

# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

## Saúde da Criança e do Adolescente

### Atenção Primária à Saúde

Porto Alegre - 2024



**Prefeitura de  
Porto Alegre**  
SECRETARIA DE SAÚDE

## Autores

PORTARIA COREN/RS, 2020/RS N.º 285/2020

INTEGRANTES COMISSÃO DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA/PRIMÁRIA DO COREN/RS, 2020/RS

Carlice Maria Scherer COREN/RS, 2020/RS 100.967 - ENF

Daniel Soares Tavares COREN/RS, 2020/RS 436.129 - ENF

Fábio Meller da Motta COREN/RS, 2020/RS 129.510 - ENF

Janilce Dorneles de Quadros COREN/RS, 2020/RS 350.203 - ENF

Maristela Michelon COREN/RS, 2020/RS 088.637 - ENF

Nelci Dias da Silva COREN/RS, 2020/RS 54.423 - ENF

Pâmela Leites de Souza Steffen COREN/RS, 2020/RS 285.667 - ENF

Patrícia Adriane Tondo Borba COREN/RS, 2020/RS 69.706 - ENF

Tainá Nicola COREN/RS, 2020/RS 218.641 - ENF

Thais Mirapalheta Longaray COREN/RS, 2020/RS 152.625 - ENF

Vanessa Romeu Ribeiro COREN/RS, 2020/RS 122.366 - ENF

COORDENAÇÃO: Thais Mirapalheta Longaray - Departamento de Fiscalização

## Revisão e Edição Porto Alegre/RS

Carina Cavalheiro - COREN/RS 0649310- ENF

Cintia dos Santos Costa - Nutricionista– CRN/RS - 7904

Fernanda Benelli - COREN/RS 0269173 - ENF

Leonardo Rodrigues - COREN/RS 272524 - ENF

Márcia da Silva Jacobsen – Bióloga - CRBio 1735703

Mirela de Sousa Nunes Duarte – Ac Enf. UFRGS

Raquel Schultz - COREN/RS 0654731 - ENF

Sonia Silvestrin - COREN/RS 0073741 - ENF

Paula Picon – Pediatra – CREMERS 30392

Thais Rodrigues - COREN/RS 0651046 – ENF

Vanessa do Canto Severo Coffy - COREN/RS 110074 - ENF

Tamara Ferreira de Oliveira – COREN/RS 091651 – TE

### **PREFEITO MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE**

Sebastião Melo

### **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Fernando Ritter

### **DIRETORA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Vânia Frantz

### **DIRETORA ADJUNTA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Eveline Rodrigues

### **RT DE ENFERMAGEM DA APS**

Leonardo Rodrigues

## SUMÁRIO

<b>EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS</b> .....	<b>11</b>
QUADRO 1 - NÍVEL DE EVIDÊNCIA SEGUNDO SISTEMA GRADE .....	12
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DO RS .....	14
<b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM</b> .....	<b>15</b>
QUADRO 2. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .....	16
<b>GLOSSÁRIO DE PRÁTICAS</b> .....	<b>17</b>
<b>FERRAMENTAS DE APOIO</b> .....	<b>11</b>
<b>1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA</b> .....	<b>18</b>
1.1. FREQUÊNCIA DE CONSULTAS .....	19
QUADRO 3 - PERIODICIDADE DE CONSULTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	19
1.2. CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA .....	20
QUADRO 4 - CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO (A) .....	20
QUADRO 4 - CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO (B) .....	21
QUADRO 4 - CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO (C) .....	22
1.3. ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA CONSULTA .....	22
1.3.1. ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME FÍSICO NA PRIMEIRA CONSULTA .....	22
<i>PESO, COMPRIMENTO E PERÍMETRO CEFÁLICO</i> .....	22
<i>ESTADO GERAL</i> .....	23
<i>FACE</i> .....	23
<i>PELE</i> .....	23
<i>CRÂNIO</i> .....	24
<i>OLHOS</i> .....	24
<i>OUVIDOS E AUDIÇÃO</i> .....	25
<i>NARIZ</i> .....	25
<i>BOCA</i> .....	25
<i>PESCOÇO</i> .....	25
<i>TÓRAX E APARELHO RESPIRATÓRIO</i> .....	25

	4
APARELHO CARDIOCIRCULATÓRIO .....	26
ABDOMEN .....	26
ÂNUS E RETO .....	26
GENITÁLIA.....	27
SISTEMA OSTEOARTICULAR.....	27
COLUNA VERTEBRAL.....	27
AValiação Neurológica .....	28
FLUXOGRAMA 1 - ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA CONSULTA .....	29
QUADRO 5 - EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO NA 1ª CONSULTA DE PUERICULTURA (A) .....	30
QUADRO 5 - EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO NA 1ª CONSULTA DE PUERICULTURA (B) .....	31
1.3.2. CONSULTAS SUBSEQUENTES.....	32
QUADRO 6 - ROTEIRO DO EXAME FÍSICO PARA CRIANÇAS DE 2 A 10 ANOS (A).....	33
QUADRO 6 - ROTEIRO DO EXAME FÍSICO PARA CRIANÇAS DE 2 A 10 ANOS (B).....	34
1.3.3. ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL .....	35
FIGURA 1. CRONOLOGIA DE ERUPÇÃO DENTÁRIA DECÍDUA .....	35
FIGURA 2. CRONOLOGIA DE ERUPÇÃO DA DENTIÇÃO PERMANENTE .....	36
1.3.4. ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE IDADE .....	37
APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO .....	37
QUADRO 7 – CHECK LIST OBSERVAÇÃO DAS MAMADAS .....	38
AMAMENTAÇÃO E O USO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS .....	39
QUADRO 8. RECOMENDAÇÕES QUANTO AO TEMPO DE INTERRUPTÃO DO ALEITAMENTO MATERNO APÓS O CONSUMO DE DROGAS.....	39
QUADRO 9 - RESTRIÇÕES AO ALEITAMENTO MATERNO .....	40
ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS AMAMENTADAS .....	41
QUADRO 10 - ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA EM ALEITAMENTO MATERNO POR FAIXA ETÁRIA.....	42
QUADRO 11 - CLASSIFICAÇÃO DE GRUPOS ALIMENTARES .....	43
ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS .....	43
FLUXO PARA VINCULAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO EXPOSTO AO HIV NAS UNIDADES DE SAÚDE .....	44
QUADRO 12 - DILUIÇÃO E RECONSTITUIÇÃO DO LEITE PARA CRIANÇAS MENORES DE QUATRO MESES NÃO AMAMENTADAS .....	45
QUADRO 13 - ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA QUE RECEBE LEITE DE VACA POR FAIXA ETÁRIA .....	46

	5
PROGRAMA AMAMENTAR É TRI .....	50
MAMANALGESIA.....	51
<b>2. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS .....</b>	<b>52</b>
2.1. SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO .....	52
*FATORES DE RISCO PARA ANEMIA FERROPRIVA PARA CRIANÇAS .....	52
QUADRO 14 – EXAMES RECOMENDADOS AOS 12 MESES (1 ANO):.....	53
QUADRO 15 – VALORES NORMAIS DE HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO E VCM E DIAGNÓSTICO DE ANEMIA.....	54
QUADRO 16 - PROFILAXIA DE FERRO* .....	55
2.2. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A .....	56
2.3. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D .....	56
<b>3. SEGUIMENTO PARA SITUAÇÕES DE RISCO .....</b>	<b>58</b>
3.1. PREMATURIDADE .....	58
3.2. RECÉM-NASCIDO EXPOSTO À SUBSTÂNCIA PSICOATIVA NA GESTAÇÃO .....	60
3.3. CRIANÇA EXPOSTA À TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO .....	60
3.4. ATENÇÃO À CRIANÇA COM MICROCEFALIA .....	60
3.5. REDE DE CUIDADO E DE PROTEÇÃO SOCIAL .....	60
3.6. CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA .....	60
QUADRO 17 - SINAIS DE ALERTA PARA VIOLÊNCIA .....	61
FLUXOGRAMA 2 - FLUXO PARA CASOS DE VIOLÊNCIA E/OU MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS .....	62
FLUXOGRAMA 3 - MANEJO DE SECREÇÃO VULVOVAGINAL * .....	63
3.7. PREVENÇÃO DE ACIDENTES.....	64
QUADRO 18 - ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES.....	64
<b>4. INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE MAIS COMUNS EM CRIANÇAS .....</b>	<b>66</b>
4.1. CÓLICA DO RECÉM-NASCIDO .....	66
QUADRO 19 - MANEJO DA CÓLICA INFANTIL .....	66
FLUXOGRAMA 4 - MANEJO DA CÓLICA INFANTIL .....	67
4.2. INFECÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS).....	68
QUADRO 20 - MANEJO DA INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES .....	68
QUADRO 21 - MANEJO DOS PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS MAIS COMUNS (A) .....	69
QUADRO 22 - MANEJO DOS PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS MAIS COMUNS (B) .....	70

	6
FLUXOGRAMA 5 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM QUEIXA RESPIRATÓRIA.....	71
FLUXOGRAMA 6 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM DOR DE GARGANTA.....	72
FLUXOGRAMA 7 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM TOSSE .....	73
FLUXOGRAMA 8 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM RINITE ALÉRGICA .....	74
FLUXOGRAMA 9 – ATENÇÃO À CRIANÇA COM ASMA .....	75
QUADRO 23 - CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DE ASMA EM CRIANÇAS COM 5 ANOS OU MENOS .....	76
QUADRO 24 - CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DE ASMA EM CRIANÇAS APARTIR DE 6 ANOS E ADOLESCENTES .....	76
QUADRO 25 – FATORES DE RISCO DE GRAVIDADE DE CRIANÇAS COM 5 ANOS OU MENOS .....	76
QUADRO 26 – FATORES DE RISCO DE GRAVIDADE DE CRIANÇAS A PARTIR DE 6 ANOS E ADOLESCENTES .....	77
QUADRO 27 – AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA EM CRIANÇAS DE 5 ANOS OU MENOS. ....	77
QUADRO 28 – AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA EM CRIANÇAS APARTIR DE 6 ANOS .....	78
FIGURA 3 - COMO UTILIZAR O ESPAÇADOR EM CRIANÇAS.....	79
4.3. DOR DE OUVIDO.....	80
QUADRO 29 - IDENTIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES À OTOSCOPIA (A).....	80
QUADRO 30 - MANEJO DA DOR DE OUVIDO .....	81
FLUX OGRAMA 10 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM DOR DE OUVIDO.....	82
4.4. MANEJO DA FEBRE.....	83
QUADRO 31 - MANEJO DA FEBRE .....	83
FLUXOGRAMA 11 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM FEBRE .....	84
4.5. GASTROENTERITE (DIARRÉIA E VÔMITOS).....	85
QUADRO 32 - CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O GRAU DE DESIDRATAÇÃO .....	85
QUADRO 33 – REGITRO DO ATENDIMENTO DE DESIDRATAÇÃO EM CRIANÇAS .....	86
QUADRO 34 - CONDUTAS CONFORME O GRAU DE DESIDRATAÇÃO EM CRIANÇAS(A) .....	86
QUADRO 34 - CONDUTAS CONFORME O GRAU DE DESIDRATAÇÃO EM CRIANÇAS (B).....	87
4.6. PARASITOSE INTestinaIS .....	88
QUADRO 35 REGISTRO DA CONSULTA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PARAPARASITOSE INTestinaIS.....	88
QUADRO 36 - MANEJO DE PARASITOSE INTestinaIS.....	88
QUADRO 37 - TRATAMENTO CONFORME A PARASITOSE INTestinal .....	89
FLUXOGRAMA 12 - MANEJO DE PARASITOSE INTestinaIS .....	90

	7
4.7. CONSTIPAÇÃO INTESTINAL .....	91
QUADRO 38 – MANEJO COMPORTAMENTAL DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL .....	92
FLUXOGRAMA 13 - MANEJO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAIS.....	93
4.8. QUEIXAS OCULARES .....	93
QUADRO 39 - MANEJO DAS PRINCIPAIS QUEIXAS OCULARES .....	94
FLUXOGRAMA 14 - MANEJO DAS QUEIXAS OCULARES .....	95
4.9. TRIAGEM OFTALMOLÓGICA .....	95
<i>AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL A PARTIR DA UTILIZAÇÃO DO TESTE DE SNELLEN.....</i>	<i>96</i>
QUADRO 40 - AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL POR MEIO DA ESCALA DE SNELLEN .....	96
FLUXOGRAMA 15 - TRIAGEM OFTALMOLÓGICA .....	97
4.10. LESÕES DE PELE MAIS FREQUENTES .....	97
QUADRO 41 - MANEJO DAS PRINCIPAIS LESÕES DE PELE (A) .....	98
QUADRO 42 - MANEJO DAS PRINCIPAIS LESÕES DE PELE (B) .....	99
QUADRO 43 - MANEJO DAS PRINCIPAIS LESÕES DE PELE (C).....	100
QUADRO 44 - MANEJO DAS PRINCIPAIS LESÕES DE PELE (D).....	101
FLUXOGRAMA 16 - MANEJO DE DERMATITE SEBORRÉICA DO LACTENTE.....	102
FLUXOGRAMA 17 - MANEJO DE MILIÁRIA (BROTOEJAS) .....	102
FLUXOGRAMA 18 – MANEJO DAS DERMATITES DE FRALDAS .....	103
FLUXOGRAMA 19 - MANEJO DA PEDICULOSE.....	105
FLUXOGRAMA 20 - MANEJO DA ESCABIOSE.....	106
FLUXOGRAMA 21 - MANEJO DAS ALTERAÇÕES DE UMBIGO.....	107
4.11. PROBLEMAS MAIS COMUNS DA BOCA.....	108
QUADRO 45 - MANEJO DOS PROBLEMAS MAIS COMUNS DA BOCA .....	108
4.12. ANEMIA FERROPRIVA .....	108
QUADRO 46 - ANAMNESE, EXAME FÍSICO E SINAIS NA SUSPEITA DE ANEMIA .....	109
QUADRO 47 - PONTOS DE CORTE DOS VALORES SÉRICOS DE HEMOGLOBINA (G/DL) PARA DEFINIÇÃO DE ANEMIA EM CRIANÇAS.....	109
QUADRO 48 – REGISTRO DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM .....	109
QUADRO 49 - CONDUTAS PARA O QUADRO DE ANEMIA APÓS CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL .....	109
FLUXOGRAMA 22 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM SUSPEITA DE ANEMIA .....	110
<b>5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE .....</b>	<b>111</b>

	8
5.1. GUIA DA CONSULTA DO ADOLESCENTE NA APS.....	112
QUADRO 50 - IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE RISCO .....	113
5.1. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO PUBERAL.....	114
QUADRO 51 – MATURAÇÃO SEXUAL POR SEXO .....	115
QUADRO 52 - PROBLEMAS NO DESENVOLVIMENTO PUBERAL .....	115
FIGURA 4 – ESTÁGIOS DA MATURAÇÃO SEXUAL DE MENINAS E MENINOS .....	116
5.2. ALIMENTAÇÃO .....	117
QUADRO 53 - ORIENTAÇÕES PARA PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL .....	117
5.3. SAÚDE BUCAL.....	117
QUADRO 54 - MANEJO DE LESÕES BUCAIS(A) .....	117
QUADRO 55 - MANEJO DE LESÕES BUCAIS (B).....	118
5.4. SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA.....	118
5.5. ACESSO A DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA HIV/AIDS E SÍFILIS COM ACONSELHAMENTO PRÉ E PÓS-TESTE.....	119
QUADRO 56 - TESTAGEM PARA HIV E SÍFILIS CONFORME A FAIXA ETÁRIA .....	119
5.6. PRÉ-NATAL/ PARTO/ PUERPÉRIO .....	119
5.7. ATENÇÃO INTEGRAL EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIAS .....	120
QUADRO 57 - MANEJO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA.....	120
QUADRO 58 - SINAIS E INDÍCIOS DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA.....	120
5.8. GRAVIDEZ EM DECORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL (SES/RS 2018; SES/RS 2019).....	121
<b>6. PRINCIPAIS AGRAVOS NA ADOLESCÊNCIA .....</b>	<b>122</b>
6.1. OBESIDADE .....	122
QUADRO 59 – REGISTRO DA CONSULTA DE CRIANÇA/ADOLESCENTE COM SOBREPESO/OBESIDADE .....	122
6.2. ANOREXIA NERVOSA .....	122
QUADRO 60 - MANEJO DA ANOREXIA NERVOSA .....	123
6.3. BULIMIA.....	123
QUADRO 61 - MANEJO DA BULIMIA .....	123
6.4. ACNE .....	124
QUADRO 62 - MANEJO DA ACNE .....	124
6.5. BULLYING.....	125

	9
QUADRO 63 - MANEJO DO BULLYING .....	125
6.6. USO/ABUSO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA .....	125
QUADRO 64 - MANEJO DO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS .....	126
6.7. VIOLÊNCIA AUTOINFLIGIDA/ SUICÍDIO .....	127
QUADRO 65 - FATORES DE RISCO PARA SUICÍDIO .....	127
QUADRO 66 - MANEJO NA IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS PARA O RISCO DE SUICÍDIO .....	128
<b>7. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO 1 – QUADRO SEGUIMENTO DA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA OU EXPOSTA À SÍFILIS MATERNA.....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXO 2 – ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO: .....</b>	<b>135</b>
QUADRO 67 - DIFICULDADES E MANEJO NO ALEITAMENTO MATERNO(A).....	135
<b>ANEXO 3 – QUADRO ITENS A SEREM OBSERVADOS DURANTE A MAMADA.....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXO 4 – PRINCIPAIS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS DA INFÂNCIA.....</b>	<b>138</b>
<b>ANEXO 5 – VALORES CONSIDERADOS NORMAIS CONFORME IDADE.....</b>	<b>140</b>
QUADRO 68 - VALORES CONSIDERADOS NORMAIS DE FREQUÊNCIA CARDÍACA EM CRIANÇAS CONFORME A IDADE .....	140
QUADRO 69 - VALORES CONSIDERADOS NORMAIS DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS CONFORME A IDADE .....	140
QUADRO 70 - VALORES DE PA PARA MENINOS DE ACORDO COM IDADE E PERCENTIL DE ESTATURA .....	141
QUADRO 71 - VALORES DE PA PARA MENINAS DE ACORDO COM IDADE E PERCENTIL DE ESTATURA .....	145
QUADRO 72 - CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA.....	148
QUADRO 73 - ESCORE DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA (PESO) ATÉ 10 ANOS* .....	150
<b>ANEXO 6 - CHECKLIST MODIFICADO PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM CRIANÇAS PEQUENAS: VERSÃO REVISADA E CONSULTA DE SEGUIMENTO (M-CHAT-R/F)™</b> .....	<b>151</b>
<b>ANEXO 7 - TÉCNICAS PARA RASTREAMENTO DE DISPLASIA DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRIL - TESTES DE BARLOW E ORTOLANI .....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO 8 – PRINCIPAIS RISCOS E AGRAVOS PARA SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ERA DIGITAL.....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO 9 - REFLEXOS PRIMITIVOS DO RECÉM-NASCIDO.....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXO 10 - PROCESSO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PUERICULTURA. ....</b>	<b>155</b>
<b>ANEXO 11 - PROCESSO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DO ADOLESCENTE .....</b>	<b>156</b>
<b>ANEXO 12 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA.....</b>	<b>157</b>
<b>ANEXO 13 - AVALIAÇÃO DOS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>158</b>
QUADRO 74 - MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DO NASCIMENTO AOS 6 MESES .....	158
QUADRO 75 - MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DOS 6 MESES A 1 ANO E MEIO .....	159

	10
QUADRO 76 - MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DE 1 ANO E MEIO A 3 ANOS E MEIO.....	160
QUADRO 77 - MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DE 3 ANOS E MEIO A 5 ANOS.....	161
QUADRO 78 - MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DE 5 A 6 ANOS.....	162
<b>ANEXO 14 - AS PICS (PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES) NA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: UM RECURSO INTEGRATIVO.....</b>	<b>162</b>
<i>FLUXO DE ACESSO ÀS PICS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA:.....</i>	<i>165</i>
<b>ANEXO 15 - PARTICULARIDADES DE ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INDÍGENAS .....</b>	<b>166</b>
ANEXO 16 - ORIENTAÇÕES SOBRE SONO SEGURO .....	171
<b>ANEXO 17 - ORIENTAÇÕES PARA ESTIMULAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL POR PAIS OU RESPONSÁVEIS .....</b>	<b>172</b>
<b>ANEXO 18 – PAIGA .....</b>	<b>178</b>
<b>ANEXO 19 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ESCOLA .....</b>	<b>179</b>
<b>ANEXO 20 – ANAMNESE, EXAME FÍSICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>180</b>
1ª CONSULTA .....	180
1º MÊS .....	181
2º MÊS .....	182
3º MÊS .....	183
4º MÊS .....	184
5º MÊS (*MÉDIO E ALTO RISCO) .....	185
6º MÊS .....	186
7º MÊS .....	187
8º MÊS (*MÉDIO E ALTO RISCO) .....	188
9º MÊS .....	189
10º MÊS .....	190
11º MÊS .....	191
12º MÊS .....	192
18º MÊS .....	193
24º MÊS .....	194

## FERRAMENTAS DE APOIO

**BIBLIOTECA VIRTUAL ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

<https://bit.ly/3U9fjcA>

**TELESSAÚDE RS**

<https://www.ufrgs.br/telessauders/>

**ATENÇÃO BÁSICA DO RS**

<https://atencaoprimaria.rs.gov.br/inicial>

**CALCULADORA DE IMC**

<https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/index.php?page=7>

**BIBLIOTECA VIRTUAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE**

<https://aps.bvs.br/rede-de-colaboradores/>

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/>

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

<https://prefeitura.poa.br/sms>

**VLibras - TRADUÇÃO AUTOMÁTICA PARA TORNAR WEB MAIS ACESSÍVEL**

<https://www.gov.br/governodigital/pt-br/acessibilidade-e-usuario/vlibras>

**CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO – MINISTÉRIO DA SAÚDE**

<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario>

**PLANILHA MODELO DE ACOMPANHAMENTO DE PUERICULTURA**

## 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
<b>A</b>	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>B</b>	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>C</b>	Qualidade de evidência baixa. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações moderadas; Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle, considerados altamente susceptíveis a vieses.
<b>D</b>	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: Coren/RS, 2020.

## 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, 2020/RS) instituiu em 2019, por meio da Decisão COREN/RS, 2020/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, 2020/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*

# INTRODUÇÃO

## CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO ESTADO DO RS

O Rio Grande do Sul (RS) é o quinto maior estado do Brasil, com extensão territorial de 281.730,2 km<sup>2</sup>, 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/km<sup>2</sup>. 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, 2018).

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, 2018).

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, 2018).

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, 2018).

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, 2018).

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.

## 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 às 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, 2020/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/RS, 2020/SC, 2017; MENDES, 2019).

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/RS, 2020/SC, 2017).

Em consonância com o Parecer Técnico COREN/RS, 2020/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.

## QUADRO 2. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

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
P - PLANO	Implementação	Intervenções de Enfermagem e Avaliação de Enfermagem

Fonte: Coren/RS, 2020.

## GLOSSÁRIO DE PRÁTICAS

Esta seção apresenta conceitos utilizados neste protocolo e que devem ser incorporados à prática de enfermagem na Atenção Primária à Saúde, a fim de garantir a resolutividade da assistência e a produção do cuidado integral à saúde das crianças e adolescentes.

**Protocolo de Enfermagem:** conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema.

**Consulta de Enfermagem:** A consulta de enfermagem é uma atividade privativa e prestada pelo enfermeiro, na qual são identificados problemas de saúde e prescritas e implementadas medidas de enfermagem com o objetivo de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente.

**Assistência Integral:** é expressa como uma articulação contínua da promoção de saúde com prevenção e tratamento de agravos, por meio dos serviços e ações prestadas, no âmbito individual e coletivo, de acordo com cada caso, abrangendo todos os níveis que compõem o sistema.

**Equidade:** inclui o reconhecimento de determinantes sociais, como as diferentes condições de vida, que envolvem habitação, trabalho, renda, acesso à educação, lazer, entre outros que impactam diretamente na saúde.

**Anamnese:** A anamnese, na prática clínica, consiste na rememoração dos eventos pregressos relacionados à saúde, na identificação dos sintomas e sinais atuais, com o intuito principal de fazer entender, com a maior precisão possível, a história da doença atual que traz o paciente à consulta.

**Exame Físico:** é uma das etapas do Processo de Enfermagem e configura-se como técnica relevante, necessária à detecção de estados patológicos, à prevenção de agravos, ao acompanhamento da evolução clínica e ao planejamento de estratégias de cuidados.

**Puericultura:** envolve a promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de práticas definidas, centrando suas atividades na apreciação de fatores individuais e ambientais de proteção e de ameaça à saúde, além de monitoramento do desenvolvimento, imunizações, testes de triagem, orientação antecipatória (acerca de inúmeros condicionantes da saúde, como nutrição, hábitos de vida, disciplina e segurança) e aspectos selecionados do exame clínico para avaliação de riscos.

**Acolhimento:** é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

**Interconsulta:** caracteriza-se por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas. Existem diversas modalidades de interconsulta, que vão desde uma discussão de caso por parte da equipe ou por toda ela até as intervenções, como consultas conjuntas e visitas domiciliares conjuntas.

# 1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

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;
- 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.

## 1.1. 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):

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.

### QUADRO 3 - PERIODICIDADE DE CONSULTAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ETAPA	SOAP	Nº DE CONSULTAS	QUANDO
<b>RISCO HABITUAL</b>	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 mês e 24º mês
	A partir do 2º ano de vida	1	Consultas anuais ao mês do aniversário.
<b>MÉDIO E ALTO RISCO</b>	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 de Coren/RS, 2020

## 1.2. 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.

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 contra referência (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 contra referência com vistas à integralidade da atenção.

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 4 - CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO (A)

RISCO INTERMEDIÁRIO		
<b>Fatores relacionados às condições de saúde na primeira semana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recém-nascido termo precoce com IG de 37 a 38 semanas</li> <li>Risco de hiperbilirrubinemia indireta patológica</li> <li>Risco de desmame precoce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risco de sepse neonatal</li> <li>Criança sem realização de triagem neonatal</li> </ul>
<b>Fatores relacionados à nutrição</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desmame do aleitamento materno exclusivo antes de 6 meses de vida e/ou desmame do aleitamento materno antes de 24 meses de vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sobrepeso</li> <li>Distanciamento do canal de crescimento da criança, em fase inicial, com relação ao peso, comprimento/altura e perímetro cefálico</li> </ul>
<b>Fatores relacionadas ao cuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado</li> <li>Não comparecimento à agenda de acompanhamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene oral e corporal inadequadas (cárie precoce)</li> <li>Mãe ou cuidador não habilitado</li> </ul>
<b>Fatores relacionados ao ambiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposição à fumaça ambiental do tabaco</li> <li>Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e sociais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vulnerabilidade socioeconômica</li> <li>Condições de moradia desfavoráveis</li> </ul>
<b>Doenças próprias do ciclo de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doenças transitórias, sem complicações</li> <li>Doenças bucais de menor complexidade: lesão de mancha branca, cárie dentária, doença periodontal</li> </ul>	
<b>Fatores sociofamiliares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gravidez não aceita/indesejada</li> <li>Mãe adolescente (menor que 18 anos)</li> <li>Mãe e/ou pai com baixa escolaridade ou com menos de 4 anos de estudo</li> <li>Mãe com pré-natal não realizado ou incompleto</li> <li>Mãe com antecedente de um filho nascido morto, irmãos &lt;5 anos com internação de repetição ou óbito por causa evitável</li> <li>Mãe com história de exantema durante a gestação</li> <li>Mãe sem suporte familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chefe da família sem fonte de renda</li> <li>Mãe e/ou pai com comportamentos que comprometam o cuidado da criança ou - Pais/responsáveis com dependência de álcool/drogas</li> <li>Mãe ausente por doença, abandono ou óbito</li> <li>Indícios de violência física, sexual ou psicológica</li> <li>Negligência com relação às necessidades da criança</li> <li>Mãe e/ou pai privados de liberdade</li> </ul>

## QUADRO 4 - CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO (B)

RISCO ALTO	
<b>Condições perinatais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo peso (&lt;2.500g)</li> <li>• Prematuridade &lt;37 semanas</li> <li>• Baixo peso ao nascer (&lt;2.000 g)</li> <li>• Prematuridade ≤34 semanas</li> <li>• PIG (CIUR) ou GIG</li> <li>• 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)</li> </ul>
<b>Afecções peri e neonatais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afecções perinatais e malformações congênitas</li> <li>• Apgar ≤6 no quinto minuto e/ou asfixia perinatal</li> <li>• Hiperbilirrubinemia indireta grave ou hiperbilirrubinemia direta ou Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransusão</li> <li>• Infecções crônicas, confirmadas ou em investigação</li> <li>• Malformações congênitas graves e/ou cromossomopatias</li> <li>• Doença genética, malformações congênitas, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica</li> <li>• Infecções do grupo STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus) + HIV + Zika confirmadas ou em investigação</li> <li>• Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal, ao nascer</li> </ul>
<b>Complicações da prematuridade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença pulmonar crônica</li> <li>• Retinopatia e cegueira</li> <li>• Surdez</li> </ul>
<b>Fatores maternos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mãe e/ou pai com dependência de álcool e outras drogas</li> <li>• Depressão pós-parto ou doença psiquiátrica ou Transtorno mental severo, deficiência ou doença neurológica de um dos pais</li> <li>• Doenças maternas graves e/ou não controladas</li> </ul>
<b>Fatores evolutivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crescimento fora dos limites padronizados para a idade</li> <li>• Desenvolvimento insatisfatório para a idade</li> <li>• Sinais de violência física, sexual ou psicológica</li> <li>• Obesidade</li> <li>• Doenças crônicas ou infecções de repetição</li> <li>• 1 ou mais internações no último ano</li> </ul>
<b>Fatores evolutivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crescimento fora dos limites padronizados para a idade</li> <li>• Desenvolvimento insatisfatório para a idade</li> <li>• Sinais de violência física, sexual ou psicológica</li> <li>• Obesidade</li> <li>• Doenças crônicas ou infecções de repetição</li> <li>• 1 ou mais internações no último ano</li> </ul>

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança. MS, 2024

## QUADRO 4 - CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO (C)

SINAIS DE ALERTA EM CONDIÇÕES CLÍNICAS AGUDAS			
Não consegue mamar ou ingerir líquidos Gemência persistente Choro persistente e inconsolável Apneia com cianose	Vomita tudo que ingere Sonolência e dificuldade de despertar Febre acima de 39 C, ou por período superior a 3 dias, ou em lactente menor que 3 meses	Histórico de convulsões Estridor respiratório Retração intercostal Dor abdominal aguda	Taquipnéia - (<2 meses > 60 rpm, 2 a 11 meses > 50rpm, 1 a 5 anos > 40 rpm, > 5 anos > 30 rpm) Sinais de desidratação (olhos fundos e encovados, ausência de lágrimas, boca e língua seca, irritação e com sede, diminuição da quantidade de urina, afundamento da moleira)

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança. MS, 2024

### 1.3. 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, 2018).

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.

**VOCÊ JÁ SABE MAS NÃO CUSTA LEMBRAR:  
A PUÉRPERA E O RECÉM NASCIDO DEVEM TER SEU ATENDIMENTO ASSEGURADO NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA.**

#### 1.3.1. ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DO EXAME FÍSICO NA PRIMEIRA CONSULTA

##### PESO, COMPRIMENTO E PERÍMETRO CEFÁLICO

Verificar e registrar os dados de peso, comprimento e perímetro cefálico na curva de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança e no prontuário eletrônico - **nos campos indicados para isso.**

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.

## ESTADO GERAL

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.

## PELE

**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, sepsis; se for localizado, sugere trauma de parto.

**Avaliar Palidez:** sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou sinal de arlequim - palidez em um hemitorço 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).

Pesquisar a possível presença de assaduras, pústulas (impetigo) e bolhas palmo-plantares (sífilis).

De acordo com a NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - SAÚDE DA CRIANÇA (Ministério da Saúde, 2021) deve-se avaliar Icterícia: observar a cor amarelada da pele, e, se presente, encaminhar à consulta médica; perguntar à mãe sobre a cor das fezes e da urina, principalmente se a icterícia foi notada ou tornou-se mais intensa após os primeiros 5 dias de vida.

Todo recém-nascido que se apresenta icterício na primeira semana de vida, principalmente no primeiro dia de vida, tem risco aumentado de hiperbilirrubinemia indireta não fisiológica e evolução clínica grave, com encefalopatia hiperbilirrubinêmica. O risco é maior quando associado aos seguintes sinais e sintomas: baixo peso ao nascer, prematuridade, hemólise, asfixia ao nascimento, infecções, história familiar de icterícia grave, perda de peso do recém-nascido >10% nos primeiros 5 dias de vida associada à dificuldade de sucção ao peito ou presença de outras alterações ao exame clínico. Esses recém-nascidos precisam ter avaliação objetiva da icterícia por método trans cutâneo (bilirrubinômetro) ou de medidas séricas de bilirrubinas, para esclarecimento diagnóstico e definição terapêutica.

## IMPORTANTE:

**A icterícia neonatal pode ser detectada examinando o recém-nascido e testando os níveis de bilirrubina no sangue.**

**Quase todos os recém-nascidos desenvolvem níveis elevados de bilirrubina (ou seja, bilirrubina total sérica ou plasmática >1 mg/dL).**

**A icterícia é comum em recém-nascidos e pode ocorrer um ou mais dias após o nascimento do bebê. À medida que os níveis de bilirrubina aumentam, o recém-nascido pode desenvolver icterícia visível. Recém-nascidos com hiperbilirrubinemia grave (definida como bilirrubina sérica total >25 mg/dL em recém-nascidos ≥35 semanas de gestação) correm risco de desenvolver distúrbios neurológicos induzidos por bilirrubina. Recém-nascidos com hiperbilirrubinemia devem receber nutrição adequada e hidratação oral, pois isso aumenta a eliminação de bilirrubina.**

**Devemos estar atentos aos sinais de alerta associada com a icterícia com: dificuldade para mamar, recém-nascido com mais sono do que o normal, bebê com dificuldade de acordar, hipotônico, com irritação, choro estridente.**

## CRÂNIO

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

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 herpes vírus. 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**

Verificar: forma, a consistência, simetria e implantação dos pavilhões auriculares, e a presença de condutos auditivos externos, fístulas retro auriculares e apêndices pré-auriculares.

Orientar a família para a realização da triagem auditiva neonatal universal (Tanu) ou “teste da orelhinha”.

## **NARIZ**

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 mucopiossanguinolenta, que é rara e sugere o diagnóstico de sífilis congênita (geralmente em torno da segunda semana de vida).

## **BOCA**

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**

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**

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 rpm

De 3 a 11 meses: até 50 rpm

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.

### **APARELHO CARDIOCIRCULATÓRIO**

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**

Verificar à inspeção, se o abdome do RN se apresenta 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, sucos digestivos e lanugo.

### **ÂNUS E RETO**

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

## GENITÁLIA

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 se devem à presença de uratos na urina e não tem repercussão clínica.

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%).

**As crianças devem ser examinadas quanto à posição dos testículos e formação da genitália ao nascimento e aos 2 meses de idade. Se em algum momento for detectada criptorquidia unilateral ou bilateral palpável, sem outras anormalidades da genitália, deve-se realizar novo exame físico aos 4 meses de idade. Se após essa idade se confirmar a impressão de criptorquidia, deve-se encaminhar à avaliação médica com vistas à encaminhamento à cirurgia pediátrica . Não é necessário nenhum exame de imagem na avaliação da criptorquidia. (TELESSAÚDE, 2021)**

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;

A fimose é fisiológica ao nascimento. Deve-se observar a localização do meato urinário para excluir a possibilidade de hipospádia ou epispádia.

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;

É importante observar os orifícios uretral e vaginal. Anomalias anorretais podem levar à eliminação de mecônio pela vagina ou uretra.

## SISTEMA OSTEOARTICULAR

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 congênicas. 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

Examinar toda a coluna, em especial a área lombossacra, percorrendo a linha média.

## **AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

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.

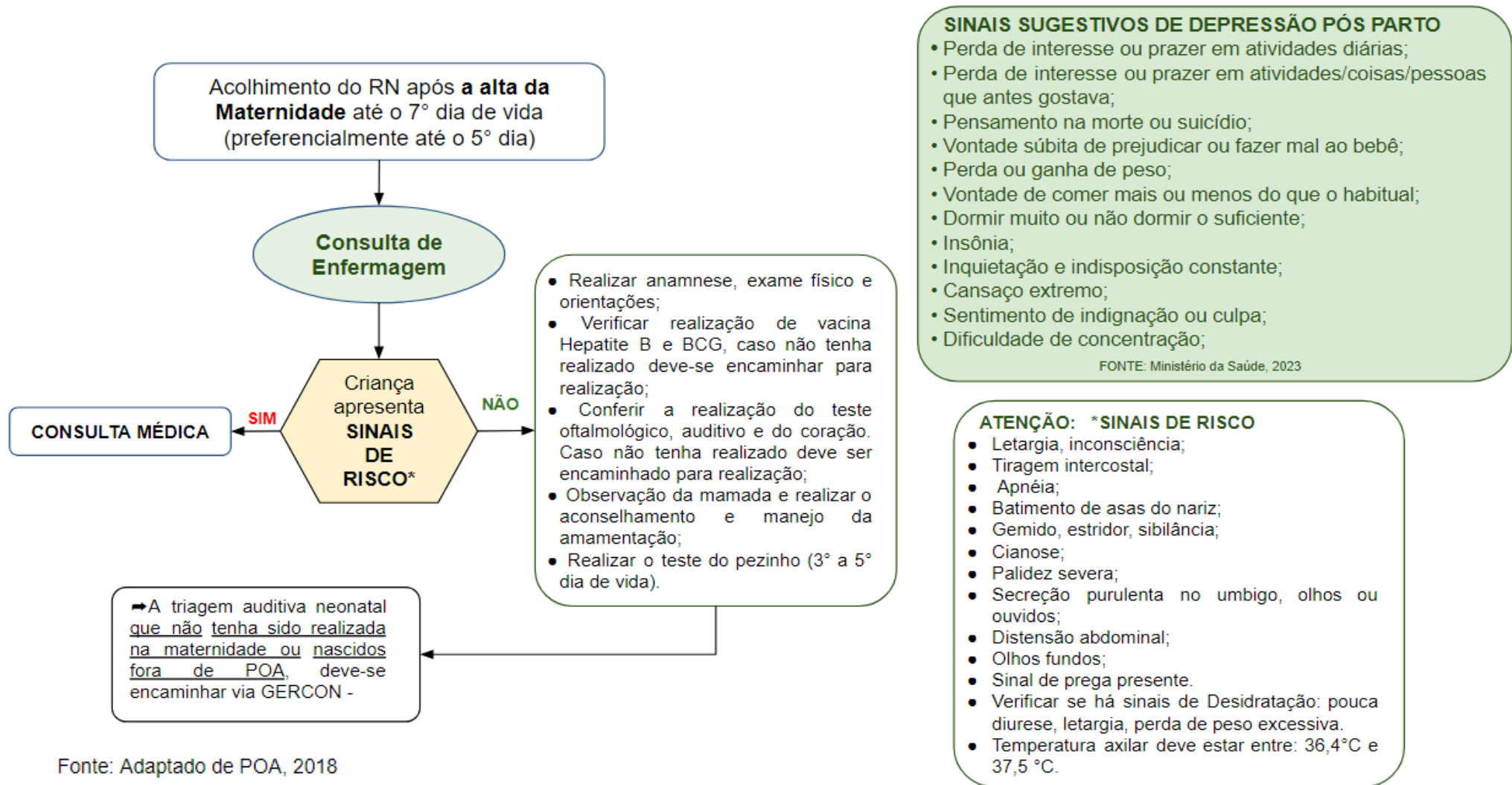
**AVALIAÇÃO DOS REFLEXOS PRIMITIVOS:** Os reflexos primitivos são respostas involuntárias a determinados estímulos externos padronizados para avaliação neurológica, presentes do nascimento ao longo dos primeiros meses de vida. A persistência dessas respostas além do período previsto para cada caso indica disfunção neurológica a ser investigada a partir de encaminhamento para consulta médica.

**Mais Informações sobre o diagnóstico de anomalias congênitas no Pré Natal e ao nascimento:**

Acessar o Guia Prático do Ministério da Saúde, disponível em:

<https://bit.ly/3Oiyxm1>

## FLUXOGRAMA 1 - ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA CONSULTA



Fonte: Adaptado de POA, 2018

### IMPORTANTE

A ausência de registro de nascimento não é impedimento da realização da consulta de puericultura e nem da vacinação!

Para auxiliar no registro: Check List Consulta Binômio:

[https://drive.google.com/file/d/17JvM\\_AQDu8UgTwpRJmcVG0D1tYSQw1Kh/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/17JvM_AQDu8UgTwpRJmcVG0D1tYSQw1Kh/view?usp=sharing)

## QUADRO 5 - EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO NA 1ª CONSULTA DE PUERICULTURA (A)

	AVALIAR
<b>Peso</b>	Considera-se normal perda de peso de até 10% ao nascer, e sua recuperação até o 15º dia de vida
<b>Perímetro Cefálico</b>	Medidas acima ou abaixo dos dois desvios-padrão (< - 2 ou > +2 escores "Z") pode estar relacionado a doenças neurológicas, comprimento, peso e perímetro cefálico deve ser avaliado conforme a curva de crescimento na Caderneta da Criança.
<b>Pele</b>	Edema, palidez, cianose, icterícia, possível presença de assaduras, pústulas (impetigo) ou bolhas palmo-plantares (sífilis)
<b>Crânio</b>	fontanelas não devem estar fechadas no nascimento, fecha-se do 9º ao 18º mês, não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas;
<b>Olhos</b>	Reflexo foto motor: projeta-se um feixe de luz em posição ligeiramente lateral em um olho e a pupila deve se contrair rapidamente, isto deve ser repetido no outro olho, devendo ser comparado com o primeiro. Realizar teste do reflexo vermelho e observar se há presença de edema e secreção.
<b>Ânus e reto</b>	Presença de fissuras e impermeabilidade anal;
<b>Coluna Vertebral</b>	Área lombossacra e linha média
<b>Membros inferiores e superiores</b>	Resistência à extensão, flexão dos membros, a possibilidade de flacidez excessiva e a suposta presença de paralisia. Identificar a provável presença de pré torto, que pode ser desde posicional (corrigido espontaneamente ou imobilização) até um pé torto congênito grave, associado a outras anormalidades congênicas. O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação, mas o ideal é encaminhar a criança para uma avaliação médica para avaliar necessidade de encaminhamento ao ortopedista, para melhor avaliação e escolha do tratamento. Verificar a presença de displasia evolutiva do quadril realizando os testes de Ortolani e de Barlow;
<b>Reflexos arcaicos</b>	sucção, preensão palmo-plantar e teste de Moro; flexão generalizada e a lateralização da cabeça até o final do primeiro mês; presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros; o tônus normal é de semiflexão generalizada;
<b>Relacionamento da mãe/cuidador e dos familiares com o bebê</b>	Observar e avaliar o relacionamento dos pais ou responsáveis e dos familiares com o bebê: como respondem às suas manifestações, como interagem com o bebê e se proporcionam situações variadas de estímulo. Incentivar a presença do pai nas consultas.

Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018

## QUADRO 5 - EXAME FÍSICO DO RECÉM-NASCIDO NA 1ª CONSULTA DE PUERICULTURA (B)

	AVALIAR
<b>Orelhas</b>	Tamanho, simetria, triagem auditiva neonatal, orientar a família para realização do teste auditivo
<b>Nariz</b>	Forma e presença de secreção
<b>Boca</b>	Coloração, úvula, tamanho da língua, palato e freio lingual.
<b>Tórax</b>	avaliar simetria, observar integridade da clavícula. A fratura de clavícula é manejada simplesmente prendendo-se o braço ao tórax para proporcionar conforto ao bebê, tem caráter benigno e ocorre calo ósseo em 2 a 3 semanas
<b>Abdome</b>	Observar respiração, que é basicamente abdominal, entre 40 e 60 rpm, observar hérnia umbilical e inguinal. Os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento. Já nos casos de hérnia umbilical, aguarda-se sua regressão espontânea até 12 meses, dependendo do tamanho da hérnia.
<b>Genitália</b>	Palpar a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos, quando não identificada, deve-se orientar a família, que se trata de situação comum, especialmente em prematuros (9,2% a 30%), isto porque, na maioria das vezes, os testículos “descem” até os 3 meses de vida. As crianças devem ser examinadas quanto à posição dos testículos e formação da genitália ao nascimento e aos 2 meses de idade. Se em algum momento for detectada criptorquidia unilateral ou bilateral palpável, sem outras anormalidades da genitália, deve-se realizar novo exame físico aos 4 meses de idade. Se após essa idade se confirmar a impressão de criptorquidia, DEVE-SE ENCAMINHAR À AVALIAÇÃO MÉDICA. Observar fimose: a maioria dos meninos nascem com fimose (96%) e ela é considerada fisiológica até os 5 anos de idade.

Fonte: Adaptado de Telessaúde/RS, 2022

### 1.3.2. 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 crianças. 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).

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, 2019).

Salienta-se que a realização de exames laboratoriais é preconizada a partir de critérios clínicos e fatores de risco apresentados pelo usuário, exceto para anemia, onde recomenda-se solicitação de exame de hemoglobina e hematócrito, aos 12 meses de idade, visto que essas populações podem ter prevalência de anemia aumentada (Ministério da Saúde, 2022). 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).

O enfermeiro pode guiar-se pelo roteiro disposto no **ANEXO 9** 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.

## QUADRO 6 - ROTEIRO DO EXAME FÍSICO PARA CRIANÇAS DE 2 A 10 ANOS (A)

TÓPICO DO EXAME FÍSICO	AÇÃO	
<b>Estado Geral</b>	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.
<b>Controle de sinais</b>	Aferir: temperatura, frequência cardíaca e respiratória.	
<b>Pressão Arterial (PA)</b>	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 120/<80 mmHg a PA 129/<80 mmHg em adolescentes. Tabelas de referência no <a href="#">Quadro 63</a> . Pode-se utilizar também, aplicativos para dispositivos móveis: PA Kids e Ped. Se alteração de PA, encaminhar para avaliação médica.	
<b>Dados antropométricos</b>	Verificar estatura, peso e índice de massa corporal - IMC, conforme curvas de crescimento do Ministério da Saúde (MS).	
<b>Exame da cabeça e pescoço</b>	Observar anormalidades.	
<b>Olhos</b>	A partir dos 3 anos: exame da acuidade visual (escala de Snellen, descrito no capítulo 12.7.1.1).	
<b>Boca e faringe</b>	Observar aspecto das tonsilas (tamanho, cor) e suas anormalidades. Observar dentição e alterações na cavidade oral.	
<b>Orelha</b>	Observar anormalidades.	

