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 6/6 horas*** (máx. 40 mg/kg/dia) por até 3 dias, reavaliar o quadro em 24/48 h</p>

Fonte: adaptado de Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.

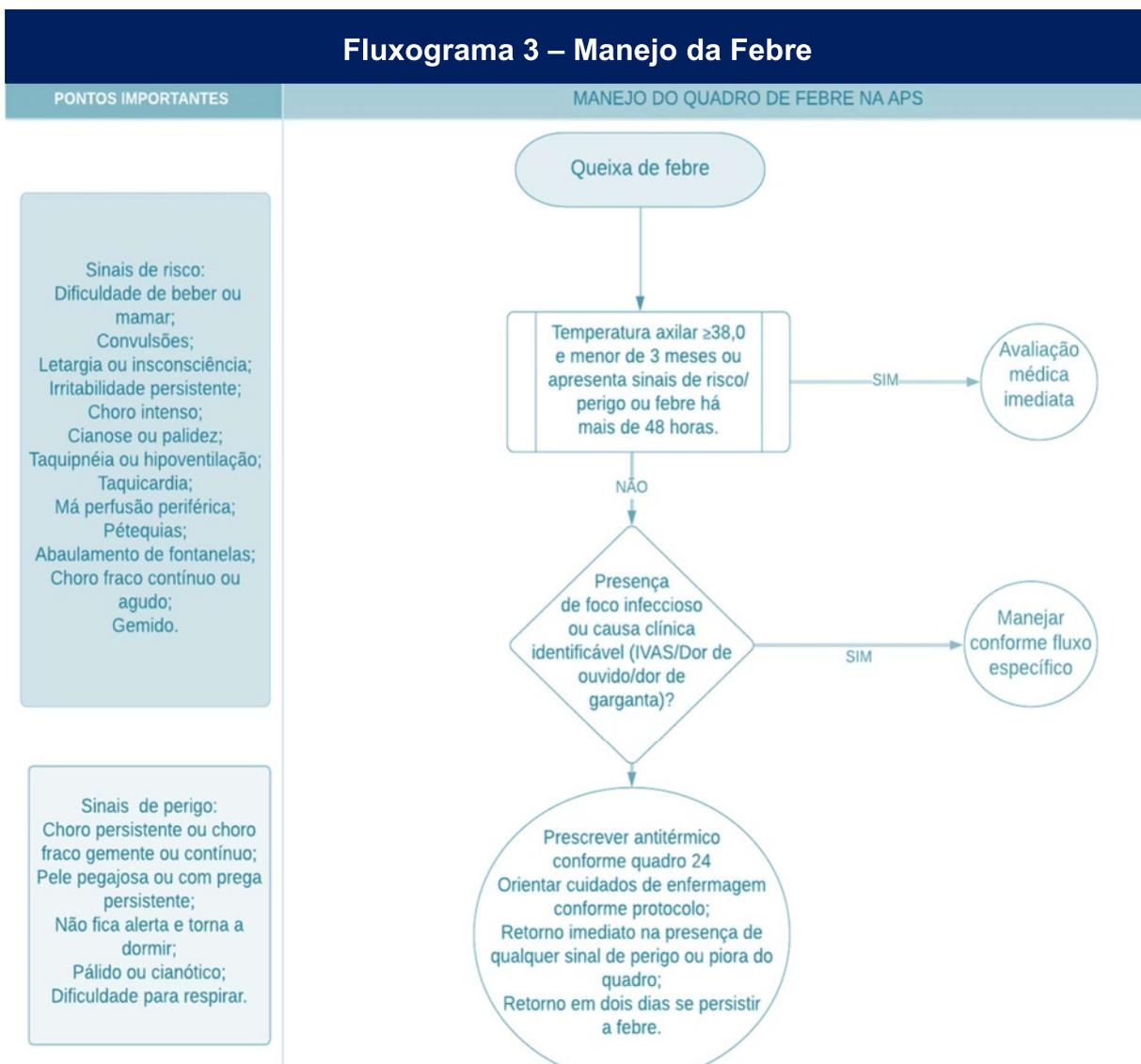
*Atentar risco de hepatopatias e história pregressa de problemas hepáticos (contraindicado).

**Atentar risco de doenças hematológicas e história pregressa de problemas sanguíneos (contraindicado).

***Não utilizar em suspeita de arbovirose.



Obs.: A cada nova avaliação pelo enfermeiro, em 24-48 horas, o foco da febre deve ser buscado. Deve-se evitar a utilização de medicação antitérmica sem a identificação de foco infeccioso, para que não se corra o risco de mascarar quadros de gravidade potencial.



Fonte: Elaboração própria

3.9.5 Gastroenterite (diarreia e vômitos)

Problema de saúde que acomete inúmeras crianças durante todo o ano. Apesar de relacionarmos as gastroenterites com o aspecto hídrico e alimentar, a maioria possui a etiologia viral como principal causa. Seu manejo deve ser sempre orientado à observação de sinais de gravidade precoces, pois pode causar desidratação grave, principalmente em crianças, nos quais deve-se procurar o serviço de saúde (COREN-SC, 2018).



Os quadros abaixo auxiliam na avaliação do nível de desidratação da criança e conduta clínica do enfermeiro.

Quadro 25 - Classificação segundo o grau de desidratação

Grupo A: sem desidratação

- Criança alerta;
- Olhos brilhantes com lágrimas;
- Mucosas úmidas;
- Fontanela normotensa;
- Turgor cutâneo normal;
- Pulso cheio;
- Perfusão normal (menor que 2");
- Circulação/pressão arterial normal;
- Diurese normal.

Grupo B: desidratação

- Criança irritada, com sede;
- Olhos encovados;
- Mucosas secas;
- Fontanela deprimida;
- Turgor cutâneo pouco diminuído;
- Pulso palpável;
- Perfusão normal (menor que 2");
- Circulação/pressão arterial normal;
- Diurese pouco diminuída .

Grupo C: desidratação grave

- Criança deprimida;
- Olhos muito encovados sem lágrimas;
- Mucosas muito secas;
- Fontanela muito deprimida;
- Turgor cutâneo muito diminuído;
- Pulso rápido, ausente ou débil;
- Perfusão alterada (maior que 2");
- Circulação/pressão arterial alterada;
- Diurese oligúria/anúria.

Fonte: Coren-SC, 2018; Ministério da Saúde, 2017b; Brasil, 2016.



Quadro 26 - Condutas conforme o grau de desidratação em crianças

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
Diarreia; Motilidade gastrintestinal disfuncional; Náusea; Volume de líquidos deficiente; Conforto prejudicado.		Nanda-I ®
Diarreia; Vômito; Risco de desidratação; Desidratação (grau).		CIPE
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
A Sem DESIDRATAÇÃO	B Se 2 ou + sintomas: DESIDRATAÇÃO	C 2 ou + sintomas: DESIDRATAÇÃO GRAVE
<p>Crianças menores de 1 ano: 50 a 100 ml Sal de Reidratação Oral (SRO) após cada perda hídrica, ofertar outros líquidos conforme aceitação;</p> <p>Crianças maiores de 1 ano: 100 a 200 ml SRO após cada perda hídrica e conforme aceitação.</p> <ul style="list-style-type: none">- Amamentar a criança com maior frequência e por maior duração;- Ofertar ingesta hídrica superior que o habitual;- Estimular crianças em aleitamento exclusivo a receber SRO e leite materno;- Estimular crianças em aleitamento misto ou desmamadas a ingerir SRO e outros líquidos;- Manter alimentação habitual para prevenir desnutrição;- Solicitar que a criança retorne à unidade caso não obtenha melhora em 24-48 horas ou apresente algum sinal de perigo, como: piora da diarreia, vômitos repetidos, sede excessiva, recusa de alimentos, sangue nas fezes e diminuição da diurese.	<p>Terapia de Reidratação Oral na unidade, avaliar a necessidade de hidratação endovenosa; Prescrever e orientar Sal de Reidratação Oral - 75 ml/kg em 4 horas;</p> <ul style="list-style-type: none">- Reavaliar a cada 30 minutos a 1 hora e estar atento a sinais de gravidade;- Solicitar avaliação médica imediata em caso de sinais de gravidade ou ausência de melhora;- Administrar SRO continuamente e de forma lenta para evitar vômitos, até desaparecimento dos sinais de desidratação;- Reavaliar com frequência para redefinir conduta.	<p>Puncionar acesso venoso calibroso e solicitar avaliação médica imediata.</p>

Fonte: adaptado de Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.

Obs.: A orientação quanto à validade do soro de reidratação depois de preparado deve seguir a recomendação do fabricante.



3.9.6 Parasitoses intestinais

As parasitoses intestinais ainda se constituem um importante problema de saúde pública, as quais para serem combatidas necessitam de adequados hábitos de higiene e acesso ao saneamento territorial. São frequentemente assintomáticas, mas podem causar perda de peso e desnutrição, anemia, diarreia crônica, dor abdominal crônica e prurido anal. A profilaxia é contraindicada devido à possibilidade de danos relacionados à exposição da criança ao vermífugo, o qual é indicado apenas nos casos em que houver evidência ou suspeita clínica (COREN-SC, 2018; BRASIL, 2016).

Quadro 27 - Manejo de parasitoses intestinais

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
Risco de infecção; Conforto prejudicado; Dor aguda; Diarreia; Risco de sufocação.		Nanda-I [®]
Risco de infecção; Dor abdominal; Presença de Diarreia; Desconforto aumentado; Risco de asfixia.		CIPE
QUEIXAS MAIS COMUNS	SINAIS DE GRAVIDADE	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Prurido anal; Presença de vermes em fezes ou roupas íntimas; Presença de cistos (ovos) visíveis em fezes ou roupas íntimas; Dor abdominal, afastados sinais de alerta/gravidade; Diarreia intermitente não relacionada com a alimentação.	Distensão abdominal; Dor abdominal intensa associada a helmintose; Diarreia persistente; Helmintos saindo de cavidade nasal; Queixas de verminose em crianças menores de 1 ano. Na presença destes sinais referenciar para avaliação médica.	Caso não possua sinais de gravidade: tratamento conforme quadro seguinte; - Encaminhar para avaliação médica imediata na presença de qualquer sinal de gravidade; - Tratar todos os contatos domiciliares*; - Repetir dose em 2 semanas ao verificar presença de prurido anal no momento da consulta (familiares também devem repetir); - Reforçar medidas de higiene com mãos e alimentos crus (lavá-los bem); - Explicar importância do consumo de alimentos bem cozidos e água filtrada ou tratada; - Manter as unhas das crianças sempre bem aparadas e orientar higiene frequente das mãos.

Fonte: adaptado de Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.

*A prescrição deve ser no nome do familiar para o qual se destina a medicação, com registro em prontuário sobre a fonte dos sinais/sintomas.



O tratamento das verminoses em crianças com idade entre 1 e 2 anos pode ser realizado com Albendazol ou Mebendazol. Recomenda-se o uso do Albendazol pelo maior número de estudos publicados sobre o perfil de segurança em crianças menores de 2 anos. Para as crianças menores de 1 ano de idade, o tratamento só deve ser realizado se apresentar quadro clínico muito importante e se os benefícios do uso da medicação superarem seus riscos. Nesses casos, também preferir o uso do Albendazol (TELESSAÚDERS, 2020).

Os esquemas de tratamento de acordo com o parasita são apresentados no quadro a seguir:

Quadro 28 - Tratamento conforme a parasitose intestinal*

Albendazol (susp. oral 40 mg/ml; comprimidos mastigáveis 400 mg)

Ascaris lumbricoides Ancylostoma duodenale Enterobius vermicularis Necator americanus	400 mg dose única; Repetir em duas semanas na enterobíase.
Strongyloides stercoralis** Trichuris trichiura Taenia saginata Taenia solium	400 mg, uma vez ao dia, por 3 dias.
Giardia Lamblia	10 a 15 mg/kg, uma vez ao dia, por 5 dias; Dose máxima: 400 mg/dose.

Mebendazol (susp. oral 100 mg/5 ml; comprimidos de 100 mg)

Ascaris lumbricoides Ancylostoma duodenale Necator americanus Trichuris trichiura	100 mg, de 12 em 12 h, por 3 dias.
Enterobius vermicularis	100 mg, dose única; Repetir em duas semanas.
Taenia saginata Taenia solium	200 mg, de 12/12 h por 3 dias.
Giardia Lamblia	200 mg, três vezes ao dia, por 5 dias.

Metronidazol (susp. oral 40 mg/ml; comprimidos de 250 mg e 400 mg)

Giardia Lamblia	15 mg/kg/dia, dividido em duas ou três vezes ao dia, por 5 dias; Dose máxima de 250 mg/dose.
-----------------	---



Ivermectina (comprimidos de 6 mg)

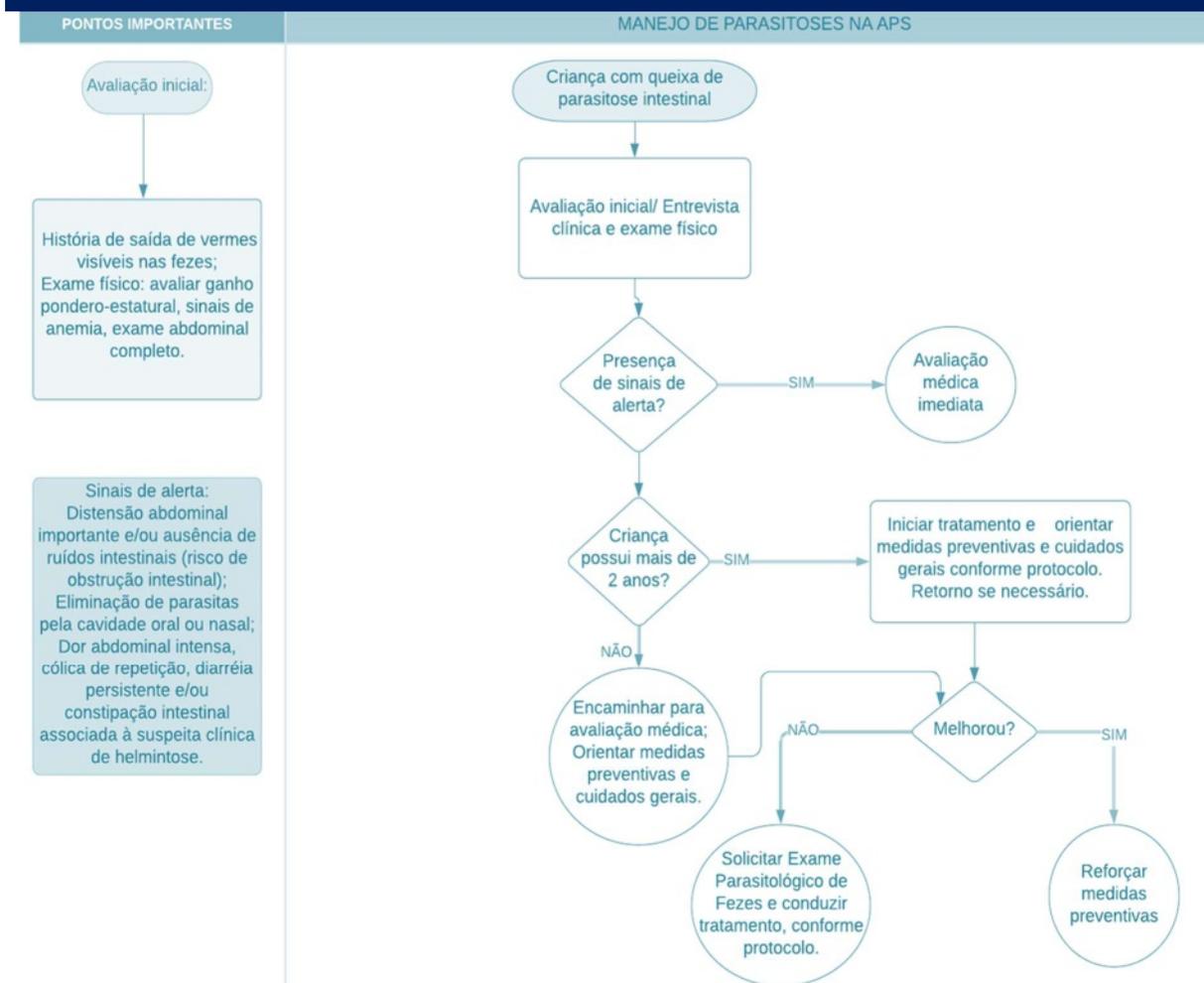
Ascaris lumbricoides	0,2 mg/kg, uma vez ao dia, por 2 dias consecutivos; Não é a primeira escolha.
Enterobius vermicularis	0,2 mg/kg, em dose única; Repetir em duas semanas; Não é a primeira escolha.
Strongyloides stercoralis	0,2 mg/kg, uma vez ao dia, por 2 dias consecutivos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020.

*Atentar para indicação de idade supracitada;

**Para o tratamento de Strongyloides stercoralis, o Albendazol pode ser utilizado de 3 a 7 dias, porém as taxas de cura são inferiores ao tratamento com Ivermectina.

Fluxograma 4 – Manejo de Parasitose



Fonte: Elaboração própria



3.9.7 Queixas oculares

As queixas de olho vermelho ou conjuntivite são de causa variável, em geral, podendo ser abordadas no contexto da APS com bom prognóstico. Outras afecções oculares também são comuns, como o hordéolo (terçol) e o edema palpebral isolado, sem sinais de anafilaxia (COREN-SC, 2018). É importante estar atento para os sinais de alerta de gravidade, pois em alguns casos a avaliação pelo oftalmologista pode ser necessária (BRASIL, 2016). A avaliação de sintomas e da acuidade visual na prática clínica é indicada, conforme descrito a seguir.

Quadro 29 - Manejo das principais queixas oculares (a)

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
Integridade tissular prejudicada; Conforto prejudicado; Dor aguda; Risco de ressecamento ocular; Risco de lesão na córnea.		Nanda-I [®]
Visão prejudicada; Capacidade visual diminuída Desconforto aumentado; Presença de inflamação; Presença de infecção.		CIPE

CONDIÇÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Conjuntivite infecciosa	Olho vermelho associado à secreção, hiperemia bulbar e/ou peripalpebral; Sintomas oculares de fotofobia, dor, lacrimejamento, alteração da acuidade visual: ausentes ou leves; Suspeitar de bacteriana na presença de secreção abundante, e virótica, caso apresente-se sem secreção importante.	Tratar com soro fisiológico; Na APS, a maioria dos casos de conjuntivite, mesmo bacteriana, resolve-se sem necessidade de antibioticoterapia tópica, que deve ser reservada para quadros mais graves ou tomada de decisão compartilhada com usuário e médico.