Fonte: Adaptado Coren/RS, 2020.

## QUADRO 6 - ROTEIRO DO EXAME FÍSICO PARA CRIANÇAS DE 2 A 10 ANOS (B)

TÓPICO DO EXAME FÍSICO	AÇÃO
<b>Tórax</b>	<p>Observar forma, simetria e mamilos.</p> <p>Ausulta pulmonar: observar FR, desconforto respiratório e anormalidades.</p> <p>Valores de referência para FR:</p> <p>De 12 meses a 5 anos: 40 mrpm</p> <p>De 6 a 8 anos: até 30 mrpm</p> <p>Acima de 8 anos: até 20 mrpm</p> <p>Ausulta cardíaca: ritmo, frequência e presença de sopros.</p> <p>Valores de referência de FC:</p> <p>2 anos: de 80 a 130 bpm (média 110bpm)</p> <p>4 anos: de 80 a 120 bpm (média 100bpm)</p> <p>6 anos: de 75 a 115 bpm (média 100bpm)</p> <p>8 anos: de 70 a 110 bpm (média 90bpm)</p> <p>10 anos: de 70 a 110 bpm (média 90bpm)</p>
<b>Abdome</b>	<p>Abdome normal: deve ser depressível, indolor, sem massas palpáveis ou visceromegalias e ruídos hidroaéreos presentes.</p>
<b>Pele e mucosas</b>	<p>Avaliar hidratação, coloração (corada, pálida, ictérica ou cianótica) e presença de lesões.</p>
<b>Genitália</b>	<p>Meninos: observar hérnias inguinais, aderência no prepúcio e fimose.</p> <p>Testículos devem estar tópicos (na bolsa escrotal).</p> <p>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.</p> <p>Meninas: exame em caso de queixa clínica.</p>
<b>Membros</b>	<p>Observar alterações e deformidades.</p>

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: Adaptado Coren/RS, 2020.

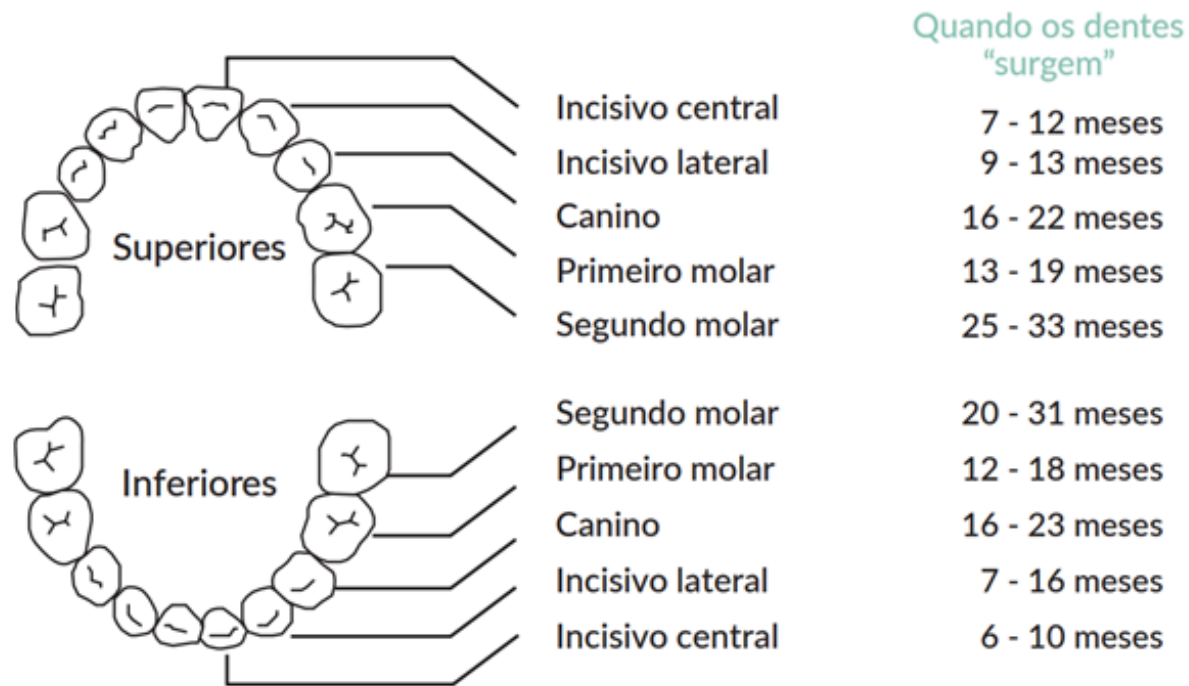
### 1.3.3. ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A erupção dos dentes decíduos, geralmente tem início aos 5 - 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 2019).

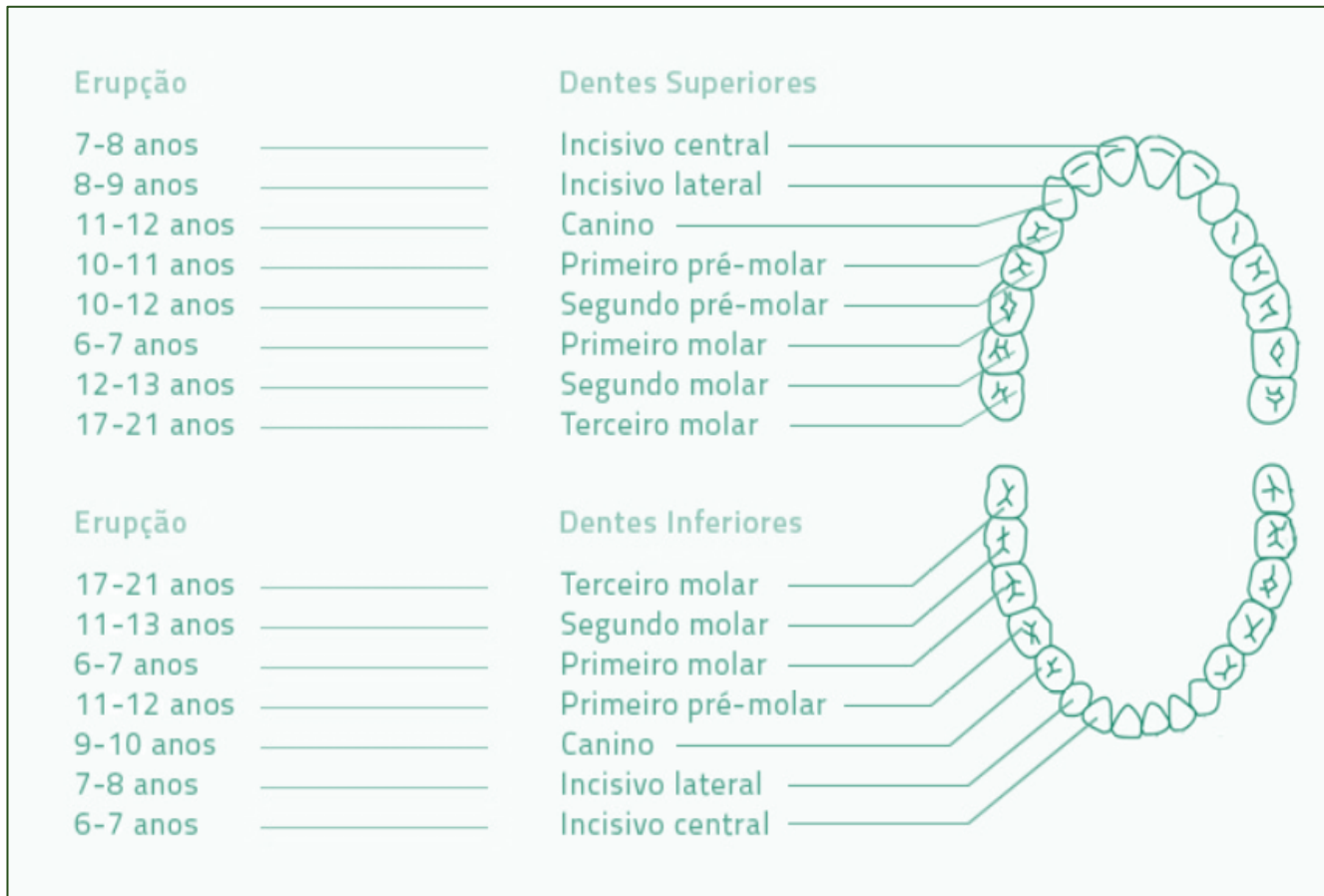
Os pais ou cuidadores devem auxiliar na escovação e/ou acompanhar a mesma até perceber que a criança está realizando a higienização bucal de maneira adequada.

### FIGURA 1. CRONOLOGIA DE ERUPÇÃO DENTÁRIA DECÍDUA



Fonte: SBP, 2019.

## FIGURA 2. CRONOLOGIA DE ERUPÇÃO DA DENTIÇÃO PERMANENTE



Dentes	Idade
Primeiro Molar	6 anos
Incisivo Central	7 anos
Incisivo Lateral	8 anos
Caninos	11 anos
Pré-molares	11 anos
Segundo Molar	12 anos
Terceiro Molar (Dente do Siso)	18 anos

Fonte: Área Técnica Coordenação de Saúde Bucal/DAPS/SMS, 2024

## **1.3.4. ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE IDADE**

### **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 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, 2019). Assim como os 2 primeiros anos de vida são importantes para o pleno crescimento e desenvolvimento da criança e para sua saúde, atual e futura, o período gestacional, também é.

A recomendação atual é que a criança seja amamentada já na primeira hora de vida, SENDO DE FORMA EXCLUSIVA ATÉ OS 6 MESES E COMPLEMENTAR ATÉ OS 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, 2019). 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, 2016). 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. O leite materno é o primeiro contato das crianças pequenas com uma comida de verdade. Não há outro leite igual nem parecido ao leite materno apesar dos esforços da indústria. Ele possui anticorpos e demais substâncias que auxiliam na proteção contra infecções.

O ato de alimentar-se diretamente no peito auxilia no desenvolvimento de estímulos, tais como: troca de calor, cheiros, sons, olho no olho, toques e estabelecimento de laços afetivos e durante a amamentação, é de grande importância a participação de todos, mas, o desejo e as escolhas da mulher devem sempre ser consideradas e respeitadas.

A oferta de alimentos antes dos 6 meses, é desnecessária, podendo aumentar o risco da criança ficar doente e prejudicar a absorção de nutrientes como ferro e zinco que vêm do leite materno.

## QUADRO 7 – CHECK LIST OBSERVAÇÃO DAS MAMADAS

SINAIS DE QUE A AMAMENTAÇÃO VAI BEM	SINAIS DE POSSÍVEL DIFICULDADE DE AMAMENTAÇÃO
<b>Observação Geral</b>	
<b>Mãe</b> Mãe parece saudável Mãe relaxada e confortável Mamas parecem saudáveis Mama bem apoiada, c/ dedos fora do mamilo	<b>Mãe</b> Mãe parece doente ou deprimida Mãe parece tensa e desconfortável Mamas avermelhadas, inchadas /doloridas Mama segurada com dedos na aréola
<b>Bebê</b> Bebê parece saudável Bebê calmo e relaxado Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê O bebê busca /alcança a mama se está com fome	<b>Bebê</b> Bebê parece sonolento ou doente Bebê inquieto ou chorando Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil O bebê não busca, nem alcança
<b>Posição do Bebê</b>	
A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados Bebê seguro próximo ao corpo da mãe Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo Bebê apoiado	Pescoço/cabeça do bebê girados ao mamar Bebê não é seguro próximo Queixo e lábio inferior opostos ao mamilo Bebê não apoiado
<b>Pega</b>	
Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê A boca do bebê está bem aberta O lábio inferior está virado para fora O queixo do bebê toca a mama	Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior A boca do bebê não está bem aberta Lábios voltados p/ frente/ virados para dentro O queixo do bebê não toca a mama
<b>Sucção</b>	
Sucções lentas e profundas com pausas Bebê solta a mama quando termina Mãe percebe sinais do reflexo da oxitocina Mamas parecem mais leves após a mamada	Sucções rápidas e superficiais Mãe tira o bebê da mama Sinais do reflexo da oxitocina não percebidos Mamas parecem duras e brilhantes

Fonte: Adaptado OMS, 2004.

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, 2019).

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), através do link (BVAPS/POA) <https://drive.google.com/file/d/1verpBbM-BoMzDMfyzmQrBDTY4A4O5NpD/view>.

## AMAMENTAÇÃO E O USO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Se for necessário o uso de medicamentos o enfermeiro deve estar atento aos fármacos em uso e possíveis prejuízos à saúde da mãe e bebê – sugerimos consulta no site <https://www.e-lactancia.org/>

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, 2019).

### QUADRO 8. RECOMENDAÇÕES QUANTO AO TEMPO DE INTERRUÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO APÓS O CONSUMO DE DROGAS

DROGAS	PERÍODO RECOMENDADO DE INTERRUÇÃO DA AMAMENTAÇÃO
ANFETAMINA, ECSTASY	de 24 a 36 h
BARBITÚRICOS	48 h
COCAÍNA, CRACK	24 h,
ETANOL	2 hora para cada <i>drink</i> consumido*
HEROÍNA, MORFINA	24 h
LSD	48 h
MACONHA	24 h
FENCICLIDINA	De 1 a 2 semanas

\* Um drink equivale a 340 ml de cerveja, 141,7 ml de vinho, 42,5 ml de bebidas destiladas. <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/amamentacao/>  
 Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, 2012.

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;	Criança com galactosemia, Doença do xarope de bordo e fenilcetonúria
Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação – consultar site <a href="https://www.e-lactancia.org/">https://www.e-lactancia.org/</a>	
RECOMENDAÇÃO DE INTERRUPTÃO TEMPORÁRIA	
<p>→ Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;</p> <p>→ 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*;</p> <p>→ Abscesso mamário, até que ele tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia</p>	<p>→ Doença de Chagas na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;</p> <p>→ Consumo de drogas de abuso, que contraindiquem a amamentação e uso de álcool**;</p> <p>→ Mãe com HIV negativo no parto, com risco de soroconversão por parceiro com HIV não tratado e/ou carga viral detectável ou desconhecida***</p> <p>→ 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****</p>

\*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.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

## IMPORTANTE!

Orientar que a 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

## 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 (2019) <https://tinyurl.com/zvnr9hnb>

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 9](#) abaixo traz orientações de consumo, a partir da atual classificação de grupos alimentares:

Para mais informações sobre os tipos de processamento dos alimentos, acessar o Guia alimentar da criança (2019): <https://tinyurl.com/zvnr9hnb>

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, 2019).

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, 2019).

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 ofereça em outros momentos, até ela se acostumar. Orientar que água de coco, chás e outras bebidas não substituem a água (BRASIL, 2019).

**A recomendação atual é que a criança seja amamentada já na primeira hora de vida, SENDO DE FORMA EXCLUSIVA ATÉ OS 6 MESES E COMPLEMENTAR ATÉ OS 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, 2019).**

## QUADRO 10 - ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA EM ALEITAMENTO MATERNO POR FAIXA ETÁRIA

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

Fonte: Adaptado Coren/RS, 2020.

\* 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.

## QUADRO 11 - CLASSIFICAÇÃO DE GRUPOS ALIMENTARES

GRUPOS DE ALIMENTOS	CONCEITO	ORIENTAÇÕES DE CONSUMO
Alimentos in natura minimamente processados	In natura são obtidos diretamente de plantas ou de animais e adquiridos para consumo sem que tenham sofrido qualquer alteração após deixarem a natureza (legumes, verduras, frutas, batata, mandioca). Minimamente processado são alimentos in natura que, antes de sua aquisição, foram submetidos a refinamento mínimas (arroz, feijão, farinhas, cortes de carne resfriados ou congelados e leite pasteurizado).	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	Alimentos que passam por modificações em sua composição original sendo adicionado quantidade excessiva de açúcar, sal, óleo ou outros, com objetivo de prolongar a vida útil, melhorar o sabor, a textura ou a aparência dos alimentos (enlatados, lácteos processados, alguns tipos de queijo e tipos de pão).	Podem ser consumidos em pequenas quantidades e eventualmente, como ingredientes de preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos in natura ou minimamente processados.
Alimentos Ultraprocessados	Formulações industriais prontas para consumo, elaboradas com ingredientes com nomes pouco familiares. Ricos em carboidrato, gordura saturada, açúcar e sódio. Relacionadas com várias doenças crônicas, mesmo na infância (salgadinhos de pacote, refrigerantes e bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, biscoitos recheados e chocolate).	Até os dois anos, não devem ser oferecidos à criança de devem ser evitados após essa idade!

Fonte: Adaptado de Guia Alimentar para Crianças Brasileiras, 2021.

### 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, 2018).

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 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.

## FLUXO PARA VINCULAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO EXPOSTO AO HIV NAS UNIDADES DE SAÚDE

Ao receber alta hospitalar, o Recém-Nascido (RN) exposto ao HIV necessita de alguns cuidados especiais da equipe de saúde para evitar a transmissão vertical.

↳ A Unidade de Saúde (US) deverá realizar a inscrição desse RN no Projeto Nascer para continuar recebendo fórmula láctea até completar 1 ano de vida através do formulário:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSevjFBsuzXH86BqU705hKODEUqxM4tsbklTHRzWsAc7hxwrHQ/viewform>

↳ Orientar a mãe que ela NÃO PODERÁ AMAMENTAR O RN NEM DEIXAR QUE OUTRA PESSOA AMAMENTE. Deverá alimentar o RN exclusivamente com as fórmulas lácteas. Todas as parturientes recebem inibidor da lactação (cabergolina) ainda na maternidade; recebem também 4 latas de NAN 1 (N1) na alta do RN.

↳ Além de todos os direcionamentos na alta hospitalar e da consulta na US, o RN deverá ser inserido na agenda "Criança Exposta - Puericultura" do sistema GERCON. Esta agenda é exclusiva para crianças expostas de até 2 anos.

↳ O Projeto Nascer realiza o fornecimento de fórmulas lácteas EXCLUSIVAMENTE para recém nascidos/crianças expostas ao HIV ou HTLV com o objetivo de reduzir a transmissão vertical.

↳ A distribuição destas fórmulas para crianças que não atendam a esses critérios não é permitida!

↳ EXCEÇÃO: RNs de casais sorodiferentes em que a mãe é HIV negativo e a parceria sexual é HIV positivo podem receber as fórmulas lácteas até a criança completar um ano de idade DESDE QUE OPTEM POR NÃO AMAMENTAR. A parceria, neste caso, deve ser notificada e a unidade, além da inscrição da criança através do link, deve entrar em contato pelo e-mail [projetonascerpoa@portoalegre.rs.gov.br](mailto:projetonascerpoa@portoalegre.rs.gov.br) para receber orientações.

↳ IMPORTANTE: o Projeto Nascer somente efetuará os pedidos de fórmula láctea após a inscrição da criança através do formulário. No primeiro pedido serão entregues 16 latas: 06 referentes ao mês corrente e 10 para o mês seguinte.

Pode ocorrer também a entrega de 20 latas nos casos em que o RN é inscrito em mês diferente da sua data de nascimento: 10 referentes ao mês corrente e 10 para o mês seguinte. Após a solicitação de inscrição pela US, o Projeto Nascer enviará um e-mail à US com cópia para a Coordenadoria confirmando a inscrição. No e-mail constará o número da Requisição de Materiais de Alimentos no sistema GMAT para o acompanhamento da solicitação.

**Do nascimento até o 6º mês de vida o RN receberá a fórmula tipo 1 (10 latas/mês) e do 6º ao 12º mês de vida a fórmula tipo 2 (9 latas/mês); o quantitativo será definido pelas necessidades nutricionais da criança, avaliado por médico ou nutricionista.**

Caso a mãe e/ou responsável pela criança não deseje mais receber as fórmulas lácteas, a US deverá comunicar imediatamente para que esta criança seja desligada do Projeto.

Caso a mãe e/ou responsável pela criança não retire as fórmulas lácteas na US, será necessário realizar a busca ativa. Torna-se imprescindível também verificar se a mãe está amamentando de forma equivocada e/ou se a criança está sendo amamentada por outra pessoa.

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, 2018; WHO, 2010; BRASIL, 2019).

### 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.

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 mais 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), disponível em <https://tinyurl.com/zvnr9hnb>

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, 2019), assim como a oferta regular de água.

## 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.	Após completar quatro meses de idade, o leite em pó deve ser reconstituído a 15%. Não 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.
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

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.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

## QUADRO 13 - ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA QUE RECEBE LEITE DE VACA POR FAIXA ETÁRIA

	Nascimento até completar 4 meses	Aos 4 meses de idade*	Entre 5 e 11 meses de idade*	Entre 1 e 2 anos de idade*
<b>Café da manhã</b>	<b>Alimentação láctea</b>	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
<b>Lanche manhã</b>		Fruta	Fruta	Fruta
<b>Almoço</b>		É recomendado que o prato da criança tenha: 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. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.		
		Quantidade aproximada*: 2 a 3 colheres de sopa no total.	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.	Quantidade aproximada*: 5 a 6 colheres de sopa no total.
<b>Lanche da tarde</b>		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
<b>Jantar</b>		Leite de vaca integral	Igual ao almoço	Igual ao almoço
<b>Antes de dormir</b>		Leite de vaca integral	Leite de vaca Integral	Leite de vaca integral

\* 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

Fonte> Adaptado de Coren/RS, 2020.

### Você já sabe, mas não custa lembrar que:

Água deve ser dada a partir do momento em que novos alimentos além do leite materno são incluídos na rotina da criança, não sendo necessário antes dos 6 meses.

## CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

Não há tempo máximo preestabelecido para o fim da amamentação.

Crianças amamentadas possuem maiores chances de alcançar o seu potencial máximo de inteligência.

O ato de alimentar-se diretamente no peito auxilia no desenvolvimento de estímulos, tais como: troca de calor, cheiros, sons, olho no olho, toques e estabelecimento de laços afetivos e durante a amamentação, é de grande importância a participação de todos, mas, o desejo e as escolhas da mulher devem sempre ser consideradas e respeitadas.

A oferta de alimentos antes dos 6 meses, é desnecessária, para crianças que recebam leite materno ou fórmula para lactantes, podendo aumentar o risco de a criança ficar doente e prejudicar a absorção de nutrientes como ferro e zinco que vêm do leite materno.

É preciso dar tempo suficiente para o bebê sugar em uma mama antes de passar para a outra, é importante que a mãe respeite o ritmo da criança e dê tempo para ela retirar bastante leite de uma mama, até que ela fique bem macia, antes de passar para a outra.

Vale ressaltar, que nem sempre a criança suga as duas mamas em uma mamada, pode ocorrer dela se satisfazer mamando apenas em uma das mamas.

A mulher pode amamentar em diferentes posições, como: sentada, recostada, deitada ou qualquer outra posição que seja agradável e adequada a ela. Mãe e bebê devem estar confortáveis.

É muito importante que durante a amamentação, a "pega", ou seja, o encaixe da boca da criança ao peito da mãe, esteja adequado. Pois, isso favorece a retirada do leite da mãe pela criança e não irá machucá-la.

É possível fazer com que o bebê abra bem a boca, tocando levemente os seus lábios com o mamilo. Dessa forma, o bebê consegue pegar o mamilo e o máximo possível da aréola.

A dor ao amamentar, pode ser um sinal de que a pega pode ser melhorada através da seguinte estratégia: Tire o bebê do peito com cuidado introduzindo o dedo indicador ou o dedo mínimo no canto de sua boca, fazendo com que o bebê largue o peito sem machucar o mamilo. Após, coloque o bebê de novo com a boca bem aberta, caso continue dolorido, procure o auxílio de profissionais de saúde.

Práticas que podem prejudicar a amamentação: Dar outros leites ou fórmulas infantis para "complementar" o leite materno, começar com alimentos sólidos ou pastosos antes dos 6 meses de idade, oferecer mamadeira, oferecer chupeta, fumar durante a amamentação, usar medicamentos por conta própria e ingerir qualquer bebida alcoólica.

### Principais dificuldades na amamentação:

Demora na descida do leite: A apojadura, pode demorar um pouco de mulher para mulher. As cesarianas eletivas são um dos fatores que podem levar à demora da descida do leite. Assim como, os partos prematuros e a obesidade materna.

Criança com dificuldades para sugar: Ocorre em situações em que a mama está muito cheia ou "empedrada", em casos de mamilo invertido, protuso ou muito plano e em bebês com frênulo lingual curto. Além disso, as causas das dificuldades em sugar podem estar associadas ao uso de bicos e mamadeiras.

Mamilo plano ou invertido: Pode dificultar a amamentação, mas não necessariamente impedi-la.

Mamilos doloridos e/ou machucados: Nos primeiros dias é normal sentir os mamilos doloridos, ou algum desconforto na mamada, pela sensibilidade das mamas ao final da gestação e ao início da amamentação. Mas, após a primeira semana, a dor pode ser resultado da pega ou posicionamento inadequado do bebê para mamar.

Ingurgitamento mamário ou "leite empedrado": Ocorre quando a mama produz mais leite do que o bebê consegue mamar, a pele pode começar a esticar por conta de a mama estar endurecida ou com a presença de caroços, ou seja, o leite está empedrado.

Mastite: É uma inflamação na mama, que pode ou não progredir para uma infecção. Pode causar fortes dores no corpo, febre e mal-estar. Ocorre quando o leite fica muito tempo parado no peito e/ou através da rachadura no mamilo, que pode ser uma porta de entrada de bactérias.

Entre as práticas que podem facilitar a amamentação, podemos destacar os cuidados com a saúde da mulher, pois, a alimentação, hidratação e o descanso são aspectos muito importantes do período. Outra prática importante para facilitar a amamentação, é ter uma rede de apoio, não somente em relação aos cuidados com a criança, mas em outras situações e necessidades do cotidiano.

No período da amamentação, a mulher costuma sentir mais sede e fome, sendo muito importante que ela receba orientação nutricional desde a gestação com base no Guia Alimentar para a População Brasileira. É indicado, que ela faça dos alimentos in natura ou minimamente processados a base da sua alimentação, e o uso de óleos, gorduras, sal e açúcar devem ser em pequenas quantidades, além disso, deve-se limitar o uso de alimentos processados e evitar o consumo de alimentos ultraprocessados.

Nos dois primeiros anos de vida da criança, a escolha dos alimentos merece grande atenção, pois é quando as preferências alimentares estão sendo formados.

Referência: Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos (2019), página 30.

## CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

Os adultos e as crianças devem participar desse processo de escolha dos alimentos de formas diferentes. Os adultos escolhem os alimentos saudáveis e adequados, já a criança pode fazer sua escolha dentre eles.

A participação da criança na escolha dos alimentos e no preparo das refeições deve ser estimulada, pois assim, ela vivencia as tarefas cotidianas relacionadas à alimentação.

Se há algum alimento que a criança recusa, porque não gosta, é importante que a família continue a oferecê-lo para ela, sem forçar, pois quanto mais oferecer esse alimento maior será a chance de ela aceitar.

Sabores, texturas, cheiros e cores dos alimentos são parte essencial na evolução da introdução alimentar adequada e saudável e na formação de preferências alimentares e desenvolvimento orofacial.

A casa é o principal ambiente alimentar da criança, quando a criança realiza a refeição com a família, ela recebe estímulos para o seu aprendizado.

### **Respeitando os sinais de fome e saciedade:**

Deve existir, atenção e respeito aos sinais de fome e saciedade apresentados pela criança. Pois, esse respeito é fundamental para o processo de aprendizagem da criança em relação à alimentação.

Não se deve forçar a criança a sempre "limpar o prato", isso, pode prejudicar sua habilidade de controlar o apetite.

### **A interação com a criança durante a refeição:**

Dar alimentos em resposta a qualquer choro; apressar ou pressionar a criança para comer por meio de ameaças, chantagens e/ou punições; Oferecer quantidades excessivas de alimentos ou forçar a comer toda a comida do prato são práticas que contribuem para uma relação negativa com a comida.

Durante a refeição, a atenção da criança deve estar voltada para aquele momento. É desaconselhável que ela seja alimentada enquanto anda pela casa, ou com atrativos como televisão, celular, computador ou tablet.

Referência: Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 anos (2019), página 30.

## **Considerando a Nota Técnica sobre Testagem Rápida no Aleitamento Materno:**

Deve-se realizar a testagem rápida para o HIV, em todas as lactantes. A testagem da lactante deve iniciar um mês após o parto e ter continuidade, **sendo realizada TR materna a cada 3 meses enquanto amamentar**, mesmo com resultados prévios não reagentes para HIV durante o PN e no momento do parto. Disponível em:

<https://sites.google.com/view/bvsapscoa/>

## PROGRAMA AMAMENTAR É TRI

O Projeto Amamentar é Tri! incentiva e promove o aleitamento materno nas escolas de Porto Alegre. O objetivo é possibilitar a oferta de leite materno mesmo após o ingresso da criança na escola ou o retorno da mãe ao trabalho, considerado momento crítico para o desmame. Por meio do projeto, oferecemos orientações sobre a extração, armazenamento, transporte e oferta de leite materno. Para as famílias que desejam, entregamos um kit para transporte adequado do leite materno. O kit é composto por uma bolsa térmica, dois gelox e cinco potes de vidro para transporte do leite.

O projeto atende crianças que estejam matriculadas em escolas PÚBLICAS ou PRIVADAS e crianças que fiquem sob cuidados de um CUIDADOR ÚNICO (familiar ou alguma pessoa contratada, cuja atenção seja exclusiva para aquela criança).

### PAPEL DA UNIDADE DE SAÚDE

Identificado o interesse de uma família em manter o aleitamento materno, a Unidade de Saúde deve orientar sobre a extração, o armazenamento e o transporte, preencher o formulário de encaminhamento e, após autorização da Área Técnica de Amamentação, alimentação e nutrição/SMS, entregar o kit do Amamentar é Tri! para a família.

**Formulário de encaminhamento** – disponível em: <https://tinyurl.com/4eaabw68>

Deve ser preenchido, pela Unidade de Saúde, para que a Área Técnica possa alinhar as ações entre SMS-SMED. No caso de cuidador único, a US deve orientar sobre armazenamento, descongelamento e oferta de leite materno e evoluir no eSUS da criança.

Onde buscar mais informações? Há um curso EAD disponível no EDUCAPOA. <https://tinyurl.com/bdh6nfdp>

O ingresso no projeto pode ocorrer de três formas:

- Encaminhamento pela Unidade de Saúde;
- Encaminhada pela Escola Municipal;
- Vontade própria do usuário.

Nesse momento, a US orienta sobre extração, armazenamento e transporte do leite materno, para posterior entrega do kit.

O preenchimento da planilha pela US é essencial. Após, a equipe do PSE irá alinhar as orientações com a escola da criança e, assim, voltará a fazer contato com a US para autorizar a entrega do kit ao usuário.

**PRÉ-NATAL:** falar da possibilidade de manter o aleitamento materno ao ingressar na escola e ou retorno da mulher ao trabalho;

**CONSULTAS DE PUERICULTURA:** estimular a manutenção aleitamento materno ao ingressar na escola e/ou retorno da mulher ao trabalho;

**ANTES DO INGRESSO NA ESCOLA:** cadastrar o usuário na planilha de encaminhamento, disponível na BVAPS.

## MAMANALGESIA

A vacinação é uma prática crucial para a prevenção de doenças infecciosas em lactentes e crianças pequenas. No entanto, pode causar desconforto temporário, dor e choro nos bebês durante e após a administração das vacinas.

Mamanalgesia é a técnica que consiste no ato de amamentar quando o bebê é vacinado ou passa por procedimento doloroso. O procedimento ajuda a reduzir a dor e o estresse do bebê durante as injeções

Durante a amamentação, os bebês experimentam conforto físico e emocional, além de benefícios nutricionais. Oferecer mama durante ou após a vacinação pode proporcionar alívio da dor e desconforto, graças ao contato próximo com a mãe e à liberação de hormônios que têm propriedades analgésicas naturais.

A amamentação durante a vacinação é uma prática simples e eficaz para proporcionar mamanalgesia aos bebês, promovendo conforto físico e emocional durante um momento potencialmente desconfortável. Profissionais de saúde devem encorajar e apoiar essa prática, reconhecendo seus benefícios para o bem-estar do bebê e o fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

Oriente a segurar firme o bebê

Posicionar o bebê de maneira confortável para a amamentação, garantindo uma boa pega e apoio adequado da cabeça e do corpo,

Verifique se ele está bem próximo do corpo materno, em contato pele a pele, e sugando efetivamente,

Para que tenha maior efeito, a amamentação deve ser iniciada 2 a 5 minutos antes da aplicação da injeção

Continue amamentando enquanto a injeção é aplicada.

Orientar a mãe a amamentar o bebê durante ou imediatamente após a administração da vacina.

Se a amamentação não for possível imediatamente, incentivar a mãe a oferecer a mama assim que o bebê mostrar sinais de desconforto ou choro.

Os benefícios da mamanalgesia incluem:

Alívio imediato da dor e desconforto do bebê devido ao contato físico e à sucção durante a amamentação.

Promoção do vínculo mãe-bebê e apoio emocional para ambos.

Potencial redução do choro e da ansiedade associados à vacinação.

Orientações conforme NOTA TÉCNICA Nº 39/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.

## 2. 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.

### 2.1. SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2021), 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, 2021).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2021), é recomendada a realização de triagem para anemia por meio de hemograma, ferritina e proteína C-reativa para todas as crianças aos 12 meses de idade. A OMS estabelece ponto de corte para diagnóstico de anemia, valores de hemoglobina menores que 11 g/dl e 11,5 d/dl para crianças de 6 meses a 60 meses e crianças de 5 a 11 anos de idade respectivamente.

#### \*FATORES DE RISCO PARA ANEMIA FERROPRIVA PARA CRIANÇAS

##### 1. Baixa reserva materna

- Gestações múltiplas com pouco intervalo entre elas
- Dieta materna deficiente em ferro
- Perdas sanguíneas
- Não suplementação de ferro na gravidez e lactação

##### 2. Aumento da demanda metabólica:

- Prematuridade e baixo peso ao nascer (< 2.500g)
- Lactentes em crescimento rápido (velocidade de crescimento > p90)

##### 3. Diminuição do fornecimento:

- Clampeamento do cordão umbilical antes de um minuto de vida
- Aleitamento materno exclusivo prolongado (superior a seis meses)
- Alimentação complementar com alimentos pobres em ferro ou de baixa biodisponibilidade
- Consumo de leite de vaca antes de um ano de vida
- Consumo de fórmula infantil com baixo teor de ferro ou quantidade insuficiente
- Dietas vegetarianas sem orientação de médico/nutricionista

- Ausência ou baixa adesão à suplementação profilática com ferro medicamentoso, quando recomendada

#### 4. Perda sanguínea:

- Traumática ou cirúrgica
- Hemorragias em geral
- Discrasias sanguíneas
- Malária

#### 5. Má absorção do ferro:

- Síndromes de má-absorção (doença celíaca, doença inflamatória intestinal)

Recomendação - Diagnóstico A recomendação do consenso é realizar a investigação laboratorial da deficiência de ferro, com ou sem anemia, aos 12 meses de vida.

No entanto, na suspeita baseada na presença de fatores de risco, a investigação deve ser prontamente e precocemente realizada, especialmente na ausência de profilaxia adequada com ferro.

Considerando o custo dos exames diagnósticos e a necessidade de padronizá-los para se identificar a fase inicial da depleção ou da deficiência de ferro sem anemia, em que a concentração de Hb é normal, recomendamos:

### QUADRO 14 – EXAMES RECOMENDADOS AOS 12 MESES (1 ANO):

EXAME	RECOMENDAÇÃO	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
<b>Hemograma</b>	para avaliação da Hb, dos índices hematimétricos (VCM, HCM, RDW) e da morfologia dos glóbulos vermelhos.	Conforme QUADRO 15 – VALORES NORMAIS DE HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO E VCM E DIAGNÓSTICO DE ANEMIA	→ Alteração – encaminhar à avaliação médica → Dentro da normalidade – manter suplementação conforme preconizado no QUADRO 16 - PROFILAXIA DE FERRO
<b>Ferritina sérica</b>	como marcador da fase de depleção dos estoques.	Para crianças com menos de 5 anos, valores inferiores a 12 microgramas por litro (µg/L) indicam falta de ferro. Para crianças entre 5 e 12 anos, a referência deve ser maior que 15 µg/L.	
<b>Proteína C reativa</b>	para identificar processo infeccioso.	Valores de PCR acima de 1,0 mg/dL (10 mg/L) podem ser compatíveis com infecções ou processos inflamatórios mais intensos. Valores entre 1,0 mg/dL (10 mg/L) e 4,0 mg/dL (40 mg/dl) podem ser compatíveis com infecções virais mais fortes, como gripe, mononucleose e catapora. Valores acima de 4,0 mg/dL (40 mg/L) podem ser compatíveis com infecções bacterianas.	

Fonte: Adaptado de TelessaúdeRS, 2018, SBP, 2019

## QUADRO 15 – VALORES NORMAIS DE HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO E VCM E DIAGNÓSTICO DE ANEMIA

IDADE	HB		HT		VCM	
	Normal (média)	Baixo	Normal (média)	Baixo	Normal (média)	Baixo
A termo (cordão)	16,5	13,5	51	42	108	98
1-3 dias	18,5	14,5	56	45	108	95
2 semanas	16,6	13,4	53	41	105	88
1 mês	13,9	10,7	44	33	101	91
2 meses	11,2	9,4	35	28	95	84
6 meses	12,6	11,1	36	31	76	68
6 meses a 2 anos	12	10,5	36	33	78	70
2 a 6 anos	12,5	11,5	37	34	81	75
6 a 12 anos	13,5	11,5	40	35	86	77
12 a 18 anos (Homem)	14,5	13	43	36	88	78
12 a 18 anos (Mulher)	14	12	41	37	90	78

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2018.

Abaixo estão as recomendações para a suplementação de ferro, segundo a sociedade Brasileira de Pediatria (2021):

### QUADRO 16 - PROFILAXIA DE FERRO\*

RN SEM FATOR DE RISCO	RECOMENDAÇÃO
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em aleitamento materno exclusivo	Dois ciclos intermitentes de suplementação com 1 mg de ferro elementar/Kg/dia, no período de 6 a 24 meses de idade. Suplementação diária por 3 meses seguidos, 3 meses de intervalo e reinício de novo ciclo.
RN COM FATOR DE RISCO*	RECOMENDAÇÃO
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo	1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida.
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional, independentemente do tipo de alimentação	1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida.
Recém-nascidos a termo com peso inferior a 2500g	2 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos prematuros com peso 2500 g e 1500 g	2 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este prazo, 1mg/kg/dia até 24º mês de vida.
Recém-nascidos prematuros com peso entre 1500 e 1000g	3 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/ dia até 24º mês de vida.
Recém-nascidos prematuros com peso inferior a 1000g	4 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/ dia até 24º mês de vida.
Recém-nascidos prematuros que receberam mais de 100 ml de concentrado de hemácias durante a internação	Devem ser avaliados individualmente pois podem não necessitar de suplementação de ferro com 30 dias de vida, mas sim posteriormente

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2022.

## 2.2. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

As crianças atendidas na APS constituem o público prioritário, porém o PNSVA (Programa Nacional de Suplementação de Vitaminas) apresenta critérios específicos conforme a região do País e suas especificidades a partir de 2022.

É necessário considerar que a suplementação de vitamina A não está isenta de riscos, especialmente em doses elevadas. Existe o potencial de toxicidade, que pode levar a efeitos adversos graves, como danos hepáticos. Sem uma avaliação cuidadosa, a suplementação em larga escala pode expor as crianças a esses riscos sem benefícios substanciais.

Considerando que o Município de Porto Alegre não foi contemplado pelo programa Nacional de suplementação, e não existem estudos que indiquem prevalência significativa de deficiência de vitamina A na população infantil de Porto Alegre; e, 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; e, a vitamina A isoladamente não consta na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), distribuir suplementos de vitamina A além de dispendioso, exige recursos logísticos significativos.

Assim, antes de implementar a suplementação, é crucial conduzir estudos epidemiológicos para determinar a real necessidade da intervenção, e é importante considerar se os recursos disponíveis poderiam ser mais bem alocados em outras iniciativas de saúde pública que ofereçam benefícios mais amplos e pode ser mais prudente alocar esses recursos para outras áreas prioritárias da saúde infantil.

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 xerofalmia (ressecamento do olho), ocorrência frequente de diarreia e crianças com desnutrição energético proteica (BRASIL, 2013).

## 2.3. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D

O suplemento ideal deve conter apenas a vitamina D, pois muitos suplementos atualmente disponíveis contêm vitaminas adicionais. Tal suplementação pode interferir no estabelecimento do aleitamento materno.

Crianças e adolescentes devem ser incentivados para a adoção de hábitos alimentares saudáveis e estilo de vida adequado, incluindo o consumo de alimentos fonte de vitamina D e a prática de atividades ao ar livre associada à exposição solar segura.

O Município de Porto Alegre não foi contemplado pelo programa Nacional de suplementação e não existem estudos que indiquem prevalência significativa de deficiência de vitamina D na população infantil de Porto Alegre.

Considerando que a Vitamina D, da mesma forma que a vitamina A não consta na RENAME, antes de implementar a suplementação, é necessário conduzir estudos epidemiológicos para determinar a real necessidade da intervenção, e é importante considerar se os recursos disponíveis poderiam ser mais bem alocados em outras iniciativas de saúde pública que ofereçam benefícios mais amplos e pode ser mais estratégico alocar esses recursos para outras áreas prioritárias da saúde infantil.

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).

## 3. SEGUIMENTO PARA SITUAÇÕES DE RISCO

### 3.1. 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 2019):

**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 sobrevida 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).

#### VACINAS INDICADAS PARA PREMATUROS:

Vacinas combinadas acelulares (tríplice bacteriana - DTPa, penta – DTPa+Hib+VIP ou hexavalente – HB+DTPa+Hib+VIP) – bebês prematuros que nasceram com menos de 33 semanas de gestação ou menos de 1,5 Kg necessitam de atenção especial durante a aplicação de vacinas. No CRIE estão disponíveis as vacinas combinadas acelulares que reduzem a necessidade do número de injeções e o risco de reações adversas.

(PMPA/NÚCLEO DE IMUNIZAÇÕES, 2024)

RESSALTA-SE A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA INDICAÇÃO DA IMUNIZAÇÃO COM PALIVIZUMABE

## CUIDADOS COM A CRIANÇA PRÉ-TERMO

- Vestir de acordo com a temperatura do local, pois tanto a falta quanto o excesso de roupas pode fazer com que ele perca calor, reduzindo o peso corporal;
- Controlar a temperatura do bebê;
- Realizar o Método Canguru: colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe e/ou com o seu pai;
- Todos devem lavar as mãos com água e sabão antes de pegar o bebê no colo.

## CUIDADOS NA CASA DA CRIANÇA PRÉ-TERMO

- Limitar visitas nas primeiras semanas;
- Manter a circulação de ar na casa;
- Limpar a casa com produtos neutros e não deixar mofo nem umidade;

## CUIDADOS NA CONSULTA NA UNIDADE DE SAÚDE DA CRIANÇA PRÉ-TERMO

- Utilizar as curvas adequadas mantendo a vigilância sobre o ganho de peso e avaliando a adequada alimentação do RN;
- Avaliar o crescimento conforme idade gestacional corrigida;
- Ofertar as vacinas conforme a idade cronológica, verificar se há indicação de vacinas especiais junto ao CRIE ( <1000g ou 31 semanas);
- Encaminhar para o recebimento do **palivizumabe**, caso preencha os critérios (idade gestacional menor que 28 semanas e 6 dias, cardiopatia com repercussão hemodinâmica e doença pulmonar crônica da prematuridade);
- Avaliar marcos do desenvolvimento em todas as consultas utilizando a idade corrigida até os 2 anos;
- Atentar para a realização das triagens neonatais e alterações das mesmas;
- Pré-termos <1500g e/ou 32 semanas necessitam de seguimento especializado multiprofissional em centros de referência até 2 ou 3 anos de idade.



Mais informações:  
Para profissionais de saúde

### Como calcular a idade corrigida:

- **Calcular: 40 semanas menos IG do nascimento em semanas (esse é o tempo que faltou para a IG de termo).**  
Ex: 40 sem - 28 sem = 12 sem (corresponde a 3 meses)
- **Descontar a idade cronológica.**  
Ex: criança com 6 meses (Idade cronológica) - 3 meses (desconto) = 3 meses de idade corrigida.
- **Até quando utilizar a idade corrigida:**
  - Até 2 anos de idade cronológica.
  - Até 3 anos, se Idade Gestacional (IG) < 28 semanas

Crianças pré-termo perdem calor com mais facilidade por terem menos tecido adiposo.

**Atenção!**  
Quanto menor a idade gestacional, maiores os riscos.

### 3.2. 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, EM CASO DE SUSPEITA O ENFERMEIRO DEVERÁ ENCAMINHAR À AVALIAÇÃO MÉDICA OU REALIZAR INTERCONSULTA (OU CONSULTORIA VIA GERCON).

### 3.3. 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, 2019)

EM CASO DE SUSPEITA O ENFERMEIRO DEVERÁ ENCAMINHAR À AVALIAÇÃO MÉDICA OU REALIZAR INTERCONSULTA (OU CONSULTORIA VIA GERCON).

### 3.4. ATENÇÃO À CRIANÇA COM MICROCEFALIA

Manter consultas de puericultura conforme calendário preconizado e COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO para seguimento do desenvolvimento e estimulação precoce, EM CASO DE SUSPEITA O ENFERMEIRO DEVERÁ ENCAMINHAR À AVALIAÇÃO MÉDICA OU REALIZAR INTERCONSULTA (OU CONSULTORIA VIA GERCON).

### 3.5. 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.

### 3.6. 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:

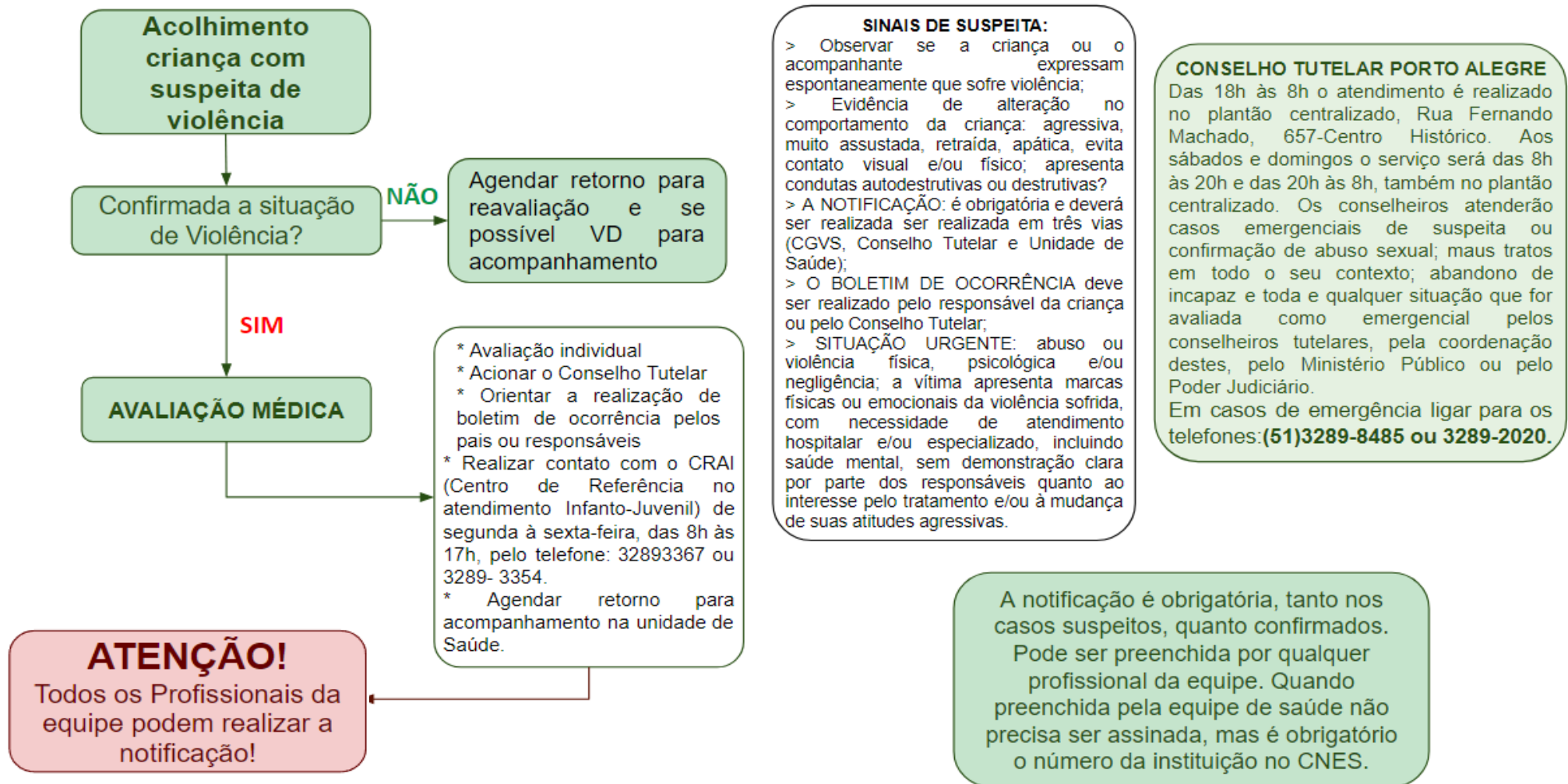
## QUADRO 17 - SINAIS DE ALERTA PARA VIOLÊNCIA

<p><b>SINAIS DE VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA*</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>SINAIS DE VIOLÊNCIA FÍSICA*</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>SINAIS DE VIOLÊNCIA SEXUAL*</b></p>	<p>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.</p>

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

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

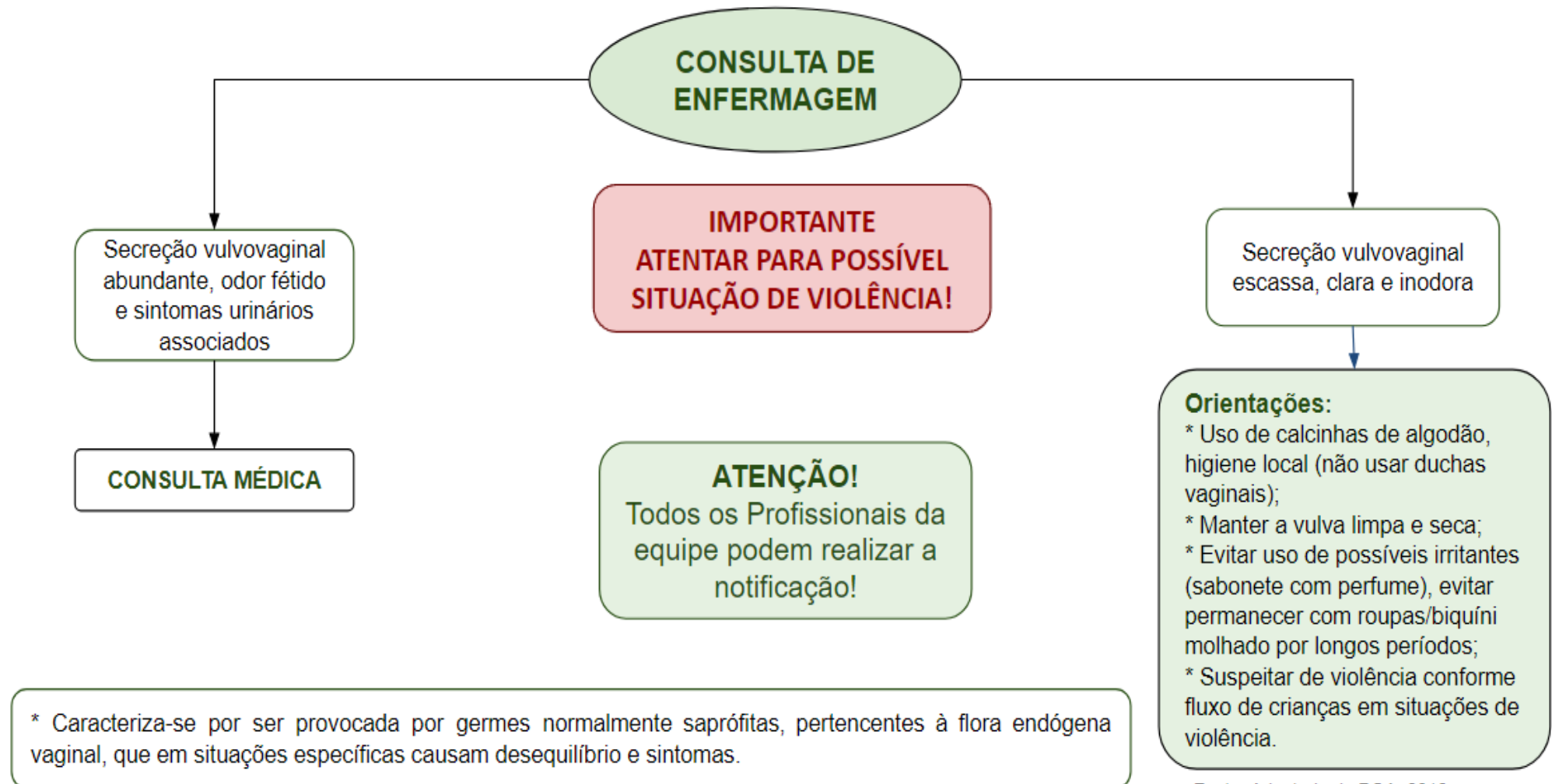
## FLUXOGRAMA 2 - FLUXO PARA CASOS DE VIOLÊNCIA E/OU MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS



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.

Acessar ficha de Notificação/Investigação Individual: Violência doméstica, Sexual e/ou Violências Interpessoais:  
[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/ficha\\_notificacao\\_violencia\\_domestica.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf)

## FLUXOGRAMA 3 - MANEJO DE SECREÇÃO VULVOVAGINAL\*



### 3.7. 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 PREVENÇÃO DE ACIDENTES

<b>ALÉM DAS RECOMENDAÇÕES DESTE PROTOCOLO, ORIENTAR OS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS PARA:</b>
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 ≤ 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 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: Adaptado de Coren/RS, 2020

# INTERCORRÊNCIAS MAIS COMUNS EM SAÚDE DA CRIANÇA



Prefeitura de  
Porto Alegre  
SECRETARIA DE SAÚDE



## 4. INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE MAIS COMUNS EM CRIANÇAS

### A4.1. CÓLICA DO 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

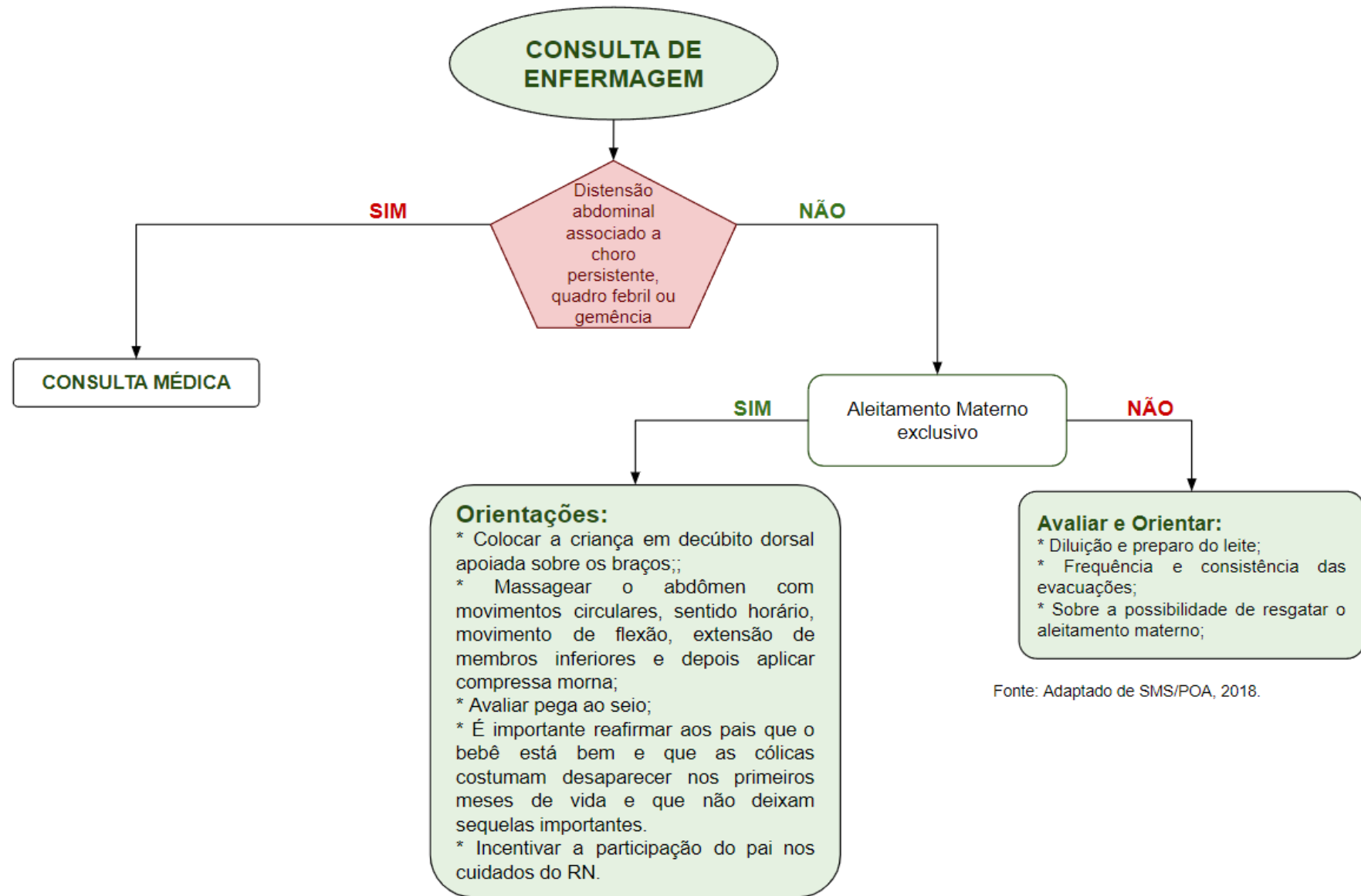
PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Dor aguda; Conforto prejudicado.	Nanda-I ®
Presença de dor abdominal; Presença de cólica.	CIPE
T04 Problemas alimentares de lactente/criança A16 Criança irritável P11 Problemas de alimentação da criança P22 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento da criança Z16 Problema de relacionamento com criança Z18 Problema com criança doente	CIAP2
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRINCIPAIS MEDICAMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar massagem abdominal. Calor local e banhos mornos de aspersão podem promover o relaxamento da criança e vínculo familiar, além de tranquilizar os pais;</li> <li>- Lactentes em aleitamento exclusivo: avaliar pega mamária (posição/ sucção), identificar e restringir laticínios e/ou dieta hipoalergênica para a mãe;</li> <li>- 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.</li> </ul>	<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: Adaptado de Coren/RS, 2020. Legenda: ® - Direitos autorais Nanda International.

#### CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES:

Incentivar o aleitamento materno como fator de prevenção de alterações intestinais em crianças

## FLUXOGRAMA 4 - MANEJO DA CÓLICA INFANTIL



## 4.2. 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/RS, 2020-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.	<b>Nanda-I ®</b>
Corrimento nasal; Tosse; Dor (grau); Respiração prejudicada;	Presença de infecção; Presença de inflamação.	<b>CIPE</b>
R74 Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS) R01 Dor atribuída ao aparelho respiratório R02 Dificuldade respiratória, dispneia R03 Respiração ruidosa R04 Outros problemas respiratórios R05 Tosse R07 Espirro/congestão nasal R08 Outros sinais/sintomas nasais R09 Sinais/sintomas dos seios paranasais R21 Sinais/sintomas da garganta R23 Sinais/sintomas da voz R24 Hemoptise	R25 Expectoração/mucosidade anormal R27 Medo de outras doenças respiratórias R29 Sinais/sintomas do aparelho respiratório, outros R75 Sinusite crônica/aguda R80 Gripe R83 Outra infecção respiratória R87 Corpo estranho nariz/laringe/brônquios R88 Outra lesão respiratória R89 Malformação congênita do aparelho respiratório R90 Hipertrofia das amígdalas/adenóides R99 Outras doenças respiratórias	<b>CIAP2</b>
CUIDADOS/ INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRINCIPAIS MEDICAMENTOS: ANALGÉSICOS E ANTITÉRMICOS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar ingestão de água e outros líquidos (criança em aleitamento materno aumentar o número das mamadas);</li> <li>- Remover a umidade, mofo ou bolor da casa;</li> <li>- Manter a casa ventilada;</li> <li>- Estimular a lavagem seguida das mãos da criança;</li> <li>- Evitar fumar na presença da criança;</li> <li>- Promover higiene nasal com soro fisiológico 0,9%, de acordo com o GUIA: <a href="https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24053f-GPA_ISBN_-_Lavagem_Nasal.pdf">https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24053f-GPA_ISBN_-_Lavagem_Nasal.pdf</a></li> <li>- Avaliar a necessidade de aspiração de vias aéreas;</li> <li>- Evitar aglomerações (avaliar exposição em escolas e creches);</li> <li>- Reavaliar o quadro em 24/48 h;</li> <li>- Orientar sinais de gravidade para que procurem a unidade de saúde ou emergência imediatamente.</li> </ul>	Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre; <b>OU</b> Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre. INDICADO PARA MAIORES DE 3 MESES	

Fonte: adaptado de Coren/RS, 2020.

## QUADRO 21 - MANEJO DOS PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS MAIS COMUNS (A)

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	CONDUTAS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>CRIANÇA COM CORIZA OU CATARRO NASAL</b>	
<p><b>Rinite alérgica:</b> Rinorreia aquosa, obstrução ou prurido nasal, espirros em salvas, prurido ocular, hiperemia conjuntival e lacrimejamento, perda do paladar e do olfato (raro); sem febre</p>	<p>Controle ambiental: identificar e afastar desencadeantes é o tratamento mais eficaz. 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.</p>
<p><b>Infecção bacteriana de VAS:</b> Rinorreia anterior ou posterior, com obstrução ou congestão nasal, acompanhado de pressão ou dor facial e comprometimento do olfato.</p>	<p>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 a 48 h.</p>
<p><b>Resfriado comum (viral):</b> Início súbito, com rinorreia hialina ou mucóide, 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.</p>	<p>Prescrever antitérmicos e analgésicos se dor ou febre: <b>Paracetamol 200 mg/ml</b> (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre; <b>Dipirona 500 mg/ml</b> (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre. INDICADO PARA MAIORES DE 3 MESES <b>Ibuprofeno 50 mg/ml</b> (gotas), 1 gota/kg/dose de 6/6 horas (máx. 40 mg/kg/dia) por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas (NÃO UTILIZAR EM MENORES DE 6 MESES e SUSPEITA DE DENGUE). - Estimular Ingestão hídrica adequada; - Orientar inalação de vapor d'água; - Recomendar lavagem nasal com solução salina (o volume da solução e a forma de administração poderão ser consultadas no GUIA <a href="https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24053f-GPA_ISBN_-_Lavagem_Nasal.pdf">https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24053f-GPA_ISBN_-_Lavagem_Nasal.pdf</a>) - <b>Anti-histamínicos sedativos devem ser evitados em crianças &lt;4 anos</b>, pelo risco de eventos adversos graves. - Reavaliar o quadro em 24/48 h; se houver piora do quadro encaminhar para avaliação médica. OBS: Caso os sintomas persistam após 7 a 10 dias ou piora do quadro após o quinto dia de evolução, encaminhar para avaliação médica.</p>

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

## QUADRO 22 - MANEJO DOS PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS MAIS COMUNS (B)

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	CONDUTAS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>CRIANÇA COM CORIZA OU CATARRO NASAL</b>	
<p><b>Respirador bucal:</b> 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</p>	<p><b>- Encaminhar para avaliação médica;</b> - 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.</p>
<b>CRIANÇA COM DOR DE GARGANTA</b>	
<p><b>Infecção viral:</b> 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.</p>	<p>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. <b>INDICADO PARA MAIORES DE 3 MESES</b> - 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 (NÃO UTILIZAR EM MENORES DE 6 MESES e SUSPEITA DE DENGUE) <b><u>Reavaliar em 24/48 h: se houver piora do quadro encaminhar para avaliação médica.</u></b></p>
<p><b>Infecção bacteriana:</b> 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).</p>	<p><b>Encaminhar para avaliação médica</b></p>

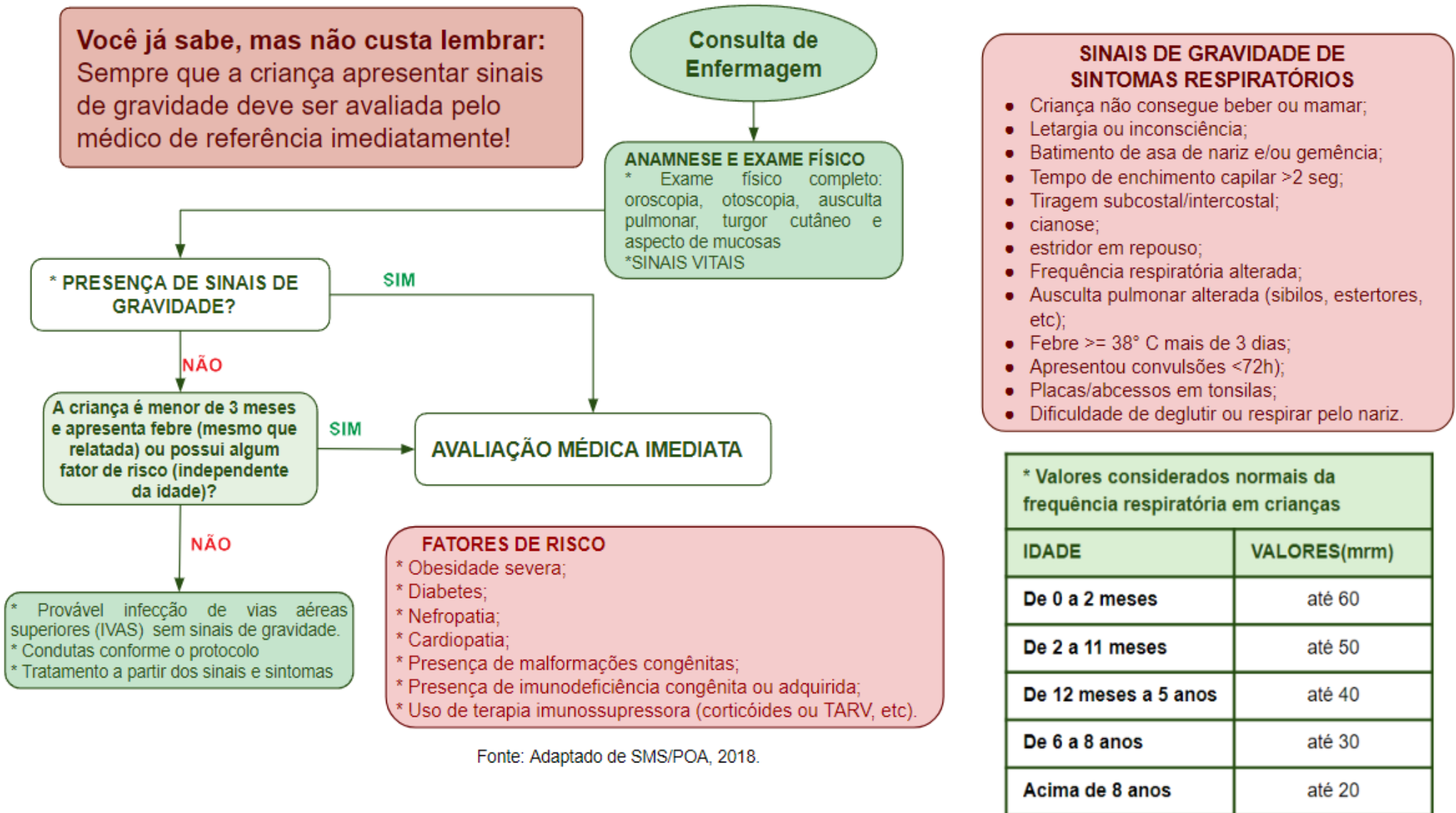
Fonte: Adaptado Coren/RS, 2020.

### LAVAGEM NASAL:

Para maiores orientações e forma correta de utilização de soluções salinas isotônicas, indicamos a realização conforme o Guia Prático da Sociedade Brasileira de Pediatria (2023), disponível em:

[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/24053f-GPA ISBN - Lavagem Nasal.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24053f-GPA ISBN - Lavagem Nasal.pdf)

## FLUXOGRAMA 5 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM QUEIXA RESPIRATÓRIA



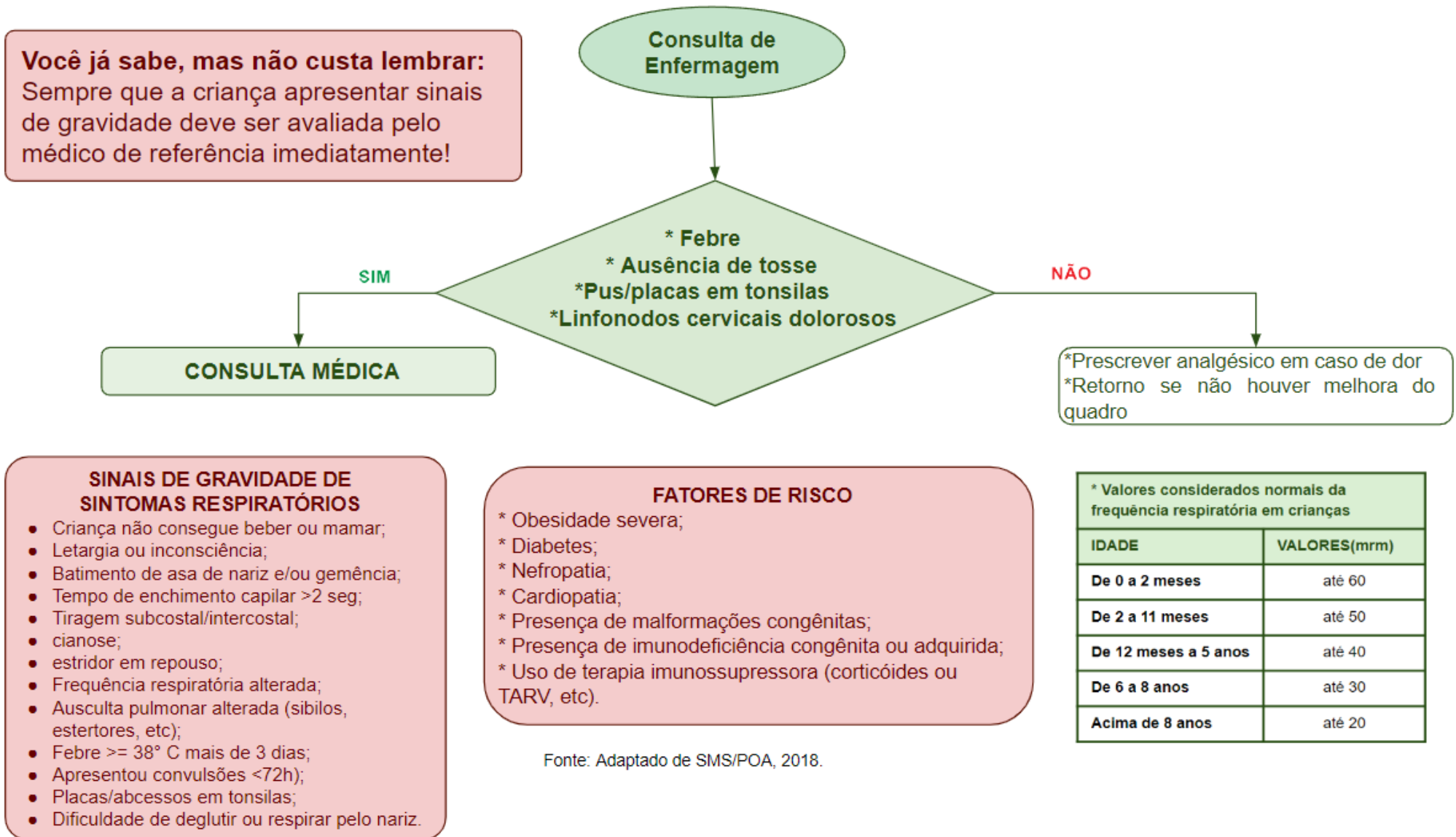
**SINAIS DE GRAVIDADE DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS**

- Criança não consegue beber ou mamar;
- Letargia ou inconsciência;
- Batimento de asa de nariz e/ou gemência;
- Tempo de enchimento capilar >2 seg;
- Tiragem subcostal/intercostal;
- cianose;
- estridor em repouso;
- Frequência respiratória alterada;
- Ausculta pulmonar alterada (sibilos, estertores, etc);
- Febre >= 38° C mais de 3 dias;
- Apresentou convulsões <72h);
- Placas/abscessos em tonsilas;
- Dificuldade de deglutir ou respirar pelo nariz.

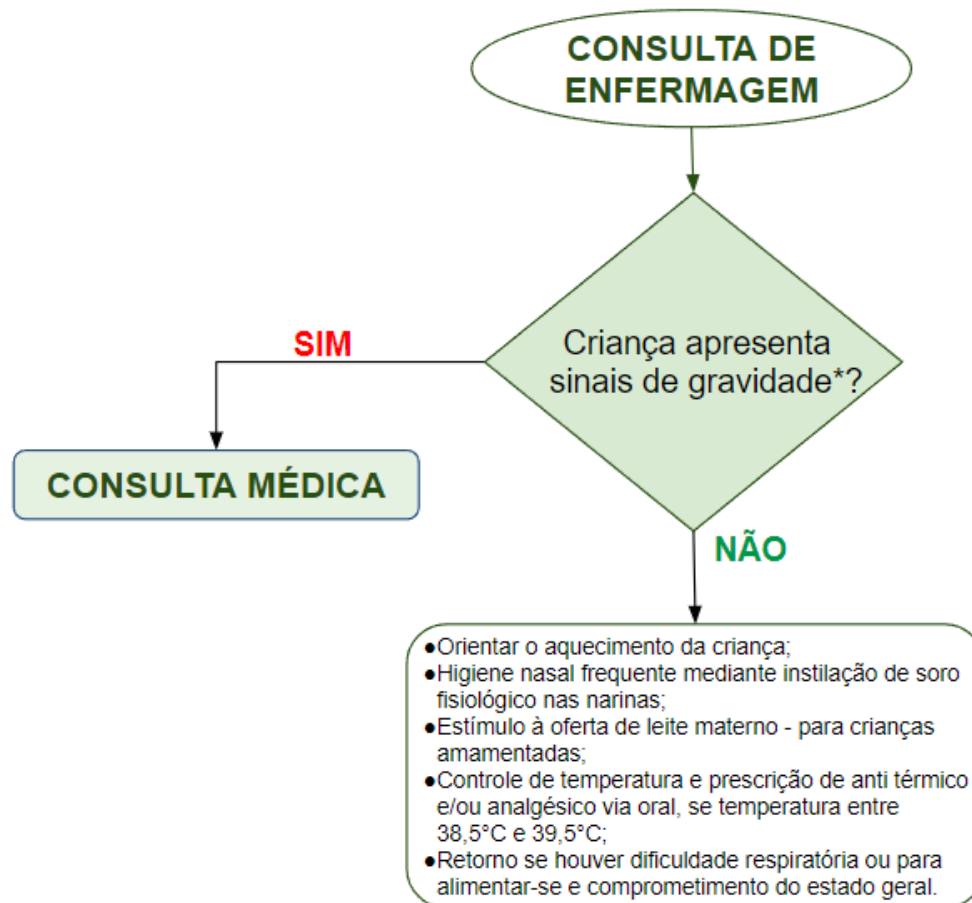
**\* Valores considerados normais da frequência respiratória em crianças**

IDADE	VALORES(mrm)
<b>De 0 a 2 meses</b>	até 60
<b>De 2 a 11 meses</b>	até 50
<b>De 12 meses a 5 anos</b>	até 40
<b>De 6 a 8 anos</b>	até 30
<b>Acima de 8 anos</b>	até 20

## FLUXOGRAMA 6 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM DOR DE GARGANTA



## FLUXOGRAMA 7 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM TOSSE



**Você já sabe, mas não custa lembrar:**  
Sempre que a criança apresentar sinais de gravidade deve ser avaliada pelo médico de referência imediatamente!

Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018.

\* Valores considerados normais da frequência respiratória em crianças

IDADE	VALORES(mrm)
De 0 a 2 meses	até 60
De 2 a 11 meses	até 50
De 12 meses a 5 anos	até 40
De 6 a 8 anos	até 30
Acima de 8 anos	até 20

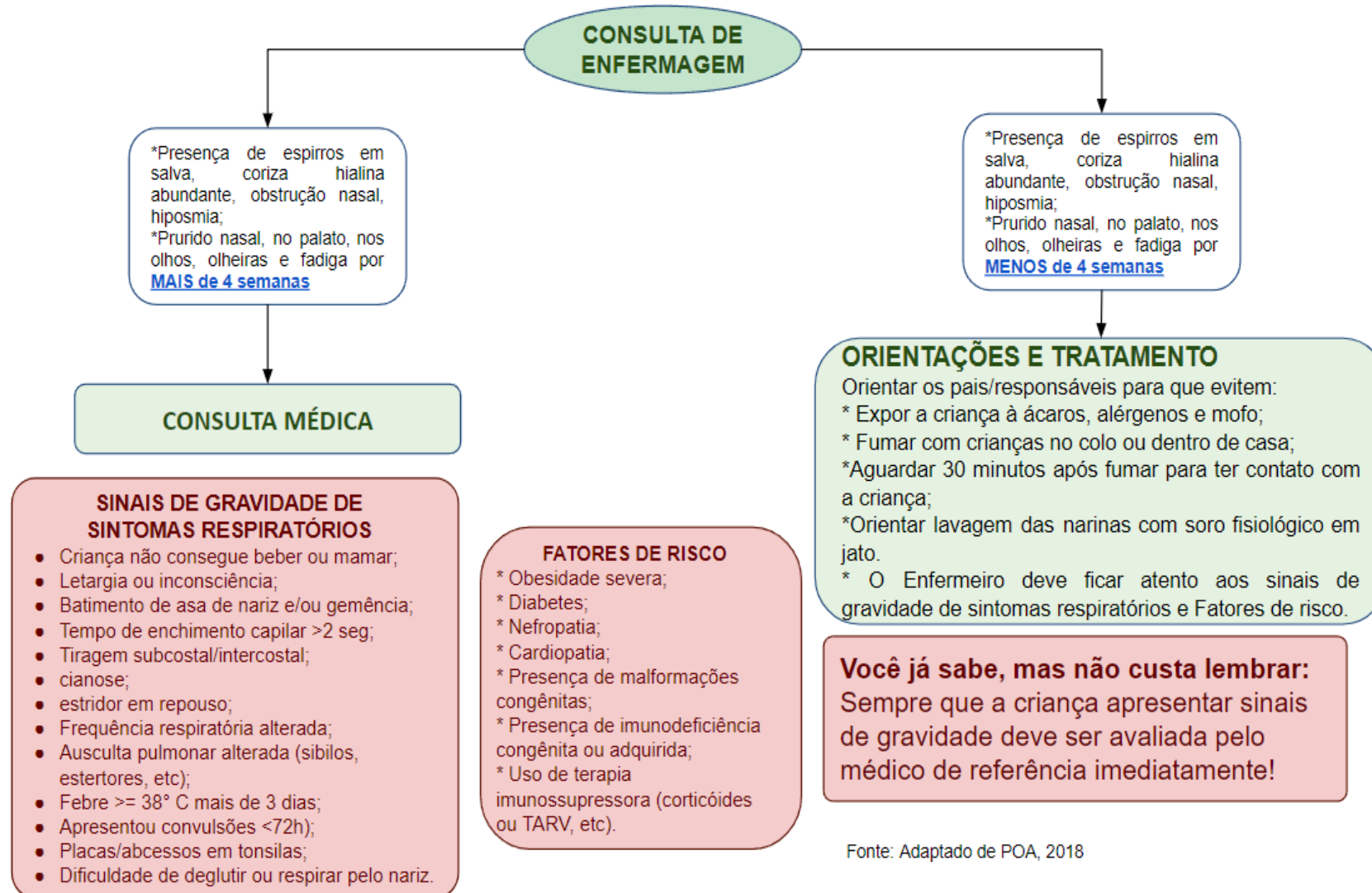
### FATORES DE RISCO

- \* Obesidade severa;
- \* Diabetes;
- \* Nefropatia;
- \* Cardiopatia;
- \* Presença de malformações congênitas;
- \* Presença de imunodeficiência congênita ou adquirida;
- \* Uso de terapia imunossupressora (corticóides ou TARV, etc).

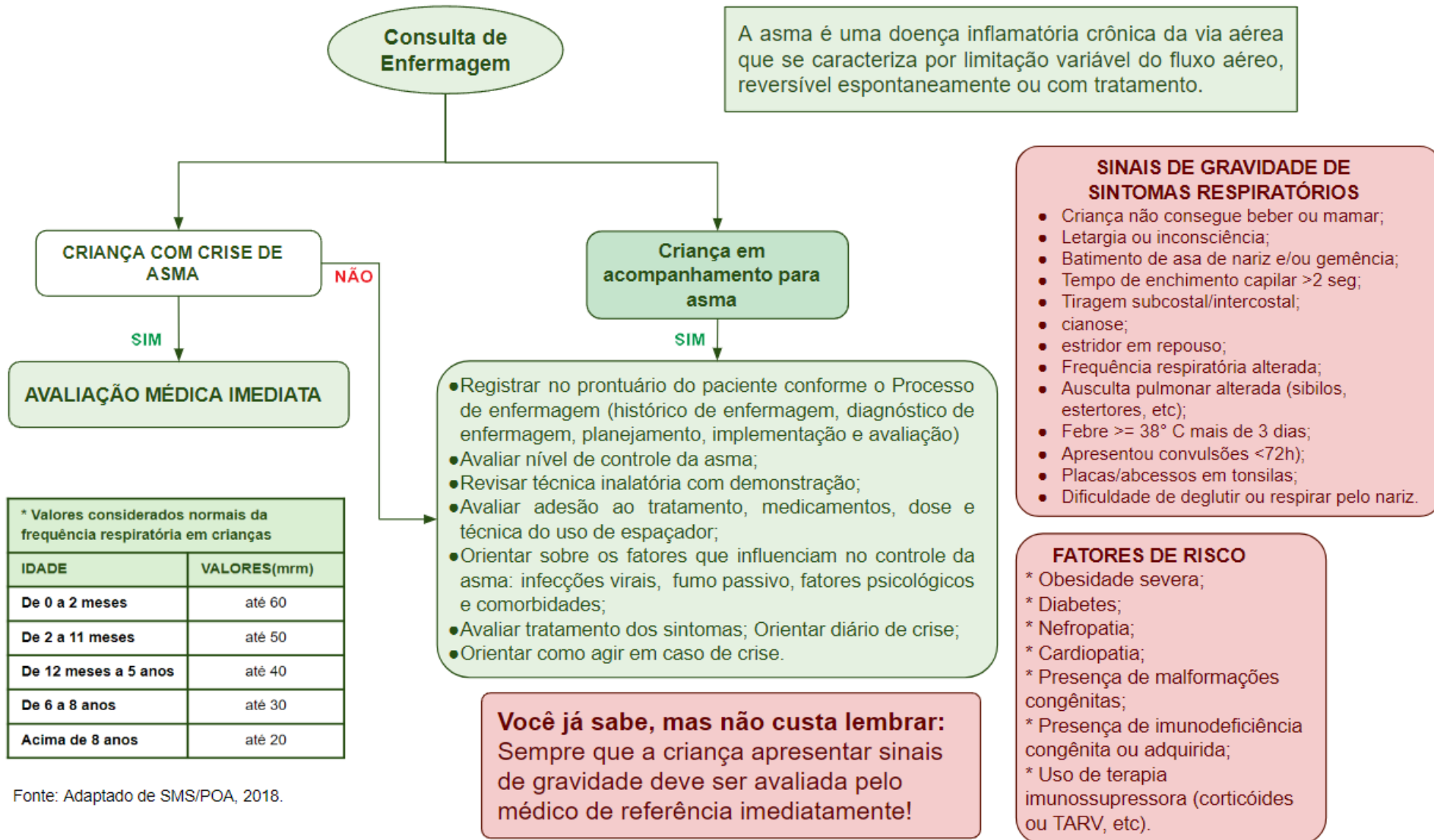
### SINAIS DE GRAVIDADE DE SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

- Criança não consegue beber ou mamar;
- Letargia ou inconsciência;
- Batimento de asa de nariz e/ou gemência;
- Tempo de enchimento capilar >2 seg;
- Tiragem subcostal/intercostal;
- Cianose;
- Estridor em repouso;
- Frequência respiratória alterada;
- Ausculta pulmonar alterada (sibilos, estertores, etc);
- Febre  $\geq 38^{\circ}$  C recorrente após 3 dias;
- Apresentou convulsões <72h);
- Placas/abscessos em tonsilas;
- Dificuldade de deglutir ou respirar pelo nariz.

## FLUXOGRAMA 8 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM RINITE ALÉRGICA



## FLUXOGRAMA 9 – ATENÇÃO À CRIANÇA COM ASMA



Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018.

## QUADRO 23 - CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DE ASMA EM CRIANÇAS COM 5 ANOS OU MENOS

ACHADO	CARACTERÍSTICA QUE SUGERE ASMA
<b>Tosse</b>	Tosse não produtiva recorrente ou persistente que pode piorar à noite ou ser acompanhada de sibilância ou dificuldade para respirar. Tosse que acontece no exercício, risada, choro, exposição a cigarro, particularmente na ausência de aparente infecção do trato respiratório.
<b>Sibilância</b>	Sibilância recorrente, incluindo durante o sono ou com gatilhos como atividade, risada, choro, exposição a cigarro e poluição do ar.
<b>Respiração pesada ou difícil ou falta de ar</b>	Ocorrendo com exercício, risada ou choro.
<b>Atividade diminuída</b>	Não correr, brincar ou rir na mesma intensidade que outras crianças, cansa logo durante caminhadas (quer ser carregada).
<b>Passado ou história familiar</b>	Outras doenças alérgicas (dermatite atópica ou rinite alérgica, alergia alimentar) e/ou asma em parentes de primeiro grau.
<b>Tratamento com baixa dose de CI e SABA quando necessário</b>	Melhora durante 2 a 3 meses de tratamento de controle e piora com a suspensão do mesmo.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022);

## QUADRO 24 - CARACTERÍSTICAS TÍPICAS DE ASMA EM CRIANÇAS APARTIR DE 6 ANOS E ADOLESCENTES

ACHADO	CARACTERÍSTICA QUE SUGERE ASMA
<b>As características típicas da asma, que aumentam a probabilidade do diagnóstico em adultos, adolescentes e crianças a partir de seis anos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mais de um sintoma respiratório (sibilância, dispneia, tosse ou desconforto torácico), especialmente nos adultos;</li> <li>• sintomas pioram à noite ou no início da manhã;</li> <li>• sintomas variam com o tempo e em intensidade;</li> <li>• sintomas são desencadeados por gatilhos como infecções virais, exercício, exposição a alérgenos, modificações no clima e irritantes específicos (fumaças, odores fortes, cigarro).</li> </ul>

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022);

## QUADRO 25 – FATORES DE RISCO DE GRAVIDADE DE CRIANÇAS COM 5 ANOS OU MENOS

FATORES DE RISCO PARA EXACERBAÇÕES DE ASMA NOS PRÓXIMOS MESES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sintomas não controlados de asma;</li> <li>• uma ou mais exacerbações (visita a emergência, hospitalização, uso de corticoide oral) no último ano;</li> <li>• o início da estação de "surto" usual da criança (especialmente no outono);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• exposições como fumaça de cigarro, poluição do ar, alérgenos (ácaro da poeira doméstica, barata, animais de estimação, mofo), especialmente em combinação com infecção viral;</li> <li>• problemas psicológicos ou socioeconômicos para a criança ou família;</li> <li>• poluição.</li> </ul>
FATORES DE RISCO PARA LIMITAÇÃO FIXA DO FLUXO AÉREO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• asma grave com diversas hospitalizações;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• história de bronquiolite</li> </ul>
FATORES DE RISCO PARA EFEITOS ADVERSOS DE MEDICAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• sistêmicos: cursos frequentes de corticoide oral, alta dose ou CI potente;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• locais: moderada/alta dose ou CI potente, técnica inalatória incorreta, falha em proteger olhos ou pele quando usando CI por nebulização ou espaçador com máscara facial.</li> </ul>

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022);

## QUADRO 26 – FATORES DE RISCO DE GRAVIDADE DE CRIANÇAS A PARTIR DE 6 ANOS E ADOLESCENTES

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA EXACERBAÇÕES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sintomas não controlados;</li> <li>dose elevada de broncodilatador de curta ação (aumento de mortalidade se utilizado mais de um frasco de 200 doses ao mês);</li> <li>uso inadequado de CI** (incluindo não prescrição, baixa adesão e técnica inalatória incorreta);</li> <li>VEF1* &lt; 60% do previsto, alta reversibilidade ao broncodilatador;</li> <li>problemas psicológicos e sociais maiores;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>exposição a cigarros, alérgenos e poluição no ar;</li> <li>comorbidades: obesidade, rinossinusite, alergia alimentar, DRGE***;</li> <li>gravidez;</li> <li>história de ventilação mecânica ou internação em UTI devido à asma;</li> <li>uma ou mais exacerbações graves nos últimos 12 meses com necessidade de internação.</li> </ul>
FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVER LIMITAÇÃO FIXA DO FLUXO AÉREO	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Não utilização de CI**;</li> <li>história de nascimento prematuro, baixo peso ao nascimento, ganho de peso infantil acima do recomendado;</li> <li>exposição a tabaco, agentes químicos e exposição ocupacional;</li> <li>VEF1* baixo no início do diagnóstico, hipersecreção crônica e/ou eosinofilia sérica.</li> </ul>	
FATORES DE RISCO PARA EFEITOS ADVERSOS AOS MEDICAMENTOS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistêmicos: uso frequente de corticoide oral, uso por longo tempo de altas doses de CI**, uso concomitante de inibidores do citocromo P450 (como inibidores de protease, amiodarona, verapamil, diltiazem, entre outros);</li> <li>Inalatórios: altas doses ou CI** potente; técnica inadequada.</li> </ul>	

\*VEF1 = Volume expiratório forçado no primeiro segundo; \*\*CI = Corticóide inalatório; \*\*\*DRGE = doença do refluxo gastroesofágico

Fonte: TelessaúdeRS (2022);

## QUADRO 27 – AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA EM CRIANÇAS DE 5 ANOS OU MENOS.

DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS	NÍVEL DO CONTROLE DOS SINTOMAS		
	Bem controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
<b>Nas últimas 4 semanas, a criança teve:</b>			
Sintomas de asma diurnos por mais do que poucos minutos, mais do que 1 vez na semana? ( ) SIM ( ) NÃO	NÃO para todas as questões.	SIM para 1 ou 2 questões.	SIM para 3 ou 4 questões.
Qualquer limitação de atividade devido à asma (corre/brinca menos do que outras crianças, cansa mais facilmente durante caminhadas / brincadeiras)? ( ) SIM ( ) NÃO			
Medicação de alívio* necessária mais de 1-2 vezes por semana? ( ) SIM ( ) NÃO			
Qualquer despertar noturno ou tosse noturna devido a asma? ( ) SIM ( ) NÃO			

\*Exclui medicação de alívio antes de exercício.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Global Initiative for Asthma (2022).

## QUADRO 28 – AVALIAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA EM CRIANÇAS APARTIR DE 6 ANOS

Descrição dos sintomas	Nível do controle dos sintomas		
	Bem controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
<b>Nas últimas quatro semanas, o paciente:</b>			
Apresentou sintomas de asma durante o dia mais do que duas vezes/semana? ( ) Não ( ) Sim	NÃO para todas as questões.	SIM para 1 ou 2 questões.	SIM para 3 ou 4 questões.
Acordou alguma noite devido à asma? ( ) Não ( ) Sim			
Utilizou SABA para alívio dos sintomas da asma mais de duas vezes/semana*? ( ) Não ( ) Sim			
Apresenta qualquer limitação das atividades devido à asma? ( ) Não ( ) Sim			

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Global Initiative for Asthma (2022).

### MATERIAIS PARA MANEJO E ORIENTAÇÕES PARA PAIS OU RESPONSÁVEIS DE CRIANÇA COM DIAGNÓSTICO DE ASMA:

Como fazer espaçador para crianças:

<https://drive.google.com/file/d/1WPROKNB3qDYXUVjpIYC1W9GAb9leBS31/view>

Como utilizar corretamente a bombinha:


[https://drive.google.com/file/d/1xt1GLEesFqlv4Oaf6jxH3\\_CcPs7PQNm6/view](https://drive.google.com/file/d/1xt1GLEesFqlv4Oaf6jxH3_CcPs7PQNm6/view)

Mais informações disponíveis em:

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/asma/>

[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc\\_asma.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_asma.pdf)

**FIGURA 3 - COMO UTILIZAR O ESPAÇADOR EM CRIANÇAS**



### 10 Passos para utilizar o espaçador sem máscara

- 1 Utilize apenas o espaçador sem máscara
- 2 Posicione a criança sentada com a cabeça elevada
- 3 Agite o frasco de aerosol por 10 segundos
- 4 Adapte o frasco de aerosol ao espaçador
- 5 Segure o frasco na posição vertical entre o indicador e o polegar, com este na base, abaixo do bocal
- 6 Peça que a criança solte o ar e coloque o espaçador na boca. Puxe o ar de forma lenta e profunda, sincronizada com o disparo da medicação.
- 7 Realize uma pausa de 5 a 10 segundos
- 8 Retire o espaçador e peça para a criança respirar normalmente
- 9 Espere no mínimo 30 segundos antes de repetir o procedimento, se necessário.
- 10 Após o término do procedimento, oriente a criança a fazer um bocejo com água.
 