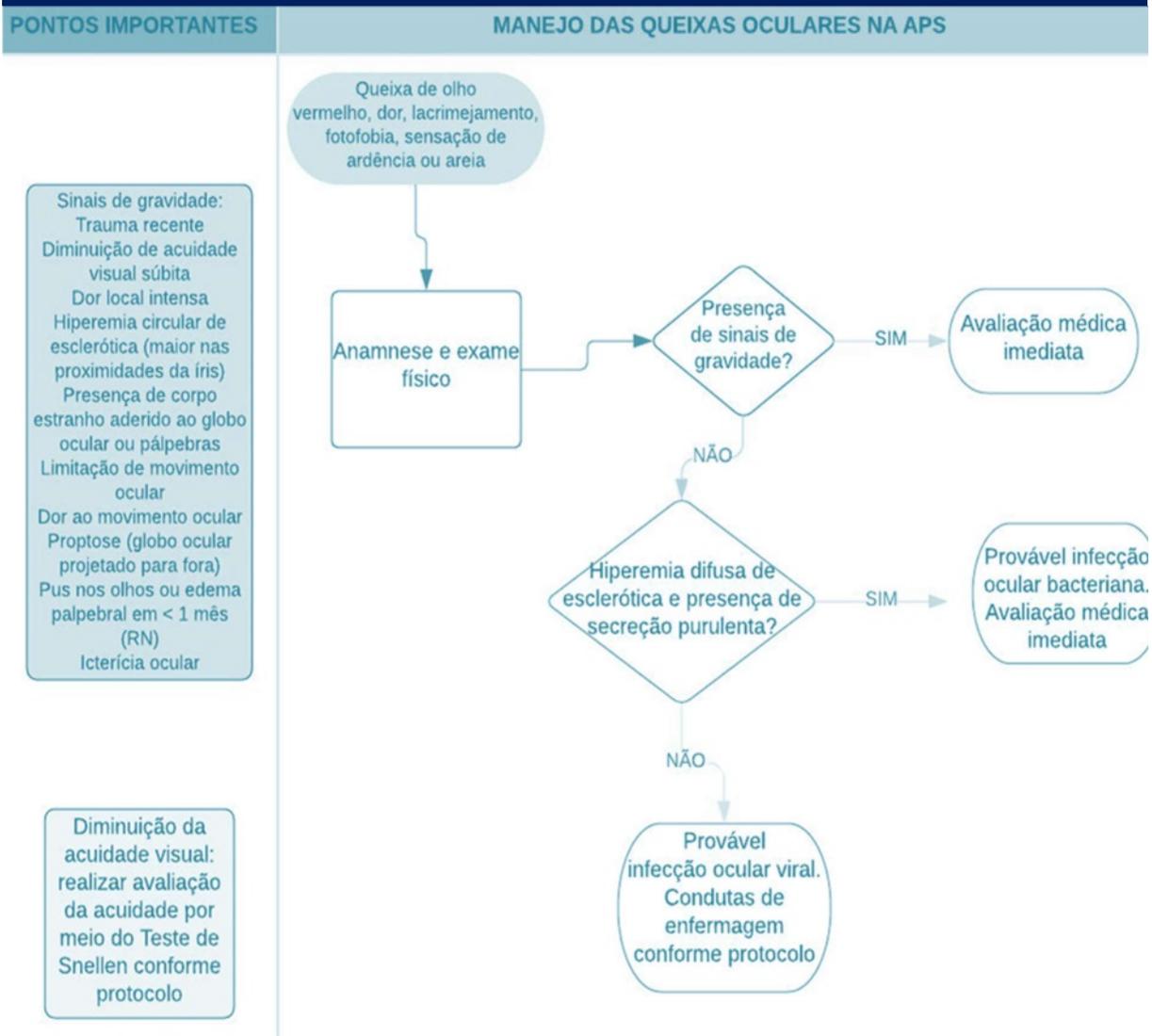
Quadro 29 - Manejo das principais queixas oculares (b)

CONDIÇÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Hordéolo	Infecção das glândulas palpebrais, também conhecido como terçol.	Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 6/6 horas; OU Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas. - Higienizar local com soro fisiológico; - Aplicar compressas mornas com gaze estéril por 10-15 minutos, 2-4x/dia; - Explicar que o desaparecimento pode demorar semanas. Se não houver resposta ao tratamento proposto ou aparecimento de infecção secundária, encaminhar para avaliação médica.
Blefarite	Inflamação crônica das margens palpebrais levando a olho seco e irritação ocular.	- Higienizar local com soro fisiológico; - Aplicar compressas mornas 2-3x/dia para amolecimento das crostas; - Remover crostas com auxílio de pano macio limpo (tecido tipo fralda) ou gaze; - Solicitar avaliação médica se não houver melhora do quadro.
Iridociclite (Uveíte)	Olho vermelho sem história de trauma, sem secreção, com hiperemia pericorneana. Fotofobia, dor, lacrimejamento: moderados a intensos. Alteração da acuidade visual ausente ou discreta. Opacidade da córnea e pupilas mióticas.	- Encaminhar à avaliação médica com urgência.

Fonte: adaptado de Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.



Fluxograma 5 – Manejo das queixas oculares



Fonte: Elaboração própria

3.9.7.1 Triagem oftalmológica

A visão é um dos fatores mais relevantes no aprendizado escolar, assim, a atuação dos enfermeiros voltada para saúde ocular de crianças precisa ser aprimorada. A ausência total ou parcial da visão na infância pode interferir no desenvolvimento psicomotor, cognitivo, social e na aquisição da linguagem da criança, que, por sua vez, são aspectos fundamentais para o processo de independência do indivíduo (SCHUMACHERI E GASPARETTO, 2016; NASCIMENTO E GAGLIARDO, 2016).

No processo de identificação, os enfermeiros devem estar alertas aos sinais sugestivos de alterações visuais que as crianças possam apresentar. O reconhecimento dos sinais de problemas de



saúde ocular pode ser realizado por meio de (BRASIL, 2016):

- **Comportamento:** durante atividades em sala de aula como aproximação exagerada dos objetos ou papel para ler/ desenhar, falta de atenção, desinteresse por leitura, dificuldades para acompanhar exercícios no quadro;
- **Sinais visuais apresentados:** sensibilidade excessiva à luz, olhos vermelhos, estrabismo, nistagmo (movimentos oculares oscilatórios, rítmicos e repetitivos dos olhos), lacrimejamento, apertar ou arregalar os olhos e franzir da testa;
- **Queixas:** queixas como dor de cabeça, fotofobia, sensação de ardor pulsante, doloroso ou agudo no olho ou em volta dele, sensação de haver algo preso no olho (BRASIL, 2016).

3.9.7.1.1 Avaliação da Acuidade Visual a partir da utilização do Teste de Snellen

O Teste de Snellen consiste em uma avaliação inicial que busca identificar a existência de problemas de refração, que necessitarão de oftalmologista. É realizada por meio de um teste simples, utilizando a escala de sinais de Snellen, conforme quadro abaixo:

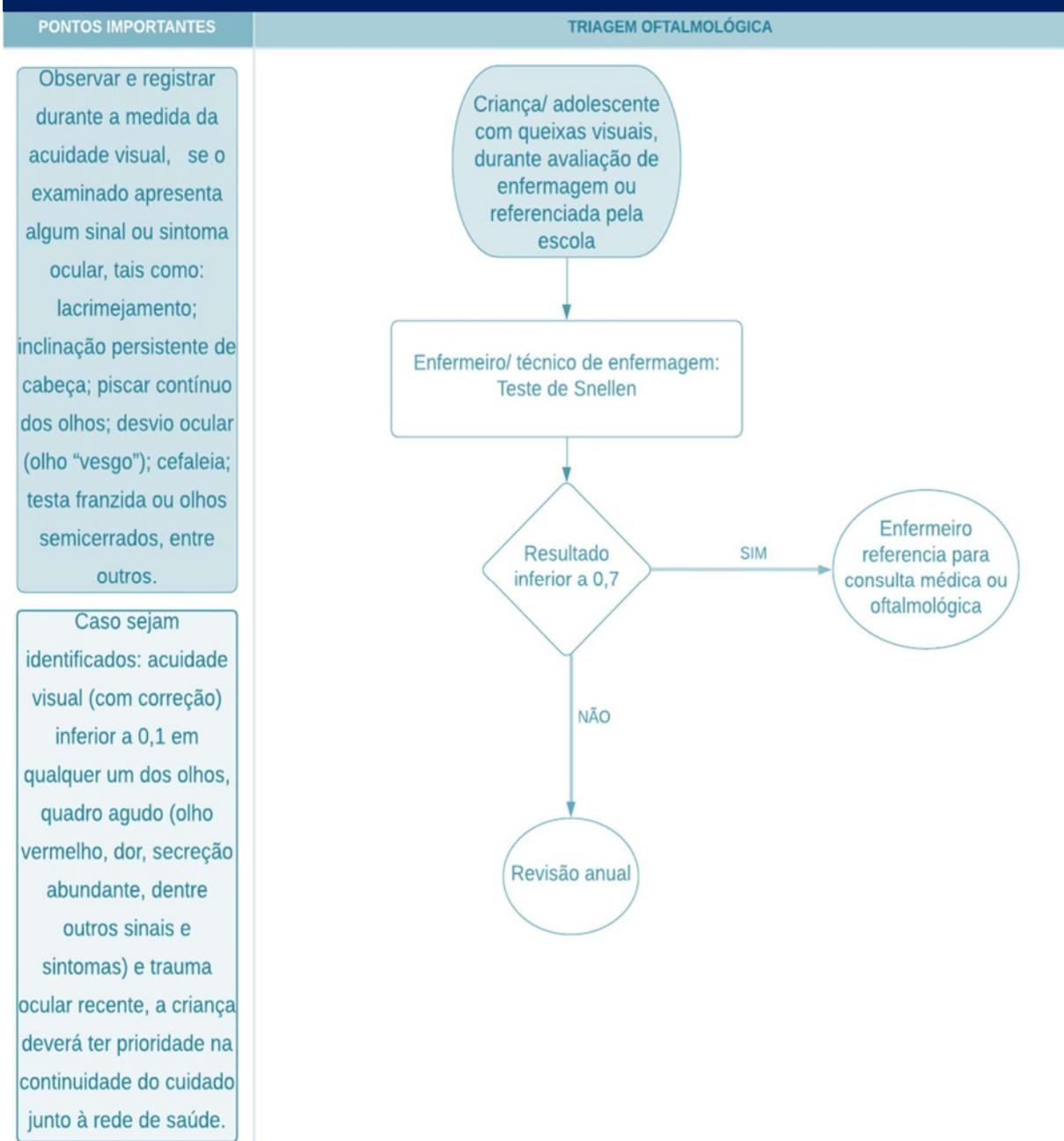
Quadro 30 - Avaliação da acuidade visual por meio da Escala de Snellen

Preparo do local	O local deve ser calmo, bem iluminado e sem ofuscamento; A Escala de Sinais de Snellen deve ser colocada em parede a uma distância de cinco metros da pessoa a ser examinada; As linhas de optótipos (símbolos presentes na escala de Snellen) devem estar situadas ao nível dos olhos do examinado.
Preparo para a aplicação do teste	Explicar e demonstrar o procedimento; Deve-se colocar a pessoa próxima à Escala de Sinais de Snellen e pedir-lhe que indique a direção para onde está voltado cada optótipo; Ensinar o examinado a cobrir o olho sem comprimi-lo e lembrá-lo que, mesmo sob o ocluser, cobrindo um dos olhos durante a avaliação, os dois olhos devem ficar abertos.
Aplicação da técnica	A pessoa que usar óculos para longe deve mantê-los durante o teste; Os optótipos podem ser mostrados com um objeto que aponte; Para apontar o símbolo a ser visto, deve-se colocar o objeto em posição vertical passando-o em cima e repousando abaixo do símbolo; Mover com segurança e ritmicamente o objeto de um símbolo para outro; Iniciar pelo olho direito; O exame deve ser iniciado com os optótipos maiores, continuando a sequência de leitura até onde a pessoa consiga enxergar sem dificuldade; Utilizar a mesma conduta para medir a acuidade visual no olho esquerdo; ATENÇÃO: anotar sempre os resultados do olho direito, antes de iniciar o teste no olho esquerdo; Mostrar pelo menos dois símbolos de cada linha. Se o usuário tiver alguma dificuldade numa determinada linha, mostrar um número maior de sinais da mesma linha. Caso a dificuldade continue, voltar à linha anterior; Todas as crianças que não atingirem 0,7 devem ser retestadas. Valerá o resultado em que a medida da acuidade visual foi maior. É muito comum um erro significativo na primeira medida; Se a pessoa examinada não conseguir identificar corretamente os optótipos maiores, ou seja, os optótipos da 1ª linha da escala de Snellen, deverá ser anotada Acuidade Visual (AV) como menor que 0,1 (<0,1).

Fonte: Brasil, 2016.



Fluxograma 6 – Triagem oftalmológica



Fonte: Elaboração própria

3.9.8 Lesões de pele mais frequentes

Os problemas de pele estão entre as causas mais frequentes de procura aos serviços de saúde na APS. Na maioria das vezes, as lesões são autolimitadas, de evolução favorável e podem ser manejadas pelo enfermeiro, o qual deve estar atento aos sinais de alarme. O quadro abaixo descreve



a identificação e o manejo das principais lesões de pele para adequada abordagem e conseqüente minimização de danos às crianças. (BRASIL, 2016).

Quadro 31 - Manejo das principais lesões de pele (a)

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
Integridade da pele prejudicada/ Risco de; Conforto prejudicado; Risco de infecção; Dor aguda.		Nanda-I ®
Desconforto; Integridade da pele prejudicada; Dor cutânea; Presença de dermatite seborreica; Risco de infecção; Risco de alimentação prejudicada; Presença de eritema; Presença de exantema.		CIPE

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Dermatite seborreica do lactente*	Início nas primeiras semanas de vida. Ocorre em couro cabeludo, sobrancelhas, áreas flexoras, atrás das orelhas e regiões de fralda; Lesões: máculas e placas avermelhadas, bem delimitadas, úmidas, com ou sem fissura de pele. Pode haver crosta amarelada.	- Tranquilizar a família, orientando o ótimo prognóstico; - Aplicar óleo vegetal ou mineral antes do banho para hidratar as escamas e facilitar a queda natural. Não retirar escamas ativamente para evitar o risco de lesão e infecção secundária; - Considerar tratar apenas os casos mais intensos com hidrocortisona 1% creme 1x/dia por até 7 dias; ou - Cetoconazol 2% xampu, aplicação no couro cabeludo 2x/semana durante 14 dias. - Reavaliar após 7 dias e/ou se necessário.
Miliária/ brotoeja*	Pequenas pápulas amareladas, menores que 1 mm no nariz, bochechas, e cistos de inclusão com queratina (milia); Miliária: erupção relacionada ao calor. Pequenas pápulas, retenção de suor por oclusão das estruturas exócrinas.	- Tranquilizar a família, explicando que é uma condição benigna e se resolve espontaneamente entre 4 e 5 meses de vida; - Orientar o uso de roupas mais leves, evitar o uso de tecidos irritantes; - Evitar banhos com temperatura elevada.



Quadro 31 - Manejo das principais lesões de pele (b)

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>Dermatite de fraldas*</p> <p>e</p> <p>Candidíase de fraldas</p>	<p>Dermatite leve a moderada: é a mais comum causa de erupção em área de fraldas. Dermatite irritativa por contato da pele com urina e fezes. Hiperemia em região de períneo acompanhado ou não de pápulas ou crostas;</p> <p>Dermatite grave: eritema extenso, com aparência brilhante, erosões dolorosas, pápulas e nódulos.</p> <p>Candidíase: complicação frequente da dermatite. Acomete o interior de pregas cutâneas, pode ter "lesões satélites": pápulas ou pústulas ao redor da área do <i>rash</i>.</p>	<p>Dermatite leve a moderada:</p> <ul style="list-style-type: none">- Orientar os responsáveis a manter a área seca e limpa, com trocas frequentes de fralda e aplicar creme de barreira óxido de zinco a cada troca de fralda; <p>A aplicação de leite materno para tratamento da dermatite tem se mostrado tão eficaz quanto o uso de corticoide tópico e mais eficaz que o uso de creme de barreira, por suas propriedades anti-inflamatórias e antimicrobianas</p> <p>Dermatite grave: corticosteroide tópico Hidrocortisona a 1%, 2x ao dia por 3 a 7 dias, concomitantemente com creme de barreira. Os produtos de barreira devem ser aplicados por último;</p> <p>Corticosteroides tópicos e cremes antifúngicos combinados, como creme de dipropionato de betametasona e clotrimazol ou acetato de triamcinolona e creme de nistatina, são contraindicados.</p> <p>Candidíase: mesmas orientações da dermatite e considerar miconazol creme dermatológico 2% 8/8 horas até a resolução do quadro.</p> <p>Medidas de prevenção:</p> <ul style="list-style-type: none">- Estimular o aleitamento materno;- Trocar fraldas frequentemente;- Realizar limpeza suave e limitada com água morna e um pano macio geralmente é suficiente. As fezes secas podem ser removidas suavemente com óleo mineral aplicado com algodão. Não é necessário limpar completamente o creme de barreira a cada troca de fralda. A limpeza excessivamente zelosa pode promover irritação e retardar a cicatrização da pele;- Evitar uso de lenços umedecidos. Se o uso for inevitável, lenços umedecidos sem detergente e sem álcool podem ser utilizados;- Evitar o uso de pós como amido de milho ou pó de talco, uma vez que representa risco respiratório significativo.



Quadro 31 - Manejo das principais lesões de pele (c)

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Tungíase	Uma ou mais pápulas amareladas com pontos pretos centrais, pruriginosas; As áreas mais comuns são as extremidades (pés e mãos).	<ul style="list-style-type: none">- Retirar tunga, sob assepsia local, com agulha estéril de calibre adequado para o tamanho da lesão e curativo local após retirada;- Verificar esquema vacinal da criança (principalmente antitetânica);- Solicitar avaliação médica, se infecção secundária.
Pediculose	Prurido no couro cabeludo; Identificação a olho nu do piolho adulto ou dos seus ovos (lêndeas).	Permetrina 1% loção**: <ul style="list-style-type: none">- Aplicar no couro cabeludo, nuca e atrás das orelhas, deixar agir por 10 minutos e enxaguar com água morna;- Fazer remoção mecânica dos parasitas e lêndeas, com auxílio de um pente fino, com o cabelo ainda molhado e a cada 2 a 3 dias, até a remoção total;- Explicar que o cabelo não deve ser lavado pelas próximas 24 a 48 h após a aplicação do produto;- Repetir uma vez em 9 dias.
Escabiose	Pápulas avermelhadas intensamente pruriginosas, acometendo principalmente áreas de aquecimento (axilas, virilhas, interdigitais, periumbilical, etc), mas podendo acometer outras partes do corpo; Prurido intenso no corpo com piora à noite, principalmente.	Permetrina 5% loção**: <ul style="list-style-type: none">- Aplicar no corpo inteiro (pescoço para baixo), deixar agir por 8 a 14 horas e enxaguar no banho;- Repetir a aplicação uma a duas semanas depois pode ser necessário, para maior efetividade;- Afastar a criança das atividades habituais até 24 horas após início do tratamento. <p>OBS: Em crianças menores de 2 anos, deve-se incluir o couro cabeludo, face (não aplicar na região periocular e perilabial), pescoço e orelhas.</p>



Quadro 31 - Manejo das principais lesões de pele (d)

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Doenças exantemáticas	<p>Varicela: lesões pruriginosas progridem de mácula → pápula → vesícula → crostas. Podem estar presentes lesões em todas as fases em região de face, tronco e membros.</p> <p>Sarampo: exantema morbiliforme generalizado (a partir do 3º dia) e descamação furfurácea (7º dia). Dura em média 10 dias. Distribuição descendente: atrás da orelha e face, tronco e membros.</p> <p>Rubéola: exantema maculopapular róseo descendente que dura 3 a 5 dias.</p> <p>Geralmente são precedidos por quadro febril, o qual cessa espontaneamente;</p> <p>Para diagnóstico diferencial, observar os seguintes sinais: Manchas de Koplik (manchas esbranquiçadas no palato e bochechas), características de sarampo; Conjuntivite, coriza, fotofobia e bronquite também características de sarampo; Existência de lesões em estágios diferentes ao mesmo tempo, características da varicela.</p>	<p>Varicela: Pasta d'água a base de óxido de zinco 2 x/dia, até resolução dos sintomas. Notificar surtos. Considerar antitérmicos: - Paracetamol gotas 1 gota/kg/dose de 6/6 horas se necessário ou Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre.</p> <p>Sarampo: tratamento sintomático, considerar antitérmicos. Notificar todos os casos.</p> <p>Rubéola: tratamento sintomático, considerar antitérmicos. Notificar todos os casos.</p> <p>Na presença de sinais/sintomas de infecção secundária (secreção purulenta, celulites, edema, etc) e/ou complicações, encaminhar para avaliação médica.</p> <ul style="list-style-type: none">- Explicar a realização de banho com água e sabão neutro, à temperatura pouco menos que morna, a qual auxilia no controle do prurido;- Cortar as unhas da criança a fim de evitar quadros de infecção secundária;- Afastar a criança da escola por 7 dias (verificar necessidade de atestado médico);- Tranquilizar sobre a benignidade do quadro.
	Impetigo	<p>Infecção superficial de pele; Lesões de pele geralmente afebris, com grande potencial de disseminação e que pode ser de aspecto crostoso e/ou bolhoso; Localização mais comum na face e em regiões próximas ao nariz; Deve-se excluir síndrome mão-pé-boca.</p>



Quadro 31 - Manejo das principais lesões de pele (e)

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Síndrome mão-pé-boca	<p>Doença de etiologia viral, de transmissão fecal-oral:</p> <p>Úlceras amareladas de base eritematosa na língua, faringe, mucosa bucal, gengiva e, ocasionalmente, nos lábios;</p> <p>Presença de erupção cutânea em mãos e pés, caracterizadas por vesículas e pústulas. Vesículas são flácidas e de parede fina, com um halo eritematoso, ocasionalmente, podem ser dolorosas ou pruriginosas;</p> <p>Diminuição da aceitação alimentar e febre baixa são sintomas comuns associados a esta patologia.</p>	<p>Manejo é feito com medidas de suporte, pois geralmente é leve e autolimitado. Considerar antitérmicos;</p> <ul style="list-style-type: none">- Manter boa ingesta hídrica e adequada alimentação da criança;- Evitar bebidas cítricas e alimentos condimentados ou muito temperados;- Estimular medidas gerais de higiene, principalmente a lavagem das mãos;- Cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir;- Manter a higienização da casa, das creches e das escolas;- Evitar compartilhamento de itens pessoais, como colheres e copos, lavar com água e sabão após o uso;- Realizar interconsulta com médico para avaliar afastamento escolar em crianças febris, indispostas, com vesículas rompidas ou com sialorreia; <p>OBS: O período de maior transmissão ocorre na primeira semana da doença, no entanto, pode ocorrer em crianças assintomáticas e durante várias semanas após a resolução dos sintomas.</p>
Micose (<i>tinea corporis</i>)	<p>Lesões circulares e pruriginosas, com descamação de crescimento lento e bordas elevadas, tendo como áreas mais comuns as axilas e região da virilha.</p>	<p>Miconazol creme dermatológico 2%, 2x/dia por 7 a 14 dias.</p> <ul style="list-style-type: none">- Encaminhar para avaliação médica, se lesões extensas.- Evitar contato direto ou indireto com pessoas com sintomas;- Identificar e recomendar o tratamento de animais domésticos infectantes;- Lavar adequadamente roupas pessoais, de banho e de cama com água quente ou passar a ferro quente.



Quadro 31 - Manejo das principais lesões de pele (f)

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Alteração cutânea difusa por fungo	Máculas descamativas coalescentes hipopigmentadas (mais comum) ou hiperpigmentadas no tronco, face, pescoço e membros superiores; É mais comum nos meses de verão em adolescentes e adultos jovens, favorece áreas oleosas da pele e geralmente apresenta uma natureza recidivante que requer tratamento frequente; prurido é raro.	Miconazol creme dermatológico 2%: aplicar em áreas afetadas, duas vezes ao dia por 14 dias; OU Cetoconazol 2% xampu: aplicar em todo o corpo após fazer espuma lavando os cabelos, deixando agir por 5 minutos no corpo todo antes de retirar a substância. Usar 1x/dia por 14 dias. - Explicar que as mudanças na pigmentação da pele normalmente persistem após o término do tratamento; - Explicar que o retorno à coloração normal leva meses após o término da terapia; - Orientar que o contato direto não transmite a lesão; - Explicar que as lesões não são decorrentes de má higiene.
Micose interdigital (<i>tinea pedis e mannum</i>)	Lesões descamativas úmidas entre os dedos ou nas plantas dos pés. Pode apresentar forma vesículo-bolhosa.	Miconazol creme dermatológico 2% de 12/12 horas por 7 a 14 dias; Se presença de lesões extensas ou infecção secundária, encaminhar para avaliação médica. - Lavar e secar bem os pés; - Usar calçados abertos/sandálias; - Expor ao sol os sapatos fechados.
Paroníquia aguda	Dor, vermelhidão e inchaço em pregas ungueais, podendo haver pus; Problema frequentemente associado à história de trauma, por exemplo, retirar a cutícula ou roer as unhas.	- Considerar indicação de analgésicos por até 3 dias, com reavaliação em 24/48 horas: Paracetamol 200mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas, se dor; ou Ibuprofeno 50mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 8/8 horas (máx 40 mg/kg/dia). Prescrever banhos de imersão do membro afetado em água morna e sabão por 10 a 15



		<p>minutos, 3x ao dia, durante 7 a 14 dias. Pode-se acrescentar 1 a 2 col. de chá de sal de cozinha na água se presença de edema e exsudato.</p> <p>Em caso de abscesso superficial no local, associado a desconforto importante, realizar incisão com agulha calibrosa, permitindo a drenagem passiva de exsudato purulento.</p> <p>Se dor intensa, infecção além das pregas ungueais, lesões herpéticas no local, temperatura acima de 38° C, e pacientes com risco de cicatrização encaminhar para avaliação médica.</p>
Larva Migrans (bicho geográfico)	<p>Erupção papular, linear, serpiginosa, eritematosa e muito pruriginosa; Localizada principalmente nas extremidades (pés), podendo aparecer em outros locais do corpo; Larvas contraídas em solos quentes e arenosos, bem como em lugares úmidos.</p>	<p>Para crianças >2 anos: albendazol 10 a 15 mg/kg/dia (dose máxima de 800 mg/dia) por 3 dias.</p> <p>Há contraindicação do uso em crianças menores de 2 anos;</p> <p>Para crianças <2 anos: encaminhar para avaliação médica.</p> <ul style="list-style-type: none">- Aplicar compressas frias com gelo no local (alívio de sintomas);- Evitar andar descalço em áreas arenosas, sombreadas ou úmidas.
Míase furunculoide (berne)	<p>Lesão nodular que surge com o desenvolvimento da larva, apresentando orifício central com secreção serosa;</p> <p>A lesão é dolorosa, com sensação de “ferroada/mordida”.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Ocluir orifício com esparadrapo;- Retornar em 24 horas para retirada da larva com pinça, tomando o cuidado para não romper a mesma;- Encaminhar para imunização antitetânica ou completar esquema vacinal, se necessário;- Encaminhar para avaliação médica se presença de sinais infecciosos.

Legenda: *problema de pele comum do lactente;

**o uso da permetrina é seguro na gestação, durante a amamentação e em crianças a partir de 2 meses de vida.

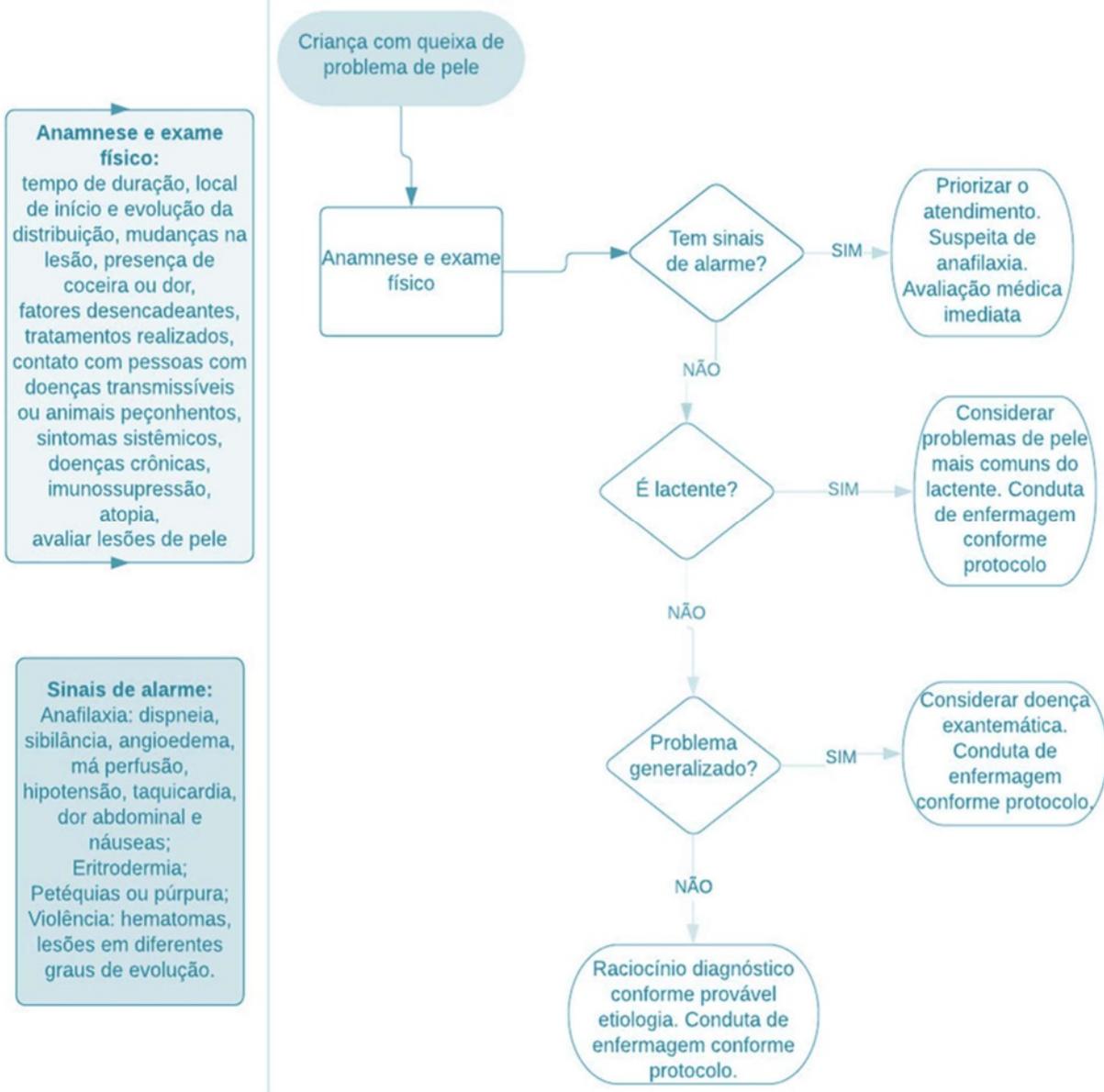
Fonte: Coren-SC, 2018; Brasil, 2016; TelessaúdeRS, 2017 e 2018; Goldstein; Goldstein; Tosti, 2019; Horii, 2019; Sasseville, 2019.



Fluxograma 7 – Atenção à criança com problemas de pele

PONTOS IMPORTANTES

ATENÇÃO À CRIANÇA COM PROBLEMAS DE PELE NA APS



Fonte: Elaboração própria

3.9.9 Problemas mais comuns da boca

As alterações na cavidade oral mais comuns na APS, principalmente em crianças menores de dois anos, seguem identificadas a seguir:



Quadro 32 - Manejo dos problemas mais comuns da boca

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
Integridade da membrana mucosa oral prejudicada; Dor aguda; Conforto prejudicado; Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais; Risco de infecção.		Nanda-I ®
Risco/presença de infecção; Risco/presença de inflamação; Alimentação prejudicada; Dor; Higiene da cavidade oral prejudicada.		CIPE

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Estomatite/ afta	Alteração bucal de etiologia viral, caracterizada por lesões dolorosas e hipocrômicas em região da boca, podendo acometer a língua/mucosas e palato. Em geral, o quadro é autolimitado.	Prescrever tratamento de suporte com Paracetamol gotas 1 gota/kg/dose de 6/6 horas se necessário. - Manter escovação e higienização oral; - Manter higiene das mãos; - Evitar alimentos condimentados; - Verificar necessidade de afastar a criança da escola/creche, considerando o risco de disseminação viral.
Candidíase oral*	Conhecido popularmente como "sapinho"; Placas brancas grumosas aderentes à cavidade oral; Diminuição da aceitação alimentar; Fatores de risco: neonatos, má higiene, ambiente úmido e uso de antibióticos de amplo espectro.	Prescrever a aplicação de nistatina solução 100.000 UI/ml 1 ml, a cada 6 horas e até 48 horas após desaparecimento de sintomas, por no máximo 14 dias. - Manter higienização e escovação normalmente; - Limpar placas com gaze ou escova dental macia; - Orientar as mães de crianças em aleitamento materno quanto aos cuidados especiais com a mama: enxaguar os mamilos e secá-los ao ar livre após as mamadas e expô-los à luz solar por pelo menos alguns minutos por dia preferencialmente antes das 10 h e após 16 h; - No caso de uso de chupetas, mamadeiras e afins, ferver os utensílios por 20 min pelo menos 1x/dia;

Fonte: Coren-SC, 2018; Brasil, 2016.

*Crianças expostas ao HIV devem ser avaliadas e testadas.



3.9.10 Anemia ferropriva

A anemia ferropriva tem efeito no crescimento e desenvolvimento de populações em risco, por afetar grupos em idade de crescimento e comprometer o desenvolvimento cerebral (SBPb, 2018). O tratamento da anemia constitui-se importante estratégia de prevenção de internações hospitalares desnecessárias e complicações severas no desenvolvimento infantil causadas pela carência do ferro. Sendo assim e, considerando a suplementação universal, a avaliação individual de cada caso é extremamente importante (COREN-SC, 2018). No quadro abaixo, estão evidenciados pontos importantes para a consulta de enfermagem003A

Quadro 33 - Anamnese, exame físico e sinais na suspeita de anemia

Anamnese	Exame físico	Sinais e sintomas
Dados do parto (desnutrição intrauterina, prematuridade, baixo peso ao nascer); Estado nutricional, crescimento e desenvolvimento e ganho de peso; Tempo de aleitamento materno, desmame precoce e seus substitutos; Histórico alimentar, alergias; Histórico vacinal, suplementação de ferro e vitamina A; História de parasitose intestinal e malária; Presença de sinais e sintomas; Presença de sinais de gravidade.	Peso e estatura; Frequência cardíaca; Frequência respiratória; Temperatura; Inspeção de pele e palma das mãos; Coloração de mucosas e conjuntivas; Ausculta pulmonar; Ausculta cardíaca; Palpação abdominal; Exame do aparelho genital e região anal; Exame neurológico; Identificação de qualquer fonte de sangramento ativo ou agudo.	Fraqueza; Sonolência; Cansaço; Síncope; Cefaleia; Zumbido; Glossite; Atraso na aquisição da linguagem e do desenvolvimento motor; Diminuição de apetite.

Fonte: Coren-SC, 2018.

Na suspeita clínica de anemia durante a consulta de enfermagem, deverá ser solicitado hemograma. Considerar os parâmetros a seguir para conduta/seguimento

Quadro 34 - Pontos de corte dos valores séricos de hemoglobina (g/dL) para definição de anemia em crianças

Idade	Não anêmica	Anemia leve	Anemia moderada	Anemia grave
Entre 6 meses e 4 anos	$\geq 11,0$	10,0 – 10,9	7,0 – 9,9	$< 7,0$
Entre 5 anos e 11 anos	$\geq 11,5$	11,0 – 11,4	8,0 – 10,9	$< 8,0$
Entre 12 anos e 14 anos	$\geq 12,0$	11,0 – 11,9	8,0 – 10,9	$< 8,0$

Fonte: WHO, 2011; SBP, 2018b.



Quadro 35 - Diagnósticos de enfermagem e conduta para o quadro de anemia após confirmação laboratorial

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
	Intolerância à atividade; Fadiga; Dinâmica alimentar ineficaz da criança; Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais; Risco de infecção; Risco de desenvolvimento atrasado.	Nanda-I ®
	Ingestão nutricional prejudicada; Risco de desnutrição; Desconforto.	CIPE
TIPO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	SEGUIMENTO
Leve	Prescrever sulfato ferroso 3 a 5 mg de ferro elementar/kg/dia* por 8 semanas (não ultrapassar 60 mg/dia). - Fracionar a dose em 2 a 3x/dia ou em dose única, antes das refeições; - Evitar ingestão de leite e chás junto com o ferro (diminuem a absorção); - Explicar importância do consumo de alimentos fontes de ferro heme (origem animal); - Explicar importância do consumo conjunto de alimentos com vitamina C ou A; - Atentar para fatores socioeconômicos (baixa renda e qualidade da alimentação).	- Realizar novo hemograma em 1 mês para confirmação do sucesso terapêutico; - Reavaliar em interconsulta com médico, se não houver restabelecimento dos valores normais; - Manter tratamento na mesma dose por mais 6 semanas para repor as reservas de ferro.
Moderada	- Realizar orientações alimentares; - Atentar para fatores socioeconômicos (baixa renda e qualidade da alimentação); - Encaminhar para consulta médica.	- Realizar seguimento com enfermeiro a partir do estabelecimento de valores compatíveis com “anemia leve”.
Grave	- Encaminhar para avaliação médica imediata.	- Realizar seguimento com enfermeiro a partir do estabelecimento de valores compatíveis com “anemia leve”.

*As doses são referentes a ferro elementar. Para uso com sais de ferro (sulfato, quelato, etc), fazer a conversão de dose.

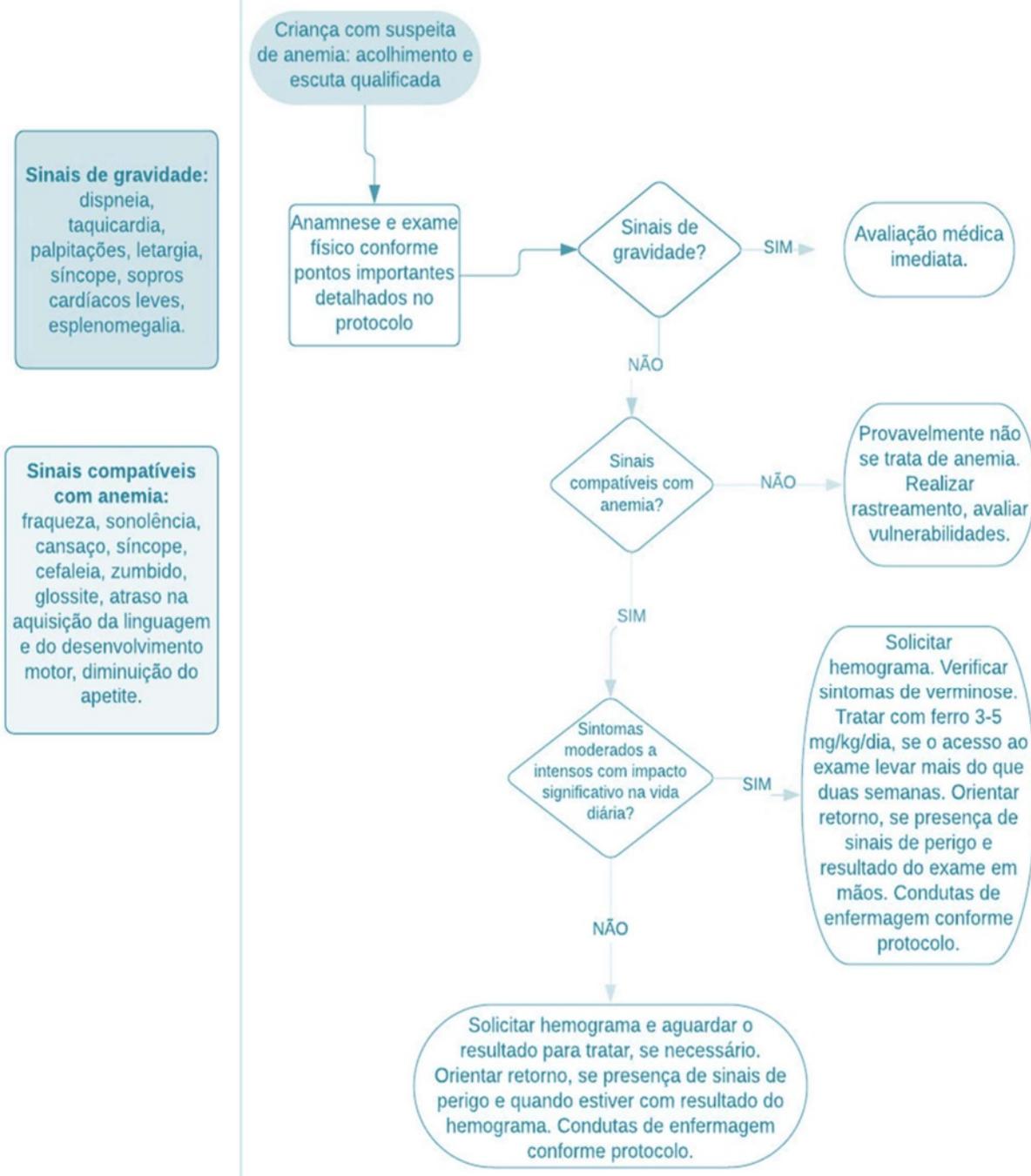
Fonte: Coren-SC, 2018; SBP, 2018b.