*Agite novamente o aerosol com a medicação por 10 segundos*



### 10 Passos para utilizar o espaçador com máscara

- 1 Utilize apenas o espaçador com máscara
- 2 Posicione a criança sentada com a cabeça elevada
- 3 Agite o frasco de aerosol por 10 segundos
- 4 Adapte o frasco de aerosol ao espaçador
- 5 Segure o frasco na posição vertical entre o indicador e o polegar, com este na base, abaixo do bocal
- 6 Adapte a máscara ao nariz e a boca da criança de modo que o ar não escape pela área de contato com a pele
- 7 Aplique uma dose, pressionando a base, do frasco de aerosol e conte 6 respirações com o espaçador posicionado na face da criança, sem desconectar nada
- 8 Retire a máscara e peça para a criança respirar normalmente
- 9 Espere no mínimo 30 segundos antes de repetir o procedimento, se necessário.
- 10 Após o término do procedimento, limpe o rosto da criança com água e sabão e oriente a fazer um bocejo com água.
 


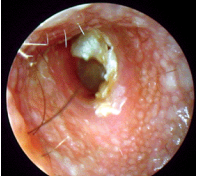



*Agite novamente o aerosol com a medicação por 10 segundos*

Fonte: TelessaúdeRS, 2022.

### 4.3. 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/RS, 2020-SC, 2018, BRASIL, 2016).

#### QUADRO 29 - IDENTIFICAÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES À OTOSCOPIA (A)

Exemplo	Achado na Otoscopia	Sinais/Sintomas	Alteração
 <small>Fonte: Google Images</small>	Membrana timpânica íntegra e conduto auditivo sem alterações.	-	Exame físico normal
 <small>Fonte: Google Images</small>	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.	<b>Otite externa</b>
 <small>Fonte: Google Images</small>	Opacidade, hiperemia ou abaulamento timpânico.	Dor de ouvido leve a muito intensa com início súbito, podendo ocorrer febre e otorreia.	<b>Otite média aguda (OMA)</b>
 <small>Fonte: Google Images</small>	Cerúmen impactado.	Congestão – sensação de ouvido tapado e diminuição auditiva.	<b>Cerúmen impactado por provável uso de cotonetes.</b>
 <small>Fonte: Google Images</small>	Perfuração da membrana timpânica.	Em decorrência de otite média crônica e otorreia supurativa; Pode ocorrer perda auditiva.	<b>*Comum em otite média crônica ou por perfuração traumática.</b>

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

### QUADRO 30 - MANEJO DA DOR DE OUVIDO

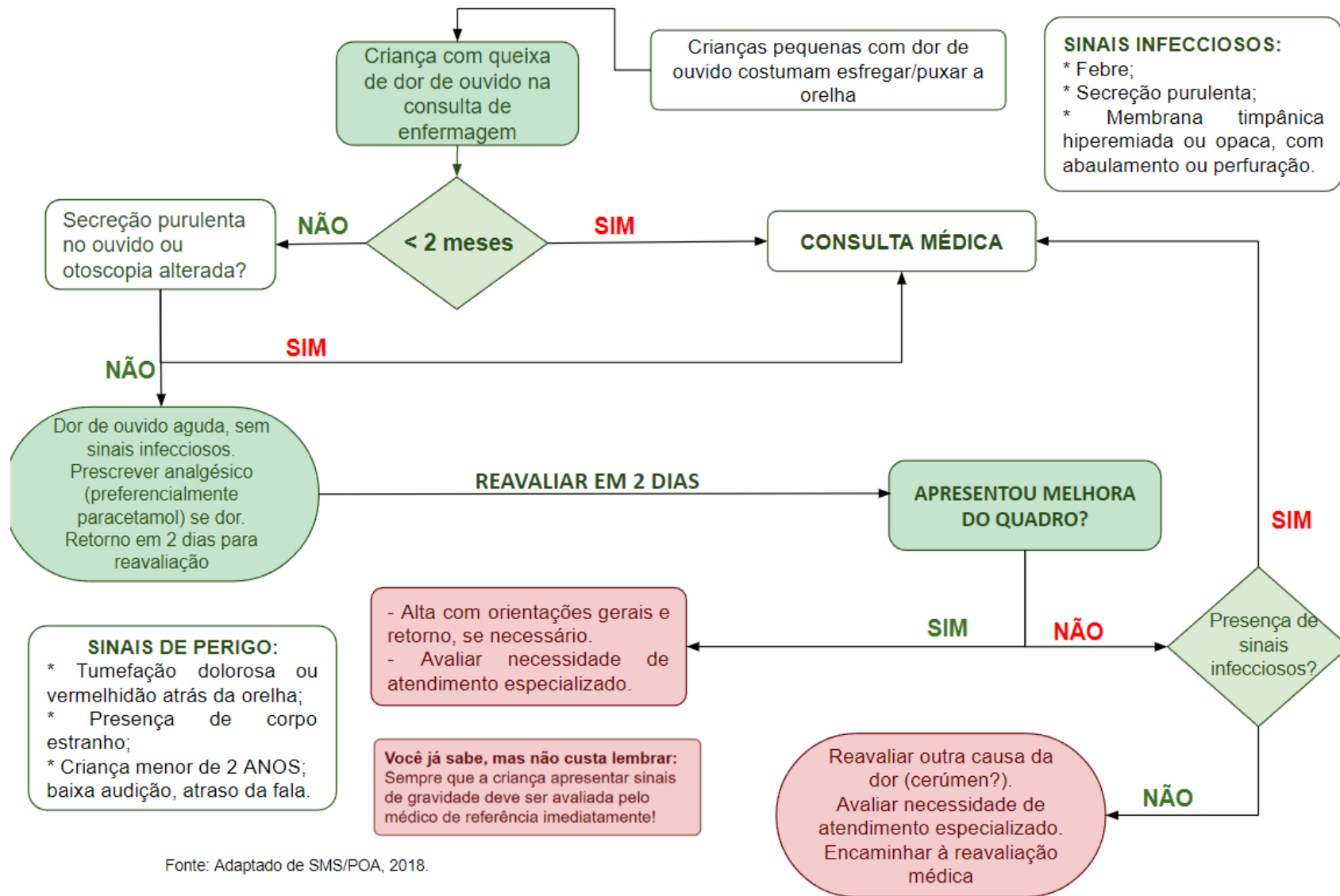
PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM				TAXONOMIA
Conforto prejudicado;		Dor aguda;.		Risco de infecção
Dor (grau);		Risco/ Presença de infecção;		Presença de inflamação;
H01 Dor de ouvidos		H70 Otite externa		Audição prejudicada.
H02 Problemas de audição		H72 Otite média serosa		
H03 Acufeno, zumbidos, ruído, assobios		H74 Otite média crônica		
H04 Secreção no ouvido		H75 Neoplasia do ouvido		
H05 Hemorragia no ouvido		H76 Corpo estranho do ouvido		
H13 Sensação de ouvido tapado		H77 Perfuração do tímpano		
H27 Medo de doença do ouvido		H78 Fibrilação/utter auricular/atrial		
H28 Limitação funcional/incapacidade		H80 Malformações congênicas do ouvido		
H29 Outros sinais/sintomas ouvido		H81 Cerúmen no ouvido em excesso H86 Surdez		
H71 Otite média aguda/meningite		H99 Outra doença do ouvido/mastóide		
<b>.CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>				<b>PRINCIPAIS MEDICAMENTOS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar compressas mornas para conforto e alívio de sintomas;</li> <li>- Investigar causas ambientais (fumaça, poeira, etc.);</li> <li>- Orientar uso de protetor auricular para crianças realizando atividades aquáticas, uma vez que estas podem estar propensas a dores de ouvido ou infecções;</li> <li>- Contraindicar o uso de cotonetes, limpeza somente externa com toalha, gaze ou similar;</li> <li>- 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; Crianças com otite média crônica:</li> <li>- Encaminhar para consulta médica para avaliar necessidade de consulta com especialista.</li> </ul>				<p>Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre;</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>- Dipirona 500 mg/ml (gotas) 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre. INDICADO PARA MAIORES DE 3 MESES</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Ibuprofeno* 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 8/8 horas, se necessário (NÃO UTILIZAR EM MENORES DE 6 MESES E/OU COM SUSPEITA DE DENGUE).</p>

Fonte: adaptado de Coren/RS, 2020

#### ATENÇÃO!

**\*Observação: Ibuprofeno é contraindicado em crianças com suspeita de dengue e em menores de 6 meses de idade.**

## FLUXOGRAMA 10 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM DOR DE OUVIDO



Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018.

## 4.4. 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/RS, 2020-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 31 - MANEJO DA FEBRE

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Hipertermia	Nanda-I ®
Febre	CIPE
A03 Febre	CIAP2
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRINCIPAIS MEDICAMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar uso de roupas leves e banhos mornos na criança, os quais auxiliam na termorregulação;</li> <li>- 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;</li> <li>- 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 <math>39^{\circ}\text{C}</math>);</li> <li>- Orientar sinais de gravidade para que retornem prontamente ao serviço de saúde ou pronto atendimento, se necessário;</li> <li>- 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.</li> </ul>	<p>Se temperatura axilar <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math> 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 24/48h;</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>- Dipirona 500 mg/ml (gotas) 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre. INDICADO PARA MAIORES DE 3 MESES** por até 3 dias, reavaliar o quadro em 24/48 h;</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>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 (NÃO UTILIZAR EM SUSPEITA DE DENGUE E MENORES DE 6 MESES).</p>

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

### ATENÇÃO:

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

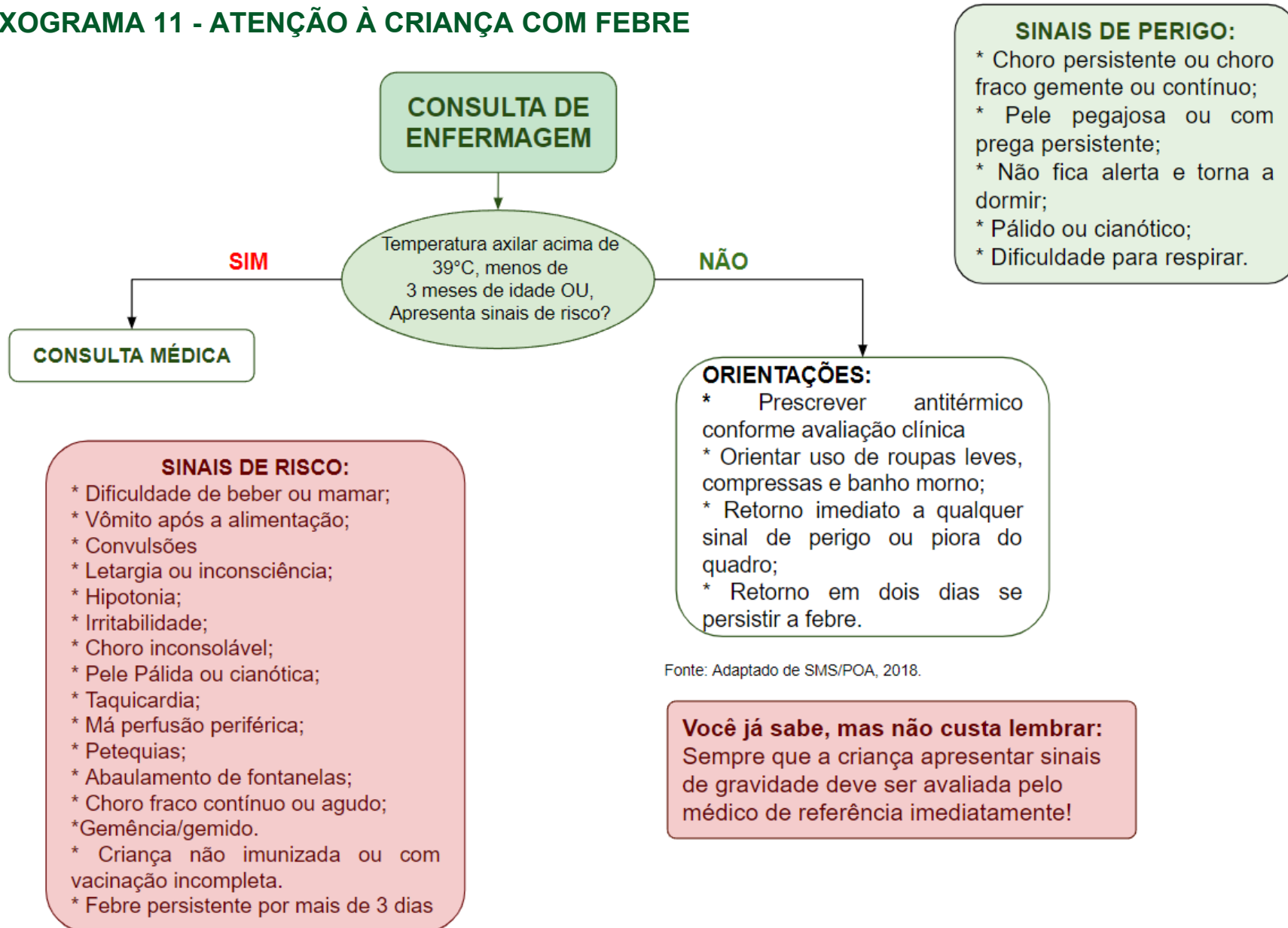
\*\* Atentar risco de doenças hematológicas e história pregressa de problemas sanguíneos (contraindicado)

\*\*\* Não utilizar em suspeita de arbovirose.

OBS: A cada nova avaliação pelo enfermeiro, 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.

## FLUXOGRAMA 11 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM FEBRE



Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018.

## 4.5. GASTROENTERITE (DIARRÉIA 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/RS, 2020-SC, 2018).

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

### QUADRO 32 - CLASSIFICAÇÃO SEGUNDO O GRAU DE DESIDRATAÇÃO

ETAPAS		A (sem desidratação)	B (com desidratação)	C (com desidratação grave)
OBSERVE	Estado geral <sup>1</sup>	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente*
	Olhos <sup>1</sup>	Sem alteração	Fundos	Fundos
	Sede <sup>1</sup>	Sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Não é capaz de beber*
	Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
	Boca/língua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
EXPLORE	Sinal da prega abdominal <sup>1</sup>	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Perda de peso <sup>2</sup>	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
DECIDA		<b>SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO</b>	<b>Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO</b>	<b>Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com asterisco (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE</b>
TRATE		<b>PLANO A</b>	<b>PLANO B</b>	<b>PLANO C</b>

<sup>1</sup> Variáveis para avaliação do estado de hidratação do paciente que têm maior relação de sensibilidade e especificidade, segundo a Organização Mundial da Saúde.

<sup>2</sup> A avaliação da perda de peso é necessária quando o paciente está internado e evolui com diarreia e vômito.

Fonte: Ministério da Saúde, 2023.

**OBSERVAÇÕES:** caso haja dúvida quanto à classificação (variáveis de desidratação ou de desidratação grave), deve-se estabelecer o plano de tratamento considerado no pior cenário.

**Caso seja indicado PLANO C – discutir com médico de referência para encaminhar ao hospital.**

### QUADRO 33 – REGITRO DO ATENDIMENTO DE DESIDRATAÇÃO EM CRIANÇAS

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM			TAXONOMIA
Diarreia;	Motilidade gastrointestinal disfuncional; Náusea;	Volume de líquidos deficiente; Conforto prejudicado.	<b>Nanda-I®</b>
Diarreia;	Vômito;	Risco de desidratação; Desidratação (grau).	<b>CIPE</b>
T11 Desidratação; D11 Diarreia; D10 Vômito;	D09 Náusea; D17 Incontinência fecal;	D18 Alterações nas fezes/mov. intestinais; A16 Criança irritável.	<b>CIAP2</b>

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

### QUADRO 34 - CONDUTAS CONFORME O GRAU DE DESIDRATAÇÃO EM CRIANÇAS(A)

PLANO A PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO	
<b>INGERIR/OFERECER MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ O paciente deve tomar líquidos caseiros (água, chá, suco, água de coco, sopas) ou solução de sais de reidratação oral (SRO) após cada evacuação diarreica e episódio de vômito, em pequenas quantidades e maior frequência.</li> <li>▶ <b>Não utilizar refrigerantes e, preferencialmente, não adoçar o chá ou o suco.</b></li> </ul>	
<b>MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Manter a alimentação habitual – tanto as crianças como os adultos.</li> <li>▶ Criança em aleitamento materno exclusivo – o único líquido que deve ser oferecido, além do leite materno, é a solução de SRO.</li> </ul>	
<b>LEVAR O PACIENTE IMEDIATAMENTE AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SE:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Não melhorar em 2 dias.</li> <li>▶ Apresentar qualquer um dos sinais de alerta:</li> <li>▶ Piora da diarreia (ex.: aumento da frequência ou do volume)</li> <li>▶ Sangue nas fezes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diminuição da diurese</li> <li>▶ Muita sede</li> <li>▶ Vômitos repetidos</li> <li>▶ Recusa de alimentos</li> </ul>
<b>ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reconhecer os sinais de desidratação e sinais de alerta.</li> <li>▶ Preparar e administrar a solução de sais de reidratação oral.</li> <li>▶ Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água intradomiciliar e higienização dos alimentos).</li> </ul>	
<b>IDADE</b>	<b>Quantidade de líquidos que deve ser administrada/ingerida após cada evacuação diarreica</b>
Menores de 1 ano	50 – 100 ml
De 1 a 10 anos	100 – 200 ml
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/RS, 2023

## QUADRO 34 - CONDUTAS CONFORME O GRAU DE DESIDRATAÇÃO EM CRIANÇAS (B)

<b>PLANO B PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>
<b>ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL (ATENDIMENTO COMPARTILHADO COM MÉDICO DE REFERÊNCIA):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100 ml/kg (média de 75 ml/kg) para ser administrado no período de 4-6 horas.</li> <li>▶ A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.</li> <li>▶ A solução de SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.</li> <li>▶ Se o paciente desidratado, durante o manejo do PLANO B, apresentar vômitos persistentes, administrar antiemético conforme avaliação médica.</li> </ul>
<b>DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO “AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE” (ATENDIMENTO COMPARTILHADO COM MÉDICO DE REFERÊNCIA):</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A.</li> <li>▶ Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise) conforme avaliação médica.</li> <li>▶ Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C.</li> </ul>
<b>DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU DO ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE, ORIENTAR A:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Reconhecer os sinais de desidratação.</li> <li>▶ Preparar e administrar a solução de SRO.</li> <li>▶ Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavar adequadamente as mãos, tratar a água para consumo humano (ingestão) e higienizar os alimentos).</li> </ul>
<b>ATENÇÃO:</b>
<b>SE, APÓS 6 HORAS DE TRATAMENTO, NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, ENCAMINHAR AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO.</b>
<b>O PLANO B DEVE SER REALIZADO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. O PACIENTE DEVE PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.</b>

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde/RS, 2023

### USO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES COM DIARREIA

**Antibióticos:** Devem ser usados somente para casos de diarreia com sangue (disenteria) e comprometimento do estado geral ou em caso de cólera grave. Em outras condições, os antibióticos são ineficazes, causam resistência antimicrobiana e, portanto, não devem ser prescritos.

**Antiparasitários:** devem ser usados somente para:

- Amebíase, quando o tratamento de disenteria por *Shigella* sp. fracassar, ou em casos em que se identificam nas fezes trofozoítos de *Entamoeba histolytica* englobando hemácias: Metronidazol 50 mg/kg/dia 3x/dia por 10 dias.
- Giardíase, quando a diarreia durar 14 dias ou mais, se identificarem cistos ou trofozoítos nas fezes ou no aspirado intestinal: Metronidazol 15 mg/kg/dia 3x/dia por 5 dias.

**Antiemético:** Apenas deve ser usado se o paciente apresentar vômitos persistentes, conforme descrito no PLANO B, para garantir que consiga ingerir a solução de SRO e ser reidratado.

#### IMPORTANTE:

Em caso de desidratação com suspeita de dengue deve-se seguir o fluxograma de manejo clínico de dengue, disponível no Manual de Dengue diagnóstico e manejo clínico adultos e crianças em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/dengue-diagnostico-e-manejo-clinico-adulto-e-crianca>

## 4.6. PARASITOSES INTESTINAIS

As parasitoses intestinais ainda 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/RS, 2020-SC, 2018; BRASIL, 2016).

### QUADRO 35 REGISTRO DA CONSULTA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PARAPARASITOSES INTESTINAIS

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM				TAXONOMIA
Risco de infecção; Conforto prejudicado;	Dor aguda;	Diarreia;	Risco de sufocação.	<b>Nanda-I ®</b>
Risco de infecção; Dor abdominal;	Presença de Diarreia;	Desconforto aumentado;	Risco de asfixia.	<b>CIPE</b>
D01 Dor abdominal generalizada/cólicas D02 Dores abdominais, epigástricas D04 Dor anal/retal D06 Outras dores abdominais localizadas	D11 Diarreia D12 Obstipação D18 Alterações nas fezes/mov. intestinais	D25 Distensão abdominal D27 Medo de outras doenças aparelho digestivo D28 Limitação funcional/incapacidade D29 Outros sinais/sintomas digestivos	D79 Corpo estranho no aparelho digestivo D95 Fissura anal / abcesso perianal D96 Lombrigas /outros parasitas D07 Dispepsia/indigestão	<b>CIAP2</b>

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

### QUADRO 36 - MANEJO DE PARASITOSES INTESTINAIS

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 a 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/RS, 2020

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

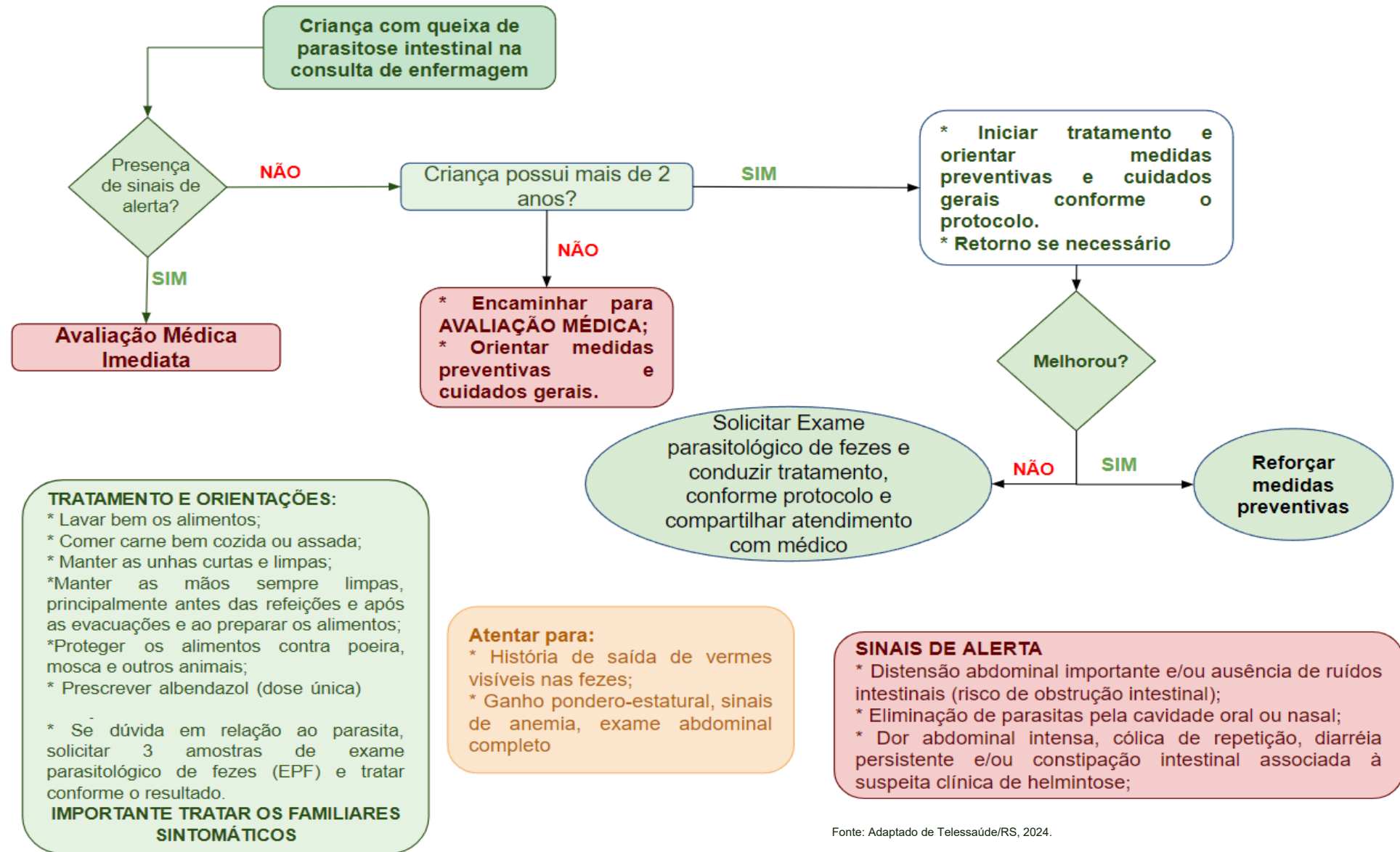
Os esquemas de tratamento de acordo com o parasita são apresentados no quadro a seguir:

### QUADRO 37 - TRATAMENTO CONFORME A PARASITOSE INTESTINAL

PARASITA (DOENÇA)	MEDICAMENTO APRESENTAÇÕES DISPONÍVEIS	DOSAGEM	FAIXA ETÁRIA <b>CONTRA-INDICADA</b>	EFETIVIDADE (TAXA DE CURA OU REDUÇÃO DA ELIMINAÇÃO DE OVOS NAS FEZES)
<b>Ascaris lumbricoides</b> (ascaridíase)	<b>Albendazol</b> Suspensão 40 mg/mL Comprimidos 400 mg	≥ 2 anos: 400 mg, dose única.	Abaixo de 2 anos	≥ 80%
	<b>Ivermectina</b> Comprimidos 6 mg	≥15 kg: 200 mcg/kg, dose única.	Abaixo de 5 anos	≥ 80%
<b>Giardia lamblia</b> (giardíase)	<b>Albendazol</b> Suspensão 40 mg/ML Comprimidos 400 mg	10 a 15 mg/kg/dia (máximo: 400 mg/dia), por 5 dias.	Abaixo de 2 anos	≥ 80%
	<b>Metronidazol</b> Suspensão 40 mg/mL Comprimidos 250 mg	15 mg/kg/dia (máximo: 250 mg/dose), 3x/dia, por 5 a 7 dias.	Abaixo de 1 ano	≥ 80%
<b>Trichuris trichuria</b> (tricuríase)	<b>Albendazol</b> Suspensão 40 mg/mL Comprimidos 400 mg	400 mg, dose única.	Abaixo de 2 anos	50 a 80%
	<b>Ivermectina</b> Comprimidos 6 mg	≥15 kg: 200 mcg/kg, dose única.	Abaixo de 5 anos	50 a 80%
<b>Strongyloides stercoralis</b> (estrongiloidíase)	<b>Albendazol</b> Suspensão 40 mg/mL Comprimidos 400 mg	400 mg/dia, por 3 dias.	Abaixo de 2 anos	50 a 80%
	<b>Ivermectina</b> Comprimidos 6 mg	≥15 kg: 200 mcg/kg, dose única ou por 2 dias.	Abaixo de 5 anos	≥ 80%
<b>Taenia solium</b> <b>Taenia saginata</b> (teníase)	<b>Albendazol</b> Suspensão 40 mg/mL comprimidos 400 mg	< 10kg: 200 mg/dia, por 3 dias; ≥ 10kg: 400 mg/dia, por 3 dias.	Abaixo de 2 anos	< 50%
<b>Entamoeba histolytica</b> (amebíase)	<b>Metronidazol</b> Suspensão 40 mg/mL Comprimidos 250 mg	50 mg/kg/dia, 3x/dia, por 7 a 10 dias.	Abaixo de 1 ano	≥ 80%

Fonte: Adaptado de TelessaúdeRS, 2024

## FLUXOGRAMA 12 - MANEJO DE PARASITOSES INTESTINAIS



## 4.7. CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

A constipação intestinal é a eliminação das fezes, endurecidas, com dor ou dificuldade, além da sensação de evacuação insatisfatória e incompleta, que pode ou não ser acompanhada pelo aumento do intervalo entre as evacuações. É considerada também como um atraso ou dificuldade na defecação, por duas semanas ou mais, suficiente para causar desconforto. A causa mais frequente de constipação no lactente é funcional e, geralmente é precedida pela troca da alimentação com leite materno exclusivo por fórmulas ou início de alimentos sólidos.

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

Deve-se avaliar na história clínica:

- início e duração dos sintomas;
- frequência das evacuações;
- consistência e formato das fezes;
- presença de sangue e impressão de dor ao evacuar.

O exame físico do lactente com queixa de constipação deve ser minucioso, compreendendo:

- exame do pescoço (palpação da tireoide);
- abdome (palpação de massas);
- avaliação do dorso (alterações em região sacral);
- exame neuromuscular completo;
- exame retal (realizado com o dedo mínimo para avaliação do tônus, reflexos e presença de fezes em ampola retal).

Os sinais e sintomas que devem alertar para a possibilidade de constipação orgânica são:

- história de constipação presente desde o nascimento;
- fezes em fitas;
- atraso de crescimento, perda ou dificuldade no ganho de peso;
- incontinência urinária;
- déficits neurológicos;
- anomalias congênitas;
- história familiar de doença de Hirschsprung.

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

Crianças com atraso na eliminação do mecônio, distensão abdominal, constipação progressiva desde o nascimento e alterações no toque retal (ausência de fezes na ampola, esfíncter anal hipertônico, eliminação explosiva de gás e fezes ao toque retal) devem ser investigadas para Doença de Hirschsprung mediante encaminhamento à consulta médica com vistas à realização de um RX enema opaco.

A fibrose cística pode se apresentar com constipação e deve ser suspeitada em crianças com rash cutâneo ou história de infecções respiratórias de repetição. Seu diagnóstico é feito através da realização do teste do suor.

Nenhum teste radiológico ou laboratorial é necessário em crianças com ganho de peso adequado e sem sinais de alerta.

Casos leves a moderados, sem sinais de obstrução fecal podem ser manejados com alterações na dieta:

**Lactentes que ainda não iniciaram a alimentação com sólidos:** podem ser tratados com adição de carboidratos osmoticamente ativos, como sucos que contenham sorbitol (maçã, ameixa ou pera) – na quantidade de 50 a 100 g de suco puro ao dia como dose inicial.

**Lactentes em alimentação com sólidos:** o manejo pode ser feito com a oferta de 5 g por dia de fibras alimentares, através de purê de legumes, frutas e cereais (a maioria dos vegetais e frutas fornecem aproximadamente 1 g de fibra por porção, mas maçãs e ameixas podem ofertar até 2 g). Cereal infantil de arroz fornece uma quantidade insignificante de fibra, enquanto o trigo integral e cereais multigrãos fornecem 1 a 2 g por porção.

Não é necessário o aumento da ingesta líquida além das necessidades basais, exceto se houver sinais de que a criança esteja desidratada. A ingesta mínima diária de fluido depende do peso da criança (500 mL se 5 kg, 960 mL se 10k g, 1.260 mL se 15 kg e 1.500 mL se 20 kg).

Se houver obstrução retal, situação incomum em crianças menores de 12 meses, Encaminhar à avaliação médica com vistas a realizar esvaziamento retal por via oral ou retal.

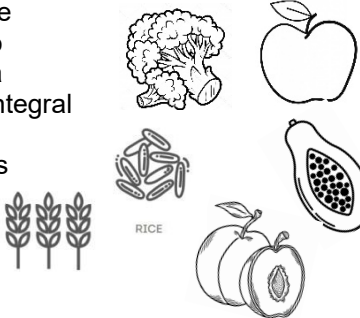
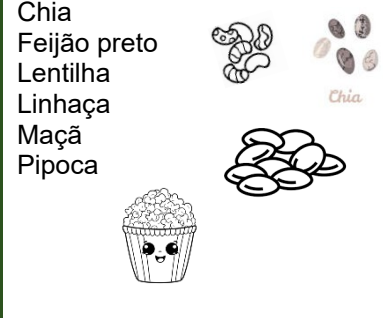


Em casos refratários pode-se fazer uso ocasional de supositórios de glicerina. É preciso ter cautela, já que seu uso pode causar irritação anal e predispor cronicidade dos sintomas. Óleo mineral, enemas e laxantes estimulantes (como senna e bisacodil) não devem ser utilizados em crianças menores do que 2 anos devido a potenciais efeitos adversos.

Para prevenir episódios recorrentes, as medidas nutricionais e medicamentosas devem ser mantidas por pelo menos 2 a 6 meses da regularização de hábito intestinal, com redução do uso após pelo menos 1 mês de ausência de todos os sintomas. A retirada deve ser feita de forma lenta e gradual, conforme tolerância e esse processo pode durar até 1 ano.

**CARTILHA DE ORIENTAÇÃO PARA VISITAS DOMICILIARES:  
CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL NA INFÂNCIA**

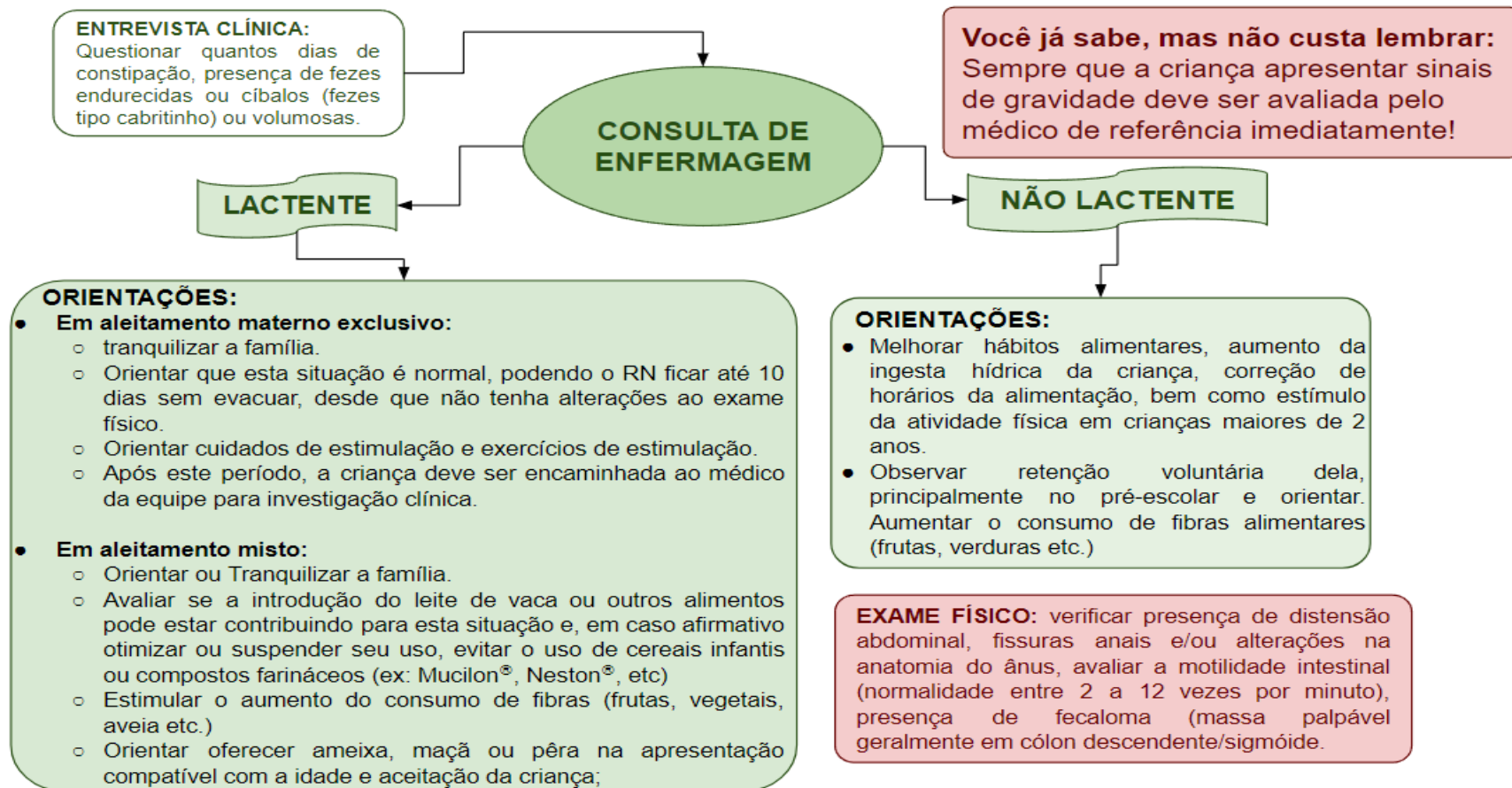
<https://repositorio.fps.edu.br/bitstream/4861/575/3/Cartilha%20Constipac%CC%A7a%CC%83o%20intestinal.pdf>

**QUADRO 38 – MANEJO COMPORTAMENTAL DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL**

DIETA	POSIÇÃO CORRETA PARA EVACUAR	
<p>A dieta deve ser balanceada e rica em fibras. Alimentos ricos em fibras:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Abacate Mamão Ameixa Arroz integral Aveia Brócolis</p>  </div> <div style="width: 45%;"> <p>Chia Feijão preto Lentilha Linhaça Maçã Pipoca</p>  </div> </div>	<p>Colocar um suporte abaixo dos pés da criança para que os joelhos fiquem acima do quadril e permitindo a retificação do reto. Isso facilita a saída das fezes, evitando o esforço para evacuar e dor.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>	

Fonte Adaptado de Faculdade Pernambucana de Saúde, 2021.

## FLUXOGRAMA 13 - MANEJO DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAIS



Fonte: Adaptado de Coren/MS, 2021

### 4.8. QUEIXAS OCULARES

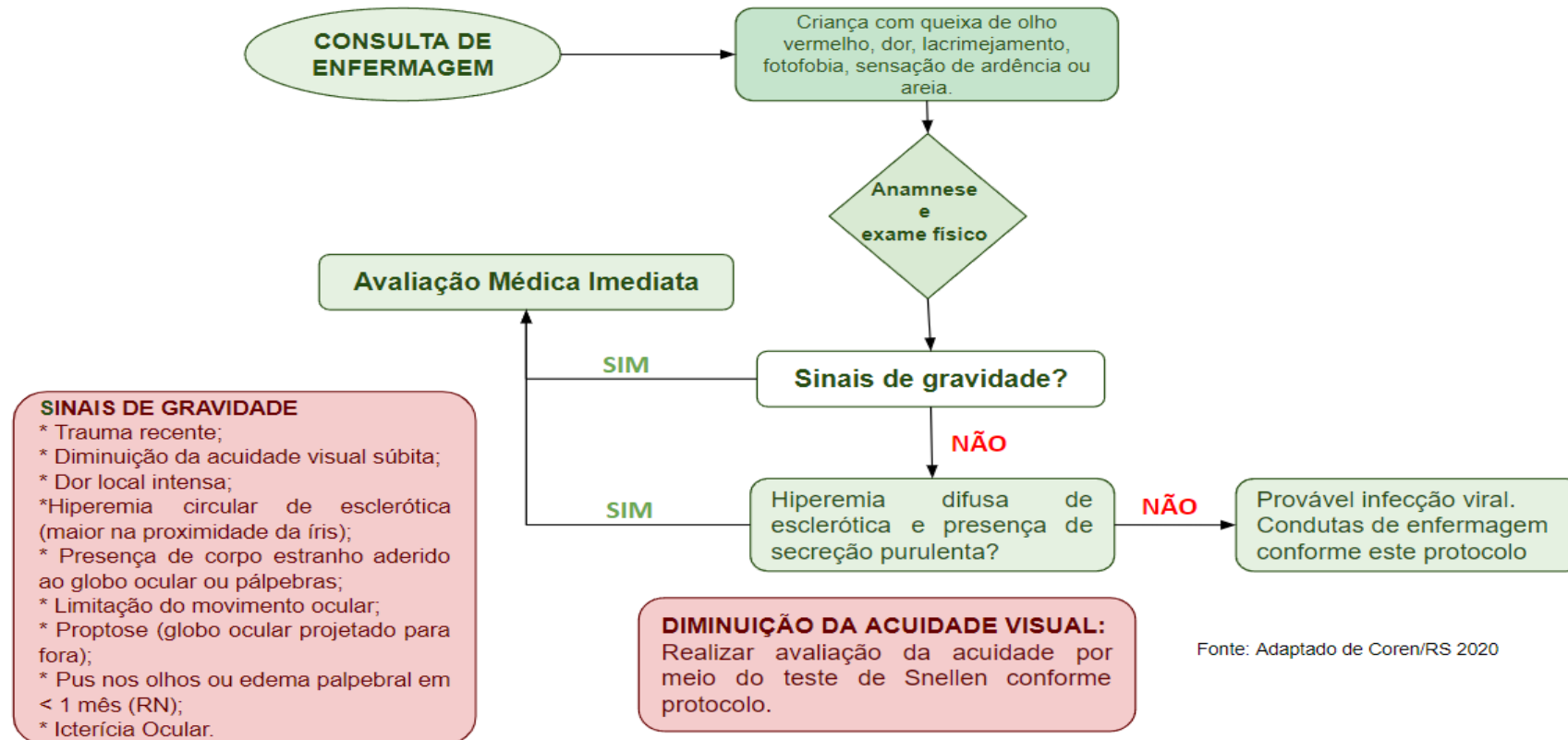
As queixas de olho vermelho ou conjuntivite são de causa variável, em geral, podendo ser abordadas no contexto da APS com bom prognóstico. Outras afecções oculares também são comuns, como o hordéolo (terçol) e o edema palpebral isolado, sem sinais de anafilaxia (COREN/RS, 2020-SC, 2018). É importante 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 39 - MANEJO DAS PRINCIPAIS QUEIXAS OCULARES

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM			TAXONOMIA
Integridade tissular prejudicada; Conforto prejudicado; Dor aguda;		Risco de ressecamento ocular; Risco de lesão na córnea.	<b>Nanda-I®</b>
Visão prejudicada; Capacidade visual diminuída	Desconforto aumentado;	Presença de inflamação; Presença de infecção.	<b>CIPE</b>
F01 Dor no olho F02 Olho vermelho F04 Moscas volantes/pontos luminosos/escotomas/ manchas F05 Outras perturbações visuais F13 Sensações oculares anormais F15 Aparência anormal nos olhos F16 Sinais/sintomas das pálpebras F17 Sinais/sintomas relacionados a óculos	F27 Medo de doença ocular F28 Limitação funcional/incapacidade F29 Outros sinais/sintomas oculares F70 Conjuntivite infecciosa F71 Conjuntivite alérgica F72 Blefarite/hordéolo/calázio F73 Outras infecções/inflamações oculares F74 Neoplasia do olho/anexos F86 Tracoma	F76 Corpo estranho ocular F79 Outras lesões traumáticas oculares F80 Obstrução canal lacrimal da criança F81 Outras malformações congênicas do olho F82 Descolamento da retina F83 Retinopatia F84 Degeneração macular F85 úlcera da córnea	F91 Erro de refração F92 Catarata F93 Glaucoma F94 Cegueira F95 Estrabismo F99 Outras doenças oculares/anexos  <b>CIAP2</b>
CONDIÇÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
<b>Hordéolo</b>	Infecção das glândulas palpebrais, também conhecido como terço.	Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 6/6 horas; OU - -Dipirona 500 mg/ml (gotas) 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre. <b>INDICADO PARA MAIORES DE 3 MESES</b> - 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.	
<b>Blefarite</b>	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.	
<b>Iridociclite (Uveíte)</b>	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.	
<b>Conjuntivite infecciosa</b>	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.	

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

## FLUXOGRAMA 14 - MANEJO DAS QUEIXAS OCULARES



### 4.9. 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 (SCHUMAHARI 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).

### AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL A PARTIR DA UTILIZAÇÃO DO TESTE DE SNELLEN

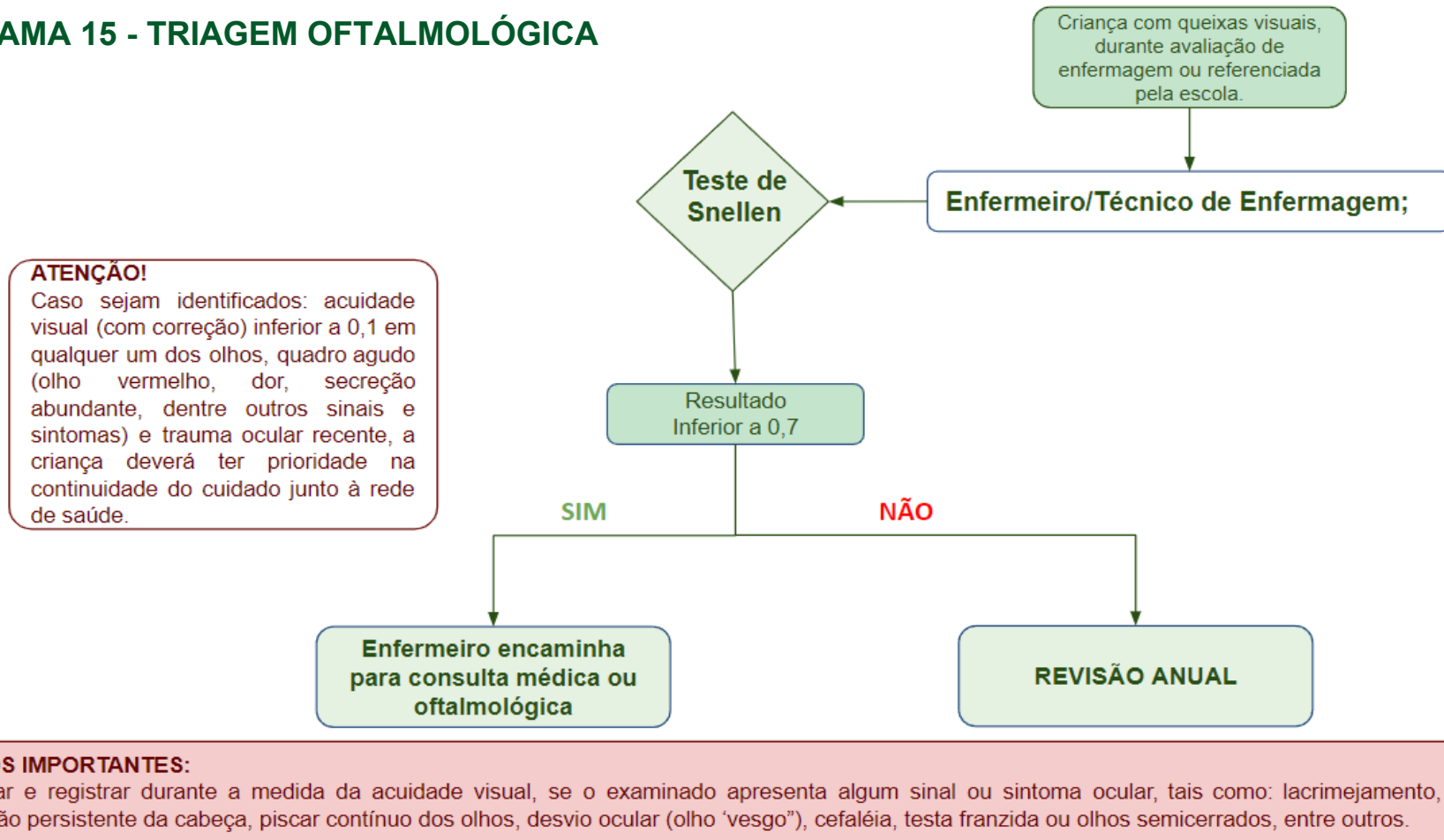
O Teste de Snellen consiste em uma avaliação inicial que busca identificar a existência de problemas de refração, que necessitarão de oftalmologista. É realizada por meio de um teste simples, utilizando a escala de sinais de Snellen, conforme quadro abaixo:

#### QUADRO 40 - AVALIAÇÃO DA ACUIDADE VISUAL POR MEIO DA ESCALA DE SNELLEN

<b>PREPARO DO LOCAL</b>	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.
<b>PREPARO PARA A APLICAÇÃO DO TESTE</b>	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 oclisor, cobrindo um dos olhos durante a avaliação, os dois olhos devem ficar abertos.
<b>APLICAÇÃO DA TÉCNICA</b>	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: Adaptado de Brasil, 2016.