Fluxograma 8 – Atenção à criança com suspeita de anemia

PONTOS IMPORTANTES

ATENÇÃO À CRIANÇA COM SUSPEITA DE ANEMIA



Fonte: Elaboração própria



4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Janilce Dorneles de Quadros¹

Tainá Nicola²

Thais Mirapalheta Longaray³

Carlíce Maria Scherer⁴

Pâmela Leites de Souza Steffen⁵

Daniel Soares Tavares⁶

Fábio Meller da Motta⁷

Maristela Michelin⁸

Patrícia Adriane Tondo Borba⁹

Vanessa Romeu Ribeiro¹⁰

O Estatuto da Criança e Adolescente - ECA (BRASIL, 1990) considera crianças as pessoas de 0 a 11 anos de idade e adolescentes as que têm entre 12 e 18 anos. Entretanto, a OMS (1986) antecipa esse período, para ampliar o espectro da prevenção de agravos e da promoção à saúde, demarcando o período da adolescência como a faixa etária entre 10 e 19 anos. A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes (PEAISA) adota, a exemplo do Ministério da Saúde, tal classificação, sendo que prevê abordagens diferenciadas às faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, devido à diversidade, vulnerabilidade e subjetividade desses grupos populacionais nos seus contextos sócio-históricos e culturais (SES/RS, 2018b).

Considera-se que adolescentes são sujeitos em desenvolvimento, capazes de discernimento para expressar opiniões e responsabilizar-se por seus atos, cuja maturidade, em construção, relaciona-

1Enfermeira. Especialista. Secretaria Estadual da Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS)

2Enfermeira. Mestre em Enfermagem. SES-RS

3Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (Coren-RS)

4Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências. Sociedade Educacional Três de Maio

5Enfermeira. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

6Enfermeiro. Mestre em Saúde Materno Infantil. Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Mauá

7Enfermeiro. Especialista. Coren-RS

8Enfermeira. Especialista. GHC

9Enfermeira. Especialista. SMS de Dilermando de Aguiar

10Enfermeira. Especialista. SMS de Rio Grande



se com os vínculos que estabelecem com seus grupos de convivência. A ampliação do acesso de adolescentes aos serviços de saúde e a qualificação do atendimento, estimulando o autocuidado e o exercício da cidadania, são condições indispensáveis para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde, além da garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2017c).

Neste sentido, orienta-se seguir minimamente o roteiro de consulta de Enfermagem abordado no apêndice 3. Além disso, deve-se atentar para as recomendações a seguir (SES/RS 2018b):

- Acolher o adolescente e/ou sua família, buscando identificar e esclarecer suas dúvidas, avaliar riscos e realizar encaminhamentos necessários;
- O adolescente tem direito a ser atendido desacompanhado e de receber todas as informações sobre os procedimentos de saúde necessários. A obrigatoriedade da presença dos pais ou responsáveis não deve inviabilizar o acesso ao serviço de saúde, salvo às situações em que o enfermeiro constatare que o adolescente não apresenta condições de decidir sozinho pela complexidade da situação em curso;
- Encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento de seus atendimentos e demandas, já que os pais ou responsáveis têm a obrigação legal de proteção e orientação de seus filhos/tutelados;
- Nas situações em que a quebra do sigilo for necessária, o adolescente deverá ser informado, explicando os motivos dessa conduta, exceto quando essa comunicação venha a causar maior dano. Nesse caso, a decisão, unilateral, de quebra de sigilo pela equipe, será resguardada pelas cautelas éticas e legais cabíveis;
- Orientar alimentação saudável;
- Orientar sobre sexualidade, métodos contraceptivos e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST's);
- Orientar vacinação conforme calendário vacinal vigente;
- Promover atividades educativas;
- Realizar planejamento, monitoramento e avaliação das ações através dos indicadores de saúde do adolescente.

É importante desenvolver o protagonismo juvenil engajando o adolescente em projetos próprios, promovendo autonomia, apoio e aprovação (BRASIL, 2017c). Recomenda-se que a equipe de enfermagem, durante o atendimento ao adolescente, indague sobre a presença de situações de risco, tais como:



Quadro 36 - Identificação de situações de risco

INSTABILIDADE FAMILIAR	A família está passando por dificuldades? Pais se separando? Está se reestruturando após separação ou divórcio? Doença grave ou morte de familiar? Conflitos sérios? Violência doméstica? Dificuldades econômicas? Desemprego de provedores?
QUESTÕES PSICOSSOCIAIS	Está em sofrimento mental? (depressão, risco de suicídio, alta ansiedade, impulsividade, manias, oscilações de humor significativas, etc) Faz uso de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas? Se faz uso, qual a periodicidade e quantidade? Tem envolvimento com o tráfico? Identifica-se com o gênero biológico ou possui outra identidade de gênero?
VIOLÊNCIA	Sofreu ou sofre algum tipo de violência?
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	Tem dúvidas em relação a métodos contraceptivos e prevenção de IST's? Está vivenciando situação de gravidez não planejada? Já apresentou alguma infecção sexualmente transmissível? Está esclarecido quanto à sexualidade e sua orientação sexual?
DOENÇA CRÔNICA/ SOFRIMENTO CRÔNICO	Possui alguma doença crônica? E a família? Encontra dificuldades para cuidar de si mesmo? Percebe dependência da família no cuidado de si e seus problemas de saúde?
DIFICULDADES ESCOLARES	Como avalia sua escola? E seu aprendizado? Está com dificuldades de aprendizado? A escola é inclusiva e permite a participação dos alunos e familiares nas decisões pedagógicas? Sente discriminação ou maus tratos por seus pares (colegas)? E pelos professores e funcionários?
FALTA OU FALHA NA IDENTIDADE DE GRUPO	Sente-se com dificuldade para pertencer a algum grupo? Qual? Seu grupo chega a expor você a alguma situação de risco?
SOLIDÃO	Sente-se muito só? Sem a quem recorrer em momentos difíceis? Passa a maior parte do tempo interagindo em redes sociais ou através de jogos eletrônicos?
IMPULSIVIDADE	Sente que age muito sem pensar? Sem querer está sempre envolvido em situações de conflito e no centro destes conflitos? Perde a cabeça facilmente? Chega a agredir pessoas fisicamente ou com palavras?
COMUNIDADE	Como avalia sua comunidade? Sente-se em comunidade? Sente seu bairro violento e de risco para si e sua família? Você tem amigos na sua comunidade?
TRABALHO	Sente que é obrigado a trabalhar? Sente-se explorado? Como são suas condições de trabalho? Sente prejuízo nos estudos por ter que trabalhar?
PROJETO DE VIDA	Você planeja seu futuro? Qual profissão pretende exercer? Você deseja fazer um curso profissionalizante e/ou superior?

Ao pesquisar estes fatores de risco, pode-se chegar à identificação de situações que possam causar vulnerabilidade. E a partir desta leitura, elaborar com o adolescente estratégias de enfrentamento às situações que podem estar lhe causando sofrimento.

Fonte: Adaptado Brasil, 2017c.



Na identificação de situações de risco, o enfermeiro deve realizar discussão dos casos com os demais membros da equipe da APS e com serviços de atenção psicossocial disponíveis na rede municipal, buscando construir um Projeto Terapêutico Singular e/ou Familiar (BRASIL, 2014).

Neste sentido, o apoio matricial é uma metodologia de trabalho que possibilita às equipes da APS um suporte técnico especializado em diversas situações, além de consistir em uma estratégia que proporciona retaguarda especializada na assistência e no processo de construção coletiva de cuidados colaborativos (BRASIL, 2011b).

Se necessário, recomenda-se também, discutir os casos com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543, de segunda a sexta-feira, das 8 h às 17h30.

É importante ressaltar que o enfermeiro e demais membros da equipe da APS devem, de maneira implicada e corresponsável, seguir com o acompanhamento do adolescente de forma compartilhada com os demais serviços da Rede.

4.1 Crescimento e desenvolvimento puberal

A puberdade expressa o conjunto de transformações somáticas da adolescência, que, entre outras, englobam: aceleração (estirão) e desaceleração do crescimento ponderal e estatural, modificação da composição e proporção corporal (resultado do crescimento esquelético, muscular e redistribuição do tecido adiposo), desenvolvimento de todos os sistemas do organismo (com ênfase no circulatório e respiratório) e a maturação sexual (BRASIL, 2017c).

Crescimento pondero-estatural

A média de velocidade de crescimento máxima durante a puberdade é cerca de 10 cm/ano para o sexo masculino e 9 cm/ano para o sexo feminino. A velocidade máxima de crescimento em altura ocorre, em média, entre 13 e 14 anos no sexo masculino e 11 e 12 anos no sexo feminino. Após a menarca, as meninas crescem, no máximo, de 5 a 7 cm (BRASIL, 2017c).

Em relação ao ganho de peso, estima-se que, durante a puberdade os adolescentes ganham cerca de 50% de seu peso adulto. Recomenda-se a avaliação antropométrica (peso, altura e avaliação nutricional) anualmente até o final da adolescência e com maior frequência se for detectado algum problema (baixa estatura, baixo peso, sobrepeso e obesidade). O quadro a seguir apresenta as fases de maturação sexual, por sexo, nos adolescentes (SMS/SP, 2015; BRASIL, 2017c).



Quadro 37 - Maturação sexual por sexo

SEXO FEMININO

A primeira manifestação é o surgimento do broto mamário, em média aos 9 anos, que pode ser doloroso e unilateral, demorando até 6 meses para o crescimento contralateral. No mesmo ano há o aparecimento dos pelos pubianos;

Aproximadamente aos 10 anos de idade começam a aparecer os pelos axilares acompanhados pelo desenvolvimento das glândulas sudoríparas, o que pode proporcionar o odor característico do adulto;

A primeira menstruação, denominada menarca, pode vir precedida de uma secreção vaginal clara. A idade média para a menarca gira em torno de 12 anos aproximadamente. Os primeiros ciclos menstruais geralmente são anovulatórios e irregulares, por até 3 anos pós-menarca.

SEXO MASCULINO

A primeira manifestação de maturação sexual é o aumento do volume testicular, por volta dos 10 anos. O crescimento peniano ocorre geralmente um ano após o crescimento dos testículos, sendo que primeiro o pênis cresce em comprimento e depois em diâmetro;

Os pelos pubianos aparecem em torno dos 11 anos, em seguida são os pelos axilares, faciais e os do restante do corpo;

A primeira ejaculação, denominada espermarca, ocorre em média aos 12 anos, e a mudança da voz acontece mais tarde;

A polução noturna é a ejaculação noturna involuntária, ou seja, saída de sêmen durante o sono. É um evento fisiológico normal, entretanto, pode causar constrangimentos e dúvidas aos adolescentes, que devem ser orientados e tranquilizados pelo enfermeiro.

Fonte: SMS/SP, (2015).

Em relação às alterações no desenvolvimento, é necessário que a equipe de enfermagem esteja atenta para os possíveis sinais descritos no quadro abaixo. Na identificação destes, encaminhar para avaliação médica.



Quadro 38 - Problemas no desenvolvimento puberal

Alteração	Sexo feminino	Sexo masculino
Puberdade precoce	Qualquer sinal de maturação sexual antes dos 8 anos de idade.	Aumento do volume testicular e dos pelos pubianos antes dos 9 anos de idade.
Puberdade tardia	Telarca (desenvolvimento de mamas) e pubarca (aparecimento de pelos) em idades superiores a 13 e 14 anos, respectivamente, e a menarca em idades maiores de 16 anos.	Persistência do estágio pré-puberal após a idade cronológica de 16 anos.
Baixa estatura	Adolescentes de ambos os sexos com estatura de dois desvios padrões abaixo da média ou abaixo do 3º percentil. Em média, 20% têm baixa estatura patológica e os 80% restantes serão divididos entre os de baixa estatura constitucional e familiar.	
Hirsutismo	Trata-se do aparecimento anormal de pelos no corpo feminino, em quantidade excessiva. Investigar doenças endócrinas e ovários policísticos.	Não se aplica.
Ginecomastia	Não se aplica.	Consiste no aumento visível ou palpável da glândula mamária do adolescente do sexo masculino. Pode ser uni ou bilateral, aparecendo em torno dos 13 e 14 anos, durante o estirão puberal, regredindo, naturalmente em 12 a 18 meses.
Micropênis	Não se aplica.	Tamanho peniano menor que 1,9 cm, medido da base até a ponta, em qualquer idade.

Fonte: Brasil, 2017c.

4.2 Alimentação

A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, potencialmente determinada por fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais que irão interferir diretamente na formação dos hábitos alimentares. A nutrição tem papel crítico no desenvolvimento do adolescente, sendo o consumo de dieta inadequada uma influência desfavorável sobre o crescimento somático e maturação (SMS/SP 2015).

Para realizar a avaliação nutricional de adolescentes, o método mais adequado é o índice de massa corporal [IMC = peso (Kg)/ altura² (m²)], considerado bom indicador de magreza ou excesso ponderal na adolescência. Para acessar aos parâmetros, consultar anexo 3 (BRASIL, 2017c).

O quadro a seguir apresenta orientações, para promoção da alimentação saudável:



Quadro 39 - Orientações para promoção de alimentação saudável

Preferir alimentos naturais, comida caseira e evitar ultraprocessados;
Aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras;
Evitar substituir refeições por lanches;
Evitar a omissão do café da manhã;
Evitar realizar refeições assistindo televisão/computador/celular/ <i>tablet</i> ;
Incorporar ao cotidiano técnicas como comer devagar e mastigar bem os alimentos, permitindo um melhor controle da ingestão e uma adequada percepção da saciedade;
Ingerir todos os grupos de alimentos.

Fonte: Brasil, 2017c; SMS/SP, 2015.

4.3 Saúde bucal

As doenças bucais de alta prevalência prejudicam o crescimento e o desenvolvimento, afetando a imagem corporal, a estética, a mastigação e a fala, além de dificultar o acesso ao mercado de trabalho (BRASIL, 2017c). Portanto, o enfermeiro deve estar atento às principais afecções, bem como às respectivas condutas, conforme descrito a seguir:

Quadro 40 - Manejo de lesões bucais (a)

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Dentição prejudicada; Integridade da membrana mucosa oral prejudicada; Conforto prejudicado; Dor aguda; Risco de infecção; Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais.	Nanda-I ®
Risco/presença de infecção; Risco/presença de inflamação; Dor; Dentição prejudicada; Risco/presença de Infecção da Membrana Mucosa Oral.	CIPE



Quadro 40 - Manejo de lesões bucais (b)

TIPO DE LESÃO	O QUE É/ COMO SE MANIFESTA	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Cárie	É uma doença transmissível, de determinação multifatorial, caracterizada pela presença de placa bacteriana.	<ul style="list-style-type: none">- Instruir sobre higiene bucal, detecção de hábitos viciosos (mascar chicletes, excesso de ingestão de doces, morder ponta de canetas e lápis, uso de drogas e outros);- Encaminhar para avaliação odontológica.
Aftas	Caracterizam-se por lesões ulcerosas agudas, localizadas na mucosa bucal, podendo ocorrer em grupos ou isoladas. Podem persistir por 10 a 14 dias e se curam sem cicatrizes.	<ul style="list-style-type: none">- Orientar o adolescente para evitar alimentos ácidos (frutas cítricas, tomate, ketchup, mostarda e outros) e realizar bochechos com água morna ou com enxaguante bucal sem álcool. Caso não melhore encaminhar para avaliação odontológica ou médica.
Gengivite	É a inflamação da gengiva causada, principalmente, pelo acúmulo de placa bacteriana, restos alimentares e toxinas. Clinicamente a gengiva fica inchada, coloração avermelhada, aspecto brilhante e sangramento ao toque, durante a escovação ou uso do fio dental.	<p>A higiene bucal correta com escova e fio dental remove a placa bacteriana.</p> <ul style="list-style-type: none">- Explicar que a higiene bucal não deve deixar de ser realizada quando houver sangramento;- Encaminhar para avaliação odontológica.
Halitose	O mau hálito não é uma doença, mas um sinal de alerta de que existe alguma condição anormal a ser localizada e corrigida. É importante salientar que a halitose é uma severa restrição social, podendo levar o adolescente a passar por constrangimentos profissionais e afetivos.	<ul style="list-style-type: none">- Estimular a correta higiene bucal: escovação dos dentes e da língua, uso frequente do fio dental;- Evitar o consumo excessivo de café, chá preto e refrigerantes;- Evitar dietas emagrecedoras que causam hipoglicemia e redução de saliva;- Evitar jejum prolongado, beber no mínimo 1 litro e meio de água por dia;- Desestimular o hábito de fumar e ingerir bebidas alcoólicas.
Outras situações		<ul style="list-style-type: none">- Explicar ao usuário sobre os riscos da colocação do piercing na boca, orientando adequada higiene;- Atentar para possíveis manifestações bucais decorrentes de IST;- Explicar que a remoção de placa bacteriana dental é feita mecanicamente, com o auxílio da escova e do fio dental, em média três vezes ao dia, preferencialmente em até meia hora após as principais refeições e imediatamente antes de dormir;- Explicar que se depois das refeições não for possível escovar os dentes, é importante bochechar com água morna ou mastigar uma goma de mascar sem açúcar para limpar todas as superfícies dos dentes.

Fonte: adaptado de Brasil, 2017c; SES/SP, 2015.



4.4 Saúde sexual e saúde reprodutiva

Na adolescência, ocasionada pela puberdade, a sexualidade se manifesta em diferentes sensações corporais, em desejos ainda desconhecidos e em novas necessidades de relacionamento interpessoal, tornando-se um foco importante de preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos. Nesse contexto, os valores, atitudes, hábitos e comportamentos estão em processo de formação e solidificação (BRASIL, 2017c).

Assim, a equipe de Enfermagem deve atentar para as singularidades e as necessidades em saúde dos adolescentes integralmente, como preconizado pelo art. 11 do ECA (BRASIL, 2017c). Neste íterim, os direitos sexuais e reprodutivos se constituem como direitos humanos fundamentais já reconhecidos nas leis nacionais e internacionais (SES/RS 2018). Os adolescentes têm direito:

- À informação e à educação sexual;
- Ao acesso facilitado a preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante na APS, sem necessidade de qualquer forma de identificação;
- Ao planejamento reprodutivo: escolha livre e bem informada do método contraceptivo para o exercício de sua vida sexual;
- À anticoncepção de emergência, a qual deve ser utilizada nas primeiras 72 horas após a relação sexual desprotegida, independente do período do ciclo menstrual em que se encontra;
- Ao exercício de sua sexualidade, livre de coerção ou violência em razão de estilo de vida, identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor/etnia, classe social ou condição sorológica;
- Ao acesso facilitado ao teste rápido de gravidez na APS, com acolhimento e aconselhamento pós-teste, além de orientação para o planejamento reprodutivo e dupla proteção, informando aos adolescentes da necessidade do uso, ao mesmo tempo, do preservativo e de outro método contraceptivo;
- Ao acesso facilitado aos testes rápidos para IST/HIV e hepatites virais.

4.4.1 Acesso a diagnóstico e tratamento para HIV/AIDS e sífilis com aconselhamento pré e pós-teste

Quadro 41 - Testagem para HIV e sífilis conforme a faixa etária

IDADE	CONDUTA
Até 12 anos incompletos	A testagem e entrega dos exames só devem ocorrer com a presença dos pais ou responsáveis;
Entre 12 e 18 anos	Após uma avaliação de suas condições de discernimento, a realização do exame fica restrita a sua vontade, assim como a divulgação do resultado a outras pessoas;
Deve ser assegurado o acesso ao tratamento integral, bem como medidas de prevenção combinada.	

Fonte: SES/RS, 2018b.



Orienta-se que o adolescente seja estimulado a compartilhar sua condição de saúde com seus responsáveis ou com adultos nos quais confie, observando-se que o apoio nem sempre parte dos responsáveis legais.

Atenção: o Ministério da Saúde (MS) contraindica a realização aleatória de exames anti-HIV em adolescentes sob medida protetiva em abrigo ou em casos de adoção. A testagem somente deverá ser feita a pedido do adolescente para seu conhecimento ou visando o tratamento e seguimento do caso. Crianças e adolescentes não são obrigados a revelar sua condição sorológica.

4.4.2 Pré-natal/ Parto/ Puerpério (SES/RS, 2018b; BRASIL, 2017c)

- Ampliar a captação das adolescentes grávidas, ainda no 1º trimestre, por meio da APS, em articulação com a rede intersetorial;
- O referenciamento ao pré-natal de alto risco deverá ocorrer conforme situações previstas no Guia do Pré-natal na Atenção Básica (SES/RS 2018c) e no Protocolo de encaminhamento para obstetria (TELESSAÚDERS, 2019);
- Informar às adolescentes grávidas sobre o direito à educação (Lei nº 6.202/1975) e articular com as escolas as ações necessárias para evitar a evasão escolar;
- Articular a atenção à saúde, específica para a adolescente grávida em cumprimento de medida socioeducativa, com os gestores do sistema socioeducativo e assistência social, conforme a Portaria MS/GM nº 1.082, de 23 de maio de 2014, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI) e o plano de ação para esse atendimento de cada município;
- Adolescentes têm o direito de escolha de acompanhante durante o parto (Lei Federal 11.108/2005);
- Adolescentes têm direito ao alojamento conjunto do neonato, com acompanhante de sua livre escolha, conforme a Portaria/MS nº 2068 de 2016;
- No puerpério, realizar busca ativa caso a adolescente puérpera não compareça à UBS no tempo previsto;
- Garantir para nutrizes o acesso à segurança nutricional e aos benefícios sociais;
- Articular apoio social para mães adolescentes de 10-14 anos;
- Fornecer informações sobre o retorno seguro à vida sexual.

4.5 Atenção integral em situações de violências

O atendimento aos adolescentes vítimas de violências deve seguir o fluxo descrito no capítulo 11.1 (Crianças e suas famílias em situações de violência). Além do seguimento descrito no fluxo, a equipe de enfermagem deve atentar para:



Quadro 42 - Manejo em situações de violência

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Baixa autoestima situacional/Risco de; Síndrome pós-trauma/Risco de; Risco de trauma físico; Integridade da pele prejudicada; Síndrome do trauma de estupro; Enfrentamento ineficaz; Medo; Risco de solidão; Isolamento social; Processos familiares disfuncionais.	Nanda-I ®
Risco de/Violência presente; Risco de/Vítima de Abuso; Risco de/Vítima de Agressão Sexual; Desenvolvimento do adolescente prejudicado; Lesão física decorrente de abuso; Problema Emocional; Medo aumentado.	CIPE
SITUAÇÃO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
No acolhimento	A afirmação de ter sofrido violência deve ser ouvida com presunção de veracidade, não cabendo ao profissional de saúde duvidar da palavra da vítima. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à Polícia ou à Justiça. Para o acesso aos serviços de saúde não é obrigatório o registro de ocorrência policial;
Durante a consulta	- Realizar anamnese, exame físico e planejamento da conduta para cada caso; - Avaliar e realizar encaminhamentos conforme fluxos pactuados na rede de saúde local.
Notificação	Conforme descrito na figura 1, a notificação é obrigatória e a comunicação aos serviços especializados é indispensável.

Atentar para situações como fuga do lar, ameaças ou tentativa de suicídio, prática de delitos, gravidez em idades no início da adolescência, multiplicidade de parceiros sexuais, depressão, uso abusivo de álcool e outras drogas e violência intrafamiliar;

Fonte: Adaptado SES/RS, 2018b; Brasil, 2017c.

Além dos aspectos supracitados, o enfermeiro precisa estar atento a um conjunto de sinais e indícios que poderão levá-lo a suspeita de violências, os quais são apresentados no quadro a seguir.



Quadro 43 - Sinais e indícios de suspeita de violência

Indícios orgânicos	Contusões corporais; queimaduras; ferimentos; fraturas mal explicadas; roupas rasgadas ou manchadas de sangue; hemorragias; infecções; presença de sêmen.
Indícios na conduta do adolescente	Desconfiança exagerada dos adultos; mudança súbita e inexplicada no comportamento; receio dos pais e tentativa de passar o mínimo de tempo em casa; dificuldades de aprendizado; distúrbios do sono; regressão a comportamentos infantis; aparecimento de dores e sintomas para os quais não se encontra qualquer explicação clínica; isolamento social; baixa autoestima, autodepreciação; nanismo psicossocial*.
Indícios na conduta dos pais ou responsáveis	Observando-se na dinâmica da consulta condutas de excessos de zelo parental, tanto no controle da família quanto na avaliação negativa em relação ao filho/filha, o profissional deve ficar atento à possibilidade de violência, incluindo a sexual, no âmbito doméstico. Outras situações que podem ser preocupantes incluem conflitos conjugais com atos de violência física, verbal ou emocional; uso abusivo de álcool ou outras drogas; pais que foram vítimas de violência (física, sexual ou psicológica) em sua infância; ausência (física ou emocional) do lar ou da vida dos filhos; postura sedutora, insinuante, especialmente com crianças e/ou adolescentes.

Fonte: Brasil, 2017c.

*Baixa estatura por carência psicossocial. Entre as inúmeras causas de natureza emocional capazes de prejudicar o crescimento físico de crianças e adolescentes, destaca-se a má dinâmica das relações intrafamiliares.

4.5.1 Gravidez em decorrência da violência sexual (SES/RS 2018b; SES/RS 2019b)

Ressalta-se que o enfermeiro deve conhecer a rede de atendimento para violência sexual e encaminhar com maior brevidade possível, atentando às orientações a seguir:

- A interrupção da gravidez resultante de estupro é legalmente permitida, não sendo necessário boletim de ocorrência (BO). Deve ser realizada até a 20ª semana (ou até a 22ª, quando o feto pesar menos de 500 g) e ter o consentimento da adolescente, em qualquer circunstância, salvo em caso de iminente risco de vida e estando a vítima impossibilitada de expressar seu consentimento.
- Para **gestação em menores de 14 anos** (13 anos, 11 meses e 29 dias), se configura crime de estupro de vulnerável, independente de ter havido sexo consentido, ou seja, sem violência ou grave ameaça e mesmo que a vítima seja sexualmente ativa, portanto, é dever do enfermeiro comunicar a adolescente sobre o direito de realizar o aborto legal, se este for seu desejo.
- Obrigatória a notificação no SINAN e comunicação ao Conselho Tutelar.

Para a realização de aborto legal, de acordo com o Código Civil, artigos 3º, 4º, 5º, 1631, 1690, 1728 e 1767, seguem considerações (reproduzido de SES/RS 2018b; SES/RS 2019b):

- Vítima a partir dos 18 anos: é capaz de consentir sozinha;
- Vítima menor de 18 anos: deve ser representada pelos pais ou por seu representante legal,



que se manifestam por ela. Entretanto, se a adolescente tiver condições de discernimento e puder expressar sua vontade, ela também deverá assinar o consentimento;

- Em casos de posicionamentos conflitantes entre adolescente e família, deve ser recorrido à via judicial, por meio do Conselho Tutelar ou Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude, que deverão, através do devido processo legal, solucionar o impasse;
- Menores de 14 anos necessitam adicionalmente de uma comunicação ao Conselho Tutelar e acompanhamento do processo, com solicitação de agilização.

O atendimento para solicitantes de aborto legal deve seguir as orientações da Portaria nº 1.508/2005, e Norma Técnica - Atenção Humanizada ao Abortamento (2011), com o encaminhamento aos hospitais de referência pactuados no estado. Atualmente, sete instituições do estado do RS estão habilitadas para realização do aborto legal, são elas: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Fêmeina, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Hospital Geral de Caxias do Sul, Hospital Universitário de Canoas e o Hospital Universitário Dr Miguel Riet Correa Jr de Rio Grande (CNES, 2020).



4.6 PRINCIPAIS AGRAVOS NA ADOLESCÊNCIA

4.6.1 Obesidade

O adolescente com obesidade tem grandes chances de tornar-se um adulto com obesidade, aumentando a probabilidade de apresentar complicações clínicas e pondo em risco sua sobrevivência em curto prazo (BRASIL, 2017c).

Na adolescência a obesidade pode causar: diminuição dos níveis de testosterona e maior chance de desenvolver a ginecomastia púber, além de isolamento social, baixa autoestima, depressão e dificuldade de aceitação pelo grupo (BRASIL, 2017c). A seguir alguns aspectos importantes que devem ser abordados na consulta de enfermagem.

Quadro 44 - Manejo do sobrepeso/obesidade

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Risco de sobrepeso; Sobrepeso; Obesidade; Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente; Ansiedade; Estilo de vida sedentário; Baixa autoestima situacional/Risco de; Interação social prejudicada; Isolamento social.	Nanda-I [®]
Autoimagem negativa; Risco de/Obesidade; Ingestão nutricional prejudicada; Autoestima negativa; Problema de peso corporal; Risco de isolamento social.	CIPE

CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Avaliar o desejo de emagrecer; Questionar sobre o hábito alimentar da família; Verificar o hábito alimentar do adolescente dentro e fora de casa (realizar um diário com o adolescente sobre a sua alimentação); Investigar obesidade na família - pai, mãe, irmãos e avós; Indagar sobre tratamentos anteriores na tentativa de emagrecimento: dietas, medicamentos e exercícios; Identificar problemas de saúde associados e interações devido às consequências da obesidade; Estimular a diminuição do consumo de alimentos ultraprocessados e preparações hipercalóricas; Desaconselhar dietas restritivas pois estas podem promover déficit no desenvolvimento; Reduzir gradualmente o número de horas de "tempo de tela" não escolar (televisão, tablets , celulares e jogos eletrônicos); consultar anexo 4; Propor rotina diária e regular de exercícios estimulando o jovem a realizar atividades que lhe agrade: caminhada, andar de bicicleta, dançar, correr, nadar; Orientar o acompanhamento com nutricionista, quando possível.

Fonte: SMS/SP, 2015; Brasil, 2017c.



Os adolescentes podem apresentar excesso de peso no período anterior ao estirão pubertário, sem que seja necessária a rotulagem de risco de obesidade. Porém, o valor de excesso de peso não pode ultrapassar 20% em relação ao esperado para a altura/idade (BRASIL, 2017c).

4.6.2 Anorexia nervosa

A anorexia nervosa é um distúrbio emocional e alimentar caracterizado por:

Quadro 45 - Manejo da anorexia nervosa

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente; Baixa autoestima situacional/ Risco de; Distúrbio na imagem corporal; Comportamento de saúde propenso a risco; Nutrição desequilibrada: menor do que às necessidades metabólicas; Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional.	Nanda-I ®
Autoimagem negativa; Risco de/ Baixo peso; Ingestão nutricional prejudicada; Autoestima negativa; Problema de peso corporal.	CIPE
O QUE É/COMO SE MANIFESTA	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none">- Restrição da ingestão de alimentos resultando em peso corporal significativamente baixo (percentil -3);- Intenso medo de ganhar peso e engordar;- Distorção da imagem corporal, como sentir-se gordo, quando, na verdade, está muito magro;- Amenorreia é uma das principais características da anorexia nervosa.	<ul style="list-style-type: none">- Atentar para sinais e sintomas de outras doenças psiquiátricas, como, por exemplo, a depressão, ou enfermidades como a síndrome de má absorção (p. ex., provocadas por doença inflamatória intestinal ou doença celíaca), diabetes tipo 1 de instalação recente, insuficiência adrenal e câncer;- Conhecer a estrutura familiar e de suporte social;- Acionar serviços da Rede de Atenção Psicossocial disponíveis no território.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017c.

4.6.3 Bulimia

A bulimia também se caracteriza como um distúrbio emocional e alimentar; apresenta os sinais e sintomas descritos abaixo:



Quadro 46 - Manejo da bulimia

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente; Baixa autoestima situacional/ Risco de; Distúrbio na imagem corporal; Comportamento de saúde propenso a risco; Risco de desequilíbrio eletrolítico.	Nanda-I ®
Autoimagem negativa; Risco de/ Bulimia; Ingestão nutricional prejudicada; Autoestima negativa; Problema de peso corporal.	CIPE

O QUE É/ COMO SE MANIFESTA	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none">- Episódios de ingestão excessiva de alimentos, com sensação de perda de controle (às vezes em períodos de duas horas, ingerem quantidades consideradas muito grandes);- A ingestão excessiva é compensada por comportamento de expurgo (vômitos autoinduzidos, laxantes ou diuréticos);- Insatisfação com a forma do corpo e com o peso;- O adolescente pode ser eutrófico ou até mesmo apresentar sobrepeso;- Sintomas depressivos acompanham a bulimia;- Comem mais que o habitual várias vezes na semana, perdendo o controle da quantidade ingerida;- Após as refeições ficam longos períodos no banheiro provocando vômitos;- Apresentam risco de vida durante estes surtos devido aos distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básicos desencadeados pelos vômitos, uso de laxantes e diuréticos.	<p>Questionar ao adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Você está satisfeito com seus padrões de alimentação?- Você já comeu em segredo?- Atentar para sinais e sintomas de outras doenças psiquiátricas como a depressão e distúrbios de personalidade, além de conhecer a estrutura familiar e de suporte social;- Acionar serviços da Rede de Atenção Psicossocial disponíveis no território.

Fonte: Brasil, 2017c; SMS/SP, 2015.

4.6.4 Acne

A acne acomete noventa por cento dos adolescentes. O pico da incidência e severidade ocorre entre 14 e 17 anos na mulher e 16 e 19 anos no homem. A remissão espontânea da acne ocorre em torno dos 20 anos. A seguir são apresentados fatores que podem piorar a acne (BRASIL, 2017c):

- Fricção e pressão sobre as lesões causam ruptura folicular e aparecimento de pápulas e pústulas;
- Cosméticos como cremes faciais podem levar à formação de comedões e pápulas;
- Exposição solar intensa e o uso de cremes antiactínicos podem provocar pápulas e pústulas,



com ausência ou poucos comedões;

- Uso excessivo de sabonetes pode ter ação comedogênica (bloqueio de poros), pelos ácidos graxos, como também pelo hexaclorofeno dos sabões medicamentosos;
- Medicamentos tópicos em cremes e pomadas com lanolina ou vaselina, principalmente corticoides, podem induzir a formação de comedões e pápulas;
- Óleos e graxas minerais diretamente ou impregnando os vestuários levam à oclusão dos óstios foliculares, com aparecimento de pontos negros e formação de pápulas e nódulos inflamatórios.

Quadro 47 - Manejo da acne

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Risco de integridade da pele prejudicada; Integridade da pele prejudicada; Risco de infecção.	Nanda-I ®
Pele prejudicada; Presença de acne; Risco de inflamação; Risco de infecção.	CIPE
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
<ul style="list-style-type: none">- Orientar não manipular a face com as mãos sujas nem “cutucar” as lesões;- Evitar o uso de maquiagem e cremes comedogênicos;- Indicar cremes de maquiagem com base aquosa;- Cuidar a exposição excessiva ao sol;- Usar bloqueadores solares não gordurosos;- Usar sabões neutros ou produtos específicos de limpeza facial;- Controlar a ansiedade e fatores precipitantes;- Explicar que não há evidências de que a dieta tenha influência na acne, portanto, restrições alimentares não são indicadas.- Encaminhar para consulta médica, se houver necessidade de tratamento medicamentoso.	

Fonte: Brasil, 2017c.

4.6.5 Bullying

Considerado como um tipo de violência interpessoal, o *bullying* tem a intenção de ofender, machucar ou humilhar alguém de idade igual ou semelhante, sem motivação evidente, causando dor, angústia e humilhação, sendo executadas dentro de uma relação desigual de poder (HORTA, 2018).

O *bullying* pode ocorrer de várias maneiras, algumas descritas a seguir (SILVA, 2010):

- Físico: empurrões, agressões com objetos, beliscões, chutes, ferimentos, roubos ou furtos de objetos pessoais da vítima;
- Verbal: xingões e críticas em virtude de defeitos físicos podem ocorrer frequentemente através



de redes sociais (*cyberbullying*), celular e mídia televisiva, expondo preconceitos linguísticos, dialéticos, xenofobia e homofobia;

- Psicológico: ações que envolvem a autoestima, ocasionando no outro insegurança, medo, irritação, exclusão, humilhação, desprezo, isolamento, discriminação, ameaças, chantagens, difamações, intrigas e fofocas;
- Social: isolamento de uma pessoa, fazendo com que os demais participem do mesmo processo;
- Sexual: abusos, violências, assédios e insinuações;
- *Bullying* homofóbico.

Desta maneira, é necessária uma abordagem integral junto ao adolescente, envolvendo o contexto no qual está inserido. Assim, é fundamental que a família esteja atenta às mudanças de personalidade do adolescente, os educadores para que possam reconhecer o problema e os profissionais da saúde para identificar a ocorrência de *bullying* através da anamnese e intervir de maneira adequada (ALMEIDA, SILVA, CAMPOS, 2008). A seguir são apresentadas algumas intervenções de enfermagem.

Quadro 48 - Manejo do *bullying*

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Envolvimento em atividades de recreação diminuído; Risco de dignidade humana comprometida; Baixa autoestima situacional/ Risco de; Baixa autoestima crônica/ Risco de; Enfrentamento ineficaz; Sentimento de impotência/ Risco de.	Nanda-I ®
Autoestima prejudicada; Comportamento interativo prejudicado; Enfrentamento ineficaz; Comportamento de isolamento.	CIPE
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
- Propor trabalho em conjunto com a escola, através de formação de grupos, promovendo a participação da família/responsáveis; - Utilizar os encontros das atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE) para debater o tema; - Discutir, durante atividades em grupo, questões relacionadas ao bullying , suas implicações no universo escolar e, conseqüentemente, na sociedade; - Manter cuidado compartilhado com a Rede de Atenção Psicossocial.	

Fonte: SMS/SP, 2015.



4.6.6 Uso/abuso de substância psicoativa

O período da adolescência é caracterizado por mudanças e adaptações na transição para a fase adulta, na qual o adolescente busca experimentações e identificações, geralmente vinculado a grupos (VASTERS, PILLON, 2011). Entre os adolescentes vem aumentando o consumo de substâncias psicoativas como tabaco, álcool e outras drogas, o que pode levar a inúmeras consequências à saúde: ocorrência de acidentes e violências, transtornos de humor, doenças mentais, comprometimento do desenvolvimento psicossocial, gravidez indesejada, exposição às infecções sexualmente transmissíveis, mortalidade, entre outros (MALTA, 2014).

Hábitos adquiridos na adolescência tendem a ser fixados na vida adulta, além de aumentar a vulnerabilidade, por meio da exposição a situações de risco. Por outro lado, a supervisão familiar exerce um efeito protetor ao abuso de substâncias na adolescência, pois pode influenciar no desenvolvimento de comportamentos saudáveis (MALTA et al, 2014).

Neste sentido, o enfermeiro apresenta-se como ator estratégico nas ações voltadas para esse tema, nas quais se faz necessário abordar junto ao adolescente os diferentes aspectos da sua vida, ampliando as possibilidades de intervenção, sobretudo para a prevenção de agravos e a promoção à saúde (VALENÇA, 2013). O quadro abaixo descreve alguns sinais que podem auxiliar no diagnóstico de uso/abuso de drogas, assim como algumas intervenções de enfermagem:

Quadro 49 - Manejo do abuso de substâncias psicoativas (a)

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Comportamento de saúde propenso a risco; Proteção ineficaz; Autonegligência; Controle de impulsos ineficaz; Controle emocional lábil; Processos familiares disfuncionais; Risco de vínculo prejudicado; Enfrentamento ineficaz; Regulação do humor prejudicada; Síndrome de abstinência de substância aguda/ Risco de.	Nanda-I®
Abuso de drogas presente; Comportamento desorganizado; Personalidade comprometida; Humor comprometido; Déficit de autocuidado; Sintoma de abstinência; Dificuldade de enfrentamento; Vínculo prejudicado.	CIPE



Quadro 49 - Manejo do abuso de substâncias psicoativas (b)

MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS SUGESTIVAS DE USO/ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Mudança de interesse nas atividades de rotina – como na escola, no lazer, em casa;
- Mudança de comportamento nos hábitos de comer e dormir (perda de sono ou apetite, insônia, intercalada com períodos de sono demorado, troca do dia pela noite);
- Mudança na personalidade refletida na mudança de humor, com os amigos e com membros da família (inquietação, irritabilidade, ansiedade, etc.);
- Necessidade cada vez maior de dinheiro;
- Queda de rendimento escolar;
- Manifestações de depressão.

- Favorecer a formação de vínculos e o exercício do cuidado, proporcionando segurança e tranquilidade para que adolescentes e suas famílias possam falar de angústias, dúvidas e aflições e sentirem-se acolhidos pela unidade de saúde;
- Informar sobre os tipos de drogas e as consequências de seu consumo, visando a capacidade de autocritica no adolescente;
- Favorecer a presença de uma referência adulta para o adolescente e o desenvolvimento de um projeto de vida;
- Pensar em estratégias para a distribuição do horário escolar e tempo livre, no intuito de aproveitar as atividades recreativas saudáveis;
- Instruir o adolescente a identificar os riscos em que se envolve por sua relação ou vínculos a uma pessoa ou grupo com práticas de consumo de drogas;
- Propor grupos juvenis que estimulem a troca de experiências;
- Envolver o grupo familiar na responsabilidade de compartilhar o tempo livre com o adolescente e de apoiar o acompanhamento e o tratamento caso ele esteja consumindo drogas.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017c.