## FLUXOGRAMA 15 - TRIAGEM OFTALMOLÓGICA



Fonte: Adaptado de Coren/RS 2020

Fluxo Programa Porto Olhar Alegre:  
<https://drive.google.com/file/d/1NuGeSWBZ9wwqlaBAAUG9eSYzzAwomO9/view>

### 4.10. 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 consequente minimização de danos às crianças. (BRASIL, 2016).

## QUADRO 41 - MANEJO DAS PRINCIPAIS LESÕES DE PELE (A)

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM			TAXONOMIA
Integridade da pele prejudicada/ Risco de; Risco de infecção;	Conforto prejudicado;	Dor aguda.	<b>Nanda-I ®</b>
Desconforto; Dor cutânea; ;	Presença de dermatite seborreica; Risco de alimentação prejudicada; Integridade da pele prejudicada; Risco de infecção	Presença de eritema; Presença de exantema.	<b>CIPE</b>
S01 Dor/sensibilidade dolorosa da pele S02 Prurido S03 Verrugas S04 Tumor/inchaço localizado S05 Tumores/inchaços generalizados S06 Erupção cutânea localizada S07 Erupção cutânea generalizada S08 Alterações da cor da pele S09 Infecção dos dedos das mãos/pés S10 Furúnculo/carbúnculo S11 Infecção pós-traumática da pele S12 Picada ou mordedura de inseto S13 Mordedura animal/humana S14 Queimadura/escaldão S15 Corpo estranho na pele S16 Traumatismo/contusão	S17 Abrasão/arranhão/bolhas S18 Laceração/corte S19 Outra lesão cutânea S20 Calos/calosidades S21 Sinais/sintomas da textura da pele S22 Sinais/sintomas das unhas S23 Queda de cabelo/calvície S24 Sinais/sintomas do cabelo/couro cabeludo S26 Medo de câncer de pele S27 Medo de outra doença da pele S28 Limitação funcional/incapacidade S29 Sinais/sintomas da pele, outros S70 Herpes zoster S71 Herpes simples S72 Escabiose/outras acaríases S73 Pediculose/outras infecções da pele S75 Monilíase oral/candidíase na pele	S76 Outras infecções da pele S77 Neoplasias malignas da pele S78 Lipoma S79 Neoplasia cutânea benigna/ incerta S80 Ceratose/Queratose solar/ queimadura solar S81 Hemangioma/linfangioma S82 Nevos/sinais da pele S83 Lesões da pele congênicas, outras S84 Impetigo S85 Cisto pilonidal/stula S86 Dermatite seborreica S87 Dermatite/eczema atópico S88 Dermatite de contato/alérgica S89 Dermatite das fraldas S90 Pitíriase rosada	<b>CIAP2</b>
TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
<b>Dermatite seborreica do lactente*</b>	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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tranquilizar a família, orientando o ótimo prognóstico;</li> <li>- 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;</li> <li>- <b>CASOS MAIS INTENSOS ENCAMINHAR À AVALIAÇÃO MÉDICA</b></li> </ul>	
<b>Miliária/ brotoeja*</b>	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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tranquilizar a família, explicando que é uma condição benigna e se resolve espontaneamente entre 4 e 5 meses de vida;</li> <li>- Orientar o uso de roupas mais leves, evitar o uso de tecidos irritantes;</li> <li>- Evitar banhos com temperatura elevada.</li> </ul>	
<b>Tungíase</b>	Uma ou mais pápulas amareladas com pontos pretos centrais, pruriginosos; As áreas mais comuns são as extremidades (pés e mãos).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retirar tunga, sob assepsia local, com agulha estéril de calibre adequado para o tamanho da lesão e curativo local após retirada;</li> <li>- Verificar esquema vacinal da criança (principalmente antitetânica);</li> <li>- Solicitar avaliação médica, se infecção secundária.</li> </ul>	

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

## QUADRO 42 - MANEJO DAS PRINCIPAIS LESÕES DE PELE (B)

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p><b>Dermatite de fraldas*</b></p> <p><b>E</b></p> <p><b>Candidíase de fraldas</b></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; 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 rash.</p>	<p>Dermatite leve a moderada: - 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; 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>Miconazol tópico (aplicar na região de fralda, 8/8 horas até a resolução do quadro) ou outra apresentação de antifúngico tópico.</p> <p>Dermatite grave: ENCAMINHAR À AVALIAÇÃO MÉDICA <b>Candidíase:</b> mesmas orientações da dermatite, considerar uso miconazol 2% (na forma farmacêutica disponível) 8/8 horas até a resolução do quadro.</p> <p>Medidas de prevenção: - 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.</p>
<b>Pediculose</b>	<p>prurido no couro cabeludo; Identificação a olho nu do piolho adulto ou dos seus ovos (lêndeas).</p>	<p>Permetrina 1% loção**: - 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. O USO DA PERMETRINA É SEGURO ACIMA DOS 2 MESES DE IDADE, NÃO SENDO RECOMENDADO ANTES</p>
<b>Escabiose</b>	<p>Pápulas avermelhadas intensamente pruriginosas, acometendo principalmente áreas de aquecimento (axilas, virilhas, interdigitais, periumbilical, etc.), mas podendo acometer outras partes do corpo;</p> <p>Prurido intenso no corpo com piora à noite, principalmente.</p>	<p>Permetrina 5% loção**:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar no corpo inteiro (pescoço para baixo), deixar agir por 8 a 14 horas e enxaguar no banho;</li> <li>- Repetir a aplicação uma a duas semanas depois pode ser necessário, para maior efetividade;</li> <li>- Afastar a criança das atividades habituais até 24 horas após início do tratamento.</li> </ul> <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> <p><b><u>De acordo com a Sociedade Brasileira de pediatria, o uso da permetrina é seguro na gestação, durante a amamentação e em crianças a partir de 2 meses de vida.</u></b></p>

\*problema de pele comum do lactente;  
Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

### QUADRO 43 - MANEJO DAS PRINCIPAIS LESÕES DE PELE (C)

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Impetigo</b>	<p>Infeção 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar para avaliação médica.</li> <li>- Realizar limpeza e remoção de crostas com água e sabão 2 vezes ao dia;</li> <li>Acompanhar e investigar complicações e se piora ou febre, retornar à unidade.</li> </ul>
<b>Doenças exantemáticas</b>	<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. 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. Rubéola: exantema maculopapular róseo descendente que dura 3 a 5 dias. Geralmente são precedidos por quadro febril, o qual cessa espontaneamente; 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paracetamol gotas 1 gota/kg/dose de 6/6 horas se necessário ou</li> <li>- Dipirona 500 mg/ml (gotas) 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre.</li> </ul> <p><b>INDICADO PARA MAIORES DE 3 MESES</b></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"> <li>- Explicar a realização de banho com água e sabão neutro, à temperatura pouco menos que morna, a qual auxilia no controle do prurido;</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Síndrome mão-pé-boca</b>	<p>Doença de etiologia viral, de transmissão fecal-oral: 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"> <li>- Manter boa ingestão hídrica e adequada alimentação da criança;</li> <li>- Evitar bebidas cítricas e alimentos condimentados ou muito temperados;</li> <li>- Estimular medidas gerais de higiene, principalmente a lavagem das mãos;</li> <li>- Cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir;</li> <li>- Manter a higienização da casa, das creches e das escolas;</li> <li>- Evitar compartilhamento de itens pessoais, como colheres e copos, lavar com água e sabão após o uso;</li> <li>- Realizar interconsulta com médico para avaliar afastamento escolar em crianças febris, indispostas, com vesículas rompidas ou com sialorreia;</li> </ul> <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>
<b>Micose interdigital (tinea pedis e mannum)</b>	<p>Lesões descamativas úmidas entre os dedos ou nas plantas dos pés. Pode apresentar forma vesículo-bolhosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar e secar bem os pés;</li> <li>- Usar calçados abertos/sandálias;</li> <li>- Expor ao sol os sapatos fechados.</li> </ul> <p>- Se presença de lesões extensas ou infecção secundária, encaminhar para avaliação médica.</p>

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

## QUADRO 44 - MANEJO DAS PRINCIPAIS LESÕES DE PELE (D)

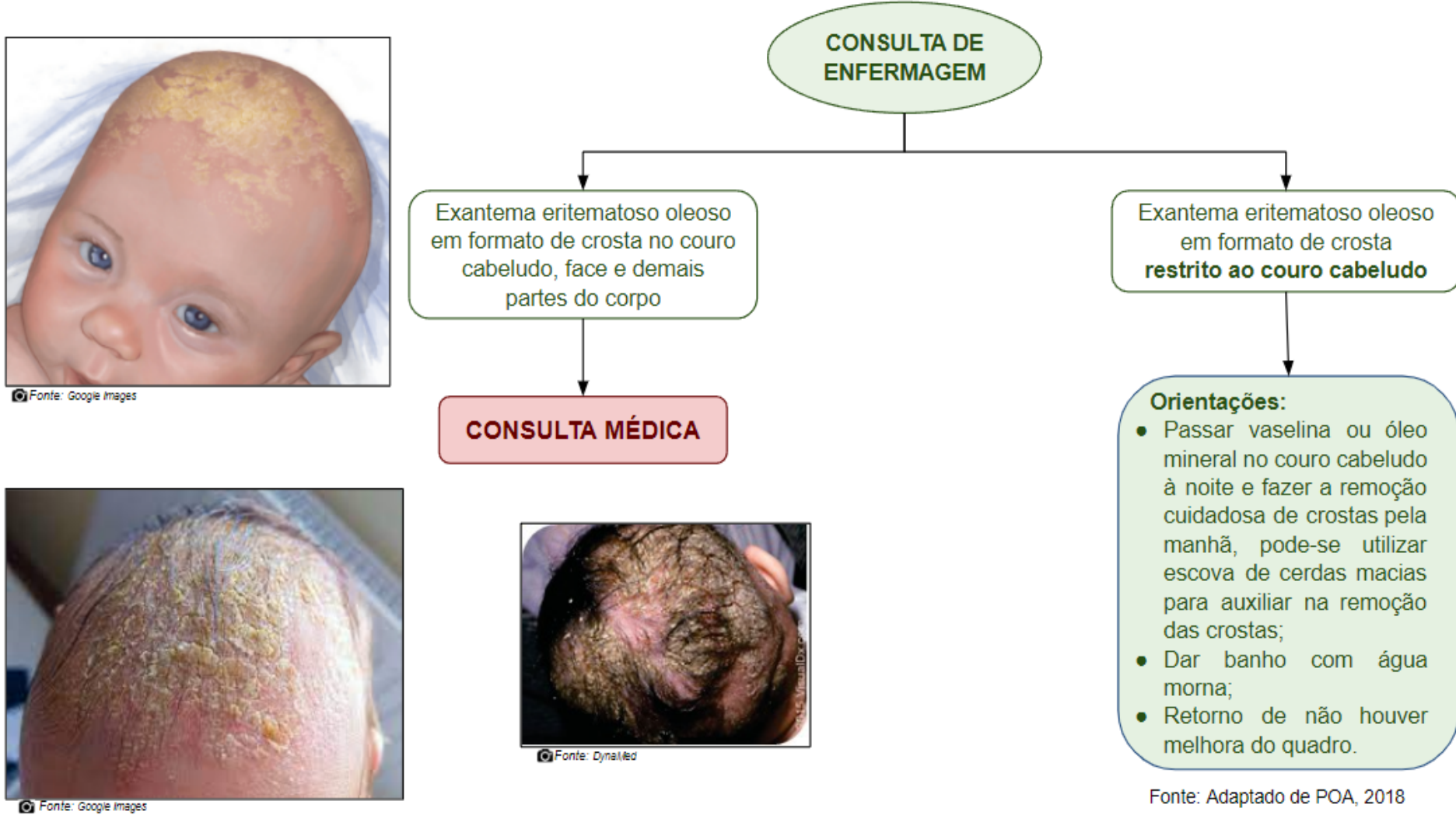
TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Micose (tinea corporis)</b>	Lesões circulares e pruriginosas, com descamação de crescimento lento e bordas elevadas, tendo como áreas mais comuns as axilas e região da virilha.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar para avaliação médica, se lesões extensas.</li> <li>- Evitar contato direto ou indireto com pessoas com sintomas;</li> <li>- Identificar e recomendar o tratamento de animais domésticos infectantes;</li> <li>- Lavar adequadamente roupas pessoais, de banho e de cama com água quente ou passar a ferro quente.</li> </ul>
<b>Alteração cutânea difusa por fungo</b>	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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar que as mudanças na pigmentação da pele normalmente persistem após o término do tratamento;</li> <li>- Explicar que o retorno à coloração normal leva meses após o término da terapia;</li> <li>- Orientar que o contato direto não transmite a lesão;</li> <li>- Explicar que as lesões não são decorrentes de má higiene.</li> <li>- ENCAMINHAR AVALIAÇÃO MÉDICA SE LESÕES EXTENSAS;</li> </ul>
<b>Paroníquia aguda</b>	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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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) (NÃO UTILIZAR EM MENORES DE 6 MESES e SUSPEITA DE DENGUE).</li> <li>Prescrever banhos de imersão do membro afetado em água morna e sabão por 10 a 15 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.</li> <li>Em caso de abscesso superficial no local, associado a desconforto importante, realizar incisão com agulha calibrosa, permitindo a drenagem passiva de exsudato purulento.</li> <li>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.</li> </ul>
<b>Larva Migrans (bicho geográfico)</b>	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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para crianças &gt;2 anos: Albendazol 10 a 15 mg/kg/dia (dose máxima de 800 mg/dia) por 3 dias. OU Ivermectina 6mg (200 microgramas/Kg dose única)</li> <li>Há contraindicação do uso em crianças menores de 2 anos; Para crianças &lt;2 anos: encaminhar para avaliação médica.</li> <li>- Aplicar compressas frias com gelo no local (alívio de sintomas);</li> <li>- Evitar andar descalço em áreas arenosas, sombreadas ou úmidas.</li> </ul>
<b>Miíase furunculoide (berne)</b>	Lesão nodular que surge com o desenvolvimento da larva, apresentando orifício central com secreção serosa; A lesão é dolorosa, com sensação de “ferroada/mordida”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocluir orifício com esparadrapo; - Retornar em 24 horas para retirada da larva com pinça, tomando o cuidado para não romper a mesma;</li> <li>- Encaminhar para imunização antitetânica ou completar esquema vacinal, se necessário;</li> <li>- Encaminhar para avaliação médica se presença de sinais infecciosos.</li> </ul>

Legenda:

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

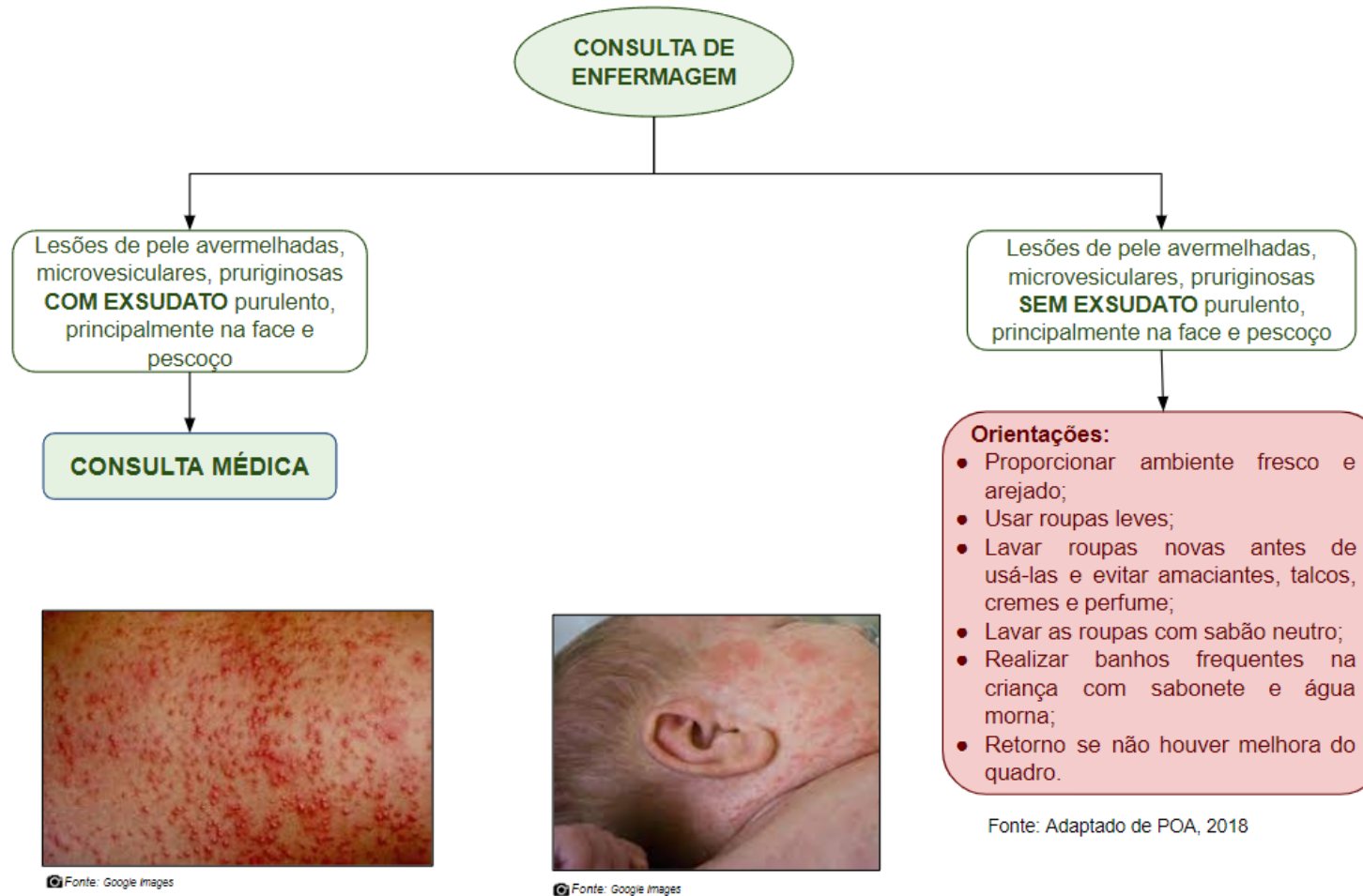
Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

## FLUXOGRAMA 16 - MANEJO DE DERMATITE SEBORRÉICA DO LACTENTE



Na criança, muitas vezes, a doença é autolimitada, reaparecendo somente na idade adulta. Pode ser tratada somente com o uso de emolientes leves.

## FLUXOGRAMA 17 - MANEJO DE MILIÁRIA (BROTOEJAS)



Como medida preventiva é preciso evitar usar muita roupa, principalmente em dias quentes. Se houver propensão à brotoeja evitar atividades que façam suar. Manter o ambiente fresco e arejado no verão assim como evitar banhos muito quentes também é uma dica. Sempre que possível, usar roupas de algodão ou fibra natural, roupas sintéticas costumam reter o calor e o suor.

## FLUXOGRAMA 18 – MANEJO DAS DERMATITES DE FRALDAS



Fonte: Google Images

CONSULTA DE  
ENFERMAGEM



Fonte: Google Images

- \* Deixar a criança sem fralda algumas horas;
- \* Lavar bem o local com água morna a cada troca de fraldas;
- \* Suspender o uso de lenços umedecidos, assim como produtos industrializados;
- \* Trocar frequentemente as fraldas, inclusive à noite. A higienização deve ser frequente mas não agressiva nem excessiva;
- \* Quando as fraldas forem de tecido, lavar com água e sabão neutro, enxaguar bem e evitar produtos perfumados;
- \* Usar cremes de barreira para prevenção;
- \* Retorno se não houver melhora do quadro.

Fonte: Adaptado de POA, 2018



Fonte: Google Images

O acompanhamento regular, através das consultas de puericultura são essenciais para avaliação deste bebê. Além dos cuidados com a higiene, o acompanhamento do desenvolvimento tanto psicossocial como em relação ao peso e estatura, devem ser observados por toda a equipe. É importante lembrar que qualquer suspeita de maus-tratos deve ser imediatamente investigado pela equipe e comunicado às autoridades competentes.

## FLUXOGRAMA 19 - MANEJO DA PEDICULOSE

### CONSULTA DE ENFERMAGEM

**COM** Infecção Secundária ou Presença de linfonodomegalias cervicais (ínguas no pescoço)

**CONSULTA MÉDICA**

#### Outras orientações importantes:

→ As roupas utilizadas pelo paciente nos últimos 2 dias, roupas de cama e toalhas devem ser lavadas com água quente ou passadas com ferro.

→ Pentes e escovas utilizados pelo paciente devem ser mergulhados em água quente por 5 a 10 minutos.

Acessórios que têm contato com o cabelo e que não podem ser lavados devem ser limpos e colocados em uma sacola plástica fechada por 2 semanas.

→ Os familiares e contactantes próximos devem ser examinados e tratados caso apresentem piolhos vivos ou lêndeas até 1 cm do couro cabeludo. De preferência, realizar o tratamento ao mesmo tempo que o paciente. Indivíduos que dividem a mesma cama com o paciente devem ser sempre tratados profilaticamente, mesmo que não apresentem piolhos ou lêndeas.

→ As principais causas de falha ao tratamento são: má adesão, uso incorreto do produto (por exemplo: utilizar o produto nos cabelos muito úmidos), quantidade insuficiente do produto caso, não retirada das lêndeas viáveis e reinfeção.

#### Infecção Secundária

As principais complicações da pediculose não tratada são consequências do ato de coçar. A coçadura provoca escoriações que, além de tornar o prurido mais intenso, podem provocar infecções de pele inicialmente localizadas como foliculite, impetigo ou celulite. Estas, caso não tratadas, podem, ainda que raramente, evoluir para infecções sistêmicas potencialmente graves. A presença de linfonodomegalias cervicais (ínguas no pescoço), no caso da pediculose do couro cabeludo, é outra complicação bastante comum resultante destas infecções secundárias da pele.

**SEM** Infecção Secundária

#### Orientações e Tratamento

- Prescrever permetrina 1% por 10 a 15 minutos, por 2 dias seguidos, repetir após 9 dias. **NÃO DEVE SER UTILIZADA EM CRIANÇAS MENORES DE 2 MESES.**
- Deve-se deixar o produto agir por 10 minutos e não deve-se lavar o cabelo nas próximas 24 a 48 horas após aplicação.
- Antes da aplicação do produto: realizar a lavagem dos cabelos com shampoo normal (não usar condicionador) e secar com auxílio de uma toalha. O produto deve ser aplicado nos cabelos quase secos até saturar e em todo couro cabeludo, não esquecendo de aplicar na nuca e atrás das orelhas.
- Remoção das lêndeas com pente fino;
- Tratar e investigar os contatos;
- Retorno se não houver melhora do quadro.

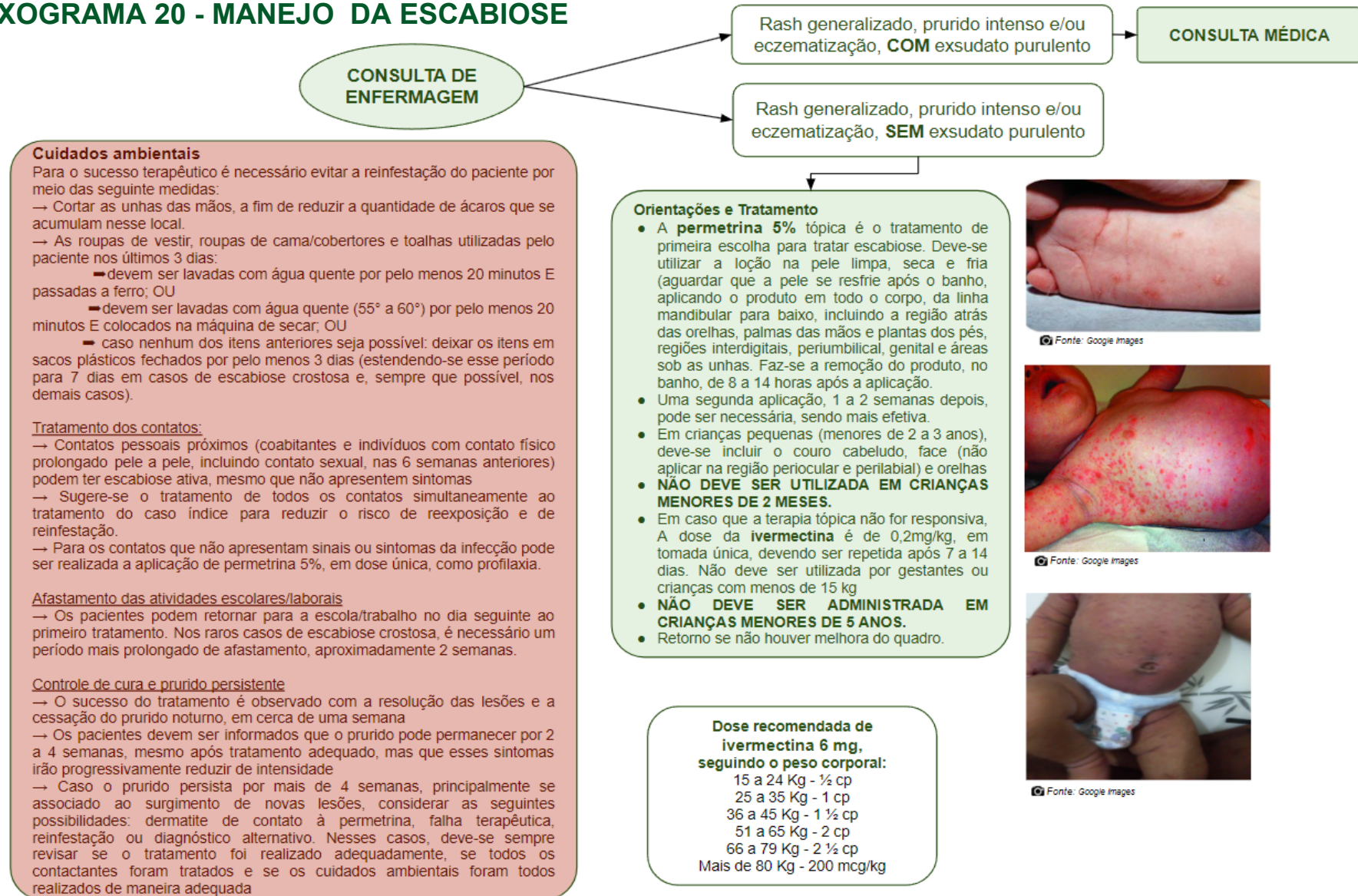


Fonte: Google Images



Fonte: Google Images

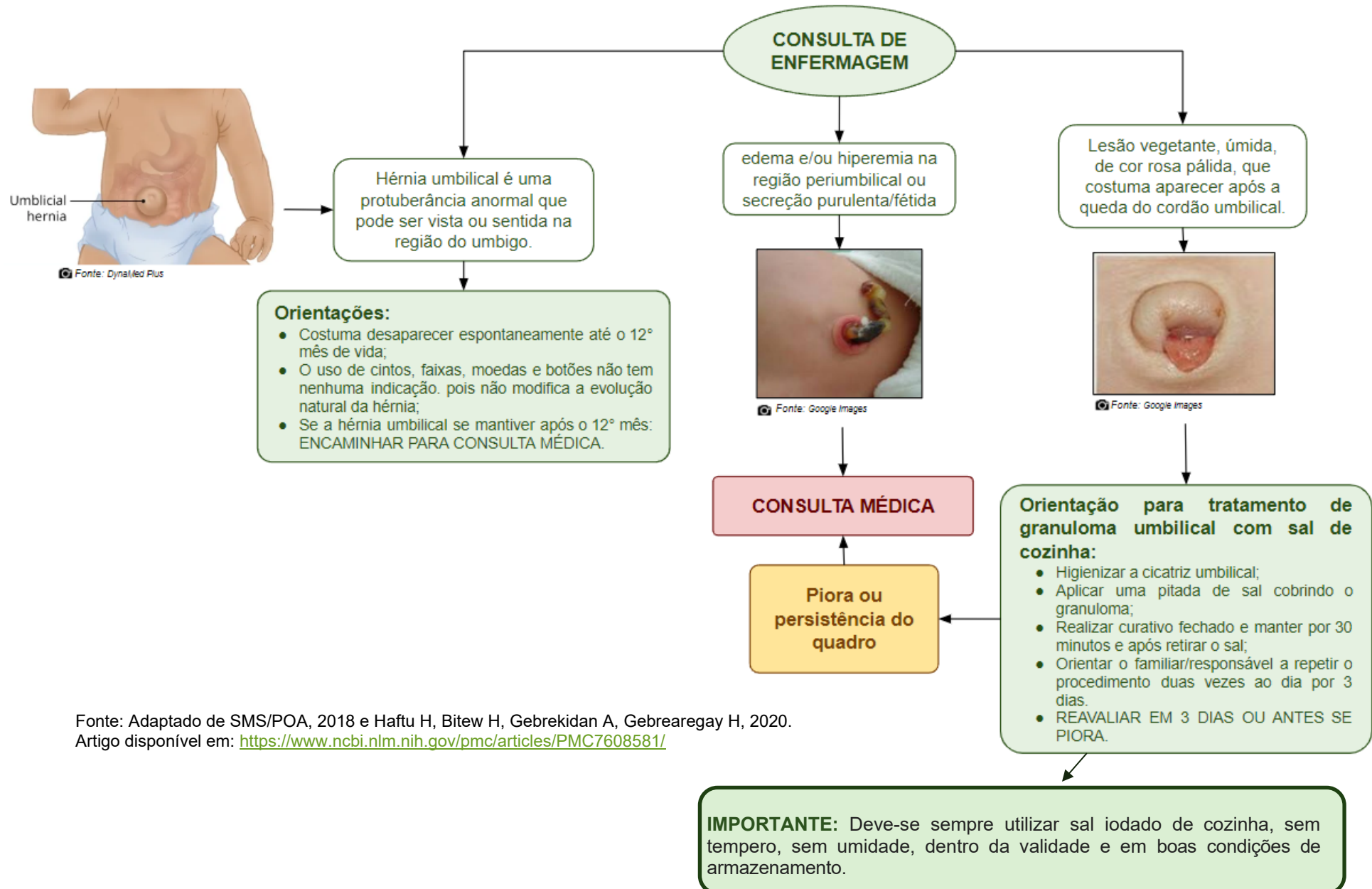
## FLUXOGRAMA 20 - MANEJO DA ESCABIOSE



Fonte: Adaptado de Telessaúde/RS, 2020 POA, 2018

Para orientações destinadas à população, pode-se acessar o material do Telessaúde/RS. Disponível em:  
[https://www.ufrgs.br/telessauders/wp-content/uploads/2023/01/materiais\\_pacientes\\_escabiose.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/wp-content/uploads/2023/01/materiais_pacientes_escabiose.pdf)

## FLUXOGRAMA 21 - MANEJO DAS ALTERAÇÕES DE UMBIGO



Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018 e Haftu H, Bitew H, Gebrekidan A, Gebrearegay H, 2020.  
 Artigo disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7608581/>

## 4.11. 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 45 - MANEJO DOS PROBLEMAS MAIS COMUNS DA BOCA

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
Integridade da membrana mucosa oral prejudicada; Conforto prejudicado; Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais; Dor aguda. Risco de infecção.		<b>Nanda-I ®</b>
Risco/presença de infecção; Alimentação prejudicada; Risco/presença de inflamação; Dor; Higiene da cavidade oral prejudicada.		<b>CIPE</b>
SD19 Sinais/sintomas dos dentes/gengivas D20 Sinais/sintomas da boca/língua/lábios D21 Problemas de deglutição		<b>CIAP2</b>
TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS SINAIS AO EXAME FÍSICO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Estomatite/ afta</b>	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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescrever tratamento de suporte com Paracetamol gotas 1 gota/kg/dose de 6/6 horas se necessário.</li> <li>- Manter escovação e higienização oral; - Manter higiene das mãos; - Evitar alimentos condimentados;</li> <li>- Verificar necessidade de afastar a criança da escola/creche, considerando o risco de disseminação viral.</li> </ul>
<b>Candidíase oral*</b>	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.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Manter higienização e escovação normalmente;</li> <li>- Limpar placas com gaze ou escova dental macia;</li> <li>- 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 10h e após 16h;</li> <li>- No caso de uso de chupetas, mamadeiras e afins, ferver os utensílios por 20 min pelo menos 1x/dia;</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

## 4.12. 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/RS, 2020-SC, 2018). No quadro abaixo, estão evidenciados pontos importantes para a consulta de enfermagem.

## QUADRO 46 - 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/RS, 2020.

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

## QUADRO 47 - 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: Adaptado de Coren/RS, 2020

## QUADRO 48 – REGISTRO DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

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.	<b>Nanda-I ®</b>
Ingestão nutricional prejudicada; Risco de desnutrição; Desconforto.	<b>CIPE</b>
B78 Anemia hemolítica hereditária B79 Outra malformação congênita do sangue/ linfática B80 Anemia por deficiência de ferro B82 Outras anemias NE B99 Outra doença do sangue/linfáticos/baço	<b>CIAP2</b>

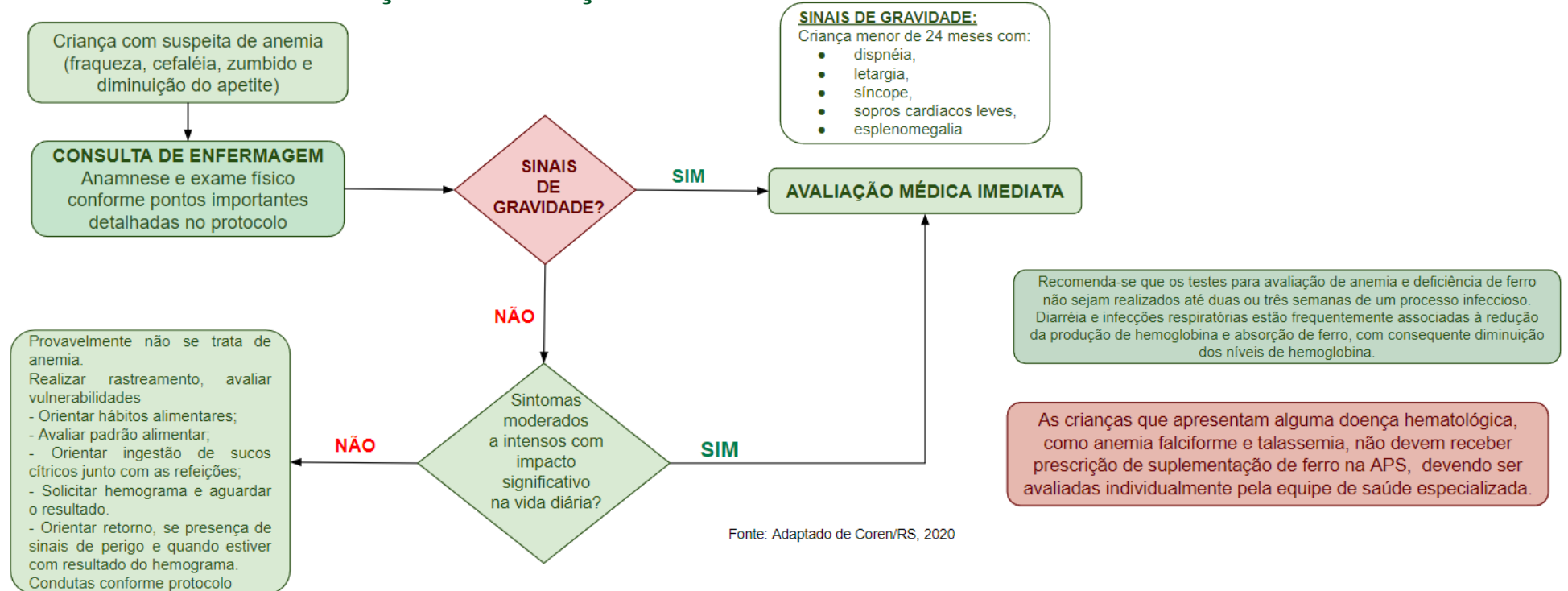
Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

### QUADRO 49 - CONDUITAS PARA O QUADRO DE ANEMIA APÓS CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL

TIPO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	SEGUIMENTO
<b>LEVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar à avaliação médica para tratamento (descartar outras causas de anemia);</li> <li>- Orientar o fracionamento da dose prescrita de sulfato ferroso em 2 a 3x/dia ou em dose única, antes das refeições;</li> <li>- Evitar ingestão de leite e chás junto com o ferro (diminuem a absorção);</li> <li>- Explicar importância do consumo de alimentos fontes de ferro heme (origem animal);</li> <li>- Explicar importância do consumo conjunto de alimentos com vitamina C ou A;</li> <li>- Atentar para fatores socioeconômicos (baixa renda e qualidade da alimentação).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar novo hemograma em 1 mês para confirmação do sucesso terapêutico;</li> <li>- Reavaliar em interconsulta com médico, se não houver restabelecimento dos valores normais;</li> <li>- Manter tratamento na mesma dose por mais 6 semanas para repor as reservas de ferro.</li> </ul>
<b>MODERADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar orientações alimentares;</li> <li>- Atentar para fatores socioeconômicos (baixa renda e qualidade da alimentação);</li> <li>- Encaminhar para consulta médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar seguimento com enfermeiro a partir do estabelecimento de valores compatíveis com “anemia leve”.</li> </ul>
<b>GRAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar para avaliação médica imediata.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar seguimento com enfermeiro a partir do estabelecimento de valores compatíveis com “anemia leve”.</li> </ul>

Fonte: Coren/RS, 2020.

### FLUXOGRAMA 22 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM SUSPEITA DE ANEMIA



## 5. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

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, 2018).

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-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, 2017).

Neste sentido, orienta-se seguir minimamente o roteiro de consulta de Enfermagem abordado neste protocolo. Além disso, deve-se atentar para as recomendações a seguir (SES/RS 2018):

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 constata 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, 2017).

Recomenda-se que a equipe de enfermagem, durante o atendimento ao adolescente, indague sobre a presença de situações de risco, tais como:

## 5.1. GUIA DA CONSULTA DO ADOLESCENTE NA APS

Segundo o Ministério da saúde (NOTA TÉCNICA Nº 2/2022-COSAJ/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS) o atendimento individual de adolescentes desacompanhados devem seguir as seguintes orientações :

<p><b>Atendimento individual de adolescentes desacompanhados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atender suas necessidades urgentes (fica a cargo do profissional solicitar a presença de outro membro da equipe para seu maior conforto e/ou discutir o caso posteriormente nos espaços próprios, nos termos do sigilo ético profissional);</li> <li>- Avaliar se o adolescente apresenta condições de discernir sobre a situação que motiva a sua procura;</li> <li>- Registrar no prontuário do adolescente a procura desacompanhada para fins de monitoramento da situação.</li> </ul>
<p><b>Atendimento individual de adolescentes que chegam acompanhados por pais e/ou responsáveis à Unidade Básica de Saúde:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar a possibilidade do atendimento desacompanhado, como estímulo positivo à autonomia e cidadania (se o contexto demonstrar pertinência).</li> <li>- Caso a sugestão não seja acolhida, o adolescente deve ser estimulado a participar ativamente, enquanto protagonista de seu próprio cuidado. Nesse caso, é importante não falar sobre o adolescente como se não estivesse presente ou permitir que seu protagonismo pareça menos importante.</li> </ul> <p>Todas as oportunidades com adolescentes devem ser bem exploradas para abordagem integral de sua saúde, inclusive atualização vacinal.</p>
<p><b>Atendimentos de seguimento:</b></p> <p>Na continuidade do cuidado, pode ser necessária a autorização dos pais ou responsáveis, situações diversas de impasse e/ou quando há indícios de violências, podem ser resolvidas com a participação do Conselho Tutelar (CT).</p>
<p><b>ORIENTAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES DESACOMPANHADOS (TelessaúdeRS e RS, 2018)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Criança (até 12 anos incompletos):</b> Deve ser acompanhada por responsável legal devido à sua limitada capacidade de entendimento e autonomia.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Adolescente (12 a 18 anos):</b> Pode ser atendido desacompanhado, com garantia de autonomia e direito ao sigilo, exceto em casos de risco à vida ou conforme previsto em lei.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Referências legais:</b> O Estatuto da Criança e do Adolescente e o Código de Ética Médica garantem o direito à confidencialidade, podendo ser rompido em situações de risco.</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Urgência/emergência:</b> A preservação da saúde do paciente tem prioridade.</li> </ul>

### Casos de quebra de sigilo:

Há casos em que a garantia da proteção passa pela quebra do sigilo, podendo haver constrangimento ocasionado pela revelação à família e/ou rede de proteção.

Nesses casos, explicar a decisão ao adolescente, oferecendo a ele a oportunidade de se preparar para o momento da comunicação, são casos de quebra de sigilo :

- BULLYNG

- Doenças graves, quadros depressivos, uso de álcool ,drogas ou outras substâncias químicas, autoagressão, ideações suicidas, fuga de casa

### São casos de comunicação com a família, Conselho Tutelar e/ou outros dispositivos da rede de proteção:

- Indícios de desamparo ou negligência: Quanto a isso é importante pontuar que a situação de atendimento desacompanhado, por si só, não deve ser confundida com estas violações quando demonstra ser resultado do desenvolvimento sadio da autonomia. Fatores como a idade, discernimento (capacidade de compreender sua situação de saúde e de expressar suas necessidades) e o próprio resultado da avaliação clínica devem ser considerados para determinar a conclusão da equipe;

- Suspeita ou confirmação de violência física, psicológica e situações de risco/violência intrafamiliar: Caso o adolescente esteja acompanhado

e seja considerado necessário, pode ser sugerido pelo profissional um momento a sós ou com outro membro da equipe e o adolescente, Nesse caso, a família é o agente causador de dano, anulando a etapa da comunicação familiar;

Violência sexual: TANTO quando há uma relação de poder explícita quanto em situação de envolvimento sexual consensual antes dos 14 anos (Código Penal, artigo 217-A). Nesses casos, deve ser feita comunicação também à autoridade policial;

Diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis ou parto, cuja idade gestacional indique que a gravidez ocorreu antes dos 14 anos completos (13 anos, 11 meses e 29 dias) e abortamento (ou tentativa).

**Para todas as situações de violência também se aplica a comunicação caso o adolescente ao invés de vítima, seja testemunha.**

Em todos esses casos também deverá ser realizada a notificação do caso no Sistema de Informação de Vigilância de Agravos de Notificação Compulsória (SISVAN), com exceção da situação de desamparo/negligência.

Importante destacar que a comunicação pode ser feita mesmo quando não é possível realizar avaliação multiprofissional/multidisciplinar e/ou psicossocial.

Não requer certeza da violação e é dever de cada profissional no exercício ético profissional, sendo inclusive, cabível responsabilização por omissão, caso não seja feita.

Segundo Secretaria Estadual Da Saúde/ Departamento De Ações Em Saúde Seção De Saúde Da Criança E Do Adolescente / NOTA TÉCNICA Nº: 01/2018, cabe ao adolescente:

-decisão livre e responsável sobre a própria vida sexual e reprodutiva;

-ao planejamento reprodutivo: escolha livre e bem informada do método contraceptivo para o exercício de uma vida sexual saudável e responsável – anticoncepcional oral ou injetável, diafragma, DIU, preservativos masculino/feminino e, se preciso, a contracepção de emergência (pílula do dia seguinte);

- 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, condição sorológica (HIV/AIDS) ou deficiência física ou mental;

## QUADRO 50 - IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE RISCO

<b>INSTABILIDADE FAMILIAR</b>	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?
<b>QUESTÕES PSICOSSOCIAIS</b>	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?
<b>VIOLÊNCIA</b>	Sofreu ou sofre algum tipo de violência?
<b>SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA</b>	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?
<b>DOENÇA CRÔNICA/ SOFRIMENTO CRÔNICO</b>	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?
<b>DIFICULDADES ESCOLARES</b>	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?

<b>FALTA OU FALHA NA IDENTIDADE DE GRUPO</b>	Sente-se com dificuldade para pertencer a algum grupo? Qual? Seu grupo chega a expor você a alguma situação de risco?
<b>SOLIDÃO</b>	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?
<b>IMPULSIVIDADE</b>	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?
<b>COMUNIDADE</b>	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?
<b>TRABALHO</b>	Sente que é obrigado a trabalhar? Sente-se explorado? Como são suas condições de trabalho? Sente prejuízo nos estudos por ter que trabalhar?
<b>PROJETO DE VIDA</b>	Você planeja seu futuro? Qual profissão pretende exercer? Você deseja fazer um curso profissionalizante e/ou superior?
<b>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.</b>	

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

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.

## 5.1. 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, 2017).

### 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, 2017).

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, 2017).

## QUADRO 51 – 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 prescindida 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: Adaptado de Coren/RS, 2020

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 52 - PROBLEMAS NO DESENVOLVIMENTO PUBERAL

ALTERAÇÃO	SEXO FEMININO	SEXO MASCULINO
<b>Puberdade precoce</b>	- surgimento de broto mamário (telarca) ou pelos pubianos/axilares (pubarca) antes de 8 anos de idade; ou - sangramento menstrual (menarca) antes de 9 anos de idade.	- aumento do volume testicular ( $\geq 4$ ml de volume ou $\geq 2,5$ cm no maior diâmetro) antes de 9 anos de idade; ou - pubarca antes de 9 anos de idade.
<b>Puberdade tardia</b>	- meninas: ausência de broto mamário (telarca) após os 13 anos de idade ou ausência de menarca	meninos: volume testicular inferior a 4 ml após os 14 anos de idade.
<b>Baixa estatura</b>	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.	
<b>Hirsutismo</b>	Trata-se do aparecimento anormal de pelos no corpo feminino, em quantidade excessiva. Investigar doenças endócrinas e ovários policísticos	Não se aplica
<b>Ginecomastia</b>	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.
<b>Micropênis</b>	Não se aplica.	- É um pênis de formato normal, porém com um comprimento menor do que 2,5 desvios padrão da média para idade ou estágio de desenvolvimento puberal.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020 e TelessaúdeRS,2018, e SBP [https://sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/8.Tamanho\\_do\\_penis.pdf](https://sbp.com.br/fileadmin/user_upload/8.Tamanho_do_penis.pdf)

## FIGURA 4 – ESTÁGIOS DA MATURAÇÃO SEXUAL DE MENINAS E MENINOS



Fonte: TelessaúdeRS, 2018

O pênis tem diversos tamanhos e formatos diferentes, não existindo um padrão considerado “ideal”. Existem gráficos e tabelas que mostram o tamanho do pênis do nascimento aos 18 anos.

Em caso de suspeita ou dúvida: **REALIZAR INTERCONSULTA OU ENCAMINHAR À AVALIAÇÃO MÉDICA NA UNIDADE**

## 5.2. 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)/ altura<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)], considerado bom indicador de magreza ou excesso ponderal na adolescência. Para acessar aos parâmetros, consultar A CALCULADORA **Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) DISPONÍVEL EM:** <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=7> (BRASIL, 2017). O quadro a seguir apresenta orientações, para promoção da alimentação saudável:

### QUADRO 53 - 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/tablet;
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: Coren/RS, 2020.

## 5.3. 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, 2017). Portanto, o enfermeiro deve estar atento às principais afecções, bem como às respectivas condutas, conforme descrito a seguir:

### QUADRO 54 - 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	<b>Nanda-I ®</b>
Risco/presença de infecção; Risco/presença de inflamação;	Dor; Dentição prejudicada; Risco/presença de Infecção da Membrana Mucosa Oral.	<b>CIPE</b>
D19 Sinais/sintomas dos dentes/gengivas D20 Sinais/sintomas da boca/língua/lábios A80 Lesão traumática NE	D82 Doença dos dentes/gengivas D83 Doença da boca/língua/lábios	<b>CIAP2</b>
TIPO DE LESÃO	O QUE É/ COMO SE MANIFESTA	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Cárie</b>	É uma doença transmissível, de determinação multifatorial, caracterizada pela presença de placa bacteriana.	- 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.

Fonte: adaptado de Coren/RS, 2020

## QUADRO 55 - MANEJO DE LESÕES BUCAIS (B)

TIPO DE LESÃO	O QUE É/ COMO SE MANIFESTA	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>Aftas</b>	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	- 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.
<b>Gengivite</b>	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.	A higiene bucal correta com escova e fio dental remove a placa bacteriana. - Explicar que a higiene bucal não deve deixar de ser realizada quando houver sangramento; - Encaminhar para avaliação odontológica.
<b>Halitose</b>	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.	- 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.
<b>Outras situações</b>	<b>- 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.</b>	

Fonte: adaptado de Coren/RS, 2020

## 5.4. 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, 2017).

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, 2017). 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.

## 5.5. ACESSO A DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PARA HIV/AIDS E SÍFILIS COM ACONSELHAMENTO PRÉ E PÓS-TESTE

### QUADRO 56 - 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 à sua vontade, assim como a divulgação do resultado a outras pessoas;
<b>Deve ser assegurado o acesso ao tratamento integral, bem como medidas de prevenção combinada.</b>	

Fonte: Coren/RS, 2020.

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 para 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.

## 5.6. PRÉ-NATAL/ PARTO/ PUERPÉRIO

- 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 2018) e no Protocolo de encaminhamento para obstetrícia (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 nutrízes 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.

## 5.7. 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 57 - 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
Z25 Ato ou acontecimento violento		CIAP2
SITUAÇÃO	O QUE É/ COMO SE MANIFESTA 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	A notificação é obrigatória e a comunicação aos serviços especializados é indispensável.	
<b>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;</b>		

Fonte: Adaptado Coren/RS, 2020

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 58 - SINAIS E INDÍCIOS DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA

<b>Indícios orgânicos</b>	Contusões corporais; queimaduras; ferimentos; fraturas mal explicadas; roupas rasgadas ou manchadas de sangue; hemorragias; infecções; presença de sêmen.
<b>Indícios na conduta do adolescente</b>	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*
<b>Indícios na conduta dos pais ou responsáveis</b>	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.

\*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.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

## 5.8. GRAVIDEZ EM DECORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA SEXUAL (SES/RS 2018; SES/RS 2019)

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, independentemente 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 2018; SES/RS 2019):

- 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 exprimir 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).

## 6. PRINCIPAIS AGRAVOS NA ADOLESCÊNCIA

### 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, 2017).

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, 2017). A seguir alguns aspectos importantes que devem ser abordados na consulta de enfermagem.

#### QUADRO 59 – REGISTRO DA CONSULTA DE CRIANÇA/ADOLESCENTE COM SOBREPESO/OBESIDADE

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM			TAXONOMIA
Interação social prejudicada; Isolamento social. Dinâmica alimentar ineficaz do adolescente;	Risco de sobrepeso; Sobrepeso; Baixa autoestima situacional/Risco de;	Obesidade; Ansiedade; Estilo de vida sedentário;	<b>Nanda-I ®</b>
Autoimagem negativa; Risco de/Obesidade; Ingestão nutricional prejudicada;	Autoestima negativa; Problema de peso corporal; Risco de isolamento social.		<b>CIPE</b>
T82 Obesidade T07 Aumento de peso T83 Excesso de peso	T02 Apetite excessivo T04 Problemas alimentares de lactente/criança T29 Sinais/Sintomas endocrinológicos/ metabólicos/nutricionais, outros		<b>CIAP2</b>
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 internações 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: Adaptado Coren/RS, 2020.

### 6.2. ANOREXIA NERVOSA

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

## QUADRO 60 - 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
P86 Anorexia nervosa, bulimia P11 Problemas de alimentação da criança T03 Perda de apetite	T08 Perda de peso T04 Problemas alimentares de lactente/criança T29 Sinais/Sintomas endocrinológicos/ metabólicos/nutricionais, outros	CIAP2
O QUE É/COMO SE MANIFESTA	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restrição da ingestão de alimentos resultando em peso corporal significativamente baixo (percentil -3);</li> <li>- Intenso medo de ganhar peso e engordar;</li> <li>- Distorção da imagem corporal, como sentir-se gordo, quando, na verdade, está muito magro;</li> <li>- Amenorreia é uma das principais características da anorexia nervosa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- Conhecer a estrutura familiar e de suporte social;</li> <li>- Acionar serviços da Rede de Atenção Psicossocial disponíveis no território.</li> </ul>	

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

### 6.3. BULIMIA

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

## QUADRO 61 - 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
P86 Anorexia nervosa, bulimia] P11 Problemas de alimentação da criança	T03 Perda de apetite T08 Perda de peso	T04 Problemas alimentares de lactente/criança T29 Sinais/Sintomas endocrinológicos/ metabólicos/nutricionais, outros	CIAP2
O QUE É/ COMO SE MANIFESTA	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Episódios de ingestão excessiva de alimentos, com sensação de perda de controle (às vezes em períodos de duas horas, ingerem quantidades consideradas muito grandes);</li> <li>- A ingestão excessiva é compensada por comportamento de expurgo (vômitos autoinduzidos, laxantes ou diuréticos);</li> <li>- Insatisfação com a forma do corpo e com o peso;</li> <li>- O adolescente pode ser eutrófico ou até mesmo apresentar sobrepeso;</li> <li>- Sintomas depressivos acompanham a bulimia;</li> <li>- Comem mais que o habitual várias vezes na semana, perdendo o controle da quantidade ingerida;</li> <li>- Após as refeições ficam longos períodos no banheiro provocando vômitos;</li> <li>- Apresentam risco de vida durante estes surtos devido aos distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básicos desencadeados pelos vômitos, uso de laxantes e diuréticos.</li> </ul>	<p><b>Questionar ao adolescente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Você está satisfeito com seus padrões de alimentação?</li> <li>- Você já comeu em segredo?</li> <li>- 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;</li> <li>- Acionar serviços da Rede de Atenção Psicossocial disponíveis no território.</li> </ul>		

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

## 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, 2017):

- 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 62 - 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
S96 Acne S01 Dor/sensibilidade dolorosa da pele	S21 Sinais/sintomas da textura da pele S29 Sinais/sintomas da pele, outros	CIAP2
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar não manipular a face com as mãos sujas nem “cutucar” as lesões;</li> <li>- Evitar o uso de maquiagem e cremes comedogênicos;</li> <li>- Indicar cremes de maquiagem com base aquosa;</li> <li>- Cuidar a exposição excessiva ao sol;</li> <li>- Usar bloqueadores solares não gordurosos;</li> <li>- Usar sabões neutros ou produtos específicos de limpeza facial;</li> <li>- Controlar a ansiedade e fatores precipitantes;</li> <li>- Explicar que não há evidências de que a dieta tenha influência na acne, portanto, restrições alimentares não são indicadas.</li> <li>- Encaminhar para consulta médica, se houver necessidade de tratamento medicamentoso.</li> </ul>		

Fonte: Coren/RS, 2020.

## 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 63 - 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
P22 Sinais/Sintomas relacionados ao comportamento da criança P23 Sinais/Sintomas relacionados ao comportamento do adolescente	CIAP2
CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Propor trabalho em conjunto com a escola, através de formação de grupos, promovendo a participação da família/responsáveis;</b></li> <li>- <b>Utilizar os encontros das atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE) para debater o tema;</b></li> <li>- <b>Discutir, durante atividades em grupo, questões relacionadas ao bullying, suas implicações no universo escolar e, conseqüentemente, na sociedade;</b></li> <li>- <b>Manter cuidado compartilhado com a Rede de Atenção Psicossocial.</b></li> </ul>	

Fonte: Coren/RS, 2020.

## 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 conseqüências 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 64 - MANEJO DO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

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.	<b>Nanda-I ®</b>
Abuso de drogas presente; Comportamento desorganizado; Personalidade comprometida; Humor comprometido;	Déficit de autocuidado; Sintoma de abstinência; Dificuldade de enfrentamento; Vínculo prejudicado.	<b>CIPE</b>
P18 Abuso de medicação	P19 Abuso de drogas	<b>CIAP2</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 os membros da família (inquietação, irritabilidade, ansiedade); - Necessidade cada vez maior de dinheiro; - Queda de rendimento escolar; - Manifestações de depressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorecer a formação de vínculos e o exercício do cuidado, proporcionando segurança e tranquilidade para que adolescentes e suas famílias</li> <li>- Favorecer a presença de uma referência adulta para o adolescente e o desenvolvimento de um projeto de vida;</li> <li>- Informar sobre os tipos de drogas e as consequências de seu consumo, visando a capacidade de autocrítica no adolescente;</li> <li>- 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;</li> <li>- Pensar em estratégias para a distribuição do horário escolar e tempo livre, no intuito de aproveitar as atividades recreativas saudáveis;</li> <li>- 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;</li> <li>- Propor grupos juvenis que estimulem a troca de experiências;</li> <li>- 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</li> </ul>	

**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**

## 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, 2017).

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, 2017). O quadro abaixo demonstra alguns fatores de risco:

### QUADRO 65 - FATORES DE RISCO PARA SUICÍDIO

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

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

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 66 - MANEJO NA IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS PARA O RISCO DE SUICÍDIO

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM			TAXONOMIA
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.	<b>Nanda-I ®</b>
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.	<b>CIPE</b>
P02 Reação aguda ao estresse P03 Tristeza/sensação de depressão	P22 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente	P27 Medo de perturbações mentais	<b>CIAP2</b>
SINAIS E SINTOMAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA SUICÍDIO		CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
<b>Individuais</b>	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"> <li>- Promover um ambiente acolhedor de apoio;</li> <li>- Considerar sob risco extremo adolescentes que ingerem substâncias que acreditam ser potencialmente letais;</li> <li>- Avaliar em equipe a necessidade de encaminhar para serviço de referência da rede, sempre observando a importância de manter acompanhamento em conjunto com a APS;</li> <li>- Promover ações nas escolas do território sobre esta temática;</li> <li>- Orientar os responsáveis a supervisionar o acesso a conteúdo relacionado ao suicídio na mídia;</li> <li>- Promover apoio da família e da comunidade ao adolescente;</li> <li>- Incentivar crenças culturais e religiosas que desencorajam o suicídio;</li> <li>- Desenvolver junto ao adolescente maneiras de resolver conflitos de modo positivo.</li> </ul>	
<b>Expressão de ideias ou de intenções suicidas</b>	"Vou desaparecer." "Vou deixar vocês em paz." "Eu queria poder dormir e nunca mais acordar". "Quem me dera nunca ter nascido".		
<b>O aparecimento ou agravamento de problemas de conduta ou de manifestações verbais</b>	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.		
<b>Familiares</b>	Dissociação familiar, relacionamento desarmônico entre os pais, comunicação comprometida com a família, falta de apoio dos pais e violência na família.		
<b>Sociais</b>	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 de Coren/RS, 2020.

## 7. 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.
- 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>
- 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 Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- 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, 2011.
- 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, 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](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Quadros de Procedimentos: Aidpi Criança: 2 Meses a 5 Anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 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 (versão Preliminar). Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- 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, 2012.
- 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, 2017.
- 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, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 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, 2019. 265 p. Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_da\\_crianca\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022\\_isbn-1.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes Metodológicas: Sistema GRADE. Manual de Graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_metodologicas\\_sistema\\_grade.pdf](https://bvsmms.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, 2018. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças diarreicas agudas. Ministério da Saúde. Brasília, 20 de dezembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - SAÚDE DA CRIANÇA. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021. 72 p.: il. Disponível em: [https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/notatecnica\\_crianca-1-1.pdf](https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/notatecnica_crianca-1-1.pdf)

ARVALHO, 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.

Centers for Disease Control and Prevention. Parasites: soil-transmitted helminths [Internet]. Georgia: CDC; 2022 [citado 8 de janeiro de 2024]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/parasites/sth/>

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: <https://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687>

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](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html)

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](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html)

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 DE MATO GROSSO DO SUL. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à saúde da criança. Campo Grande, MS: Coren-MS, 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária: Módulo 4 – Atenção à saúde da Criança à saúde da criança. Curitiba, PR: Coren-PR, 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde: Saúde da criança e do adolescente. Porto Alegre, RS. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. Parecer N° 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/docs/Legislacoes/legislacao\\_5b25db5b0fcd21efbe3ba956db6e4211.pdf](https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/Legislacoes/legislacao_5b25db5b0fcd21efbe3ba956db6e4211.pdf)

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

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

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/inicialdeSHAZO>, 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.wolterskluwer.com/en/solutions/uptodate>

GRADE WORKING GROUP. The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, 2014. Disponível em: <https://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.

KEMPER, Alex R. et al. Clinical practice guideline revision: management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. **Pediatrics**, v. 150, n. 3, 2022. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/150/3/e2022058859/188726/Clinical-Practice-Guideline-Revision-Management-of?autologincheck=redirected>

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>.

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, 2018. 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.

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

MONCADA, P. A.; MONTTOYA, 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.

PORTO ALEGRE, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Porto Alegre. Protocolo de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde: Saúde da Criança de 0 a 12 anos. Porto Alegre, RS. 2018.

PORTO ALEGRE, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Porto Alegre. REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Porto Alegre). Porto Alegre, RS. 2024. Disponível em: [https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu\\_doc/cartadeservicos/REMUME%202024.pdf](https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/cartadeservicos/REMUME%202024.pdf)

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde. Departamento de Planejamento em Saúde. Coordenadoria de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente. Protocolo de atenção integral à saúde da criança e do adolescente: alimentação e nutrição. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2022. 67 p

RIO GRANDE DO SUL, Governo do estado. Secretaria Estadual de Saúde. NOTA TÉCNICA 01/2019 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 2 ANOS NA ATENÇÃO BÁSICA. Disponível em: <https://atencobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/18161725-nota-tecnica-saude-da-crianca.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Obesidade na Infância e Adolescência: Manual de Orientação. Departamento Científico de Nutrologia, 3ª ed. – São Paulo, 2019. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Manual\\_de\\_Obesidade\\_-\\_3a\\_Ed\\_web\\_compressed.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual_de_Obesidade_-_3a_Ed_web_compressed.pdf)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Parasitoses intestinais: diagnóstico e tratamento. Departamentos Científicos de Gastroenterologia e Infectologia, N°7 – São Paulo, 2020. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22207d-GPA\\_-\\_Parasitoses\\_intestinais\\_-\\_diagnostico\\_e\\_tratamento.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22207d-GPA_-_Parasitoses_intestinais_-_diagnostico_e_tratamento.pdf)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Consenso sobre anemia ferropriva: atualização: destaques 2021, N°2 – São Paulo, 2021. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/23172c-Diretrizes-Consenso\\_sobre\\_Anemia\\_Ferropriva.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23172c-Diretrizes-Consenso_sobre_Anemia_Ferropriva.pdf)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, TELESSAÚDERS. Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde. Como tratar parasitoses intestinais em crianças? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 08 jan. 2024. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/como-tratar-parasitoses-intestinais-em-criancas/>

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Qual o tratamento para escabiose (sarna)? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 14 Set. 2018. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-o-tratamento-para-escabiose-sarna/>.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Qual o tratamento para pediculose (piolho)? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; Dez 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/pediculose/>.

WONG, Ronald J.; BHUTANI, Vinod K. Unconjugated hyperbilirubinemia in neonates: Risk factors, clinical manifestations, and neurologic complications, 2023.

World Health Organization. Soil-transmitted helminthiases [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/soil-transmitted-helminthiases>.

Haftu H, Bitew H, Gebrekidan A, Gebrearegay H. The Outcome of Salt Treatment for Umbilical Granuloma: A Systematic Review. Patient Prefer Adherence. 2020 Oct 30;14:2085-2092. doi: 10.2147/PPA.S283011. PMID: 33154632; PMCID: PMC7608581. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7608581/>

# ANEXOS



**Prefeitura de  
Porto Alegre**  
SECRETARIA DE SAÚDE



## ANEXO 1 – QUADRO SEGUIMENTO DA CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA OU EXPOSTA À SÍFILIS MATERNA

Os Seguintes pontos devem ser levados em consideração durante o seguimento clínico e laboratorial da sífilis congênita ou expostas à sífilis materna na Atenção Primária:

▶ Se dúvida no diagnóstico, realizar interconsulta com médico (a), demais profissionais da equipe e/ou ligar 0800 644 6543.
▶ Realizar consultas ambulatoriais mensais até o 6° mês de vida e consultas bimestrais do 6° ao 12° mês.
▶ Realizar teste não treponêmico com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento após dois exames não treponêmico consecutivos e negativos.
▶ Diante da elevação do título do teste não treponêmico (ex.: VDRL) ou da não negatificação até os 18 meses de idade, encaminhar para consulta médica, reavaliar a criança exposta e proceder ao tratamento.
▶ Se observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder à repetição dos exames imunológicos, ainda que fora do período acima previsto
▶ Encaminhar via Gercon para acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico as crianças com diagnóstico de sífilis congênita semestralmente, por dois anos. Em crianças cujo resultado de LCR tenha se mostrado alterado, deve-se fazer uma reavaliação líquórica a cada 6 meses, até normalização dos padrões.
▶ Teste de orelhinha normal não afasta a necessidade da solicitação de exames específicos para avaliar surdez do oitavo par craniano.
▶ Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, quanto à dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocar a criança para reavaliação clínico-laboratorial e reiniciar o tratamento.

Fonte: Adaptado de PCDT IST, 2022

## ANEXO 2 – ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO:

### QUADRO 67 - DIFICULDADES E MANEJO NO ALEITAMENTO MATERNO(A)

DIFICULDADES	MANEJO
<b>Mamilos planos ou invertidos</b>	Promover confiança e empoderar a mãe. Auxiliar a mãe com a pega. Mostrar a mãe manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, como simples estímulo (toque) do mamilo, compressas frias nos mamilos e sucção com bomba manual ou seringa de 10ml ou 20 ml adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada). Esta condição deve ser preparada antecipadamente nas consultas de pré-natal.
<b>Produção Insuficiente de leite</b>	A queixa de “pouco leite” ou leite fraco deve ser sempre valorizada, pois se não manejada de forma adequada pode levar ao desmame precoce. Aumentar a frequência das mamadas. Oferecer as duas mamas em cada mamada. Massagear a mama durante as mamadas ou ordenha. Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas. Trocar de mama várias vezes em uma mamada se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente. Após a mamada, ordenhar o leite residual. Evitar o uso de mamadeiras, chupetas e bicos de silicone. Consumir dieta balanceada. Ingerir líquidos em quantidade suficiente (lembrar que líquidos em excesso não aumentam a produção de leite, podendo até diminuí-la). Repousar, na medida do possível. Porém, o melhor indicativo de que a criança não está recebendo volume adequado de leite e a constatação, por meio do acompanhamento de seu crescimento, de que ela não está ganhando peso adequadamente.
<b>Bebê que não suga ou tem sucção débil</b>	A mãe deve ser orientada a esvaziar a sua mama cinco vezes ao dia por meio de ordenha manual ou por bomba de extração de leite, isso garantirá a continuidade da síntese de leite, além de permitir que o bebê seja alimentado com o leite ordenhado até que ele possa retirar o leite da mama por sucção com o copo.
<b>Ingurgitamento Mamário</b>	Ordenha manual da aréola antes da mamada, se ela estiver tensa, para que fique macia, facilitando, assim, a pega adequada do bebê e o esvaziamento da mama. Mamadas frequentes, sem horários preestabelecidos (livre demanda). Massagens delicadas das mamas, com movimentos circulares, principalmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento.
<b>Bloqueio de ductos lactíferos</b>	Para desbloquear um ducto bloqueado, recomenda-se: Mamadas frequentes, utilização de distintas posições para amamentar, oferecendo primeiramente a mama afetada, com o queixo do bebê direcionado para a área afetada, o que facilita a retirada do leite da área comprometida. Calor local (compressas mornas) e massagens suaves na região atingida, na direção do mamilo, antes e durante as mamadas.
<b>Abcesso Mamário</b>	O abcesso mamário é causado por mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. É comum após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite sem o esvaziamento adequado do leite por ordenha. A puérpera deve ser encaminhada para avaliação médica na Unidade de Saúde.
<b>Mastite</b>	A amamentação nestes casos está indicada, pois não oferece riscos ao recém-nascido a termo. No entanto algumas mulheres não conseguem amamentar pela dor. Nesses casos, recomenda-se a retirada do leite por ordenha manual ou com o auxílio de bomba de extração de leite e oferta do leite com o copo. A antibioticoterapia é indicada quando houver sintomas mais graves como: fissura mamilar e ausência de melhoras dos sintomas após 12 a 24 horas da remoção efetiva do leite acumulado. O <i>Estafilococos Aureus</i> é a bactéria mais encontrada nas mastites infecciosas. Se necessário prescrever cefalexina 500mg via oral a cada 6 horas por no mínimo 10 a 14 dias, pois tratamentos mais curtos apresentam alta incidência de recidiva. Analgésicos ou anti-inflamatórios são indicados para alívio da dor preferencialmente ibuprofeno* 600mg ou paracetamol 500mg. O Suporte emocional para a mãe é muito importante e muitas vezes é negligenciado, pois a condição muito dolorosa, com comprometimento do estado geral. Orientar repouso da mãe, aumento da ingestão de líquidos, compressas mornas para facilitar a liberação do leite e uso de sutiã bem firme.
<b>Excesso de leite (hiperlactação)</b>	Para as mulheres com reflexo de ejeção de leite muito forte, ordenhar um pouco de leite antes da mamada, até que o fluxo diminua, geralmente é suficiente no manejo do problema. Amamentar deitada de costas (ou pelo menos reclinada) ou segurar a mama com os dedos perto da aréola durante as mamadas também pode auxiliar no manejo dessa condição.

Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018 - \* Não usar em menores de 6 meses de idade e suspeita de dengue.

## CONSIDERAÇÕES SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

### Tempo de mamada

Cada bebê tem seu próprio ritmo de mamar e ele deve ser respeitado. Deixe seu filho mamar até que fique satisfeito.

- **Não tenha pressa. Durante a mamada, converse, faça carinho e dê atenção a ele.**
- Depois da mamada, coloque-o na posição vertical, para arrotar.
- Alimente-se bem, descanse, **evite bebidas alcoólicas, cigarro e outras drogas.**
- **Faça uma alimentação saudável e completa e tome líquidos em quantidade suficiente para saciar a sede.** Sempre que se sentar para amamentar, lembre-se de ingerir líquidos.
- Algumas doenças podem ser transmitidas pelo leite materno. **Por isso, não é recomendado que outra mulher amamente seu filho, mesmo que seja da família.**
- Para evitar uma nova gravidez, procure orientação no serviço de saúde.

### Quantidade e qualidade do leite materno

Todo leite materno é forte e bom. A cor do leite pode variar, mas ele nunca é fraco. O ato de sugar é o maior estímulo à produção: quanto mais seu filho suga, mais leite você produz. Se você acha que está com pouco leite, procure orientação no serviço de saúde.

Após a mamada, se você perceber que ele está satisfeito, mas ainda tem muito leite, você pode doar a um banco de leite humano e ajudar outros bebês. Informe-se sobre essa doação nos serviços de saúde ou nos locais abaixo:

O leite do início da mamada tem mais água e mata a sede, e gradualmente passa a ter mais gordura, satisfaz a fome e faz o bebê ganhar peso.

### Dificuldades na Amamentação

Pequenos problemas podem causar muito desconforto na hora das mamadas. Para evitá-los, retire um pouco do leite antes de cada mamada para amaciar a mama e facilitar a pega do bico do peito pelo bebê.

As **rachaduras no bico do peito** podem ser um sinal de que é preciso melhorar o jeito do bebê de pegar o peito. **Se o bico do peito rachar, você pode passar seu próprio leite na rachadura.** Quando as mamas ficam empedradas, é preciso esvaziá-las o máximo possível. Para isso, você deve aumentar a frequência das mamadas, realizando-as sem horários fixos, inclusive à noite. Se, mesmo depois de você tomar os cuidados necessários, as mamas não melhorarem ou piorarem, **procure imediatamente** a ajuda de um profissional do serviço de saúde. Outra opção para buscar apoio é um **banco de leite humano**.

## BANCOS DE LEITE HUMANO EM PORTO ALEGRE



1. Hospital Materno Infantil Presidente Vargas: 3289-3334
2. Santa Casa de Misericórdia: 3214-8284
3. Hospital Clínicas de Porto Alegre: 3359-8161
4. Hospital Fêmina: 3314-5362/3314-5353



## ANEXO 3 – QUADRO ITENS A SEREM OBSERVADOS DURANTE A MAMADA

Todo o profissional de saúde que presta assistência a mães e bebês deve saber observar de forma crítica a amamentação, atentando para os itens abaixo:	
POSIÇÃO CORRETA	PEGA CORRETA
· A mãe deve estar em posição confortável, (posição tradicional é a sentada) com as costas e os pés bem apoiados	A boca do bebê deve ficar bem aberta (se necessário, estimular o bebê a abrir a boca tocando o seu queixo ou seus lábios com o dedo ou mamilo
· O bebê deve estar de frente para o corpo de sua mãe	Vê-se mais a aréola acima do lábio inferior do bebê.
· Barriga com barriga (mãe/bebê)	· O bebê abocanha parte da aréola
· Cabeça e corpo do bebê alinhados em linha reta	O queixo do bebê fica muito próximo ou toca o peito da mãe
A mãe não deve sentir dor nos mamilos durante as mamadas	Os lábios do bebê devem estar voltados para fora, como uma “boca de peixe”
· A face do bebê deve voltar-se para o seio, o nariz ou o lábio superior em frente ao mamilo	· Se necessário, puxar o queixo do bebê para baixo, com o dedo indicador, fazendo com que a boca abra mais e o lábio inferior esteja virado para fora
· O bebê deve ser levado ao seio, não o contrário	· O bebê suga, faz uma pausa e suga novamente
· Corpo do bebê apoiado e bem aninhado	· A mãe pode ouvir o bebê deglutir

Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018.

## ANEXO 4 – PRINCIPAIS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS DA INFÂNCIA

CAUSA	SINAIS E SINTOMAS	CONDUTA	PRECAUÇÕES	OBSERVAÇÕES
<p><b>Sarampo</b></p>  <p><small>Fonte: Google Images</small></p>	<p>Sintomas iniciais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– febre acompanhada de tosse;</li> <li>– irritação nos olhos;</li> <li>– nariz escorrendo ou entupido;</li> <li>– falta de apetite;</li> <li>– mal-estar intenso.</li> </ul> <p>Nesse período podem ser observadas, na parte interna das bochechas, manchas brancas que são características da doença.</p> <p>Em 3 a 5 dias, podem aparecer outros sinais e sintomas, como manchas vermelhas no rosto e atrás das orelhas que, em seguida, se espalham pelo corpo. Após o aparecimento das manchas vermelhas, a persistência da febre é um sinal de alerta e pode indicar gravidade, principalmente em crianças menores de 5 anos de idade.</p>	<p>Não existe tratamento específico para a infecção por sarampo. O uso de antibiótico é contraindicado, exceto se houver indicação médica pela ocorrência de infecções secundárias. Para os casos sem complicação, devem-se manter a hidratação e o suporte nutricional, e diminuir a hipertermia.</p> <p>Muitas crianças necessitam de quatro a oito semanas para recuperar o estado nutricional. Os medicamentos são utilizados para reduzir o desconforto provocado pelos sintomas da doença.</p> <p>Importante manter a hidratação e suporte nutricional com incentivo ao aleitamento materno e higiene adequada dos olhos, da pele e das vias aéreas superiores.</p> <p>As complicações bacterianas do sarampo devem ser tratadas especificamente.</p> <p>Notificação Compulsória IMEDIATA</p>	<p>Evitar, principalmente a frequência às escolas ou creches, agrupamentos ou qualquer outro contato com pessoas suscetíveis (não vacinadas) até 4 dias após o início do período exantemático.</p>	<p><b>Período de Incubação:</b> Geralmente de 10 dias, podendo variar entre 7 e 18 dias, desde a exposição até o aparecimento da febre, cerca de 14 dias até o início do exantema.</p> <p><b>Período de transmissibilidade:</b> 4 a 6 dias antes do exantema e dura até 4 dias após seu aparecimento.</p>
<p><b>Varicela</b></p>  <p><small>Fonte: Google Images</small></p>	<p>Caracteriza-se por lesões que progridem de mácula para pápula, vesícula, pústulas e crostas.</p> <p>Podem ser pruriginosas, com ou sem febre.</p> <p>Distribuição das lesões inicia na face, couro cabeludo ou tronco.</p>	<p><b>Tratamento sintomático</b></p> <p>Orientar: cuidados higiênicos; evitar que a criança coce o local</p> <p>No tratamento da catapora, em geral, são utilizados analgésicos e antitérmicos para aliviar a dor de cabeça e baixar a febre.</p> <p>Caso seja necessária prescrição de anti-histamínicos, deve-se realizar interconsulta ou encaminhar à avaliação médica</p> <p>Para diminuir a coceira, o ideal é fazer compressa de água fria. As vesículas não devem ser coçadas e as crostas não devem ser retiradas. Para evitar que isso aconteça, as unhas devem ser bem cortadas.</p> <p>A medicação a ser ministrada deve ser orientada por profissionais de saúde, pois o uso de analgésicos e antitérmicos à base de ácido acetilsalicílico é contraindicado e pode provocar problemas graves.</p> <p>Notificação compulsória semanal.</p>	<p>Afastar da escola/creche a criança por até 10 dias após o aparecimento dos sintomas ou até todas as lesões cutâneas estarem crostosas.</p>	<p><b>Período de Incubação:</b> Entre 14 e 16 dias, podendo variar de 10 a 21 dias após o contato. Pode ser mais curto em pacientes imunodeprimidos e mais longo após imunização passiva.</p> <p><b>Período de transmissibilidade:</b> Varia de 1 a 2 dias antes do aparecimento do exantema e estende-se até que todas as lesões estejam em fase de crosta.</p>

Causa	Sinais e Sintomas	Conduta	Precauções	Observações
<p style="text-align: center;"><b>Caxumba</b></p>  <p><small>Fonte: Google Images</small></p>	<p>Sinais e sintomas iniciais: Caracteriza-se por febre (37,7°C a 39,4 °C), anorexia, astenia, Cefaléia, mialgia, artralgia e desconforto ao mastigar.</p> <p>Aumento das glândulas salivares e principalmente a parótida, acometendo também as glândulas sublinguais e submaxilares, acompanhada de febre.</p> <p>Em menores de 5 anos são comuns sintomas das vias respiratórias.</p>	<p>Tratamento sintomático. O tratamento da caxumba é baseado nos sintomas clínicos do paciente, com adequação da hidratação e alimentação, já que esses pacientes aceitam mal alimentos ácidos, que podem ocasionar dor, náuseas e até vômitos. Além disso, a boa higiene bucal é fundamental. Por ser uma infecção viral, a caxumba é tratada naturalmente pelo organismo. A indicação é apenas de repouso, medicamentos para dor e temperatura e observação cuidadosa para a possibilidade de aparecimento de complicações. Notificação Compulsória semanal</p>	<p>Isolamento respiratório para gotículas até 5 dias após o início do edema de parótida. Afastar da escola até 5 dias do edema de parótida se contatos suscetíveis (não vacinados).</p>	<p><b>Período de Incubação:</b> 12 a 25 dias, em média 16 a 18 dias</p> <p><b>Período de transmissibilidade:</b> Varia entre 6 e 7 dias antes das manifestações clínicas ou até 9 dias após o surgimento dos sintomas.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Rubéola</b></p>  <p><small>Fonte: Google Images</small></p>	<p>Antes do início do exantema, sintomas leves como cefaleia, febre baixa e mal-estar podem ser observados. Evolui com linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical posterior. Podem ser visualizadas máculas eritematosas e petéquias no palato mole e úvula (sinal de Forschheimer). O exantema é maculopapular róseo, difuso, de distribuição craniocaudal que tende a confluir e desaparece no fim da primeira semana.</p>	<p>Tratamento sintomático Não há tratamento específico para a rubéola. Os sinais e sintomas apresentados devem ser tratados de acordo com a sintomatologia e terapêutica adequada, conforme cada caso. Os medicamentos são utilizados para reduzir o desconforto provocado pelos sintomas da doença. Assim que surgirem os primeiros sintomas, orienta-se procurar a unidade de referência para confirmação do diagnóstico e início imediato do tratamento. Notificação Compulsória IMEDIATA</p>	<p>Afastar a criança da creche ou escola durante o período de transmissibilidade</p>	<p><b>Período de Incubação:</b> 10 a 14 dias</p> <p><b>Período de transmissibilidade:</b> Varia entre 4 e 6 dias após o contágio até 10 dias depois do aparecimento dos sintomas.</p>

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde, 2023.

Mais informações em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z>

## ANEXO 5 – VALORES CONSIDERADOS NORMAIS CONFORME IDADE

### QUADRO 68 - VALORES CONSIDERADOS NORMAIS DE FREQUÊNCIA CARDÍACA EM CRIANÇAS CONFORME A IDADE

IDADE	VARIAÇÃO (BPM)	MÉDIA (BPM)
Recém-nato	70 a 170	120
11 meses	80 a 160	120
2 anos	80 a 130	110
4 anos	80 a 120	100
6 anos	75 a 115	100
8 anos	70 a 110	90
10 anos	70 a 110	90

Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018

### QUADRO 69 - VALORES CONSIDERADOS NORMAIS DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS CONFORME A IDADE

IDADE	MÉDIA (MPM)
0 a 2 meses	Até 60
2-11 meses	Até 50
1 – 4 anos	Até 40
4 - 5 anos	Até 34
6 a 12 anos	Até 30
8 anos	90
10 anos	90

Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018

**QUADRO 70 - VALORES DE PA PARA MENINOS DE ACORDO COM IDADE E PERCENTIL DE ESTATURA**

		Pressão Arterial Sistólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)							Pressão Arterial Diastólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)						
Idade (anos)	Percentis da PA	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	Estatura (cm)	77,2	78,3	80,2	82,4	84,6	86,7	87,9	77,2	78,3	80,2	82,4	84,6	86,7	87,9
	P50	85	85	86	86	87	88	88	40	40	40	41	41	42	42
	P90	98	99	99	100	100	101	101	52	52	53	53	54	54	54
	P95	102	102	103	103	104	105	105	. 54	. 54	. 55	. 55	56	57	57
	P95 + 12 mmHg	114	114	115	115	116	117	117	66	66	67	67	. 68	. 69	. 69
2	Estatura (cm)	86,1	87,4	89,6	92,1	94,7	. 97,1	98,5	86,1	87,4	89,6	92,1	94,7	. 97,1	98,5
	P50	87	87	88	89	89	90	91	43	43	44	44	45	46	46
	P90	100	100	101	102	103	. 103	104	55	55	56	56	57	58	58
	P95	104	105	105	106	107	107	108	57	58	58	59	60	61	61
	P95 + 12 mmHg	116	117	117	118	119	119	120	69	70	70	71	72	73	73
3	Estatura (cm)	92,5	93,9	96,3	99	101,8	104,3	105,8	92,5	93,9	96,3	99	101,8	104,3	105,8
	P50	88	89	89	90	91	92	92	45	46	46	47	48	49	49
	P90	101	102	102	. 103	104	. 105	. 105	58	58	59	59	60	61	61
	P95	106	106	107	107	108	109	109	60	61	61	62	63	64	64
	P95 + 12 mmHg	118	118	119	119	120	121	121	72	73	73	74	75	76	76
4	Estatura (cm)	98,5	100,2	102,9	105,9	108,9	111,5	113,2	98,5	100,2	102,9	105,9	108,9	111,5	113,2
	P50	90	90	91	92	93	94	94	48	49	49	50	51	52	52
	P90	. 102	103	104	105	105	106	107	60	61	62	62	63	64	64
	P95	107	107	108	108	109	110	110	63	64	65	66	67	67	68
	P95 + 12 mmHg	119	119	120	120	121	122	122	75	76	77	78	79	79	80

5	Estatura (cm)	104,4	106,2	109,1	112,4	115,7	118,6	120,3	104,4	106,2	109,1	112,4	115,7	118,6	120,3
	P50	91	92	93	94	95	96	96	51	51	52	53	54	55	55
	P90	103	104	105	106	107	108	108	63	64	65	65	66	67	67
	P95	107	108	109	109	110	111	112	66	67	68	69	70	70	71
	P95 + 12 mmHg	119	120	121	121	122	123	124	78	79	80	81	82	82	83
6	Estatura (cm)	110,3	112,2	115,3	118,9	122,4	125,6	127,5	110,3	112,2	115,3	118,9	122,4	125,6	127,5
	P50	93	93	94	95	96	97	98	54	54	55	56	57	57	58
	P90	105	105	106	107	109	110	110	66	66	67	68	68	69	69
	P95	108	109	110	111	112	113	114	69	70	70	71	72	72	73
	P95 + 12 mmHg	120	121	122	123	124	125	126	81	82	82	83	84	84	85
7	Estatura (cm)	116,1	118	121,4	125,1	128,9	132,4	134,5	116,1	118	121,4	125,1	128,9	132,4	134,5
	P50	94	94	95	97	98	98	99	56	56	57	58	58	59	59
	P90	106	107	108	109	110	111	111	68	68	69	70	70	71	71
	P95	110	110	111	112	114	115	116	71	71	72	73	73	74	74
	P95 + 12 mmHg	122	122	123	124	126	127	128	83	83	84	85	85	86	86
8	Estatura (cm)	121,4	123,5	127	131	135,1	138,8	141	121,4	123,5	127	131	135,1	138,8	141
	P50	95	96	97	98	99	99	100	57	57	58	59	59	60	60
	P90	107	108	109	110	111	112	112	69	70	70	71	72	72	73
	P95	111	112	112	114	115	116	117	72	73	73	74	75	75	75
	P95 + 12 mmHg	123	124	124	126	127	128	129	84	85	85	86	87	87	87
9	Estatura (cm)	126	128,3	132,1	136,3	140,7	144,7	147,1	126	128,3	132,1	136,3	140,7	144,7	147,1
	P50	96	97	98	99	100	101	101	57	58	59	60	61	62	62
	P90	107	108	109	110	112	113	114	70	71	72	73	74	74	74
	P95	112	112	113	115	116	118	119	74	74	75	76	76	77	77

	P95 + 12 mmHg	124	124	125	127	128	130	131	86	86	87	88	88	89	89
10	Estatura (cm)	130,2	132,7	136,7	141,3	145,9	150,1	152,7	130,2	132,7	136,7	141,3	145,9	150,1	152,7
	P50	97	98	99	100	101	102	103	59	60	61	62	63	63	64
	P90	108	109	111	112	113	115	116	72	73	74	74	75	75	76
	P95	112	113	114	116	118	120	121	76	76	77	77	78	78	78
	P95 + 12 mmHg	124	125	126	128	130	132	133	88	88	89	89	90	90	90
11	Estatura (cm)	134,7	137,3	141,5	146,4	151,3	155,8	158,6	134,7	137,3	141,5	146,4	151,3	155,8	158,6
	P50	99	99	101	102	103	104	106	61	61	62	63	63	63	63
	P90	110	111	112	114	116	117	118	74	74	75	75	75	76	76
	P95	114	114	116	118	120	123	124	77	78	78	78	78	78	78
	P95 + 12 mmHg	126	126	128	130	132	135	136	89	90	90	90	90	90	90
12	Estatura (cm)	140,3	143	147,5	152,7	157,9	162,6	165,5	140,3	143	147,5	152,7	157,9	162,6	165,5
	P50	101	101	102	104	106	108	109	61	62	62	62	62	63	63
	P90	113	114	115	117	119	121	122	75	75	75	75	75	76	76
	P95	116	117	118	121	124	126	128	78	78	78	78	78	79	79
	P95 + 12 mmHg	128	129	130	133	136	138	140	90	90	90	90	90	91	91
13	Estatura (cm)	147	150	154,9	160,3	165,7	170,5	173,4	147	150	154,9	160,3	165,7	170,5	173,4
	P50	103	104	105	108	110	111	112	61	60	61	62	63	64	65
	P90	115	116	118	121	124	126	126	74	74	74	75	76	77	77
	P95	119	120	122	125	128	130	131	78	78	78	78	80	81	81
	P95 + 12 mmHg	131	132	134	137	140	142	143	90	90	90	90	92	93	93
14	Estatura (cm)	153,8	156,9	162	167,5	172,7	177,4	180,1	153,8	156,9	162	167,5	172,7	177,4	180,1
	P50	105	106	109	111	112	113	113	60	60	62	64	65	66	67
	P90	119	120	123	126	127	128	129	74	74	75	77	78	79	80

	P95	123	125	127	130	132	133	134	77	78	79	81	82	83	84
	P95 + 12 mmHg	135	137	139	142	144	145	146	89	90	91	93	94	95	96
15	Estatura (cm)	159	162	166,9	172,2	177,2	181,6	184,2	159	162	166,9	172,2	177,2	181,6	184,2
	P50	108	110	112	113	114	114	114	61	62	64	65	66	67	68
	P90	123	124	126	128	129	130	130	75	76	78	79	80	81	81
	P95	127	129	131	132	134	135	135	78	79	81	83	84	85	85
	P95 + 12 mmHg	139	141	143	144	146	147	147	90	91	93	95	96	97	97
16	Estatura (cm)	162,1	165	169,6	174,6	179,5	183,8	186,4	162,1	165	169,6	174,6	179,5	183,8	186,4
	P50	111	112	114	115	115	116	116	63	64	66	67	68	69	69
	P90	126	127	128	129	131	131	132	77	78	79	80	81	82	82
	P95	130	131	133	134	135	136	137	80	81	83	84	85	86	86
	P95 + 12 mmHg	142	143	145	146	147	148	149	92	93	95	96	97	98	98
17	Estatura (cm)	163,8	166,5	170,9	175,8	180,7	184,9	187,5	163,8	166,5	170,9	175,8	180,7	184,9	187,5
	P50	114	115	116	117	117	118	118	65	66	67	68	69	70	70
	P90	128	129	130	131	132	133	134	78	79	80	81	82	82	83
	P95	132	133	134	135	137	138	138	81	82	84	85	86	86	87
	P95 + 12 mmHg	144	145	146	147	149	150	150	93	94	96	97	98	98	99

Fonte: SBP, 2019

**QUADRO 71 - VALORES DE PA PARA MENINAS DE ACORDO COM IDADE E PERCENTIL DE ESTATURA**

		Pressão Arterial Sistólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)							Pressão Arterial Diastólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)						
Idade (anos)	Percentis da PA	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	Estatura (cm)	75,4	76,6	78,6	80,8	83	84,9	86,1	75,4	76,6	78,6	80,8	83	84,9	86,1
	P50	84	85	86	86	87	88	88	41	42	42	43	44	45	46
	P90	98	99	99	100	101	102	102	54	55	56	56	57	58	58
	P95	101	102	102	103	104	105	105	59	59	60	60	61	62	62
	P95 + 12 mmHg	113	114	114	115	116	117	117	71	71	72	72	73	74	74
2	Estatura (cm)	84,9	86,3	88,6	91,1	93,7	96	97,4	84,9	86,3	88,6	91,1	93,7	96	97,4
	P50	87	87	88	89	90	91	91	45	46	47	48	49	50	51
	P90	101	101	102	103	104	105	106	58	58	59	60	61	62	62
	P95	104	105	106	106	107	108	109	62	63	63	64	65	66	66
	P95 + 12 mmHg	116	117	118	118	119	120	121	74	75	75	76	77	78	78
3	Estatura (cm)	91	92,4	94,9	97,6	100,5	103,1	104,6	91	92,4	94,9	97,6	100,5	103,1	104,6
	P50	88	89	89	90	91	92	93	48	48	49	50	51	53	53
	P90	102	103	104	104	105	106	107	60	61	61	62	63	64	65
	P95	106	106	107	108	109	110	110	64	65	65	66	67	68	69
	P95 + 12 mmHg	118	118	119	120	121	122	122	76	77	77	78	79	80	81
4	Estatura (cm)	97,2	98,8	101,4	104,5	107,6	110,5	112,2	97,2	98,8	101,4	104,5	107,6	110,5	112,2
	P50	89	90	91	92	93	94	94	50	51	51	53	54	55	55
	P90	103	104	105	106	107	108	108	62	63	64	65	66	67	67
	P95	107	108	109	109	110	111	112	66	67	68	69	70	70	71
	P95 + 12 mmHg	119	120	121	121	122	123	124	78	79	80	81	82	82	83