A integração da Rede de Atenção à Saúde com os dispositivos sociais locais deve ser fortalecida e sustentada, criando redes de cuidado e de apoio aos adolescentes, porém sempre mantendo o vínculo com a APS.

4.6.7 Violência autoinfligida/ suicídio

É a terceira causa mais comum de morte entre adolescentes do sexo masculino e o principal motivo de procura de atendimento de urgência entre os do sexo feminino. Mais da metade dos que morreram por suicídio já haviam realizado ao menos uma tentativa. Os métodos mais comuns são a ingestão de altas doses de medicamentos e uso de armas de fogo ou enforcamento, nos sexos feminino e masculino, respectivamente (BRASIL, 2017c).

O comportamento suicida pode ser dividido em três categorias: ideação suicida (pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar), tentativa de suicídio e suicídio consumado (BRAGA, 2013). O adolescente possui dificuldade para comunicar seus medos, desejos e dificuldades por meio de



palavras, desta maneira se expressa por meio da atuação, assim como a criança pelo brinquedo. Na impossibilidade de dialogar e demonstrar suas angústias, o adolescente age impulsivamente e busca o suicídio para a solução dos seus problemas (BRAGA, 2013).

Com grande frequência existe um distúrbio da saúde mental subjacente e um evento estressante que desencadeia o comportamento (BRASIL, 2017c). O quadro abaixo demonstra alguns fatores de risco:

Quadro 50 - Fatores de risco para suicídio

Eventos estressantes	<ul style="list-style-type: none">- Morte de um ente querido;- Suicídio na escola ou em outro grupo de adolescentes;- Perda de um namorado ou uma namorada;- Mudança de um ambiente familiar (como da escola ou da vizinhança) ou de amigos;- Humilhação por familiares ou amigos;- Sofrer bullying na escola, principalmente os alunos do grupo lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, transexuais, travestis, queer, intersexuais, assexuais e + (LGBTQIA+);- Insucesso na escola;- Problemas com a lei.
Problemas subjacentes mais comuns	<ul style="list-style-type: none">- Depressão: Crianças ou adolescentes com depressão têm sentimentos de desesperança e desamparo que limitam a sua capacidade de considerar soluções alternativas para problemas imediatos.- Abuso de álcool ou drogas: o consumo de álcool ou drogas diminui as inibições contra ações perigosas e interfere na antecipação de consequências.- Pouco controle dos impulsos: Adolescentes, sobretudo aqueles com um transtorno comportamental disruptivo, como um transtorno de conduta, podem agir sem pensar.
Distúrbios mentais e distúrbios físicos	<ul style="list-style-type: none">- Ansiedade, esquizofrenia, traumatismo craniano e transtorno de estresse pós-traumático.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017c.

Na atuação do enfermeiro, o adolescente pode ser abordado sobre pensamentos suicidas, independentemente de apresentar sintomas de depressão. A seguir são apresentados alguns sinais e sintomas para identificação de risco para suicídio, bem como algumas intervenções de enfermagem.



Quadro 51 - Manejo na identificação de sinais e sintomas para o risco de suicídio (a)

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
<p>Envolvimento em atividades de recreação diminuído; Comportamento de saúde propenso a risco; Controle da saúde familiar ineficaz; Autonegligência; Controle de impulsos ineficaz; Controle emocional lábil; Comunicação verbal prejudicada; Desesperança; Baixa autoestima crônica; Distúrbio na identidade pessoal; Processos familiares interrompidos; Risco de vínculo prejudicado; Risco de suicídio; Interação social prejudicada; Enfrentamento ineficaz; Regulação do humor prejudicada; Sentimento de impotência; Tristeza crônica; Risco de violência direcionada a si mesmo.</p>	<p>Nanda-I®</p>
<p>Risco de suicídio; Autoimagem negativa; Comportamento de isolamento aumentado; Tristeza aumentada; Capacidade para executar atividade de lazer prejudicada; Vínculo ineficaz; Ligação afetiva comprometida; Baixa autoestima; Isolamento social aumentado; Dificuldade de enfrentamento.</p>	<p>CIPE</p>



Quadro 51 - Manejo na identificação de sinais e sintomas para o risco de suicídio (b)

SINAIS E SINTOMAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA SUICÍDIO		CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Individuais	Autoestima baixa, fracasso escolar, isolamento, sinais de transtornos orgânicos e psicológicos, uso e abuso de drogas, dificuldades com a própria identidade de gênero, sentimentos de exclusão.	<ul style="list-style-type: none">- Promover um ambiente acolhedor de apoio;- Considerar sob risco extremo adolescentes que ingerem substâncias que acreditam ser potencialmente letais;- Avaliar em equipe a necessidade de encaminhar para serviço de referência da rede, sempre observando a importância de manter <i>acompanhamento em conjunto com a APS</i>;- Promover ações nas escolas do território sobre esta temática;- Orientar os responsáveis a supervisionar o acesso a conteúdo relacionado ao suicídio na mídia;- Promover apoio da família e da comunidade ao adolescente;- Incentivar crenças culturais e religiosas que desencorajam o suicídio;- Desenvolver junto ao adolescente maneiras de resolver conflitos de modo positivo.
Expressão de ideias ou de intenções suicidas	"Vou desaparecer." "Vou deixar vocês em paz." "Eu queria poder dormir e nunca mais acordar". "Quem me dera nunca ter nascido".	
O aparecimento ou agravamento de problemas de conduta ou de manifestações verbais	Essas manifestações não devem ser interpretadas como ameaças nem como chantagens emocionais, mas sim como avisos de alerta para um risco real; Como mencionado, o adolescente possui dificuldade em se comunicar, portanto a atuação é a sua forma de comunicação.	
Familiares	Dissociação familiar, relacionamento desarmônico entre os pais, comunicação comprometida com a família, falta de apoio dos pais e violência na família.	
Sociais	Características do grupo de companheiros, que podem apresentar valores em conflito com a realidade pessoal e social, além das dificuldades de se integrar nas normas culturais.	

Fonte: Adaptado Brasil, (2017c).

Uma estratégia importante de apoio é o Centro de Valorização da Vida (CVV), o qual realiza apoio emocional e para prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo, por telefone, e-mail, chat e voip 24 horas todos os dias. A ligação para o **CVV** por meio do número **188** é **gratuita** a partir de qualquer linha telefônica fixa ou celular.



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, K. L. SILVA, A. C. CAMPOS, J. S. A importância da identificação precoce da ocorrência do bullying: uma revisão da literatura. **Revista de Pediatria**, 9 (1), 8-16, 2008. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/download/BULLYING/LEITURA%2011.pdf>

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in Diabetes – 2020. **The Journal of Clinical and Applied Research and Education Diabetes Care**, v. 43, supl. 1, jan. 2020.

BLANK, D.; ECKERT, G. E. **Pediatria ambulatorial: elementos básicos e promoção da saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da Universidade UFRGS, 1995.

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, 2013. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 08 de abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Prevenção aos acidentes domésticos e guia rápido de primeiros socorros**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Existe benefício para suplementação de Vitamina D em Crianças e Adolescentes?** Santa Catarina, 2016. Disponível em <<https://aps.bvs.br/aps/existe-beneficio-para-suplementacao-de-vitamina-d-em-criancas-e-adolescentes/>> Acesso em: jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo do paciente com diarreia. 2011**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf. Acesso em: ago. 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Quadros de Procedimentos: Aids Criança: 2 Meses a 5 Anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436/GM, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2017a, Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Saude-da-Crian--a-Provis--rio.pdf>

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**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. 234 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 272 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. 265 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes Metodológicas: Sistema GRADE. **Manual de Gradação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 248 p.

CARVALHO, Marcus Renato; GOMES, Cristiane F. **Amamentação bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). et. al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Decreto nº 94.406** de 08 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício profissional da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN 195/1997**. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html. Acesso em 09 jan 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Rio de Janeiro: Cofen, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução Cofen nº 514/2016**, que aprova o guia de recomendações para o registro de Enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN Nº 564/2017**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html. Acesso em 09 jan 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Diretrizes para elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais**. Brasília: COFEN, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL (Coren-RS). **Parecer Nº 19/2016/CTAS/COREN-RS**. Parecer quanto ao uso da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) por Enfermeiros da Atenção Básica na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) através do E-SUS e, se esta pode ser utilizada como Diagnóstico de Enfermagem ou se há a necessidade de utilizá-la juntamente com outros sistemas de classificação de Diagnóstico de Enfermagem. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=legislacao&pagina=pareceres>. Acesso em: 21 ago. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (Coren-SC). **Protocolo de Enfermagem Volume 1. Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares**. Florianópolis, 2015. 57 p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (Coren-SC). **Protocolo de Enfermagem Volume 5. Atenção à Demanda de Cuidados na Criança**. Florianópolis, 2018. 50 p.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. ICNP® CATALOGUES [INTERNET]. GENEVRA: ICN; 2017. Disponível em: <http://www.icn.ch/what-we-do/icnpr-catalogues/icnpr-catalogues-875.html>. Acesso em: 06 jan. 2019.

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (DEE). Secretaria de Planejamento, **Orçamento e Gestão do Estado do Rio Grande do Sul**, 2018. Disponível em: <https://dee.rs.gov.br/inicial>



deSHAZO, R. D.; STEPHEN, F. K. Pharmacotherapy of allergic rhinitis. **UpToDate**, Waltham, MA, 2020. ESPIRÍTO SANTO. Secretaria Estadual da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança. Atenção à Saúde da Criança. Vitória, 2017. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/ATEN%C3%87%C3%83O%20SAUDE%20DA%20CRIAN%C3%87A%202017.pdf>

GOLDSTEIN, A. O.; GOLDSTEIN; B. G.; TOSTI, A. **Paronychia**. **UpToDate**, Waltham, MA, jul. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 20 ago. 2020.

GRADE WORKING GROUP. **The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation**, 2014. Disponível em: <http://www.gradeworkinggroup.org>

HORII, K. A. Diaper dermatitis. **UpToDate**, Waltham, MA, 2019. HORTA, Cristina Lessa. et al. Bullying e uso de substâncias psicoativas na adolescência: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.20932015>> Acesso em: 21 ago. 2020.

KOTAGAL, S. Neurologic examination of the newborn. **UpToDate**, Waltham, MA, 2020.

LAFFEL, L.; SVOREN, B. Management of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. **UpToDate**, Waltham, MA. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 04 jun. 2020.

LENZ, Maria Lucia Medeiros; FLORES, Rui (Org.). **Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos**. Porto Alegre: Editora Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014.

LENZ, Maria Lucia Medeiros; FLORES, Rui (Org.). **Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos. 3. ed.** Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2018b. 243 p.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-104, set. 2016.

MALDONADO, Y. A.; READ, J. S. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Congenital Toxoplasmosis in the United States. **Pediatrics**, 139(2), 2017.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Psychoactive substance use, family context and mental health among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, suppl 1, pp. 46-61, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050005>>. Acesso em: 21 ago. 2020.

MARC, R. L.; S JEAN. **Overview of vulvovaginal complaints in the prepubertal child**. **UpToDate**, Waltham, MA, jul. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 18 ago. 2020.

McLEOD, R. et al. Management of Congenital Toxoplasmosis. **Current Pediatrics Reports**. 2:166-94, 2014.

MONCADA, P. A.; MONTOYA, J. G. Toxoplasmosis in the fetus and newborn: an update on prevalence, diagnosis and treatment. **Expert Review of Anti-infective Therapy**, 10 (7):815-28, 2012.



NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020.** Tradução de Regina Machado Garcez. Revisão técnica Alba Lucia Bottura Leite de Barros. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Vitamin D: supplement use in specific population groups.** Public health guideline 64. London: Nice, 2014. NASCIMENTO, G. C. C.; GAGLIARDO, H. G. R. G. Atenção à saúde ocular de crianças com alterações no desenvolvimento em serviços de intervenção precoce: barreiras e facilitadores. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 5, p. 370-375, 2016.

OLIVEIRA, Claudia P. M. P. (Coord.). **Protocolos da Atenção à Saúde da Criança.** Caxias do Sul: Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul, 2018. 240 p.

OLIVEIRA, Débora Aparecida Lentini. **Práticas clínicas baseadas em evidências.** UNASUS: UNIFESP, 2010.

PAZIRANDEH, S.; BURNS, D. L. Overview of vitamin A. **UpToDate**, Waltham, MA, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-vitamina?search=Overview%20of%20vitamin%20A&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1> Acesso em: 24 mar. 2020.

PEREIRA-SANTOS M, SANTOS JYGD, CARVALHO GQ, SANTOS DBD, OLIVEIRA AM. **Epidemiology of vitamin d insufficiency and deficiency in a population in a sunny country: geospatial meta-analysis in brazil.** Crit Rev Food Sci Nutr. 2019;59(13):2102-2109. DOI:10.1080/10408398.2018.1437711

PORTO ALEGRE. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.** Saúde da Criança (0 a 12 anos). Porto Alegre, 2018. 64 p.

Quais os anti-helmínticos podem ser utilizados em crianças menores de 2 anos? **TelessaúdeRS**, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/vermifugos/>. Acesso em: 21 ago. 2020.

Quais exames laboratoriais de rotina crianças saudáveis devem realizar? **TelessaúdeRS**, 2009. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quais-exames-laboratoriais-de-rotina-criancas-saudaveis-devem-realizar/> Acesso em: 05 jun. 2020.

Qual o Tratamento para Escabiose. **TelessaúdeRS**, 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-o-tratamento-para-escabiose-sarna/>. Acesso em: 05 jun. 2019.

Qual o Tratamento para Pediculose. **TelessaúdeRS**, 2017. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/pediculose/> Acesso em: 05 jun. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica e Planejamento. **Guia do pré-natal na Atenção Básica.** Porto Alegre: SES, 2018c. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencaobasica-web.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. **Guia de**



atendimento em saúde às pessoas em situação de violência sexual. Porto Alegre: SES, 2019b.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. **Resolução nº 324 de 16 de setembro de 2010.** Institui Ambulatórios Especializados no Atendimento ao Prematuro Egresso das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, com Incentivo Financeiro para a sua implantação, com a finalidade de garantir acompanhamento diferenciado aos recém-nascido.

SAKANO, E. et al. IV Consenso Brasileiro sobre Rinites – 2017. **Documento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial e Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017.** Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Consenso_Rinite_9_-27-11-2017_Final.pdf

SASSEVILLE, D. **Cradle cap and seborrheic dermatitis in infants.** UpToDate, Waltham, MA, 01 mai 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 19 ago. 2020.

SCHUMAHERI, M. L. N.; GASPARETTO, M. E. R. F. Saúde ocular de escolares: atuação de enfermeiros. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 6, 2016.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PARANÁ. **Caderno de Atenção à Saúde da Criança: Primeiro Ano de Vida.** Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf4.pdf> Acesso em: 24 jun. 2019.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Nota Técnica 01/2018-Adolescentes e o direito de acesso à saúde,** 2018b. 9 p.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Nota Técnica 01/2019-Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 anos na Atenção Básica,** 2019a. 22 p.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Portal BI Saúde,** 2018a. Acesso em: <https://ti.saude.rs.gov.br/qlikview/PortalBI/index.php>

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. **Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde.** 4. ed. São Paulo: SMS, 2015. 95 p.

SILVA. Ana Beatriz Barbosa. **Bullying: mentes perigosas nas escolas.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020).** São Paulo: Clannad, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Hemangioma.** Disponível em: <https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/hemangioma/10/> Acesso em: 23 jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Consenso sobre Anemia Ferropriva:** mais que uma doença, uma urgência médica. 2018b. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21019fDiretrizes_Consenso_sobre_anemia_ferropriva-ok.pdf Acesso em: 17 jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pediatria do Comportamento e Desenvolvimento. **Caderneta de Saúde da Criança Instrumento e Promoção do**



Desenvolvimento: como avaliar e intervir em crianças. Guia Prático de Atualização, nº 4.1, dezembro de 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. **Manual de Alimentação:** orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. 4. ed. São Paulo: SBP, 2018a. 172 p. Disponível em: <<http://www.amape.com.br/wp-content/uploads/2018/12/MANUAL-NUTRO-SBP-2018.pdf>> Acesso em: abr. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Hipovitaminose D em pediatria:** recomendações para o diagnóstico, tratamento e prevenção. 2016. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/12/Endcrino-Hipovitaminose-D.pdf> Acesso em: 17 jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientações** - Departamento científico de segurança(2019-2021). São Paulo: SBP, 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22337c-ManOrient_-_Os_Acidentes_Sao_Evitaveis__1_.pdf> Acesso em: jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientações** - Grupo de trabalho saúde na era digital (2019-2021). São Paulo: SBP, 2019. Disponível em:<https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-_MenosTelas__MaisSaude.pdf> Acesso em: ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Uso de Antitérmicos:** quando, como e por quê? Disponível em: <<http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/21/uso-de-antitermicos--quando--como-e-por-que->> Acesso em: jul. 2019.

TAKEDA, Sílvia. **A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde.** In: DUNCAN, Bruce. et. al. Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 109 -135.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M.; **SAE sistematização da assistência de enfermagem.** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. **Protocolo de encaminhamento para obstetria,** 2019. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetria_TSRS20190821.pdf>. Acesso em: mai 2020

VALENCA, Cecília Nogueira. et al. Abordagem da dependência de substâncias psicoativas na adolescência: reflexão ética para a enfermagem. **Escola Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 562-567, 2013.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** mar-abr 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_13.pdf Acesso em: 21 ago. 2020.

WILSON, C. et al. **Remington and Klein's Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. 8. ed.** Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2016.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity.** Geneva: Switz World Health Organ, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Young People's Health - a Challenge for Society.** Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.



ANEXOS

ANEXO 1 - Técnicas para rastreamento de displasia do desenvolvimento do quadril - Testes de Barlow e Ortolani.

TESTE DE BARLOW: tente levar à luxação da cabeça do fêmur por meio da adução da coxa flexionada sobre o tronco e aplicando-se gentilmente uma força sobre o joelho, empurrando-o.

TESTE DE BARLOW



TESTE DE ORTOLANI: é realizada pela abdução da coxa em flexão, junto com a aplicação de força no sentido pósterio-anterior, de modo a reduzir a luxação da articulação coxofemural, quando presente

TESTE DE ORTOLANI



Fonte: Reproduzido de UNASUS.



ANEXO 2 - Parâmetros referenciais para valores de PA em crianças e adolescentes.

Figura 1 - Valores de PA para meninos de acordo com idade e percentil de estatura.

Idade (Ano)	PA Percentil	PA SISTÓLICA (mmHg)								PA DIASTÓLICA (mmHg)					
		+- 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
8	50	94	95	97	99	100	102	102	56	57	58	59	60	60	61
	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	50	95	96	98	100	102	103	104	57	58	59	60	61	61	62
	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	50	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90

Continua.



Continuação.

Idade (Anos)	PA		PA SISTÓLICA (mmHg)						PA DIASTÓLICA (mmHg)						
	Percentil	5	+- Percentil de Altura -+-						+- Percentil de Altura -+-						
			10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
11	50	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97



Figura 2 - Valores de PA para meninas de acordo com idade e percentil de estatura.

Idade (Ano)	PA Percentil	PA SISTÓLICA (mmHg)								PA DIASTÓLICA (mmHg)					
		Percentil de Estatura →								Percentil de Estatura →					
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	50	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50	93	93	95	96	97	99	99	55	56	56	57	58	58	59
	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50	96	97	98	100	101	102	103	58	58	58	59	60	61	61
	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	50	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88

Continua.



Continuação.