5	Estatura (cm)	103,6	105,3	108,2	111,5	114,9	118,1	120	103,6	105,3	108,2	111,5	114,9	118,1	120
	P50	90	91	92	93	94	95	96	52	52	53	55	56	57	57
	P90	104	105	106	107	108	109	110	64	65	66	67	68	69	70
	P95	108	109	109	110	111	112	113	68	69	70	71	72	73	73
	P95 + 12 mmHg	120	121	121	122	123	124	125	80	81	82	83	84	85	85
6	Estatura (cm)	110	111,8	114,9	118,4	122,1	125,6	127,7	110	111,8	114,9	118,4	122,1	125,6	127,7
	P50	92	92	93	94	96	97	97	54	54	55	56	57	58	59
	P90	105	106	107	108	109	110	111	67	67	68	69	70	71	71
	P95	109	109	110	111	112	113	114	70	71	72	72	73	74	74
	P95 + 12 mmHg	121	121	122	123	124	125	126	82	83	84	84	85	86	86
7	Estatura (cm)	115,9	117,8	121,1	124,9	128,8	132,5	134,7	115,9	117,8	121,1	124,9	128,8	132,5	134,7
	P50	92	93	94	95	97	98	99	55	55	56	57	58	59	60
	P90	106	106	107	109	110	111	112	68	68	69	70	71	72	72
	P95	109	110	111	112	113	114	115	72	72	73	73	74	74	75
	P95 + 12 mmHg	121	122	123	124	125	126	127	84	84	85	85	86	86	87
8	Estatura (cm)	121	123	126,5	130,6	134,7	138,5	140,9	121	123	126,5	130,6	134,7	138,5	140,9
	P50	93	94	95	97	98	99	100	56	56	57	59	60	61	61
	P90	107	107	108	110	111	112	113	69	70	71	72	72	73	73
	P95	110	111	112	113	115	116	117	72	73	74	74	75	75	75
	P95 + 12 mmHg	122	123	124	125	127	128	129	84	85	86	86	87	87	87
9	Estatura (cm)	125,3	127,6	131,3	135,6	140,1	144,1	146,6	125,3	127,6	131,3	135,6	140,1	144,1	146,6
	P50	95	95	97	98	99	100	101	57	58	59	60	60	61	61
	P90	108	108	109	111	112	113	114	71	71	72	73	73	73	73
	P95	112	112	113	114	116	117	118	74	74	75	75	75	75	75

	P95 + 12 mmHg	124	124	125	126	128	129	130	86	86	87	87	87	87	87
10	Estatura (cm)	129,7	132,2	136,3	141	145,8	150,2	152,8	129,7	132,2	136,3	141	145,8	150,2	152,8
	P50	96	97	98	99	101	102	103	58	59	59	60	61	61	61
	P90	109	110	111	112	113	115	116	72	73	73	73	73	73	73
	P95	113	114	114	116	117	119	120	75	75	76	76	76	76	76
	P95 + 12 mmHg	125	126	126	128	129	131	132	87	87	88	88	88	88	88
11	Estatura (cm)	135,6	138,3	142,8	147,8	152,8	157,3	160	135,6	138,3	142,8	147,8	152,8	157,3	160
	P50	98	99	101	102	104	105	106	60	60	60	61	62	63	64
	P90	111	112	113	114	116	118	120	74	74	74	74	74	75	75
	P95	115	116	117	118	120	123	124	76	77	77	77	77	77	77
	P95 + 12 mmHg	127	128	129	130	132	135	136	88	89	89	89	89	89	89
12	Estatura (cm)	142,8	145,5	149,9	154,8	159,6	163,8	166,4	142,8	145,5	149,9	154,8	159,6	163,8	166,4
	P50	102	102	104	105	107	108	108	61	61	61	62	64	65	65
	P90	114	115	116	118	120	122	122	75	75	75	75	76	76	76
	P95	118	119	120	122	124	125	126	78	78	78	78	79	79	79
	P95 + 12 mmHg	130	131	132	134	136	137	138	90	90	90	90	91	91	91
13	Estatura (cm)	148,1	150,6	154,7	159,2	163,7	167,8	170,2	148,1	150,6	154,7	159,2	163,7	167,8	170,2
	P50	104	105	106	107	108	108	109	62	62	63	64	65	65	65
	P90	116	117	119	121	122	123	123	75	75	75	76	76	76	76
	P95	121	122	123	124	126	126	127	79	79	79	79	80	80	81
	P95 + 12 mmHg	133	134	135	136	138	138	139	91	91	91	91	92	92	93
14	Estatura (cm)	150,6	153	156,9	161,3	165,7	169,7	172,1	150,6	153	156,9	161,3	165,7	169,7	172,1
	P50	105	106	107	108	109	109	109	63	63	64	65	66	66	66
	P90	118	118	120	122	123	123	123	76	76	76	76	77	77	77

	P95	123	123	124	125	126	127	127	80	80	80	80	81	81	82
	P95 + 12 mmHg	135	135	136	137	138	139	139	92	92	92	92	93	93	94
15	Estatura (cm)	151,7	154	157,9	162,3	166,7	170,6	173	151,7	154	157,9	162,3	166,7	170,6	173
	P50	105	106	107	108	109	109	109	64	64	64	65	66	67	67
	P90	118	119	121	122	123	123	124	76	76	76	77	77	78	78
	P95	124	124	125	126	127	127	128	80	80	80	81	82	82	82
	P95 + 12 mmHg	136	136	137	138	139	139	140	92	92	92	93	94	94	94
16	Estatura (cm)	152,1	154,5	158,4	162,8	167,1	171,1	173,4	152,1	154,5	158,4	162,8	167,1	171,1	173,4
	P50	106	107	108	109	109	110	110	64	64	65	66	66	67	67
	P90	119	120	122	123	124	124	124	76	76	76	77	78	78	78
	P95	124	125	125	127	127	128	128	80	80	80	81	82	82	82
	P95 + 12 mmHg	136	137	137	139	139	140	140	92	92	92	93	94	94	94
17	Estatura (cm)	152,4	154,7	158,7	163	167,4	171,3	173,7	152,4	154,7	158,7	163	167,4	171,3	173,7
	P50	107	108	109	110	110	110	111	64	64	65	66	66	66	67
	P90	120	121	123	124	124	125	125	76	76	77	77	78	78	78
	P95	125	125	126	127	128	128	128	80	80	80	81	82	82	82
	P95 + 12 mmHg	137	137	138	139	140	140	140	92	92	92	93	94	94	94

Fonte: SBP, 2019

## QUADRO 72 - CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA

Crianças de 1 a 13 anos de idade	Crianças com idade ≥13 anos
Normotensão: PA < P90 para sexo, idade e altura	Normotensão: PA < 120/<80 mmHg
Pressão arterial elevada: PA ≥P90 e < P95 para sexo, idade e altura ou PA 120/80 mmHg mas < P95 (o que for menor)	Pressão arterial elevada: PA 120/<80 mmHg a PA 129/<80 mmHg
Hipertensão estágio 1: PA ≥ P95 para sexo, idade e altura até <P95 + 12mmHg ou PA entre 130/80 o até 139/89 (o que for menor)	Hipertensão estágio 1: PA 130/80 ou até 139/89
Hipertensão estágio 2: PA ≥ P95 + 12mmHg para sexo idade ou altura ou PA ≥ entre 140/90 (o que for menor)	Hipertensão estágio 2: PA ≥ entre 140/90

Fonte: SBP, 2019

## QUADRO 73 - ESCORE DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA (PESO) ATÉ 10 ANOS\*

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
Peso para a idade $\leq +2$ e $\geq -2$ escore Z	Z <b>PESO ADEQUADO</b>	Elogiar os pais ou responsáveis pelo crescimento de seu filho; Reforçar as recomendações para alimentação saudável conforme; Uso profilático de sulfato ferroso em menores de 24 meses.
Peso para a idade $< -2$ e $\geq -3$ escores Z Tendência da curva peso/idade horizontal ou descendente	<b>PESO BAIXO</b> ou <b>GANHO DE PESO INSUFICIENTE</b>	Avaliar a alimentação da criança e as possíveis causas do peso baixo; Orientar a alimentação adequada Uso profilático de sulfato ferroso em menores de 24 meses; Marcar retorno com duas semanas; Orientar sinais de retorno imediato.
Peso para a idade $< -3$ escores Z	<b>PESO MUITO BAIXO</b>	Avaliar a alimentação da criança e as possíveis causas de desnutrição; Aconselhar os pais ou responsáveis a tratar a criança de acordo com as dietas especiais; Uso profilático de sulfato ferroso em menores de 24 meses; Retorno com 5 dias; Orientar sinais de retorno imediato.
Peso para a idade $> +2$ escores Z	<b>PESO ELEVADO</b>	Avaliar alimentação da criança e as possíveis causas do peso elevado; Orientar a alimentação adequada Verificar e estimular a prática de atividade física; Uso profilático de sulfato ferroso em menores de 24 meses; Marcar o retorno com duas semanas; Orientar sinais de retorno realizando o diagnóstico do estado nutricional.

\* Para maiores de 10 anos , deve-se avaliar através de IMC – Para menores de 10 anos avaliar o peso em conjunto com IMC.

Fonte: Adaptado de SMS/POA, 2018

Formulário de Observação inicial do desenvolvimento Infantil disponível em: <https://bit.ly/4cLmqOn>

## ANEXO 6 - CHECKLIST MODIFICADO PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM CRIANÇAS PEQUENAS: VERSÃO REVISADA E CONSULTA DE SEGUIMENTO (M-CHAT-R/F)™

Por favor, responda as questões abaixo sobre a sua criança. Pense em como geralmente se comporta. Se você viu a sua criança apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Esse questionário é válido para crianças de 16 a 30 meses.

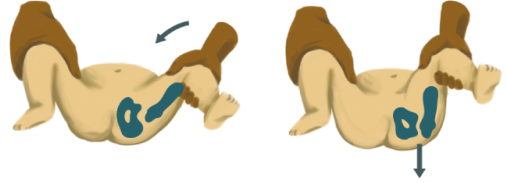

Para todos os itens, a resposta “NÃO” indica risco de TEA; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica risco de TEA.

**Baixo risco:** Pontuação Total entre 0-2 **Risco Médio:** entre 3-7 **Risco Elevado:** entre 8-20



1	Se você apontar para algum objeto no quarto, a sua criança olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, a sua criança olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2	Alguma vez você se perguntou se a sua criança pode ser surda?	Sim	Não
3	A sua criança brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4	A sua criança gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim	Não
5	A sua criança faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Sim	Não
6	A sua criança aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance?)	Sim	Não
7	A sua criança aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Sim	Não
8	A sua criança se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, a sua criança olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9	A sua criança traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Sim	Não
10	A sua criança responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ela olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Sim	Não
11	Quando você sorri para a sua criança, ela sorri de volta para você?	Sim	Não
12	A sua criança fica muito incomodada com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, sua criança grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13	A sua criança anda?	Sim	Não
14	A sua criança olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele, ou vestindo a roupa dele?	Sim	Não
15	A sua criança tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ela repete o que você faz?)	Sim	Não
16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, a sua criança olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17	A sua criança tenta fazer você olhar para ela? (POR EXEMPLO, a sua criança olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: “olha mãe!” ou “óh mãe!”)	Sim	Não
18	A sua criança compreende quando você pede para ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, a sua criança entende quando você pede: “coloca o copo na mesa” ou “liga a televisão”)?	Sim	Não
19	Quando acontece algo novo, a sua criança olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ela olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20	A sua criança gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos)	Sim	Não

## ANEXO 7 - TÉCNICAS PARA RASTREAMENTO DE DISPLASIA DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRIL - TESTES DE BARLOW E ORTOLANI

<p><b>TESTE DE BARLOW:</b> 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.</p>	<p><b>TESTE DE BARLOW</b></p> 
<p><b>TESTE DE ORTOLANI:</b> 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 coxofemoral, quando presente</p>	<p><b>TESTE DE ORTOLANI</b></p> 

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

## ANEXO 8 – PRINCIPAIS RISCOS E AGRAVOS PARA SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ERA DIGITAL

PRINCIPAIS RISCOS E AGRAVOS PARA SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA ERA DIGITAL	
<p>Dependência digital e uso excessivo das mídias interativas;                      Agravos de saúde mental: irritabilidade, ansiedade e depressão;                      Transtornos do <i>déficit</i> de atenção e hiperatividade;                      Transtornos do sono;                      Transtornos de alimentação: sobrepeso/obesidade e anorexia/bulimia;                      Sedentarismo e falta da prática de exercícios;  <i>Bullying &amp; cyberbullying</i>;                      Transtornos da imagem corporal e da autoestima;</p>	<p>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.</p>
ORIENTAÇÕES EM RELAÇÃO À EXPOSIÇÃO DE TELAS	
<p>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, <i>tablet</i>, celular, <i>smartphones</i> ou com uso de <i>webcam</i>.                      Estimular o uso nos locais comuns da casa;</p>	<p>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 <i>online</i> ou <i>offline</i>, 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 <i>webcam</i>).</p>

## ANEXO 9 - REFLEXOS PRIMITIVOS DO RECÉM-NASCIDO.

### BUSCA E SUCÇÃO REFLEXA:

Ao toque da pele perioral, observa-se rotação da cabeça na tentativa de “buscar” o objeto, seguido de sucção reflexa vigorosa do mesmo.  
Este reflexo não deve ser pesquisado imediatamente após a mamada.  
Sua ausência é sinal de disfunção neurológica grave.  
Deve desaparecer por volta dos 4 meses de vida.



### MORO

É provocado pela queda repentina da cabeça do bebê em relação ao tronco e resulta em movimento de abrir e fechar os braços.  
Evitar estimulação intensa.  
Deve desaparecer entre 3 e 6 meses de vida.



### MARCHA REFLEXA

Obtido pelo contato da planta do pé com a superfície, que resulta em marcha.  
Deve desaparecer entre a 1 a 2 meses de vida.



### TÔNICO-CERVICAL ASSIMÉTRICO OU FUGA À ASFIXIA

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).  
Desaparece entre 3 e 4 meses de idade.



### PREENSÃO PALMAR

Indicado pela observação de flexão dos dedos ao colocar-se o dedo indicador do examinador na palma da mão da criança.  
Deve desaparecer entre **3 e 6 meses**, quando se torna um movimento voluntário.



## PREENSÃO PLANTAR

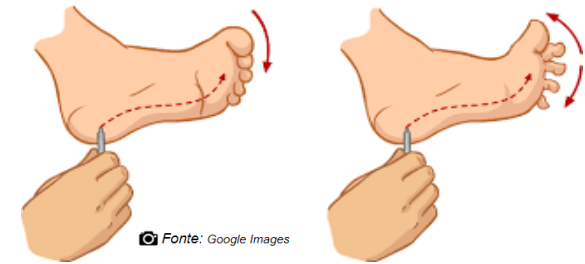
Durante o aperto plantar, os dedos flexionam-se ao redor do dedo do examinador. Alterações associam-se a risco aumentado de paralisia cerebral. Normalmente, desaparece dos **6 aos 15** meses de idade.



## REFLEXO CUTÂNEO - PLANTAR (SINAL DE BABINSKI)

Extensão do hálux do recém-nascido, com ou sem abertura em leque dos dedos por meio do estímulo da porção lateral do pé.

Apresenta-se em extensão até cerca de **18 meses**.



Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

## ANEXO 10 - PROCESSO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DE PUERICULTURA.

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
<p>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</p>	<p>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 Constipação/ Risco de</p>	<b>NANDA-I®</b>
<p>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)</p>	<p>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>	<b>CIPE</b>
<p>W70 Sepsis/infecção puerperal W94 Mastite puerperal W95 Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério W96 Outras complicações do puerpério W99 Outros problemas da gravidez/parto</p>	<p>W17 Hemorragia pós-parto W18 Sinais/sintomas pós-parto W19 Sinais/sintomas da mama/lactação W14 Contracepção/outros A93 Recém-nascido prematuro T04 Problemas alimentares de lactente/criança</p>	<b>CIAP2</b>

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020.

## ANEXO 11 - PROCESSO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA DO ADOLESCENTE

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		TAXONOMIA
<p>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 Distúrbio na imagem corporal</p>	<p>Baixa autoestima crônica/ Risco de Processos familiares disfuncionais Baixa autoestima situacional/ Risco de 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 Desesperança Distúrbio na identidade pessoal/ Risco de</p>	NANDA-I®
<p>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) Uso de contraceptivo (adequado/inadequado)</p>	<p>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 Processo familiar (eficaz/ineficaz)</p>	CIPE
<p>Z25 Ato ou acontecimento violento Z04 Problema socio-cultural</p>	<p>Z07 Problemas relacionados com educação Z20 Problema de relacionamento com familiares P23 Sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente</p>	CIAP2

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2020

## ANEXO 12 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA

Exemplos de alterações fenotípicas mais frequentes: fenda palpebral oblíqua, implantação baixa de orelhas, lábio leporino, fenda palatina, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única e quinto dedo da mão curto e recurvado.

DADOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
<p>Perímetro cefálico &lt; -2Z escores ou &gt; +2Z escores; ou Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*; ou Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação).</p>	<b>PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO</b>	Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.
<p>Ausência de 1 ou mais reflexos/ posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos). ou Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existem 1 ou mais fatores de risco.</p>	<b>ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a mãe/ cuidador sobre a estimulação da criança;</li> <li>• Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.</li> </ul>
<p>Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.</p>	<b>DESENVOLVIMENTO ADEQUADO</b>	<p>Elogiar a mãe/cuidador; Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde;</li> <li>• Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes.</li> </ul>

Fonte: Caderneta de Saúde da criança SMS/POA, 2023

## ANEXO 13 - AVALIAÇÃO DOS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

### QUADRO 74 - MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DO NASCIMENTO AOS 6 MESES

Marcos	Como Pesquisar	Idade em meses					
		1	2	3	4	5	6
<b>Postura: pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada</b>	Deite a criança em superfície plana, de costas com a barriga para cima; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada						
<b>Observa um rosto</b>	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança. Observe se a criança olha para você, de forma evidente.						
<b>Reage ao som</b>	Fique atrás da criança e bata palmas ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage ao estímulo sonoro com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.						
<b>Eleva a cabeça</b>	Coloque a criança de bruços (barriga para baixo) e observe se ela levanta a cabeça, desencosta o queixo da superfície, sem virar para um dos lados.						
<b>Sorri quando estimulada</b>	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.						
<b>Abre as mãos</b>	Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente						
<b>Emite sons</b>	Observe se a criança emite algum som, que não seja choro. Caso não seja observado pergunte ao acompanhante se faz em casa						
<b>Movimenta os membros</b>	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores						
<b>Responde ativamente ao contato social</b>	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse “conversando” com você. Pode pedir que a mãe o faça.						
<b>Segura objetos</b>	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.						
<b>Emite sons, ri alto</b>	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee, etc), veja se ela ri emitindo sons (gargalhada).						
<b>Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços</b>	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção a frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.						
<b>Busca ativa de objetos</b>	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.						
<b>Leva objetos à boca</b>	Ofereça um objeto na mão da criança e observe se ela o leva à boca.						
<b>Localiza o som</b>	Faça um barulho suave (sino, chocalho, etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto						
<b>Muda de posição (rola)</b>	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a a virar para a posição de bruços.						

Fonte: Adaptado de Caderneta de Saúde Ministério da Saúde, 2022.

## QUADRO 75 - MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DOS 6 MESES A 1 ANO E MEIO

Marcos	Como Pesquisar	Idade em meses															
		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
<b>Brinca de esconde-achou</b>	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da outra pessoa.																
<b>Transfere objetos de uma mão para outra</b>	Ofereça um objeto para que a criança segure. Observe se ela o transfere de uma mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para outra mão.																
<b>Duplica sílabas</b>	Observe se a criança fala “papá”, “dadá” “mamã”. Se não o fizer, pergunte a mãe se o faz em casa.																
<b>Senta-se sem apoio</b>	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para que ela segure e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.																
<b>Imita gestos</b>	Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça a mãe para estimulá-la.																
<b>Faz pinça</b>	Coloque próximo à criança um objeto pequeno ou uma bolinha de papel. Chame atenção da criança para que ela o pegue. Observe se ao pegá-lo ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.																
<b>Produz “jargão”</b>	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe (jargão). Caso não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa.																
<b>Anda com apoio</b>	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.																
<b>Mostra o que quer</b>	A criança indica o que quer sem que seja por meio do choro, podendo ser através de palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considerar a informação do acompanhante.																
<b>Coloca blocos na caneca</b>	Coloque três blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, através de demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar pelo menos um bloco dentro da caneca e soltá-lo.																
<b>Diz uma palavra</b>	Observe se durante o atendimento a criança diz pelo menos uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.																
<b>Anda sem apoio</b>	Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar.																
<b>Usa colher ou garfo</b>	A criança usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.																
<b>Constrói torre de 2 cubos</b>	Observe se a criança consegue colocar um cubo sobre o outro sem que ele caia ao retirar sua mão.																
<b>Fala 3 palavras</b>	Observe se durante o atendimento a criança diz três palavras que não sejam nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.																
<b>Anda para trás</b>	Peça à criança para abrir uma porta ou gaveta e observe se ela dá dois passos para trás sem cair.																

Fonte: Adaptado de Caderneta de Saúde Ministério da Saúde, 2022.

## QUADRO 76 - MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DE 1 ANO E MEIO A 3 ANOS E MEIO

Marcos	Como Pesquisar	Idade em meses												
		18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42
<b>Tira roupa</b>	Observe se criança é capaz de remover alguma peça de roupa, tais como: sapatos que exijam esforço para sua remoção, casacos, calças ou camisetas. Considerar informação do acompanhante.													
<b>Constrói torre de 3 cubos</b>	Observe se a criança consegue empilhar três cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão.													
<b>Aponta 2 figuras</b>	Observe se a criança é capaz de apontar duas de um grupo de cinco figuras.													
<b>Chuta bola</b>	Observe se a criança chuta a bola sem apoiar-se em objetos.													
<b>Veste-se com supervisão</b>	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir alguma peça de roupa tais como: calcinha, cueca, meias, sapatos, casaco, etc.													
<b>Constrói torre de 6 cubos</b>	Observe se a criança consegue empilhar seis cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão.													
<b>Frases com 2 palavras</b>	Observe se a criança combina pelo menos duas palavras formando uma frase com significado que indique uma ação, tais como: “quer água”, “quer papai”, “chuta bola”. Considere a informação do acompanhante.													
<b>Pula com ambos os pés</b>	Observe se pula com os dois pés, atingindo o chão ao mesmo tempo, mas não necessariamente no mesmo lugar.													
<b>Brinca com outras crianças</b>	Pergunte ao acompanhante se a criança participa de brincadeiras com outras crianças de sua idade.													
<b>Imita o desenho de uma linha</b>	Observe, após demonstração, se a criança faz uma linha ou mais (no papel), de pelo menos 5 cm de comprimento.													
<b>Reconhece 2 ações</b>	Observe se a criança aponta a figura de acordo com a ação, tais como: “quem mia?” “quem late?”, “quem fala?”, “quem galopa?”.													
<b>Arremessa bola</b>	Observe se a criança arremessa a bola acima do braço.													
<b>Veste uma camiseta</b>	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir sua camiseta e/ou casaco sem botão ou zíper, sem ajuda.													
<b>Move o polegar com a mão fechada</b>	Demonstre para a criança e observe se ela é capaz de mover o polegar para cima em sinal de “OK” ou “legal” ou “tudo bem”, com uma ou ambas as mãos.													
<b>Compreende 2 adjetivos</b>	Verifique se a criança é capaz de compreender dois adjetivos. Pergunte: “O que você faz quando está com fome?”, “O que você faz quando está com frio?”, “O que você faz quando está cansado?”. Verifique se suas respostas são coerentes, tais como: “Eu como”, “Eu visto casaco”, “Eu vou deitar”, etc.													
<b>Equilibra-se em cada pé 1 segundo</b>	Após demonstração, verifique se a criança consegue equilibrar-se em um pé só, sem apoiar-se em nenhum objeto, pelo menos um segundo, dando-lhe três tentativas. Repita com o outro pé.													

Fonte: Adaptado de Caderneta de Saúde Ministério da Saúde, 2022.

## QUADRO 77 - MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DE 3 ANOS E MEIO A 5 ANOS

Marcos	Como Pesquisar	Idade em meses									
		42	44	46	48	50	52	54	56	58	60
<b>Emparelha cores</b>	Observe se a criança é capaz de emparelhar objetos da mesma cor, como por exemplo os cubos.										
<b>Copia círculos</b>	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel. Mostre-lhe a figura de um círculo e verifique se ela é capaz de desenhar qualquer forma de aproximação com um círculo, que esteja fechada ou quase fechada.										
<b>Fala clara e compreensível</b>	Durante a avaliação observe a inteligibilidade da fala da criança (articulação e verbalização de ideias em sequência).										
<b>Pula em um pé só</b>	Demonstre e verifique se a criança consegue pular em um pé só, duas ou mais vezes, sem apoiar-se em um objeto.										
<b>Veste-se sem ajuda</b>	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de se vestir, sem alguma ajuda.										
<b>Copia cruz</b>	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel. Mostre-lhe a figura de uma cruz e verifique se ela é capaz de desenhar duas linhas que se cruzem próximo ao seu ponto médio.										
<b>Compreende 4 preposições</b>	Dê à criança um bloco e peça: “Coloque o bloco em cima da mesa”, “Coloque o bloco embaixo da mesa”, “Coloque um bloco na minha frente”, “Coloque um bloco atrás de mim”. Observe se ela cumpre adequadamente os quatro comandos.										
<b>Equilibra-se em cada pé 3 segundos</b>	Procedimento semelhante a “ <b>Equilibra-se em cada pé 1 segundo</b> ” com o tempo de 3 segundos ou mais.										
<b>Escova dentes sem ajuda</b>	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de escovar os dentes, sem ajuda ou supervisão (durante algum tempo), inclusive na colocação da pasta de dentes, na escovação dos dentes posteriores e no uso do fio dental. Verifique se a criança recebeu treino para isto.										
<b>Aponta a linha mais comprida</b>	Mostre para a criança uma ficha contendo o desenho de duas linhas paralelas em posição vertical. Verifique se ela é capaz de apontar a linha mais comprida, mesmo mudando a posição do papel. Em três tentativas, mudando a posição do papel, ela deve acertar as três, ou cinco em seis tentativas.										
<b>Define 5 palavras</b>	Verifique se a criança é capaz de definir cinco palavras. Faça perguntas do tipo “O que é uma bola?” ou “O que você sabe sobre o rio?”. Use palavras do seu contexto de vida. Terá que lhe responder cinco de sete palavras. A definição é aceitável quando inclui: 1) uso; 2) forma; 3) material do que é feito; 4) categoria geral. Ex. Rio= tem peixe, água, pescar.										
<b>Equilibra-se em um pé 5 segundos</b>	Procedimento semelhante a “ <b>Equilibra-se em cada pé 1 segundo</b> ” com o tempo de 5 segundos ou mais.										

Fonte: Adaptado de Caderneta de Saúde Ministério da Saúde, 2022.

## QUADRO 78 - MARCOS DO DESENVOLVIMENTO DE 5 A 6 ANOS

Marcos	Como Pesquisar	Idade em meses						
		60	62	64	66	68	70	72
<b>Brinca de fazer de conta com outras crianças</b>	Pergunte aos cuidadores se a criança participa de brincadeiras de fazer de conta (ex. casinha, escola), tanto no contexto familiar quanto no escolar.							
<b>Desenha pessoa com 6 partes</b>	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel (sem pauta). Peça a ela para que desenhe uma pessoa (menino, menina, mamãe, papai etc.). Certifique-se de que ela tenha terminado o desenho antes de pontuar o item do teste. As partes do corpo presentes em pares deverão ser consideradas como uma parte apenas (orelhas, olhos, braços, mãos, pernas e pés). Considere como certo somente se ambas as partes do par forem desenhadas.							
<b>Faz analogia</b>	Pergunte à criança, devagar e distintamente, uma questão de cada vez: “Se o cavalo é grande, o rato é...”, “Se o fogo é quente, o gelo é...”, “Se o Sol brilha durante o dia, a lua brilha durante...” A criança deverá completar corretamente duas das três frases.							
<b>Marcha ponta-calcanhar</b>	Demonstre à criança como andar em linha reta, encostando a ponta de um pé no calcanhar do outro. Ande aproximada - mente oito passos desta forma, e então peça para que a criança o imite. Se necessário, demonstre várias vezes (pode se facilitar a compreensão, comparando-se este andar com o “andar na corda bamba”). Até três tentativas são permitidas. Se a criança conseguir dar quatro ou mais passos em linha reta, com o calcanhar a, no máximo, 2,5 cm da ponta do pé, sem apoiar-se, terá alcançado este marco.							
<b>Aceita e segue regras nos jogos de mesa</b>	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de aceitar e seguir regras dos jogos de mesa.							
<b>Copia um quadrado</b>	Forneça à criança um lápis e uma folha de papel (sem pauta). Mostre a ela o desenho de um quadrado. Não nomear a figura nem mover seu dedo ou o lápis para demonstrar como desenhá-la. Peça para a criança “Faça um desenho como este!”. Podem ser fornecidas três tentativas. Se a criança for incapaz de copiar o quadrado da ficha, mostre a ela como fazê-lo, desenhando dois lados opostos (paralelos) e depois os outros dois lados opostos (ao invés de desenhar o quadrado com um movimento contínuo). Três demonstrações e tentativas podem ser fornecidas.							
<b>Define 7 palavras</b>	Procedimento semelhante ao item “Define cinco palavras”. Agora deve definir 7 palavras.							
<b>Equilibra-se em cada pé por 7 segundos</b>	Procedimento semelhante a “Equilibra-se em cada pé 1 segundo” com o tempo de 7 segundos ou mais.							

Fonte: Adaptado de Caderneta de Saúde Ministério da Saúde, 2022.

## ANEXO 14 - AS PICS (PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES) NA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: UM RECURSO INTEGRATIVO

As PICS são modelos de cuidados que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde por meio de ações seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, conforme a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) aprovada pela Portaria nº 971/2006 do Ministério da Saúde.

Atualmente, a população pode, pelo SUS, ter acesso a 29 PICS: Apiterapia, Aromaterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Bioenergética, Constelação Familiar, Crenoterapia/Termalismo, Cromoterapia, Dança Circular, Fitoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Homeopatia, Imposição de Mãos, Medicina Antroposófica, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Ozonioterapia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Terapia de Florais e Yoga.

Estas importantes práticas são tecnologias leves, transversais com todas as outras políticas públicas de saúde e estas terapias podem estar presentes em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, prioritariamente na Atenção Primária com grande potencial de atuação.

As indicações são embasadas no indivíduo como um todo, considerando-o em seus vários aspectos: físico, psíquico, emocional, energético e social. As PICS são práticas naturais que podem auxiliar na melhora da qualidade de vida, ampliando a resolutividade, a eficácia e a segurança com os demais acompanhamentos de saúde, sempre aliadas de modo complementar ao atendimento tradicional, além de incentivarem o autocuidado.

No SUS de Porto Alegre temos disponíveis em torno de 18 PICS de modo individual e 8 PICS em atividades coletivas na Atenção Primária e 5 PICS na Atenção Especializada. Dentro da rede de profissionais de saúde do município e que sejam capacitados em PICS, a Enfermagem representa em torno de 70% de protagonismo, pelo fato da equipe de Enfermagem lidar diretamente com a atenção integral à saúde.

O Conselho Federal de Enfermagem publicou em fevereiro de 2024, a Resolução 739/2024, responsável por regulamentar a atuação atualizada da Enfermagem nas PICS. A normativa fortalece a autonomia da categoria no campo tanto nos setores público quanto privado, determinando competências e apresentando recomendações de carga horária mínima para cursos de capacitação na área. De acordo com a resolução, os enfermeiros, desde que devidamente capacitados, estão aptos a atuar em todas as PICS.

**Entre as competências do enfermeiro, estão a execução de cuidados de maior complexidade; a indicação, prescrição e implementação das PICS em todos os níveis de atenção, seja nos âmbitos público ou privado; e a instituição de protocolos de atendimento das práticas nos serviços de saúde. Já aos técnicos e auxiliares, compete a realização das PICS conforme grau de habilitação, desde que sob supervisão do enfermeiro, além da prestação de auxílio na assistência das práticas.**

As PICS podem complementar a sistematização da assistência de enfermagem segundo alguns diagnósticos referendados no NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) e NIC (Nursing Interventions Classification), quer seja relacionado ao físico, aos aspectos mentais, emocionais e espirituais.

Os principais diagnósticos de enfermagem (DE) que justificam a abordagem com PICS podem ser descritos como:

DIMENSÃO FÍSICA	DIMENSÃO EMOCIONAL	DIMENSÃO MENTAL	DIMENSÃO ESPIRITUAL
Campo de energia perturbado Dor aguda, Dor crônica Fadiga Recuperação cirúrgica retardada Intolerância à atividade, Percepção sensorial visual perturbada, Resposta ao desmame Ventilatório disfuncional, Disposição para sono melhorado, Padrão de sono perturbado e Privação de sono	Ansiedade, Isolamento social, Medo, Sentimento de pesar antecipado, Síndrome de estresse por mudança, Síndrome do trauma de estupro (reação silenciosa, tristeza crônica).	Atividades de recreação deficientes Conflito de decisão Confusão crônica, Disposição para comportamento infantil organizado aumentado, Processos do pensamento perturbados Síndrome da interpretação ambiental prejudicada.	Angústia espiritual, Risco para angústia espiritual, Ansiedade relacionada à morte, Desesperança, Disposição para bem-estar espiritual aumentado Risco para sofrimento espiritual.
<b>Os DE sugeridos no NOC são:</b>			
redução dos sintomas físicos correlatos,	melhora dos processos cognitivos, melhor integração	adaptação ao ambiente/relações melhora dos estados de humor, saúde espiritual, esperança	vontade viver,

Fonte: Adaptado de Almeida, 2021.

As PICS podem ser utilizadas em todas as fases da vida dos indivíduos, sejam crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes, mas para isso se faz necessário entender as particularidades de cada indivíduo e as limitações da idade.

Segundo a literatura científica, diante do crescimento de estresse e ansiedade nos ambientes familiares e escolares de crianças e de adolescentes, é necessário buscar formas de tratamento e enfrentamento. As PICS abordam estratégias para redução do estresse e ansiedade e de melhora da cognição e memória, equilíbrio do sono, fortalecimento do sistema imunológico, aumento da capacidade de concentração e de criatividade, promoção da reeducação mental, melhorando assim os quadros de humor e também a qualidade de vida dos praticantes, além do relaxamento, entre outros.

São recursos terapêuticos que contribuem para a inserção social, redução de consumo de medicamentos e melhoria da qualidade de vida. **As PICS mais citadas na literatura para este público, são terapia floral, homeopatia, aromaterapia, fitoterapia, auriculoterapia, reflexologia, biodança, reiki, meditação, musicoterapia, osteopatia, naturopatia, shantala e yoga, entre outras.**

No SUS de Porto Alegre, a oferta de PICS nas consultas especializadas, a homeopatia e a fitoterapia são em torno de 20% utilizadas pelos públicos infantil e adolescente. Na rede especializada também temos consultas de osteopatia pediátrica que atende de recém nascidos até crianças de 6 anos de idade, onde trata a saúde das crianças, incluindo as principais disfunções e sintomas dos bebês, como cólicas, refluxos, torcicolos, insônias, parto difícil, sono desregulado, problemas digestivos, choro contínuo, dificuldade em amamentar ou bronquite de repetição e outros, além de entender a melhor maneira de lidar, avaliar e tratar os pequenos.

## FLUXO DE ACESSO ÀS PICS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA:

1- Para os usuários terem acesso às PICS pela Atenção Primária, devem procurar a sua unidade de saúde de referência, verificar quais PICS disponíveis no local e solicitar atendimento com profissional capacitado, sendo um serviço de demanda espontânea.

PICS ofertadas em atividades individuais e coletivas no SUS de Porto Alegre pela Atenção Primária:

ATIVIDADES INDIVIDUAIS		ATIVIDADES COLETIVAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sessão de Acupuntura com inserção de agulhas,</li> <li>• Sessão de Acupuntura com aplicação de ventosa e moxabustão,</li> <li>• Sessão de Antroposofia aplicada à Saúde,</li> <li>• Sessão de Aromaterapia,</li> <li>• Sessão de Auriculoterapia,</li> <li>• Sessão de Constelação Familiar</li> <li>• Sessão de Cromoterapia,</li> <li>• Sessão de Eletroestimulação</li> <li>• Sessão de Geoterapia,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sessão de Massoterapia</li> <li>• Sessão de Meditação,</li> <li>• Sessão de Reiki/imposição de mãos</li> <li>• Sessão de Terapia de Florais,</li> <li>• Tratamento Ayurvédico</li> <li>• Tratamento Fitoterápico,</li> <li>• Tratamento Homeopático,</li> <li>• Tratamento em Medicina Tradicional Chinesa</li> <li>• Tratamento Naturopático.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa,</li> <li>• Sessão de Arteterapia</li> <li>• Sessão de Biodança</li> <li>• Sessão de Dança Circular</li> <li>• Sessão de Meditação,</li> <li>• Sessão de Musicoterapia,</li> <li>• Terapia Comunitária Integrativa</li> <li>• Yoga.</li> </ul>

Fonte: Relatório de Gestão SMS/POA, 2024

2- O encaminhamento para consultas especializadas, pode ser realizado pelo enfermeiro, através do sistema Gercon:

As 5 PICS sendo ofertadas no SUS pela Atenção Especializada (reguladas via GERCON) e seus locais de atendimentos são:

- **Acupuntura Geral** – realizada por equipe médica no Ambulatório PICS Modelo, no Ambulatório de Especialidades da Vila dos Comerciantes e Hospital Cristo Redentor. Realizada por equipe de fisioterapia no Ambulatório de Especialidades do IAPI.
- **Fitoterapia Geral** – realizada por equipe médica no Ambulatório PICS Modelo.
- **Homeopatia Geral** - realizada por equipe médica no Ambulatório PICS Modelo e no Hospital Nossa Senhora da Conceição AS.
- **Osteopatia Geral** - realizada por equipe de fisioterapia nos Ambulatórios de Especialidades da Vila dos Comerciantes e do IAPI.
- **Osteopatia Pediátrica** – (para recém nascidos à crianças até seis anos) realizada por equipe de fisioterapia no Ambulatório de Especialidades da Vila dos Comerciantes.

### Referências Bibliográficas:

Almeida, Lindynês Amorim de, et al. Cartilha de práticas integrativas e complementares no cuidado em saúde das crianças. - 1 ed. 1 vol - Irati: Pasteur, 2021. 1 livro digital; 20 p.; il.

Brasil, Ministério da saúde. Portaria nº 971/2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2006 maio 4, 1, 20-5.

COREN RS. <https://www.portalcoren-rs.gov.br/> busca realizada em 22/05/2024.

Johnson M, et al. Ligações entre NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NOC (Nursing Outcomes Classification) e NIC (Nursing Interventions Classification): diagnósticos, resultados, e intervenções de enfermagem. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Porto Alegre, SMS. Relatório de Gestão 2023.

Salles, Léia Fortes e Silva, Maria Júlia Paes. Enfermagem e as Práticas Complementares em Saúde. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora. 2011.

Texto elaborado por **MÁRCIA DA SILVA JACOBSEN** - Bióloga Sanitarista, Especialista em PICS e Medicina Tradicional Chinesa/MTC, Mestre e Doutora em Biologia | Matrícula 135857002 | Coordenadora da Área Técnica das Políticas Públicas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e das Plantas Medicinais e Fitoterápicos | Coordenação de Políticas Públicas em Saúde – CPPS | DAPS SMS/POA.

## ANEXO 15 - PARTICULARIDADES DE ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INDÍGENAS

Quando falamos em saúde indígena, um dos primeiros apontamentos a se fazer é que não há uma saúde em sentido estrito. Isso quer dizer que cada etnia vai ter suas concepções específicas de saúde e de doença, bem como ideias específicas de cuidado e de cura. Logo, acabamos tratando aqui de orientações gerais para atendimento da saúde da criança indígena, mas é importante ter em vista que cada contexto de atendimento terá as suas particularidades, tanto do ponto de vista sociológico quanto com relação às dimensões antropológicas da comunidade atendida.

Feita essa observação, cumpre apontar que, para os povos indígenas de maneira geral, **as causas para as doenças nem sempre vão estar relacionadas a aspectos estritamente fisiológicos**. Em certos casos e relacionados a sintomas específicos, as diferentes etnias indígenas atribuem causas diferentes daquelas que os profissionais de saúde, a partir do seu conhecimento biomédico, poderão atribuir. Assim, a atuação do profissional de saúde, em geral, e do enfermeiro, em específico, deverá estar orientada para o diálogo intercultural. Tanto mais efetivo será o atendimento do profissional de saúde quanto este estiver atento para as concepções de saúde e de doença e para as práticas de cura e de cuidado da etnia que atende.

Muitas das particularidades que acometem as crianças e adolescentes indígenas em relação à sua saúde estão relacionadas a aspectos culturais ou ambientais. Tais fatores irão influenciar a nutrição, o crescimento e o desenvolvimento da criança. Ainda, poderão aumentar o risco de acidentes, doenças pulmonares, doenças dermatológicas e doenças gastrointestinais.

O alimento é um direito básico de todas as crianças e adolescentes. Uma nutrição adequada desde a concepção é essencial para o crescimento das crianças e a promoção de adultos saudáveis. No que tange a alimentação, os povos indígenas vêm sofrendo com problemas nutricionais que impactam sobremaneira nas crianças, tornando imperativa a implantação de políticas públicas que forneçam suporte nutricional balanceado para sua recuperação, bem como de estratégias que visem à prevenção dos distúrbios nutricionais. **Por isso, é importante que o profissional de saúde oriente a alimentação adequada garantindo o alimento de qualidade com todos os micro e macronutrientes necessários para o pleno desenvolvimento das crianças e adolescentes indígenas, durante todos os períodos do ano, respeitando os hábitos alimentares de cada etnia.**

Além disso, o trabalho na saúde indígena demanda que o profissional atue na garantia de direitos, por meio do trabalho intersetorial, possibilitando que o usuário possa alcançar os órgãos de assistência social ou outros que se façam necessários. Muitas vezes, a comunidade tem sua própria horta ou fonte de alimento, que pode ser um recurso importante neste caso. Porém, se estiverem expostos à contaminação do seu território e a condições sanitárias precárias, sua saúde certamente será prejudicada. Nesse sentido, o profissional de saúde também deve estar atento a essas dimensões e orientar a higiene e conservação adequada dos alimentos e a desinfecção da água através da fervura.

As pesquisas demonstram que a maioria das mães indígenas não apresenta dificuldade para o início da amamentação. De qualquer forma, como qualquer grupo populacional, poderá haver situações de dificuldade nos momentos iniciais do aleitamento materno. Se houver qualquer impedimento ou obstáculo para a amamentação, todos os cuidados devem ser feitos em parceria com os líderes da aldeia. O aleitamento materno exclusivo ajuda a promover a interação mãe-bebê e todos os estudos mostram a sua eficácia na prevenção de doenças respiratórias e diarreicas, que são as principais causas de mortalidade infantil nos povos indígenas.

Recomenda-se procurar identificar situações de risco à saúde das crianças presentes na comunidade, assim como avaliar periodicamente a prevalência dos fatores de risco e de que forma a sistematização da assistência segundo a situação de risco apresentou impacto sobre a mortalidade e sobre grupos específicos de doenças.

Em função do aumento da incidência da morbidade por causas externas entre as crianças indígenas, torna-se importante considerar a

prevenção de acidentes no planejamento das ações de promoção de saúde em comunidades indígenas.

No interior das moradias, a escassez de mobiliário pode ser considerada fator de proteção para quedas. A ausência de mobiliário deve também ser analisada na perspectiva de armazenamento dos utensílios domésticos e gêneros alimentícios. É comum que pratos, copos de louça ou mesmo de plásticos sejam mantidos no chão, podendo ser facilmente quebrados, transformando-se em mais um fator de risco para quedas e ferimentos.

Algumas situações merecem atenção especial para risco de queimadura nas aldeias, como: uso de fogueiras para iluminação, ritual religioso ou preparo das refeições. Vasilhames com líquidos e alimentos quentes, em geral cozidos no chão, devem ser cuidadosamente vigiados para evitar o risco de queimadura. A água do banho muito quente e o tabagismo também podem predispor as crianças indígenas para queimaduras.

A presença de pequenos objetos ao seu alcance é um importante fator de risco entre populações indígenas. Nesse sentido, pode-se encontrar sementes e outros tipos de grãos utilizados na produção de artesanato que comumente ficam pelo chão ou em local de fácil alcance. Também pelo fácil alcance das crianças, medicamentos da medicina ocidental (gotas nasais, xaropes e comprimidos) têm sido implicados como causa frequente de intoxicação de crianças indígenas.

Em determinadas aldeias, cuidados especiais devem ser tomados com cobras, escorpiões, aranhas, ratos e outros animais que podem facilmente andar por terrenos não adequadamente limpos e/ou fazer seus ninhos em locais onde entulhos são armazenados.

Pelas condições inadequadas de vida em que sobrevive a maioria das comunidades indígenas brasileiras, habitualmente, a altura dos pais não reflete o potencial genético transmitido a seus filhos. Algumas comunidades podem ter altura média mais baixa, porém não há uma curva de crescimento específica para a população indígena. Atualmente, utiliza-se para a população indígena as curvas da OMS, as quais consideram diferentes comunidades do mundo, estando estas disponíveis na Caderneta da Criança. Recomenda-se que o profissional de saúde atente principalmente para a velocidade de crescimento, avaliando se a criança mantém a sua linha de crescimento dentro do esperado. Para isso, é imprescindível que se tenham os registros das aferições anteriores, ressaltando o correto preenchimento da Caderneta da Criança e do prontuário do cidadão. Espera-se que as crianças indígenas tenham o mesmo desenvolvimento neuropsicomotor de outras populações, utilizando, portanto, os mesmos instrumentos de avaliação e podendo-se adaptar às orientações de estimulação precoce de acordo com a cultura local.

Por fim, é notório que estar atento aos determinantes sociais da saúde é relevante para que o profissional da atenção primária à saúde possa tanto diagnosticar a situação da comunidade indígena quanto possa prestar a assistência necessária. De igual forma, é importante que o profissional esteja atento para as particularidades do contexto da etnia que atende. Pois, se é verdade que cada etnia tem as suas particularidades do ponto de vista cosmológico, também é fato que cada comunidade tem uma realidade social específica.

**O Calendário Vacinal para Povos Indígenas seguirá as normas do Calendário Básico de Vacinação, a exceção dos seguintes imunobiológicos:**

**Vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica):** Administrar uma dose em todos os indígenas a partir de 5 anos de idade sem comprovação vacinal com as vacinas pneumocócicas conjugadas. Particularidades: contraindicada para as crianças menores de 2 anos de idade; não administrar em crianças menores de 5 anos de idade; criança de 2 a 4 anos, 11 meses e 29 dias que recebeu dose da vacina pneumocócica 23 valente e não tem histórico de vacinação com pneumocócica conjugada 10 valente, administrar uma dose desta vacina (pneumocócica conjugada 10 valente), não sendo necessárias doses adicionais.

**Vacina varicela (atenuada):** Administrar a 1ª dose aos 15 meses de idade com a vacina tetra viral, para as crianças que já tenham recebido a 1ª dose da vacina tríplice viral. Administrar a 2ª dose aos 4 anos de idade com varicela monovalente. Particularidades: pessoas a partir dos 7 anos de idade não vacinadas ou sem comprovação vacinal, administrar uma ou duas doses da vacina varicela, a depender do laboratório produtor (verificar na bula que acompanha a vacina).

**Referências**

Carta de Manaus – Em defesa da saúde da criança e do adolescente indígena . Sociedade Brasileira de Pediatria. Manaus, 23 de junho de 2023.

Garnelo, L., Sampaio, S.S., e Pontes, A.L. Cuidado à saúde da criança indígena. In: Atenção diferenciada: a formação técnica de agentes indígenas de saúde do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 89-118.

Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira / Renato Minoru Yamamoto (organizador) promovido pela Sociedade Brasileira de Pediatria. - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

## ANEXO 16 – CONSIDERAÇÕES DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COM DOENÇA FALCIFORME

A assistência de enfermagem à criança e ao adolescente com doença falciforme deve ser baseada em uma abordagem integral, considerando as especificidades dessa condição genética e suas complicações frequentes. As principais áreas de atenção incluem o monitoramento de crises vaso-oclusivas, prevenção de infecções e orientação à família para a adesão ao tratamento.

### 1. Acompanhamento Regular e Vigilância de Complicações

Segundo o protocolo de cuidados, as crianças e adolescentes com doença falciforme necessitam de acompanhamento regular para identificar precocemente possíveis complicações (Porto Alegre, 2018). Entre os principais sinais de alarme que devem ser observados estão:

- Palidez súbita;
- Icterícia;
- Distensão abdominal;
- Aumento do baço ou fígado;
- Hematúria (presença de sangue na urina);
- Priapismo;
- Dor sem resposta ao tratamento;
- Tosse ou dificuldade respiratória;
- Febre;
- Alterações neurológicas (como convulsões, letargia, fraqueza muscular ou mudança de comportamento);
- Dificuldade para ingerir líquidos;
- Vômitos;
- Sinais de desidratação.

Conforme o quadro clínico, as consultas de rotina devem ser individualizadas, levando em consideração o tipo de doença falciforme, as necessidades da família e outras condições associadas à saúde. Entre os 6 e 24 meses, pode ocorrer um declínio no crescimento devido à queda da hemoglobina, porém, o crescimento subsequente deve voltar ao normal (Porto Alegre, 2018).

### 2. Prevenção de Infecções

De acordo com as orientações para a prevenção de infecções, as crianças com doença falciforme enfrentam um elevado risco de complicações e frequentemente requerem o apoio de várias especialidades (Porto Alegre, 2018). A equipe de enfermagem tem papel fundamental na coordenação desse cuidado, garantindo que a família receba orientações adequadas. As principais medidas de prevenção incluem:

- Manutenção do calendário vacinal atualizado, conforme o Calendário Nacional de Vacinação e o Manual do CRIE;

→ Busca imediata por atendimento de saúde em caso de febre ou sinais de infecção.

Além disso, é importante que a escola da criança esteja informada sobre a necessidade de maior ingestão hídrica e monitoramento da diurese, além de estar atenta a mudanças de comportamento ou dificuldades escolares, que podem indicar a presença de infartos cerebrais silenciosos (Porto Alegre, 2018).

### **3. Educação em Saúde e Adesão ao Tratamento**

Segundo o protocolo, a educação em saúde é fundamental para garantir a adesão ao tratamento e a melhora na qualidade de vida da criança e do adolescente com doença falciforme (Porto Alegre, 2018). A equipe de enfermagem deve orientar a família e os cuidadores sobre:

- A importância da adesão à profilaxia com penicilina e suplementação de ácido fólico;
- A necessidade de manter as vacinas em dia, especialmente as indicadas no Manual do CRIE;
- A observação de sinais de alerta, como febre, infecções e crises dolorosas;
- Os fatores desencadeantes de crises, como frio, desidratação, esforço físico e infecções;
- O autocuidado diário, incluindo a avaliação da pele para prevenção de lesões.

Além disso, deve-se oferecer suporte psicológico, tanto para a criança quanto para a família, ajudando-os a lidar com o impacto emocional da doença (Porto Alegre, 2018).

### **4. Encaminhamentos e Regulação de Cuidados Especiais**

Conforme as diretrizes, o enfermeiro também é responsável por garantir o acesso a cuidados especializados, solicitando exames laboratoriais, de imagem, e encaminhando a criança para consulta com nutricionistas, psicólogos e outros profissionais conforme necessário (Porto Alegre, 2018). Crianças com doença falciforme devem ser acompanhadas em ambulatórios de hemoglobinopatias de hospitais de referência para interconsultas e seguimento especializado.

### **5. Suporte Psicológico e Social**

Ainda de acordo com o protocolo, o suporte psicossocial é uma parte fundamental da assistência a essas crianças e adolescentes (Porto Alegre, 2018). O enfermeiro deve identificar sinais de estresse emocional e dificuldades relacionadas à escolaridade, encaminhando a criança para serviços de apoio quando necessário. Além disso, deve-se promover a participação em atividades culturais, esportivas e religiosas, incentivando a inclusão social, especialmente durante a adolescência.

MAIS INFORMAÇÕES NA BVAPS: <https://sites.google.com/view/bvsapscoa/programas-e-pol%C3%ADticas-de-sa%C3%BAde/equidade-em-sa%C3%BAde/popula%C3%A7%C3%A3o-negra>

## ANEXO 17 - ORIENTAÇÕES SOBRE SONO SEGURO



### PREVENÇÃO DE MORTE SÚBITA DO LACTENTE

A morte súbita e inesperada de bebês é descrita quando ocorre antes de um ano de idade durante o sono, podendo ter como causa a Síndrome da morte súbita do lactente, a aspiração, a sufocação ou o estrangulamento acidental. A Síndrome da morte súbita do lactente é definida como: a morte súbita e inesperada de uma criança com menos de um ano de idade, durante o sono, que não pode ser explicada por outra causa, tendo seu pico de incidência entre dois e quatro meses.

Esse documento visa à sensibilização das equipes de saúde para a adoção das recomendações atuais de sono seguro para bebês, em um esforço para mudanças das práticas relacionadas ao sono infantil e consequente redução dessa importante causa evitável de mortalidade infantil.

**As seguintes orientações são estratégias importantes para redução da morte súbita do lactente:**

#### Uso da posição supina para dormir

- Crianças de até um ano de idade devem ser colocadas para dormir na posição supina (barriga para cima). As posições de lado e prona (barriga para baixo) não são seguras. Mesmo crianças com doença do refluxo gastroesofágico devem ser mantidas em posição supina durante o sono, pois o risco de morte relacionada ao sono supera o risco de broncoaspiração devido ao refluxo (com a rara exceção aos bebês com diagnóstico de distúrbio da deglutição associado a disfunção neurológica).
- Quando a criança aprende a rolar sozinha da posição supina para a prona e da prona para a supina, ela ainda deve ser colocada para dormir na posição supina até 1 ano de vida, porém poderá ser mantida na posição que assumiu durante o sono.

#### Uso de uma superfície firme para dormir e livre de objetos

- O bebê deve ser colocado para dormir em um colchão firme, com lençol bem preso, e sem objetos soltos. Não devem ser colocados, junto ao bebê, objetos como: travesseiros, cobertores, almofadas e brinquedos. Não deve-se usar carrinho ou bebê conforto como superfície para dormir. Protetores de berço são desaconselhados. O colchão não deve ser elevado, estudos recentes comprovam que elevar o colchão não reduz o refluxo gastroesofágico.

Fonte: BVAPS SMS/POA.

#### Compartilhamento de espaço

- Os bebês devem ser colocados para dormir em uma superfície separada dos pais. É recomendado que os bebês durmam no quarto dos pais pelo menos até os 6 meses, porém não na mesma cama.

#### Amamentação

- A amamentação deve ser estimulada, sendo um fator importante de proteção para síndrome de morte súbita do lactente e outras patologias.

#### Colocar o bebê para arrotar

- Após a amamentação, oriente deixar o bebê em pé, no colo, por pelo menos 20 minutos antes de deitá-lo.

#### Tabagismo

- Deve-se aconselhar evitar a exposição ao tabagismo materno, sendo esse um dos principais fatores associados à Síndrome da morte súbita do lactente. Também deve ser evitado consumo de álcool e drogas ilícitas.

#### Roupas e aquecimento

- Oriente evitar o superaquecimento. O ajuste do aquecimento do bebê deve ser feito com roupas, sendo desnecessário o uso de cobertores. Não deve-se cobrir a cabeça do bebê com roupas para dormir.

#### Imunização

- Estudos sugerem que a vacinação em dia tem um efeito protetor na prevenção de Síndrome de morte súbita do lactente.

#### Bibliografia

SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. Moon RY, TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. Pediatrics. 2016;138(5)

RADO, Lucila Bizari Fernandes do et al. Síndrome da Morte Súbita do Lactente, Depto. Científico de Medicina do Sono da SBP, n. 4, p. 1-10, out de 2018.

Corwin, Michael J. Sudden infant death syndrome: Risk factors and risk reduction strategies. UpToDate. 2022



## ANEXO 18 - ORIENTAÇÕES PARA ESTIMULAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL POR PAIS OU RESPONSÁVEIS

### Do nascimento aos 2 meses

- Mostre objetos coloridos a uma distância de mais ou menos 30 cm dos olhos da criança, movendo-os para cima, para baixo e para os lados.
- Estabeleça contato visual, olhe nos olhos do seu bebê quando estiver falando.
- Cante para ela. Os bebês gostam do som e do ritmo das canções de ninar e de cantigas de roda.
- A música estimula a linguagem e transmite uma sensação de tranquilidade e alegria.
- Leia e conte histórias para ela.
- Para fortalecer os músculos do pescoço da criança, deite-a de barriga para baixo e chame sua atenção com brinquedos, diga seu nome, estimulando-a a levantar a cabeça.

### Dos 2 aos 4 meses

- Brinque com a criança, ofereça objetos ou brinquedos para ela pegar ou tocar com a mão. Nessa idade ela só pega o objeto se for colocado na sua mão, isto é, ainda não consegue buscar o objeto, apenas o toca, ou bate nele, mas fica atenta à brincadeira. Esse jogo, além de favorecer seus movimentos, também irá diverti-la.
- Leia e converse com ele, ouvir a voz da mãe e do pai ajudará o bebê a relaxar.
- Cante bastante para seu bebê, principalmente músicas com repetições. Bebês amam escutar a voz dos pais! Quando ela ficar maior, deixe-a completar os versos.
- Quando acordada, deixe a criança em lugar firme, seguro, no qual ela possa ficar com os braços livres. Vire-a de bruços por breves períodos no seu próprio colo ou na cama, para que ela possa olhar o mundo de outro ângulo.
- Na hora de colocá-la para dormir, as canções suaves ajudam muito a acalmá-la..

### Entre 4 e 6 meses

- Ofereça brinquedos e objetos coloridos, macios e limpos, como pequenas tigelas de plástico, chocalhos e mordedores, para que a criança possa buscá-los, segurá-los e levá-los à boca sem risco de se engasgar ou se machucar. Os bebês também gostam de brincar com as próprias mãos e pés. Observe-a e deixe-a livre para que possa conhecer o próprio corpo.
- Converse ou faça barulhos de um lugar onde a criança não esteja vendo você para que ela tente localizar de onde vem o som.
- Use a fala materna, aquela fala meiga que alonga as vogais e que naturalmente usamos com bebês: "Coisiiinhaaa fooofaaa da mamãeee!". Ao usar a fala materna, Não use frases como as exemplificadas a seguir: "Papá macalão?", "Nenê vai botá papatinho, vai?", "Olha o cacholinho!" As crianças aprendem baseado no que ouvem, portanto, devem ouvir a pronuncia correta das frases.
- Aponte para as coisas e as nomeie: "Isso é uma borboleta!", "Olhe o gatinho!", "Isto é uma bola de basquete!"
- Dê livros de plástico e de pano para o seu bebê, prefira livros com ilustrações em cores fortes e contrastantes.
- Brinque de imitação. Faça caretas, coloque a língua para fora, sorria e jogue beijos. O bebê logo o imitará.
- Reproduza os sons de animais e de objetos e peça que o bebê os imite: "A vaca faz muuu!", "O gato faz miau!", "A buzina faz bibiii!"
- Ao final desse período, ela já é capaz de chamar sua atenção: ela já sabe encontrar formas de lhe pedir algo. Ofereça comida, brinquedos etc. e espere um pouco para ver sua reação. Assim, ela também aprenderá a expressar vontade e aceitação, prazer e desconforto.
- Por volta dos 5 meses, estimule-a a rolar de barriga para cima e depois para baixo. Coloque-a sobre um papelão grosso de uma caixa desmontada (que não seja de produtos tóxicos e/ou com cheiros fortes) ou outro forro que fique firme no chão para facilitar seus movimentos.

Fonte: Caderneta da Criança/MS, 2022.

### Entre 6 e 9 meses

- Dê atenção à a criança e demonstre que você está atenta aos seus pedidos. Demonstre alegria e interesse por sua aprendizagem.
- Aproveite o momento de dormir ou a rotina do sono para ler por alguns minutos para seu neném. Você pode ler livros com rimas e letras de canções!
- Evite falar a maioria das palavras no diminutivo, pois elas ficam mais longas e, conseqüentemente, mais difíceis de serem diferenciadas pelo bebê. Por exemplo, a palavra “pão” tem uma sílaba, e a palavra “pãozinho”, três.
- O bebê já consegue dormir, comer e brincar em uma rotina mais organizada, de acordo com o ritmo da família. A manutenção de uma rotina diária dá segurança à criança e ajuda no seu aprendizado da organização e da disciplina, o que será importante para toda a sua vida. Nesta fase, o bebê começa a estranhar as outras pessoas. Isso é um bom sinal! Ela já sabe que você e as pessoas que cuidam regularmente dela são diferentes das demais e expressa essa preferência!
- Cubra o rosto ou objetos com um pano e pergunte à a criança onde está. Caso ela não o encontre, retire o pano para que ela possa vê-lo. Aos poucos, ela perceberá que você ou o objeto está escondido por trás do pano. Essa brincadeira possibilita que a criança aprenda que as pessoas e os objetos continuam existindo mesmo quando ela não os vê.
- Bata palmas ou crie situações atraentes e curiosas para ela. Use a sua imaginação!
- Dê à criança brinquedos com cores, texturas e temperaturas variadas, fáceis de segurar, para que ela aprenda a passar objetos de uma mão para a outra. Elas também gostam de batê-los no chão e colocá-los dentro de caixas ou de outros recipientes de boca larga.
- Fale o nome dos objetos, pessoas e partes do corpo da a criança, incentivando que ela participe da conversa, emitindo sons e sorrisos.
- Converse bastante com ela, usando palavras de fácil repetição, como “dadá”, “papá” etc.
- Coloque a criança no chão, em uma esteira ou colchonete, estimulando-a a sentar-se.
- Coloque objetos à sua frente para que ela vá buscá-los, incentivando-a a se arrastar ou engatinhar.
- Como a partir dos 6 meses a criança começa a receber outros alimentos além do leite materno, aproveite as refeições para conversar e interagir com ela.

### Entre 9 e 12 meses

Em torno de 1 ano de vida, o bebê já consegue falar algumas palavras além de “mamã” e “papá” e nomear os objetos e as ações mais comuns.

- Ajude a criança a aumentar seu vocabulário.
- Ensine a ela os nomes das coisas e das pessoas, explique tudo o que você faz com ela, para ela, o porquê de estar fazendo algo e para que isso serve.
- Converse com sua neném, ela vai aprendendo a falar e a entender bem o que as outras pessoas falam.
- Ouça e cante músicas fazendo gestos, batendo palmas, dando tchau, incentivando que a criança imite você.
- Faça perguntas simples e dê pequenas ordens: “Vem aqui”, “Pegue o brinquedo”, “Me dá” etc.
- Continue lendo e contando histórias para ela, principalmente na hora de dormir.
- Mostre-lhe as figuras dos livros quando estiver lendo e contando as histórias.
- Estimule a criança a reconhecer e repetir os nomes das pessoas, dos animais e dos objetos que vê. As crianças gostam de apontar as figuras e ouvir alguém contar uma história sobre elas.
- Estimule a criança a caminhar. Inicialmente, ela buscará apoio nos móveis e gradualmente irá largá-los. Os móveis devem estar firmes para que não caiam sobre ela. Coloque objetos em cima de sofás ou poltronas e estimule a criança a pegá-los. Esse movimento ajuda a criança a ter segurança e equilíbrio para ficar em pé sem precisar de apoio. Aos poucos, ela irá soltando as mãos e se equilibrará nas duas pernas e conseguirá caminhar.
- O uso de andador não é recomendado, pois este equipamento traz risco para segurança do seu bebê.
- Estimule o contato de a criança com outras crianças.
- Ofereça pequenos objetos, como bolinhas de papel, pedaços de frutas ou outros para que ela possa pegar e treinar fazer uma pinça com os dedos. Mas tome muito cuidado para que ela não leve estes objetos a boca ou aos ouvidos ou ao nariz.
- Não deixe a criança sozinha com pequenos objetos.

Fonte: Caderneta da Criança/MS, 2022.

### Entre 12 e 18 meses

- Continue sendo claro e firme ao colocar limites. Ordens diferentes, dadas ao mesmo tempo, deixam a criança confusa, sem saber o que fazer.
- Afaste-se de a criança por períodos curtos, para que ela não se sinta insegura, e vá fazendo com que ela se acostume, aos poucos, com a sua ausência.
- Crie oportunidades para que a criança aprenda a comer sozinha, a usar o talher com a própria mão, direita ou esquerda, de acordo com a sua habilidade, mas ajude-a a terminar sua refeição. Ela ainda precisa de seu apoio.
- Preste atenção em a criança, em seu olhar, em suas expressões faciais, em seus gestos, em suas falas.
- Esse é o primeiro passo para vocês estabelecerem contato.
- Ofereça-lhe caixas ou potes de diversos tamanhos e incentive-a a empilhá-los. Mostre-lhe como fazer isso e deixe-a imitá-lo.
- Faça pedidos simples e fale os nomes corretos dos objetos. Isso ajuda a criança a aumentar seu vocabulário e aprender a pedir o que quer.
- Crie oportunidades para que ela aprenda a andar sozinha, com equilíbrio e segurança, de modo que possa alcançar, pegar ou largar um brinquedo.
- Crie oportunidades para que ela aprenda a rabiscar (com materiais como o giz de cera). Essa atividade estimula a criatividade e a coordenação dos movimentos das mãos.
- Nesta fase, ela já entende o que você diz. Portanto, seja claro com a criança, mostrando o que ela pode e não pode fazer. Dê-lhe limites.
- Puxe um carrinho com uma corda e mova em diferentes direções para que a criança possa acompanhar o movimento andando tanto para a frente quanto para trás, ou fazendo curvas.

### Entre 18 e 24 meses

- Estimule a criança a tirar as próprias roupas, mas ajude-a no início de suas tentativas.
- Perto dos 2 anos de idade, as crianças começam a falar ou a apontar quando fazem cocô ou xixi. Comece a incentivar a criança a usar o vaso sanitário ou o penico. Faça isso em clima de brincadeira, sem pressioná-la ou repreendê-la. Inicialmente, deixe a criança sem fraldas durante o dia, com calcinha ou shorts, para que ela perceba quando faz xixi ou cocô. Quando você mesma perceber que ela está com vontade, leve-a até um penico e deixe que ela experimente usá-lo sem ser forçada. Aos poucos, vá incentivando-a e ajudando-a a usar o vaso sanitário.
- Continue oferecendo brinquedos de encaixe que possam ser empilhados e brinque com a criança para que ela possa imitar você.
- Continue contando histórias usando livros e revistas. Nomeie os objetos e os personagens e crie histórias a partir das figuras.
- Brinque de “Eu vejo com meus olhinhos”:  
 Adulto — Eu vejo com meus olhinhos uma coisa amarela!  
 Criança — É a bola?  
 Adulto — Não!  
 Criança — É o girassol?  
 Adulto — É quase isso. Só que o que eu estou vendo está bem distante, lá no alto.  
 Criança — Já sei! É o sol!  
 Adulto — Isso mesmo! Acertou! É o sol, que está lá no céu!
- Brinque com a criança: jogue bola, faça brincadeiras que envolvam o uso do corpo. Para mais informações sobre brincadeiras na primeira infância, acesse <http://alfabetizacao.mec.gov.br>

Fonte: Caderneta da Criança/MS, 2022.

### Entre 24 e 36 meses (2 e 3 anos)

- Procure acompanhar as atividades da criança e demonstre interesse e satisfação por seu aprendizado e amadurecimento nessas habilidades.
- Incentive a criança a se alimentar, a se vestir, a se banhar e a escovar os dentes sozinha.
- Elogie suas conquistas e só a ajude quando ela precisar.
- Continue estimulando-a a controlar a eliminação de fezes e urina, em clima de brincadeira, sem pressioná-la ou repreendê-la. A retirada das fraldas depende muito da presença motivadora dos cuidadores.
- Estimule a criança a brincar com outras crianças para aprender a se relacionar e a compartilhar os brinquedos. A brincadeira fortalece a convivência social e os vínculos comunitários.
- Evite falas negativas que desencorajem o diálogo, como: “Saia daí!”, “Não pode!”, “Fique quieta!”, “Cale a boca!”. Use a palavra “não” só em momentos realmente necessários: “Não coloque o dedo na tomada, filha (o)! É perigoso!” Quando disser “não”, faça-o com firmeza, mas sem agressividade.
- Aproveite as refeições para as conversas em família. Ao menos uma vez por dia, faça o possível para que toda a família se sente à mesa para confraternizar. Mantenha a televisão desligada.
- Converse sempre com a criança. Uma das formas de conversar é comentar em voz alta o que o adulto e a criança estão fazendo ou vendo. É como se o adulto estivesse pensando em voz alta. Assim, a criança começará a entender como os problemas são resolvidos. Exemplo: “Agora vamos pegar o sabonete para lavar as mãos, depois vamos lavar os braços...”
- Cante músicas e conte histórias de um jeito simples, para que a criança possa repeti-las. Ela pode falar sobre os personagens e acontecimentos da história e também sobre fatos de seu dia a dia, de suas brincadeiras, os nomes dos amigos e os lugares que frequenta. Essas atividades estimulam o desenvolvimento da linguagem e da imaginação da criança.
- Mostre à criança figuras de animais, de peças do vestuário, de objetos domésticos e estimule-a a falar sobre eles: o que fazem, para que servem.
- Pergunte a ela, por exemplo: “Quem mia?”, “Quem late?”.
- Brinque de desenhar. A criança pode desenhar no papel, com giz, e também na areia e na terra, com o dedo.
- Ofereça pedaços de madeira, plástico, caixinhas, potes e peça para a criança construir torres, pontes, caminhos e casas. Essa brincadeira ajuda a desenvolver a imaginação e a criatividade. Você também pode pedir que ela separe os objetos pela cor e pela forma.

### Entre 3 e 4 anos

- Após os 3 anos, a criança já consegue permanecer por mais tempo em uma mesma brincadeira e prestar mais atenção em características como a cor, a forma e o tamanho dos objetos.
- Crie situações nas quais a criança possa experimentar e reconhecer as diferentes sensações. Nesta fase, ela já é capaz de diferenciar sensações, como frio, calor, seco e molhado. Você pode, por exemplo, fazer comentários como: “Hoje está muito frio, vamos colocar esse casaco?”, ou “Está fazendo calor, vamos tirar esse casaco?”. Outros comentários: “Pegue aqui no copo. O leite está quente”, ou “Pegue aqui no copo. A água está fria”.
- Faça brincadeiras que desenvolvam o equilíbrio e a concentração: andar de triciclo, pular para dentro e para fora de um círculo desenhado no chão, andar em linha reta, pular num pé só alternando a perna e chutar a bola.
- Promova brincadeiras com outras crianças.

Fonte: Caderneta da Criança/MS, 2022.

### Entre 4 e 5 anos

A criança já se comunica bem por meio de palavras e ganha independência.

- Incentive a expressar suas ideias, inventar ou recontar histórias, canções e rimas. Escute-a com atenção. Essa atitude amorosa estimula o desenvolvimento da linguagem e da imaginação da criança.
- Não repreenda a criança quando ela estiver expressando suas fantasias. Ela está apenas aprendendo a dizer o que pensa.
- Estimule a criança a falar sobre o que ela está fazendo e a contar experiências marcantes da vida dela.
- Em vez de apontar o erro diretamente, mostre com naturalidade a forma correta de falar, sem que a criança perceba que está sendo corrigido. Criança — Mamãe, eu não sabo onde ele tá! Adulto — É mesmo? Eu também não sei onde o cachorro está! Vamos procurá-lo!
- Estimule a criança a correr, subir e descer, pular de pequenas alturas, pular em um pé só. Você pode, por exemplo, convidá-la a imitar o Saci-Pererê, pular corda, brincar de amarelinha
- A criança já se comunica bem por meio de palavras e ganha independência.
- Incentive a criança a expressar suas ideias, inventar ou recontar histórias, canções e rimas. Escute-a com atenção. Essa atitude amorosa estimula o desenvolvimento da linguagem e da imaginação da criança.
- Não repreenda a criança quando ela estiver expressando suas fantasias. Ela está apenas aprendendo a dizer o que pensa.
- Estimule a criança a falar sobre o que ela está fazendo e a contar experiências marcantes da vida dela.
- Em vez de apontar o erro diretamente, mostre com naturalidade a forma correta de falar, sem que a criança perceba que está sendo corrigido. Criança — Mamãe, eu não sabo onde ele tá! Adulto — É mesmo? Eu também não sei onde o cachorro está! Vamos procurá-lo!
- Estimule a criança a correr, subir e descer, pular de pequenas alturas, pular em um pé só. Você pode, por exemplo, convidá-la a imitar o Saci-Pererê, pular corda, brincar de amarelinha
- Nesta idade, a criança pergunta com insistência sobre a causa de alguns acontecimentos. “Por quê?”, “como?”, “para quê?” são perguntas frequentes. Responda às perguntas de a criança de um jeito que ela possa entender. Satisfaça a sua curiosidade e deixe que ela explore a sua capacidade de descobrir e compreender o mundo.
- Não corrija eventuais erros de linguagem. Apenas repita o que a criança disse de forma correta para que ela tenha um modelo a imitar.
- Incentive-a com brincadeiras e atividades como desenhar de forma espontânea, copiar desenhos, colorir, recortar e colar figuras de revistas, fazer esculturas com argila ou barro. Peça para ela falar sobre o que desenhou ou construiu.
- Continue incentivando a criança a brincar com outras pessoas. A interação da criança com seus brinquedos, amigos e familiares proporciona o apoio necessário para que ela se relacione com o meio social e cultural.

### Entre 5 e 6 anos

Por volta dos 6 anos de idade, a criança tem interesse por jogos e brincadeiras com regras – passa anel e jogo da memória –, que desenvolvem habilidades como a adequação a limites, a cooperação, a negociação e a competição saudável. Nesta fase, a criança já é capaz de aceitar e seguir regras dos jogos de mesa.

- Incentive a criança a perceber novas relações entre os objetos para fortalecer sua capacidade de reflexão. Peça, por exemplo, para ela observar como os objetos podem ter quantidades e formas, tanto diferentes como iguais. Pergunte, por exemplo: “Onde tem mais objetos?”, “Onde tem menos?”.
- Incentive as brincadeiras de faz de conta, de casinha, de escola e de teatrinho. Elas ajudam a criança a organizar e expressar seus pensamentos e suas emoções e enriquecem sua identidade. Ao interpretar personagens e dar vida e função aos objetos, a criança experimenta outras formas de ser.
- Promova brincadeiras que ajudem a criança a desenvolver seu equilíbrio. Por exemplo, peça para ela andar sobre uma linha desenhada no chão, colocando os pés bem juntinhos, um na frente do outro.
- Conte histórias, ensine poesias, rimas e canções e incentive a criança a usar criativamente o que aprendeu. Brinque de formar famílias de palavras, assim: família das frutas (limão, abacaxi e banana), família dos meios de transporte (ônibus, carro, caminhão, carroça) etc.
- Dê tarefas que sejam adequadas à capacidade e à habilidade da criança e insista na sua realização. Ela pode, por exemplo, ajudar em algumas tarefas domésticas e cuidar do seu material escolar. Com isso, estará construindo o senso de responsabilidade, que é uma atitude fundamental para a vida adulta.
- Promova atividades de desenho e pintura

Fonte: Caderneta da Criança/MS, 2022.

**Entre 6 e 9 anos**

- Estimule cada vez mais a independência de a criança, mas, ao mesmo tempo, esteja muito próximo dela. Converse, troque ideias, seja companheiro, de forma que ela possa ir construindo a sua visão de mundo de acordo com os valores e os limites da família e da convivência na comunidade.
  - Acompanhe a vida escolar da a criança e valorize suas conquistas. Converse com os professores sobre o seu aprendizado, seu comportamento na escola e sua socialização com os colegas e os professores.
  - Promova sua participação em atividades esportivas e artísticas de acordo com suas preferências e habilidades. Essas atividades são boas para crianças porque favorecem o aprendizado da disciplina, da coordenação motora, da convivência em grupo e o desenvolvimento de outras aptidões. Pergunte a a criança como foi o dia dela, de que ela brincou e o que aprendeu de importante na escola. Demonstre curiosidade pelo que a criança tem a dizer. Seja um ouvinte entusiasmado.
- Dê incentivos positivos a a criança e destaque a razão dos elogios: “Muito bem! Você limpou a sujeira do chão!”, “Legal! Você está ajudando o amigo a brincar.” Faça de a criança uma ajudante. Ela se sentirá muito importante. Peça para que ela encontre e lhe traga coisas ou que cumpra ações simples: “Filha (o)(o), busque o açúcar para a mamãe”, “Filha (o)(o), segure a fita métrica para o papai medir esta tábua”, Pergunte, pergunte e pergunte. Estimule a curiosidade, o raciocínio e a capacidade de expressão de a criança por meio de perguntas. Faça, por exemplo, perguntas exploratórias, tais como: “Filha (o)(o), por que a Lua muda durante o mês?”, “De onde vem a chuva?”, “Para onde vai o lixo?”

Fonte: Caderneta da Criança/MS, 2022.

## ANEXO 19 – PAIGA



**PAIGA - Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente**

O Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, oferece **assistência ambulatorial a gestantes adolescentes de até 19 anos.** Com enfoque em violência e vulnerabilidade, engloba o atendimento integral por meio de uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, presta atendimento pré-natal, orientação e acompanhamento para anticoncepção após o parto e acompanhamento do bebê até os três anos de idade. O serviço está **disponível** para encaminhamento **via Gercon.**

### Como solicitar a agenda Pré-Natal Adolescente:

- Para a **solicitação de consulta ao pré-natal adolescência é necessário solicitar agenda de alto risco**, descrevendo que trata-se de gestante adolescente. O regulador fará o encaminhamento para a agenda específica.
- **É fundamental que as informações** descritas sejam **suficientes para caracterizar e indicar o encaminhamento e sua prioridade.**
- **É imprescindível que conste na solicitação** um conteúdo descritivo mínimo: **idade gestacional e caso hajam, descrição de antecedentes obstétricos e comorbidades.**
- Importante que **a gestante mantenha o vínculo com a Unidade de Saúde de referência.** A condição de gestação na adolescência não é critério absoluto para encaminhar ao PNAR, ela pode ser acompanhada pela US.

## ANEXO 20 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ESCOLA

De acordo com a Nota especial da Sociedade Brasileira de pediatria de 31/05/2023, o uso de medicamentos na escola visa minimizar os efeitos da automedicação, pela redução do uso excessivo de medicamentos, e diminuir interferências nas atividades pedagógicas, além de incentivar ações de promoção da saúde no ambiente escolar. Essa questão afeta principalmente as crianças matriculadas na educação infantil (creches e pré-escolas) e no ensino fundamental, uma vez que os adolescentes, no exercício de sua autonomia, podem se responsabilizar por sua medicação.

Recomenda-se que as famílias com crianças na escola sejam orientadas a darem os medicamentos em casa, sempre que possível. O uso de medicamentos na escola deve ser restrito às condições em que é imprescindível, com cuidados, a fim de evitar o uso inadequado, que pode ter consequências sérias para a saúde.

Havendo a necessidade de administrar remédios durante o horário escolar, as famílias devem ser orientadas a adotar as seguintes medidas:

- Encaminhar sempre a **receita MÉDICA de medicamentos de uso contínuo** atualizada e devidamente carimbada, para conferência, junto à anotação na agenda da criança (ou outra forma de comunicação), a fim de evitar enganos;
- Deixar o menor número de doses possível para administrar na instituição, somente quando for imprescindível, a fim de diminuir a possibilidade de enganos, atrasos e esquecimentos, em função de grande número de doses a serem dadas na rotina da instituição. Adicionalmente, se consegue menos interferência e prejuízo nas atividades pedagógicas;
- Enviar os medicamentos nas embalagens originais e identificados com o nome da criança;
- Considerar que muitas escolas podem julgar inviável interromper suas atividades para administração de medicamentos em intervalos muito curtos ou que demandem maior tempo e complexidade (como nebulizações, vide exemplo recente da restrição de aerossóis na vigência de Covid-19);
- Considerar a possibilidade de o MÉDICO enviar a receita médica por meio eletrônico (se a receita tiver sido extraviada ou, por qualquer motivo, não estiver disponível) de forma que não falte esse documento fundamental para a saúde e a segurança da criança;
- Manter contato com a equipe escolar para os esclarecimentos que forem necessários. Sempre que houver dificuldades, é importante a conversa entre pediatra, escola e família, para encontrar a alternativa mais segura, garantindo o tratamento da criança, sem prejuízo das atividades escolares.

**O Enfermeiro poderá realizar a prescrição de medicamentos sintomáticos para manejo de febre e dor, para uso domiciliar ou na escola,** mediante avaliação **PRESENCIAL** da criança, de acordo com este protocolo e conforme avaliação clínica em consulta de enfermagem.

Maiores informações sobre medicações e atestados acesse: <https://drive.google.com/file/d/1BuCLphSevdssh1U28sijqZ3RP-cr8pbO/view>

## ANEXO 21 – ANAMNESE, EXAME FÍSICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

1ª CONSULTA		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nascimento (tipo e local de parto, peso ao nascer, idade gestacional)</li> <li>• Apgar</li> <li>• Período neonatal e tratamentos realizados, internações</li> <li>• Verificar registro vacinal de BCG e Hepatite B. Se mãe HBsAg positivo, verificar registro de administração de Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B</li> <li>• Avaliar resultados das triagens (Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho e Teste do Coraçãozinho), encaminhar ao médico, quando necessário, e orientar agendamento das triagens quando não realizadas</li> <li>• Sinais de alerta no recém-nascido (malformação congênita)</li> <li>• Caso a mãe esteja amamentando, observar a pega</li> <li>• Ausência de pré-natal</li> <li>• Gestações anteriores</li> <li>• Antecedentes familiares (acidente vascular cerebral; cardiopatias; morte prematura e súbita de familiares; infarto; hipertensão; diabetes; agravos maternos; obesidade; convulsões; problemas de saúde mental)</li> <li>• 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</li> <li>• Gestação gemelar</li> <li>• Suspeita ou evidência de violência ou maus-tratos</li> <li>• Vínculo dos pais/cuidador e dos familiares com o bebê</li> <li>• 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</li> <li>• Avaliar o vínculo mãe/bebê e identificar possíveis sinais de depressão pós-parto</li> <li>• Hábitos alimentares</li> <li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li> <li>• Identificar problemas como vômitos/regurgitações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Comprimento</li> <li>• Assimetria da face</li> <li>• Alterações no crânio</li> <li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li> <li>• Implantação e possíveis alterações nos olhos e nariz</li> <li>• Visão - teste do reflexo vermelho</li> <li>• Realizar otoscopia</li> <li>• Boca (fenda palatina)</li> <li>• Perímetro cefálico</li> <li>• Perímetro torácico</li> <li>• Frequência cardíaca e respiratória</li> <li>• Ausculta cardíaca e respiratória</li> <li>• Ausculta e palpação abdominal</li> <li>• Tórax (avaliar possíveis alterações)</li> <li>• Reflexos primitivos</li> <li>• Displasia do quadril (Barlow e Ortolani)</li> <li>• Clavícula/fratura</li> <li>• Integridade e coloração da pele (icterícia)</li> <li>• Aspecto do coto umbilical</li> <li>• Genitais: avaliar criptorquidia, fimose, sinéquia vaginal e meato urinário (observar hipospádia, epispádia - alterações da localização da abertura da uretra)</li> <li>• Ânus e reto</li> <li>• Coluna vertebral</li> <li>• Membros superiores</li> <li>• Membros inferiores</li> <li>• Higiene oral e corporal</li> <li>• Hidratação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolher o recém-nascido e os acompanhantes no dia do atendimento, realizar escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li> <li>• 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.</li> <li>• Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação</li> <li>• Orientar sobre situações em que há restrições ao aleitamento materno e orientar as mães não podem amamentar.</li> <li>• Evitar coleito</li> <li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li> <li>• 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%, 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</li> <li>• Orientar técnica correta do banho diário</li> <li>• Orientar cuidados de higiene</li> <li>• Evitar uso de talcos e perfumes</li> <li>• Orientar calendário vacinal</li> <li>• Orientar higiene bucal</li> <li>• Realizar Teste do Pezinho do 3º ao 5º dia de vida do bebê</li> <li>• Investigar sinais de depressão na mãe</li> <li>• Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê</li> <li>• Orientar sobre icterícia e outros sinais de perigo.</li> <li>• Orientar quanto a prevenção de acidentes</li> <li>• Orientar evitar contato com fumantes</li> <li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li> <li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsulta.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de SMS/POA 2018

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

Fonte: Adaptado de SMS/POA 2018

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

Fonte: Adaptado de SMS/POA 2018

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

Fonte: Adaptado de SMS/POA 2018

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

5º MÊS (*MÉDIO E ALTO RISCO)		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li> <li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li> <li>• Problemas específicos da criança</li> <li>• Imunizações</li> <li>• Hábitos alimentares</li> <li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li> <li>• Identificar problemas como vômitos/regurgitações</li> <li>• Sinais de desidratação e de desnutrição</li> <li>• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li> <li>• Atraso no desenvolvimento</li> <li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li> <li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li> <li>• Rede de apoio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Comprimento</li> <li>• Perímetro cefálico</li> <li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li> <li>• Frequência cardíaca e respiratória</li> <li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li> <li>• Ausculta e palpação abdominal</li> <li>• Genitais</li> <li>• Higiene oral e corporal</li> <li>• Rastreamento de displasia do quadril (Barlow e Ortolani)</li> <li>• Reflexos primitivos</li> <li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência;</li> <li>• Marcos do desenvolvimento: 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li> <li>• Orientar conforme risco apresentado pela criança</li> <li>• Realizar aconselhamento e manejo da amamentação, estimular aleitamento exclusivo até o 6º mês</li> <li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária</li> <li>• Evitar uso de chupetas</li> <li>• Evitar uso de talcos e perfumes</li> <li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li> <li>• Evitar coleito</li> <li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária</li> <li>• Orientar cuidados de higiene</li> <li>• Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta</li> <li>• Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê</li> <li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais</li> <li>• Orientar e programar próximas vacinas</li> <li>• Orientar higiene bucal e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li> <li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li> <li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li> <li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li> <li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li> <li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos</li> </ul>

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

Fonte: Adaptado de SMS/POA 2018

7º MÊS		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li> <li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li> <li>• Problemas específicos da criança</li> <li>• Imunizações</li> <li>• Hábitos alimentares</li> <li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li> <li>• Sinais de desidratação e de desnutrição</li> <li>• Medicamentos em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li> <li>• Atraso no desenvolvimento</li> <li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li> <li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li> <li>• Rede de apoio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Comprimento</li> <li>• Perímetro cefálico</li> <li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li> <li>• Frequência cardíaca e respiratória</li> <li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li> <li>• Ausculta e palpação abdominal</li> <li>• Genitais</li> <li>• Higiene oral e corporal</li> <li>• Reflexos primitivos (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)</li> <li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência</li> <li>• Marcos do desenvolvimento: 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li> <li>• Orientar conforme risco apresentado pela criança</li> <li>• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária</li> <li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária</li> <li>• Monitorar a aceitação de alimentos</li> <li>• Evitar uso de chupetas</li> <li>• Evitar coleito;</li> <li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li> <li>• Orientar cuidados de higiene</li> <li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária</li> <li>• Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento da criança, conforme consta na Caderneta;</li> <li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais</li> <li>• Orientar e programar próximas vacinas</li> <li>• Orientar higiene bucal e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li> <li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li> <li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li> <li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos</li> </ul>

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

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

10° MÊS		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li> <li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li> <li>• Problemas específicos da criança</li> <li>• Imunizações</li> <li>• Hábitos alimentares</li> <li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li> <li>• Sinais de desidratação e de desnutrição</li> <li>• Medicações em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li> <li>• Atraso no desenvolvimento</li> <li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li> <li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê Rede de apoio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Comprimento</li> <li>• Perímetro cefálico</li> <li>• Frequência respiratória e cardíaca</li> <li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li> <li>• Ausculta e palpação abdominal</li> <li>• Genitais</li> <li>• Higiene oral e corporal</li> <li>• Reflexos primitivos (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)</li> <li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência</li> <li>• Marcos do desenvolvimento: 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li> <li>• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária.</li> <li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária</li> <li>• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros</li> <li>• Evitar chupetas</li> <li>• Orientar cuidados de higiene</li> <li>• Evitar coleito</li> <li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li> <li>• Brincar e conversar com o bebê</li> <li>• Orientar sobre a não indicação do uso de andadores</li> <li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária</li> <li>• Orientar e programar próximas vacinas</li> <li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais</li> <li>• Orientar higiene bucal e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li> <li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li> <li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li> <li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônico.</li> </ul>

11° MÊS		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li> <li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li> <li>• Problemas específicos da criança</li> <li>• Imunizações</li> <li>• Hábitos alimentares</li> <li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li> <li>• Sinais de desidratação e de desnutrição</li> <li>• Medicações em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li> <li>• Atraso no desenvolvimento</li> <li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li> <li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li> <li>• Rede de apoio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Comprimento</li> <li>• Perímetro cefálico</li> <li>• Frequência respiratória e cardíaca</li> <li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li> <li>• Ausculta e palpação abdominal</li> <li>• Genitais</li> <li>• Higiene oral e corporal</li> <li>• Reflexos primitivos (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)</li> <li>• Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência</li> <li>• Marcos do desenvolvimento: fica em pé sem apoio, pode mudar da posição sentada para em pé sem ajuda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li> <li>• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária</li> <li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária</li> <li>• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros</li> <li>• Evitar chupetas</li> <li>• Orientar cuidados de higiene</li> <li>• Evitar coleito</li> <li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li> <li>• Brincar e conversar com o bebê</li> <li>• Orientar sobre a não indicação do uso de andadores</li> <li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária</li> <li>• Orientar e programar próximas vacinas</li> <li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais</li> <li>• Orientar higiene bucal e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li> <li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li> <li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li> <li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos</li> </ul>

12º MÊS		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li> <li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li> <li>• Problemas específicos da criança</li> <li>• Imunizações</li> <li>• Hábitos alimentares</li> <li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li> <li>• Medicações em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li> <li>• Atraso no desenvolvimento</li> <li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li> <li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê Rede de apoio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Comprimento</li> <li>• Perímetro cefálico</li> <li>• Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês</li> <li>• Visão - teste do reflexo vermelho</li> <li>• Frequência respiratória e cardíaca</li> <li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li> <li>• Ausculta e palpação abdominal</li> <li>• Genitais</li> <li>• Higiene oral e corporal</li> <li>• Avaliação da visão - teste do reflexo vermelho</li> <li>• Reflexos primitivos (preensão plantar até 15 meses e babinski até 18 meses)</li> <li>• Sinais, sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência</li> <li>• Marcos do desenvolvimento: fica em pé sozinho momentaneamente, tenta dar o primeiro passo sozinho, pode mudar da posição sentada para em 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li> <li>• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária</li> <li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária</li> <li>• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros</li> <li>• Evitar chupetas</li> <li>• Orientar cuidados de higiene</li> <li>• Evitar coleito</li> <li>• Posição supina para dormir (de barriga para cima)</li> <li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária</li> <li>• Orientar aos cuidadores estimular palavras ao invés de gestos e abordar sobre limites</li> <li>• Orientar sobre a não indicação do uso de andadores</li> <li>• Orientar e programar próximas vacinas</li> <li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais</li> <li>• Orientar higiene bucal e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li> <li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li> <li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li> <li>• Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas de aparelhos eletrônicos</li> </ul>

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

24° MÊS		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições de saúde e socioeconômicas da família</li> <li>• Critérios que evidenciam vulnerabilidade</li> <li>• Problemas específicos da criança</li> <li>• Imunizações</li> <li>• Hábitos alimentares</li> <li>• Hábitos de vida (sono, repouso e eliminações)</li> <li>• Medicações em uso (prescritos e não prescritos e investigar reações adversas)</li> <li>• Atraso no desenvolvimento</li> <li>• Sinais de violência ou maus-tratos</li> <li>• Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê</li> <li>• Rede de apoio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Comprimento</li> <li>• Perímetro cefálico</li> <li>• Visão - teste do reflexo vermelho</li> <li>• Frequência respiratória e cardíaca</li> <li>• Ausculta cardíaca e pulmonar</li> <li>• Ausculta e palpação abdominal</li> <li>• Genitais (nos meninos avaliar a presença de anel prepucial que impede a exteriorização da glândula - fimose. Caso haja, encaminhar para avaliação médica)</li> <li>• Higiene oral e corporal</li> <li>• Atentar para sinais, sintomas físicos e comportamentais associados ao abuso ou negligência</li> <li>• Marcos do desenvolvimento: 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados</li> <li>• Estimular leite materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária</li> <li>• Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil e alimentação conforme faixa etária</li> <li>• Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros</li> <li>• Evitar chupetas, caso criança esteja em uso de chupeta, orientar o tempo limítrofe</li> <li>• Orientar cuidados de higiene</li> <li>• Evitar coleito</li> <li>• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária</li> <li>• Orientar e programar próximas vacinas</li> <li>• Orientar e prescrever suplementação de vitaminas e minerais</li> <li>• Orientar higiene bucal e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento</li> <li>• Aconselhar para a realização de atividades físicas</li> <li>• 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</li> <li>• Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento</li> <li>• Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas</li> <li>• 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</li> </ul>