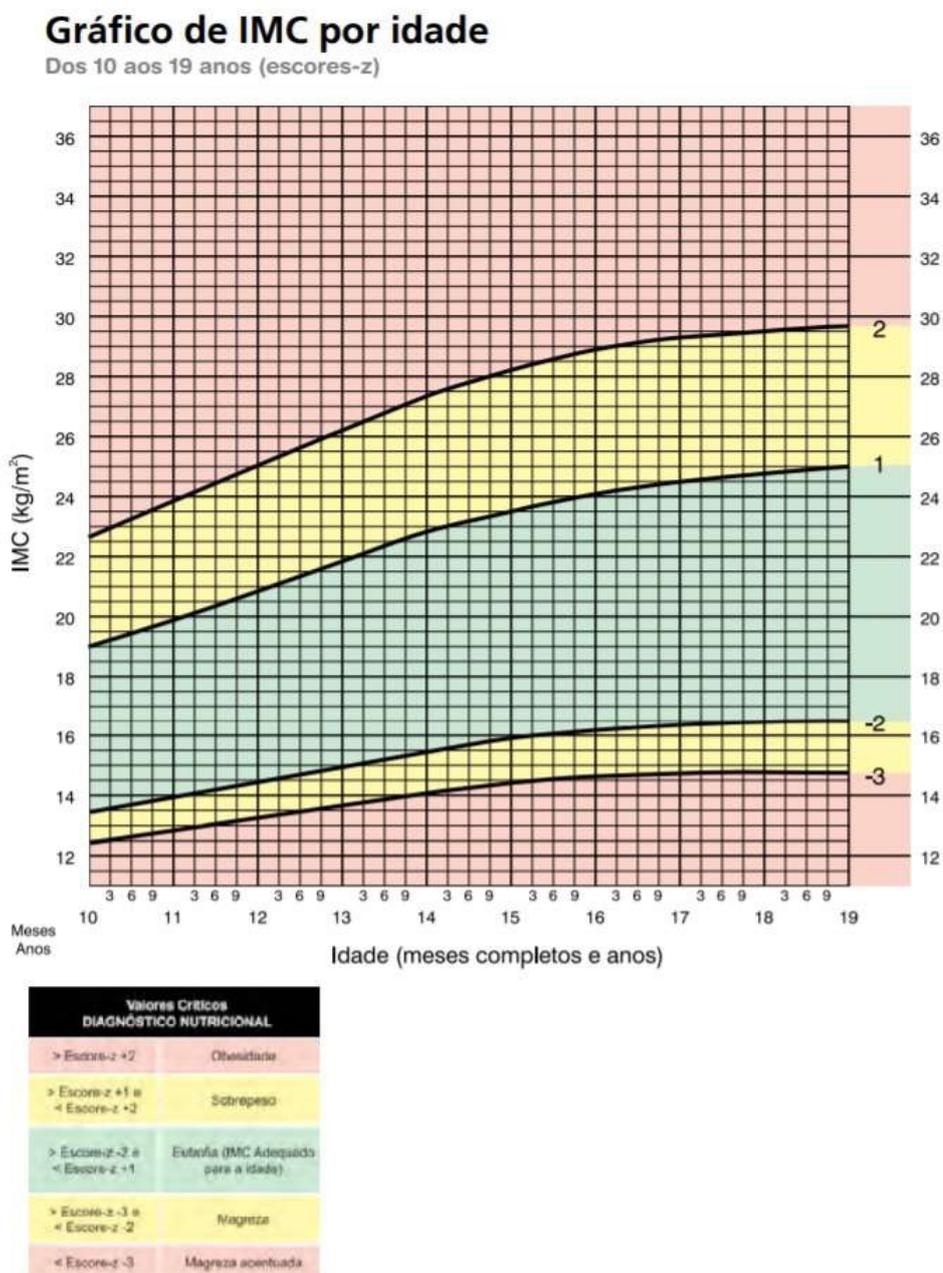
Idade (Anos)	PA	PA SISTÓLICA (mmHg)							PA DIASTÓLICA (mmHg)						
	Percentil	+ Percentil de Altura													
		5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
11	50	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119-121	122	123	124	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

Fonte: MALACHIAS et al., 2016.



ANEXO 3 - Parâmetros referenciais para IMC em adolescentes.

FIGURA 1 - Gráfico de IMC por idade em meninas.



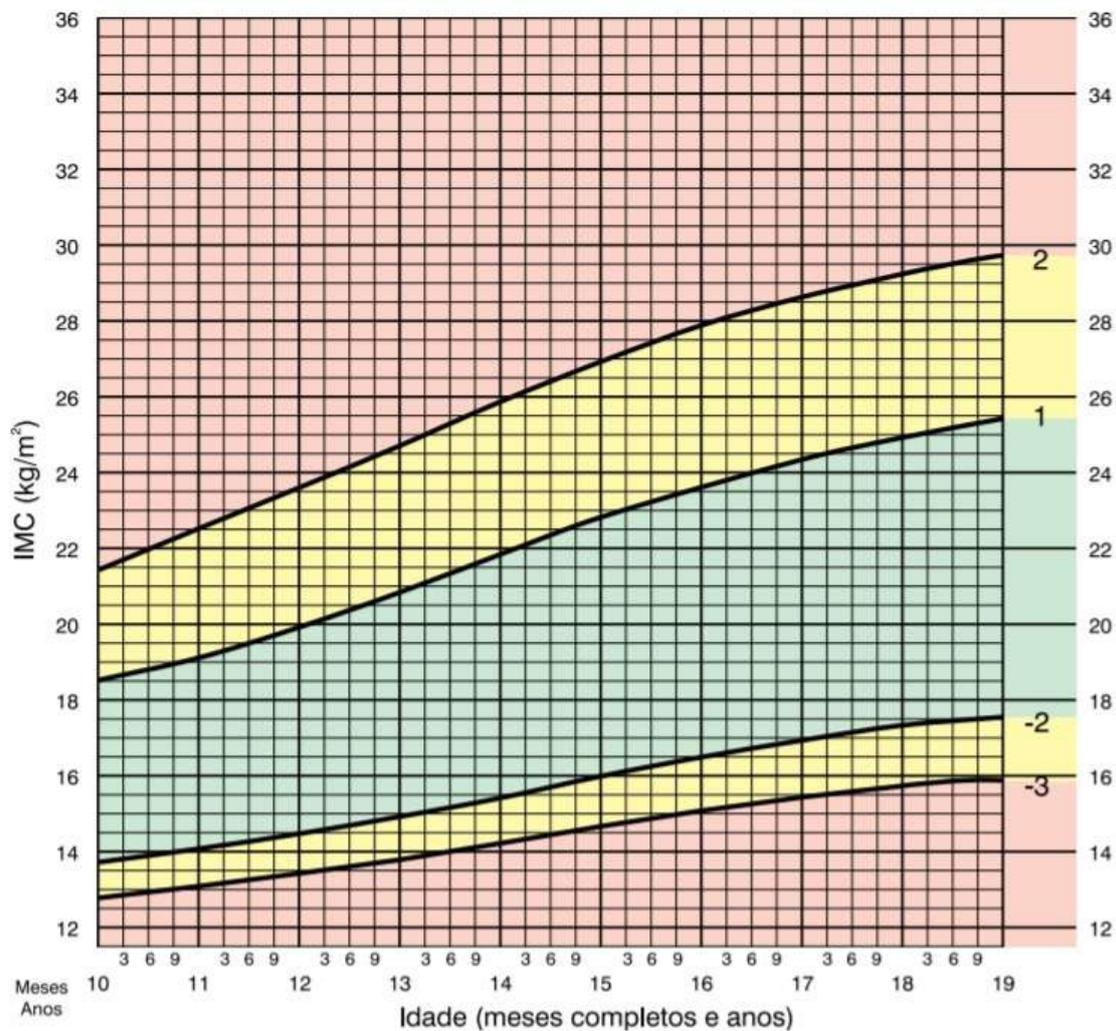
Fonte: BRASIL, (2017c).



FIGURA 2 - Gráfico de IMC por idade em meninos.

Gráfico de IMC por idade

Dos 10 aos 19 anos (escores-z)



Valores Críticos DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
> Escore-z +2	Obesidade
> Escore-z +1 e < Escore-z +2	Sobrepeso
> Escore-z -2 e < Escore-z +1	Eutrofia (IMC Adequado para a idade)
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
< Escore-z -3	Magreza acentuada

Fonte: BRASIL, (2017c).



ANEXO 4 - Alertas e recomendações acerca da exposição digital.

Principais riscos e agravos para saúde de crianças e adolescentes na era digital

- Dependência digital e uso excessivo das mídias interativas;
- Agravos de saúde mental: irritabilidade, ansiedade e depressão;
- Transtornos do *déficit* de atenção e hiperatividade;
- Transtornos do sono;
- Transtornos de alimentação: sobrepeso/obesidade e anorexia/bulimia;
- Sedentarismo e falta da prática de exercícios;
- *Bullying & cyberbullying*;
- Transtornos da imagem corporal e da autoestima;
- Riscos relacionados à sexualidade, tais como exposição do corpo, abuso sexual, estupro virtual;
- Comportamentos autolesivos, indução e riscos de suicídio;
- Aumento da violência;
- Problemas visuais, miopia e síndrome visual do computador;
- Problemas auditivos;
- Transtornos posturais e músculo-esqueléticos;
- Uso de substâncias psicoativas.

Orientações em relação à exposição de telas

- Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas, sem necessidade (nem passivamente);
- Crianças com idades entre 2 e 5 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1 hora/dia, sempre com supervisão de pais/cuidadores/responsáveis;
- Crianças com idades entre 6 e 10 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1-2 horas/dia, sempre com supervisão de pais/responsáveis;
- Adolescentes com idades entre 11 e 18 anos, limitar o tempo de telas e jogos de videogames a 2-3 horas/dia, e nunca deixar “virar a noite” jogando;
- Não permitir que as crianças e adolescentes fiquem isolados nos quartos com televisão, computador, *tablet*, celular, *smartphones* ou com uso de *webcam*. Estimular o uso nos locais comuns da casa;
- Para todas as idades: evitar telas durante as refeições e desconectar 1-2 horas antes de dormir;
- Criar regras saudáveis para o uso de equipamentos e aplicativos digitais, além das regras de segurança, senhas e filtros;
- Encontros de crianças e adolescentes com desconhecidos, de maneira *online* ou *offline*, devem ser evitados;
- Orientar os pais/responsáveis em relação ao seu papel legal de terem conhecimento sobre onde e com quem a criança ou o adolescente está, o que está jogando e sobre conteúdos de risco transmitidos por equipamentos eletrônicos (via mensagens, áudios, fotografias, vídeos ou *webcam*).

Fonte: SBP, 2019.



APÊNDICE 1: Processo de enfermagem na consulta de puericultura.

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
<ul style="list-style-type: none">• Envolvimento em atividades de recreação diminuído• Produção insuficiente de leite materno• Amamentação ineficaz• Amamentação interrompida• Deglutição prejudicada• Dinâmica alimentar ineficaz da criança• Dinâmica ineficaz de alimentação do lactente• Padrão ineficaz de alimentação do lactente• Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais• Obesidade• Sobrepeso• Risco de sobrepeso• Hiperbilirrubinemia neonatal/ Risco• Volume de líquidos deficiente/ Risco de• Eliminação urinária prejudicada• Constipação/ Risco de• Constipação funcional crônica/ Risco de• Motilidade gastrointestinal disfuncional/ Risco de• Distúrbio no padrão do sono• Comunicação verbal prejudicada• Processos familiares disfuncionais• Processos familiares interrompidos• Risco de vínculo prejudicado• Interação social prejudicada• Comportamento desorganizado do lactente/ Risco de• Síndrome de abstinência neonatal• Risco de infecção• Dentição prejudicada• Risco de quedas• Risco de trauma físico• Risco de desenvolvimento atrasado	<p>NANDA-I®</p>
<ul style="list-style-type: none">• Amamentação (Eficaz/ Ineficaz)• Desenvolvimento do recém-nascido (Adequado/ Prejudicado)• Condição nutricional (Adequada/ Prejudicada)• Crescimento (Eficaz/ Ineficaz)• Eliminação (Eficaz/ Ineficaz)• Sono (Adequado/ Inadequado)• Adesão ao regime de imunização• Higiene (Adequada/ Inadequada)• Vínculo (Eficaz/ Ineficaz)• Papel Parenteral (Eficaz/ Ineficaz)• Higiene do coto umbilical (Adequada/ prejudicada)• Higiene oral (Eficaz/ Ineficaz)• Risco de sufocação• Risco de queda• Adesão ao regime de suplementação (Eficaz/ Ineficaz)	<p>CIPE</p>



1ª consulta

Anamnese

Exame Físico

Intervenções de enfermagem

- Nascimento (tipo e local de parto, peso ao nascer, idade gestacional)
- Apgar
- Período neonatal e tratamentos realizados, internações
- Verificar registro vacinal de BCG e Hepatite B. Se mãe HBsAg positivo, verificar registro de administração de Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B
- Avaliar resultados das triagens (Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho e Teste do Coraçozinho), encaminhar ao médico, quando necessário, e orientar agendamento das triagens quando não realizadas
- Sinais de alerta no recém-nascido (malformação congênita)
- Caso a mãe esteja amamentando, observar a pega
- Ausência de pré-natal
- Gestações anteriores
- Antecedentes familiares (acidente vascular cerebral; cardiopatias; morte prematura e súbita de familiares; infarto; hipertensão; diabetes; agravos maternos; obesidade; convulsões; problemas de saúde mental)
- Vulnerabilidade: Mãe com menos de 18 anos de idade, mãe com baixa escolaridade, história familiar de morte de criança com menos de 5 anos de idade, mais do que três filhos morando juntos e problemas socioeconômicos
- Gestação gemelar
- Suspeita ou evidência de violência ou maus-tratos
- Vínculo dos pais/cuidador e dos familiares com o bebê
- Avaliar a participação do pai e outros familiares como rede de apoio à mãe, e propor intervenção junto aos mesmos, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial
- Avaliar o vínculo mãe/bebê e identificar possíveis sinais de depressão pós-parto
- Hábitos alimentares
- Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)
- Identificar problemas como vômitos/regurgitações

- Peso
- Comprimento
- Assimetria da face
- Alterações no crânio
- Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês
- Implantação e possíveis alterações nos olhos e nariz
- Visão - teste do reflexo vermelho
- Realizar otoscopia
- Boca (fenda palatina)
- Perímetro cefálico
- Perímetro torácico
- Frequência cardíaca e respiratória
- Ausculta cardíaca e respiratória
- Ausculta e palpação abdominal
- Tórax (avaliar possíveis alterações)
- Reflexos primitivos, ver apêndice 1
- Displasia do quadril (Barlow e Ortolani)
- Clavícula/fratura
- Integridade e coloração da pele (icterícia)
- Aspecto do coto umbilical
- Genitais: avaliar criptorquidia, fimose, sinéquia vaginal (quadro 6 exame físico genitália) e meato urinário (observar hipospádia, epispádia - alterações da localização da abertura da uretra)
- Ânus e reto
- Coluna vertebral
- Membros superiores
- Membros inferiores
- Higiene oral e corporal
- Hidratação

Ver quadro 6

- Acolher o recém-nascido e os acompanhantes no dia do atendimento, realizar escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados
- Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida sob livre demanda, acolher e apoiar a nutriz em suas dúvidas, dificuldades e decisões em relação à amamentação (capítulo 8)
- Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação
- Orientar sobre situações em que há restrições ao aleitamento materno (quadro 9) e orientar as mães não podem amamentar (capítulo 8)
- Evitar coleito
- Posição supina para dormir (de barriga para cima)
- Cuidados com o coto umbilical: a limpeza deve ser feita após o banho e a cada troca de fraldas, principalmente se houver umidade, secreção ou sangue no local, utilizando-se cotonete embebido em álcool a 70% (Evidência C), com movimentos circulares em volta de todo o coto. Deixar secar e não utilizar faixas ou esparadrapo. A utilização do álcool a 70% deve ser mantida por mais alguns dias após a queda do coto, até que o local esteja completamente cicatrizado
- Orientar técnica correta do banho diário
- Orientar cuidados de higiene
- Evitar uso de talcos e perfumes
- Orientar calendário vacinal
- Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1
- Realizar Teste do Pezinho do 3º ao 5º dia de vida do bebê
- Investigar sinais de depressão na mãe
- Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê
- Orientar sobre icterícia e outros sinais de perigo (quadro 6)
- Orientar quanto a prevenção de acidentes (capítulo 11.2)
- Orientar evitar contato com fumantes
- Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento
- Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas



1º mês

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes familiares, caso não avaliado na primeira semana de vida• Condições socioeconômicas da família• Critérios que evidenciam vulnerabilidade• Problemas específicos da criança• Hábitos alimentares• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)• Identificar problemas como vômitos/regurgitações• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)• Imunizações• Sinais de violência ou maus-tratos• Atraso no desenvolvimento• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê• Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Comprimento• Perímetro cefálico• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês• Frequência respiratória e cardíaca• Ausculta cardíaca e pulmonar• Cicatriz umbilical• Ausculta e palpação abdominal• Genitais (rastreamento da criptorquia e sinéquia)• Integridade e coloração da pele (icterícia)• Reflexos primitivos, ver apêndice 1• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> Entre 1 e 2 meses o bebê percebe melhor rostos, medido com base na distância entre o bebê e o seio materno• Reação ao som• Higiene oral e corporal• Hidratação	<ul style="list-style-type: none">• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados• Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida sob livre demanda (capítulo 8)• Realizar aconselhamento e manejo da amamentação• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil (capítulo 8.4)• Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação• Posição supina para dormir (de barriga para cima)• Evitar coleito• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)• Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta• Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1• Orientar e programar próximas vacinas• Evitar uso de talcos e perfumes• Orientar cuidados de higiene• Reforçar orientações quanto à cólica do lactente• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas



2º mês

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Condições de saúde e socioeconômicas da família• Critérios que evidenciam vulnerabilidade• Problemas específicos da criança• Imunizações• Hábitos alimentares• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)• Identificar problemas como vômitos/regurgitações• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)• Sinais de violência ou maus-tratos• Atraso no desenvolvimento• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê• Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Comprimento• Perímetro cefálico• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês• Frequência cardíaca e respiratória• Ausculta cardíaca e pulmonar• Ausculta e palpação abdominal• Genitais• Reflexos primitivos, ver apêndice 1• Higiene oral e corporal• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência• <u> Marcos do desenvolvimento:</u> Ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar). Entre 2 e 3 meses: sorriso social, bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros, de bruços eleva a cabeça, abre as mãos, emite sons, movimentando ativamente os braços	<ul style="list-style-type: none">• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados• Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida (capítulo 8)• Realizar aconselhamento e manejo da amamentação• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil (capítulo 8.4)• Evitar uso de chupetas• Evitar uso de talcos e perfumes• Orientar cuidados de higiene• Posição supina para dormir (de barriga para cima)• Evitar coleito• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)• Brincar e conversar com o bebê, mostrar objetos coloridos• Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1• Orientar e programar próximas vacinas• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas



3º mês* (*médio e alto risco)

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Condições de saúde e socioeconômicas da família• Critérios que evidenciam vulnerabilidade• Problemas específicos da criança• Imunizações• Hábitos alimentares• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)• Identificar problemas como vômitos/regurgitações• Sinais de desidratação e de desnutrição• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)• Atraso no desenvolvimento• Sinais de violência ou maus-tratos• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê• Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Comprimento• Perímetro cefálico• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês• Frequência cardíaca e respiratória• Ausculta cardíaca e pulmonar• Ausculta e palpação abdominal• Genitais• Reflexos primitivos, ver apêndice 1• Higiene oral e corporal• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> Ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar). Entre 2 e 3 meses: sorriso social, bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros, de bruços eleva a cabeça, abre as mãos, emite sons, movimentando ativamente os braços	<ul style="list-style-type: none">• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados• Orientar conforme risco apresentado pela criança• Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida (capítulo 8)• Realizar aconselhamento e manejo da amamentação• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil (capítulo 8.4)• Evitar uso de chupetas• Evitar uso de talcos e perfumes• Orientar cuidados de higiene• Recomendar posição supina para dormir (de barriga para cima)• Evitar coleito• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)• Brincar e conversar com o bebê, mostrar objetos coloridos• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)• Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1• Orientar e programar próximas vacinas• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)• Registrar na caderneta da criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas



4º mês

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Condições de saúde e socioeconômicas da família• Critérios que evidenciam vulnerabilidade• Problemas específicos da criança• Imunizações• Hábitos alimentares• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)• Identificar problemas como vômitos/regurgitações• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)• Atraso no desenvolvimento• Sinais de violência ou maus-tratos• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê• Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Comprimento• Perímetro cefálico• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês• Frequência cardíaca e respiratória• Ausculta cardíaca e pulmonar• Ausculta e palpação abdominal• Genitais• Higiene oral e corporal• Visão - teste do reflexo vermelho• Rastreamento displasia quadril (Barlow e Ortolani)• Reflexos primitivos, ver apêndice 1• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência• <u> Marcos do desenvolvimento:</u> Resposta mais ativa ao contato “conversa”, segura objetos, emite sons (gugu, eee...), de braços levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços	<ul style="list-style-type: none">• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados• Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida (capítulo 8)• Realizar aconselhamento e manejo da amamentação• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e introdução de alimentos (capítulo 8.4)• Evitar uso de chupetas• Evitar uso de talcos e perfumes• Orientar cuidados de higiene• Posição supina para dormir (de barriga para cima)• Evitar coleito• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)• Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta• Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)• Orientar e programar próximas vacinas• Brincar e conversar com o bebê, oferecer objetos coloridos• Orientar cuidados na volta ao trabalho da mãe, pai ou cuidadores• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)



5º mês* (*médio e alto risco)

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Condições de saúde e socioeconômicas da família• Critérios que evidenciam vulnerabilidade• Problemas específicos da criança• Imunizações• Hábitos alimentares• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)• Identificar problemas como vômitos/regurgitações• Sinais de desidratação e de desnutrição• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)• Atraso no desenvolvimento• Sinais de violência ou maus-tratos• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê• Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Comprimento• Perímetro cefálico• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês• Frequência cardíaca e respiratória• Ausculta cardíaca e pulmonar• Ausculta e palpação abdominal• Genitais• Higiene oral e corporal• Rastreamento displasia quadril (Barlow e Ortolani)• Reflexos primitivos, ver apêndice 1• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência;• <u>Marcos do desenvolvimento</u>: observar bom controle cervical, pode rolar do decúbito ventral para o dorsal, agarra objetos voluntariamente, brinca com o pé, esperneia, sorri para imagem no espelho, é capaz de discriminar pessoas estranhas, a visão acompanha objetos que deixa cair e brinca de esconde-esconde	<ul style="list-style-type: none">• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados• Orientar conforme risco apresentado pela criança• Realizar aconselhamento e manejo da amamentação, estimular aleitamento exclusivo até o 6º mês (capítulo 8)• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)• Evitar uso de chupetas• Evitar uso de talcos e perfumes• Posição supina para dormir (de barriga para cima)• Evitar coleito• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)• Orientar cuidados de higiene• Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta• Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)• Orientar e programar próximas vacinas• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)



6º mês

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Condições de saúde e socioeconômicas da família• Critérios que evidenciam vulnerabilidade• Problemas específicos da criança• Imunizações• Hábitos alimentares• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)• Identificar problemas como vômitos/regurgitações• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)• Atraso no desenvolvimento• Sinais de violência ou maus tratos• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê• Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Comprimento• Perímetro cefálico• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês• Frequência cardíaca e respiratória• Ausculta cardíaca e pulmonar• Ausculta e palpação abdominal• Genitais• Higiene oral e corporal• Visão - teste do reflexo vermelho• Rastrear displasia quadril (Barlow e Ortolani)• Reflexos primitivos, ver apêndice 1• Avaliar cicatriz da BCG• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência• <u>Marcos do desenvolvimento:</u>• Em torno do 6º mês inicia-se a noção de “permanência de objeto”, localiza o som (virando a cabeça), busca objetos e os leva a boca, muda de posição ativamente (rola), brinca de esconde – achou, transfere objetos de uma mão para a outra, duplica sílabas, senta-se sem apoio	<ul style="list-style-type: none">• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados• Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, leite materno até os 2 anos e introdução de alimentos (capítulos 8 e 8.3)• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)• Evitar uso de chupetas• Evitar coleito;• Posição supina para dormir (de barriga para cima)• Orientar cuidados de higiene• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)• Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)• Orientar e programar próximas vacinas• Orientar cuidados na volta ao trabalho da mãe, pai ou cuidadores• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento• Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)



7º mês* (*médio e alto risco)

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Condições de saúde e socioeconômicas da família• Critérios que evidenciam vulnerabilidade• Problemas específicos da criança• Imunizações• Hábitos alimentares• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)• Sinais de desidratação e de desnutrição• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)• Atraso no desenvolvimento• Sinais de violência ou maus-tratos• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê• Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Comprimento• Perímetro cefálico• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês• Frequência cardíaca e respiratória• Ausculta cardíaca e pulmonar• Ausculta e palpação abdominal• Genitais• Higiene oral e corporal• Reflexos primitivos, ver apêndice 1 (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência• <u> Marcos do desenvolvimento:</u> localiza o som (virando a cabeça), busca objetos e os leva à boca, muda de posição ativamente (rola), brinca de esconde – achou, transfere objetos de uma mão para a outra, duplica sílabas, senta-se sem apoio	<ul style="list-style-type: none">• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados• Orientar conforme risco apresentado pela criança• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)• Monitorar a aceitação de alimentos• Evitar uso de chupetas• Evitar coleito;• Posição supina para dormir (de barriga para cima)• Orientar cuidados de higiene• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)• Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta;• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)• Orientar e programar próximas vacinas• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)



8º mês* (*médio e alto risco)

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Condições de saúde e socioeconômicas da família• Critérios que evidenciam vulnerabilidade• Problemas específicos da criança• Imunizações• Hábitos alimentares• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)• Sinais de desidratação e de desnutrição• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)• Atraso no desenvolvimento• Sinais de violência ou maus-tratos• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê• Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Comprimento• Perímetro cefálico• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês• Frequência cardíaca e respiratória• Ausculta cardíaca e pulmonar• Ausculta e palpação abdominal• Genitais• Higiene oral e corporal• Reflexos primitivos, ver apêndice 1 (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> transfere objetos de uma mão para a outra, arrasta-se ao iniciar o engatinhar, suporta todo seu peso e fica em pé com apoio, permanece ereto ao sentar sem apoio, aumenta o medo de estranhos, responde a palavra “não”, identifica palavras familiares; Desaparece o reflexo de preensão plantar.	<ul style="list-style-type: none">• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados• Orientar conforme risco apresentado pela criança• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)• Monitorar a aceitação de alimentos• Evitar uso de chupetas• Evitar coleito;• Posição supina para dormir (de barriga para cima)• Orientar cuidados de higiene• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)• Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)• Orientar e programar próximas vacinas• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)



9º mês

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Condições de saúde e socioeconômicas da família• Critérios que evidenciam vulnerabilidade• Problemas específicos da criança• Imunizações• Hábitos alimentares• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)• Atraso no desenvolvimento• Sinais de violência ou maus-tratos• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê• Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Comprimento• Perímetro cefálico• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês• Frequência respiratória e cardíaca• Ausculta cardíaca e pulmonar• Ausculta e palpação abdominal• Genitais• Higiene oral e corporal• Reflexos primitivos, ver apêndice 1 (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> Se criança engatinha ou anda com apoio, localiza o som (virando a cabeça), busca objetos e os leva à boca, muda posição ativamente (rola), brinca de esconde-achou, transfere objetos de uma mão para outra, senta sem apoio, reação a estranhos, duplica sílabas	<ul style="list-style-type: none">• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros• Evitar chupetas• Orientar cuidados de higiene• Evitar coleito• Posição supina para dormir (de barriga para cima)• Brincar e conversar com o bebê, deixá-lo no chão, estimular a sentar, rolar e engatinhar ou andar com supervisão• Orientar sobre a não indicação do uso de andadores• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)• Orientar e programar próximas vacinas• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)



10º mês* (*médio e alto risco)

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Condições de saúde e socioeconômicas da família• Critérios que evidenciam vulnerabilidade• Problemas específicos da criança• Imunizações• Hábitos alimentares• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)• Sinais de desidratação e de desnutrição• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)• Atraso no desenvolvimento• Sinais de violência ou maus-tratos• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê• Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Comprimento• Perímetro cefálico• Frequência respiratória e cardíaca• Ausculta cardíaca e pulmonar• Ausculta e palpação abdominal• Genitais• Higiene oral e corporal• Reflexos primitivos, ver apêndice 1 (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> pode mudar de decúbito dorsal para a posição sentada, fica em pé quando segura na mobília, pode dizer algumas palavras, imita expressões faciais, repete ações para chamar atenção e provocar risos, chora quando é chamado à atenção	<ul style="list-style-type: none">• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros• Evitar chupetas• Orientar cuidados de higiene• Evitar coleito• Posição supina para dormir (de barriga para cima)• Brincar e conversar com o bebê• Orientar sobre a não indicação do uso de andadores• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)• Orientar e programar próximas vacinas• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônico (ver anexo 4).



11º mês* (*médio e alto risco)

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Condições de saúde e socioeconômicas da família• Critérios que evidenciam vulnerabilidade• Problemas específicos da criança• Imunizações• Hábitos alimentares• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)• Sinais de desidratação e de desnutrição• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)• Atraso no desenvolvimento• Sinais de violência ou maus-tratos• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê• Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Comprimento• Perímetro cefálico• Frequência respiratória e cardíaca• Ausculta cardíaca e pulmonar• Ausculta e palpação abdominal• Genitais• Higiene oral e corporal• Reflexos primitivos, ver apêndice 1 (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência• <u> Marcos do desenvolvimento:</u> fica em pé sem apoio, pode mudar da posição sentada para de pé sem ajuda	<ul style="list-style-type: none">• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros• Evitar chupetas• Orientar cuidados de higiene• Evitar coleito• Posição supina para dormir (de barriga para cima)• Brincar e conversar com o bebê• Orientar sobre a não indicação do uso de andadores• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)• Orientar e programar próximas vacinas• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)



12º mês

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Condições de saúde e socioeconômicas da família• Critérios que evidenciam vulnerabilidade• Problemas específicos da criança• Imunizações• Hábitos alimentares• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)• Atraso no desenvolvimento• Sinais de violência ou maus-tratos• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Comprimento• Perímetro cefálico• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês• Visão - teste do reflexo vermelho• Frequência respiratória e cardíaca• Ausculta cardíaca e pulmonar• Ausculta e palpação abdominal• Genitais• Higiene oral e corporal• Avaliação da visão - teste do reflexo vermelho• Reflexos primitivos, ver apêndice 1 (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)• Sinais, sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> fica em pé sozinho momentaneamente, tenta dar o primeiro passo sozinho, pode mudar da posição sentada para de pé sem ajuda, fala três a cinco palavras, demonstra emoções como ciúmes, afeição, raiva e medo, aumenta a determinação para praticar habilidades motoras. Em torno de 1 ano possui a acuidade visual de um adulto	<ul style="list-style-type: none">• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros• Evitar chupetas• Orientar cuidados de higiene• Evitar coleito• Posição supina para dormir (de barriga para cima)• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)• Orientar aos cuidadores estimular palavras ao invés de gestos e abordar sobre limites• Orientar sobre a não indicação do uso de andadores• Orientar e programar próximas vacinas• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)



18º mês

Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Condições de saúde e socioeconômicas da família• Critérios que evidenciam vulnerabilidade• Problemas específicos da criança• Imunizações• Hábitos alimentares• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)• Atraso no desenvolvimento• Sinais de violência ou maus-tratos• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê• Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Comprimento• Perímetro cefálico• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês• Frequência respiratória e cardíaca• Ausculta cardíaca e pulmonar;• Ausculta e palpação abdominal• Genitais• Higiene oral e corporal• Reflexos primitivos, ver apêndice 1 (babinski até 18 meses)• Sinais, sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência• <u>Marcos do desenvolvimento:</u> fala frases com 2 palavras, pula com ambos os pés, aponta figuras, chuta a bola, anda sozinho, corre ou sobe degraus	<ul style="list-style-type: none">• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros• Orientar cuidados de higiene• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)• Evitar coleito• Evitar chupetas, caso criança esteja em uso de chupeta, orientar o tempo limítrofe• Orientar e programar próximas vacinas• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas• Estimular gradativamente o uso do vaso sanitário• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos (ver anexo 4)



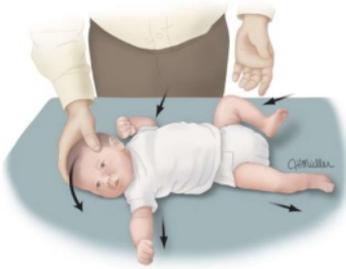
24º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Condições de saúde e socioeconômicas da família• Critérios que evidenciam vulnerabilidade• Problemas específicos da criança• Imunizações• Hábitos alimentares• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)• Atraso no desenvolvimento• Sinais de violência ou maus-tratos• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê• Rede de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Peso• Comprimento• Perímetro cefálico• Visão - teste do reflexo vermelho• Frequência respiratória e cardíaca• Ausculta cardíaca e pulmonar• Ausculta e palpação abdominal• Genitais (nos meninos avaliar a presença de anel prepucial que impede a exteriorização da glândula - fimose. Caso haja, encaminhar para avaliação médica)• Higiene oral e corporal• Atentar para sinais, sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência• <u>Marcos do desenvolvimento</u>: mostra partes do corpo, manifesta interesse por outras crianças, gosta de dançar ao som de uma música, enriquece seu vocabulário, verbaliza quando faz xixi ou cocô. Forma frases, diz seu próprio nome	<ul style="list-style-type: none">• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária (capítulos 8 e 8.3)• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária (capítulo 8.4)• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros• Evitar chupetas, caso criança esteja em uso de chupeta, orientar o tempo limítrofe• Orientar cuidados de higiene• Evitar coleito• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 11.2)• Orientar e programar próximas vacinas• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais (capítulo 9)• Orientar higiene bucal conforme capítulo 7.1 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento• Aconselhar para a realização de atividades físicas• Orientar os responsáveis a incentivar a criança a se alimentar, a se vestir, a se banhar e a escovar os dentes sozinha e também acompanhar essas atividades, com interesse e satisfação por seu aprendizado• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas• Crianças com idades entre 2 e 5 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1 hora/dia, sempre com supervisão de pais/cuidadores/responsáveis (ver anexo 4)

Fonte: Adaptado de protocolo de saúde da criança de Porto Alegre, 2018 e Caxias do Sul, 2018, Brasil, 2012a, Brasil, 2018b.



APÊNDICE 2 - Reflexos primitivos do recém-nascido.

Busca e sucção reflexa:

<p>Ao toque da pele perioral, observa-se rotação da cabeça na tentativa de “buscar” o objeto, seguido de sucção reflexa vigorosa do mesmo.</p> <p>Este reflexo não deve ser pesquisado imediatamente após a mamada.</p> <p>Sua ausência é sinal de disfunção neurológica grave. Deve desaparecer por volta dos 4 meses de vida.</p>	
Moro	
<p>É provocado pela queda repentina da cabeça do bebê em relação ao tronco e resulta em movimento de abrir e fechar os braços.</p> <p>Evitar estimulação intensa.</p> <p>Deve desaparecer entre 3 a 6 meses de vida.</p>	
Marcha Reflexa	
<p>Obtido pelo contato da planta do pé com a superfície, que resulta em marcha.</p> <p>Deve desaparecer entre a 1 a 2 meses de vida.</p>	
Tônico-Cervical Assimétrico ou Fuga à asfixia	
<p>Também conhecido como reflexo do esgrimista ou reação de Magnus-Kleijn, caracteriza-se pela extensão das extremidades superior e inferior do lado para o qual a cabeça e o pescoço são virados, com flexão da extremidade superior contralateral (postura de esgrima).</p> <p>Desaparece entre 3 e 4 meses de idade.</p>	



Preensão palmar	
<p>Indicado pela observação de flexão dos dedos ao colocar-se o dedo indicador do examinador na palma da mão da criança.</p> <p>Deve desaparecer entre 3 e 6 meses, quando se torna um movimento voluntário.</p>	
Preensão plantar	
<p>Durante o aperto plantar, os dedos flexionam-se ao redor do dedo do examinador.</p> <p>Alterações associam-se a risco aumentado de paralisia cerebral.</p> <p>Normalmente, desaparece dos 6 aos 15 meses de idade.</p>	
Reflexo cutâneo - plantar (sinal de Babinski)	
<p>Extensão do hálux do recém-nascido, com ou sem abertura em leque dos dedos por meio do estímulo da porção lateral do pé.</p> <p>Apresenta-se em extensão até cerca de 18 meses.</p>	

Fonte: SBP, 2017; KOTAGAL, 2020.



APÊNDICE 3: Processo de enfermagem na consulta do adolescente.

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
<ul style="list-style-type: none">• Envolvimento em atividades de recreação diminuídos• Estilo de vida sedentário• Comportamento de saúde propenso a risco• Proteção ineficaz• Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente• Obesidade• Sobrepeso• Risco de sobrepeso• Eliminação urinária prejudicada• Constipação/ Risco de• Distúrbio no padrão de sono• Autonegligência• Controle de impulsos ineficaz• Comunicação verbal prejudicada• Risco de dignidade humana comprometida• Desesperança• Distúrbio na identidade pessoal/ Risco de• Distúrbio na imagem corporal• Baixa autoestima crônica/ Risco de• Baixa autoestima situacional/ Risco de• Processos familiares disfuncionais• Processos familiares interrompidos• Risco de vínculo prejudicado• Interação social prejudicada• Relacionamento ineficaz/ Risco de• Disfunção sexual• Padrão de sexualidade ineficaz• Síndrome do estresse por mudança• Ansiedade• Enfrentamento ineficaz• Medo• Regulação do humor prejudicada• Tristeza crônica• Síndrome de abstinência de substâncias aguda/ Risco de	<p>NANDA-I®</p>
<ul style="list-style-type: none">• Higiene oral (adequada/inadequada)• Alimentação (adequada/inadequada)• Higiene (adequada/inadequada)• Direito de cidadania limitado• Risco de violência• Risco de isolamento social• Condição nutricional (prejudicada/adequada)• Apoio familiar (adequado/inadequado)• Apoio social (adequado/inadequado)• Autoimagem (positiva/negativa)• Comunicação (adequada/inadequada)• Processo familiar (eficaz/ineficaz)	<p>CIPE</p>



<ul style="list-style-type: none"> • Uso de contraceptivo (adequado/inadequado) • Comportamento sexual (adequado/problemático) • Falta de conhecimento sobre comportamento sexual • Abuso de drogas • Conhecimento sobre abuso de drogas (suficiente/insuficiente) • Conhecimento sobre abuso de álcool (suficiente/insuficiente) • Risco de dependência de drogas • Risco de dependência de álcool • Abuso de parceiro íntimo • Abuso sexual • Comportamento de busca de saúde (adequado/prejudicado) • Estado vacinal (adequado/inadequado) • Risco de gestação (gravidez), não intencional 	
--	--

Anamnese	Investigar/Avaliar	Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> • Questionar motivo da consulta do adolescente e do responsável (quando presente) • Antecedentes pessoais e familiares/ vínculo/ formação familiar • Condições sócioeconômicas/ área de moradia • Hábitos de vida: sono, repouso e eliminações • Alimentação • Internações prévias • Doenças crônicas • Uso de medicamentos • Saúde sexual e reprodutiva • Atividades diárias • Trabalho • Vida social • Situação emocional • Percepção da imagem corporal • Identificação de situações de risco • Vinculação escolar e <i>bullying</i> • Investigar o uso de substâncias psicoativas • Riscos de violência • Exposição a acidentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Condições gerais • Higiene pessoal • Saúde bucal • Revisão dos sistemas • Peso, altura, IMC e PA • Distúrbios eliminatórios • Ingesta alimentar • Sinais de desnutrição/ sobrepeso/ obesidade • Desenvolvimento puberal • Sinais sugestivos de gravidez ou infecção sexualmente transmissível (IST) • Sinais físicos de violência (hematomas, cicatrizes, etc) ou atitude sugestiva de violência verbal ou psicológica • Sinais sugestivos de uso/abuso de substâncias psicoativas, tais como: hálito etílico, rinite persistente, mucosa pálida ou perfuração do septo nasal, sinais de uso frequente de drogas injetáveis (flebite) • Atitude durante a consulta (adolescente e responsável), rejeição/aceitação • Alterações emocionais: depressão, ansiedade, irritabilidade, impulsividade, entre outras • Enfrentamento das dificuldades • Satisfação com sua imagem corporal • Vulnerabilidade social • Obs. O exame físico pode ser realizado em mais de uma consulta, de acordo com a necessidade ou aceitação do adolescente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuta qualificada das demandas referidas e orientação de cuidados • Instruir higiene bucal • Incentivar hábitos de vida saudáveis (alimentação, exercícios físicos, atividades de lazer, educativa e cultural, entre outros) • Sexualidade: abordar as especificidades relativas ao gênero e à orientação sexual • Prevenção de IST • Orientar quanto às possibilidades de métodos contraceptivos • Orientar e atualizar calendário vacinal • Auxiliar na identificação dos fatores de risco nas atividades diárias e nas condutas que possam conduzir a problema iminente • Recomendar limitar o tempo de telas e jogos de <i>videogames</i> (ver anexo 4) • Prevenção de acidentes por causas externas • Reforçar os aspectos positivos • Estimular o autocuidado e o desenvolvimento da autonomia

Fonte: Elaboração própria.