

Sistematização da Assistência de Enfermagem
Saúde da Criança



Protocolo das Unidades de Atenção Básica à Saúde

Botucatu

2023

Equipe de elaboração: edição - 2008

Enfermeiros: Ana Lúcia Forti Luque, Danielle Cristina Alves Feitosa, Fernanda Cristina Manzini, Polyana Pimentel Proença, Priscila Cidade Furlan, Regina Stella Spagnuolo, Sara Figueiredo Bernardi Rocha, Maria Cristina Heinzle da Silva Machado e professora Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Médicos: Márcia de Almeida Parente, Oscar Antonio Grama Hoepfner, Paulo Roberto Zanatta Machado, Romana Cristina de Oliveira Corrêa, Scheilla Maria Franco Costa, Máisa Pires de Campos Luciano Gomes, Fausto Gondo, Anice Maria Vieira Camargo Martins

Organização

Fernanda Cristina Manzini
Secretaria Municipal de Saúde, Botucatu
Vera Lúcia Pamplona Tonetel
Departamento de Enfermagem, Unesp/Botucatu

Equipe de elaboração - 3ª Edição - 2023

Enfermeiros: Ana Paula dos Santos Costa Roberto, Débora Guedelha Blasi, Elisângela Cristina de Campos e Karyn Carregã Rodrigues

Médicos: Fatima Cristina Carvalho Castro Zambonini e Márcia de Almeida Parente

Organizadores

Ana Lúcia Forti Luque
Daniela Cristina da Silva
Valéria Maria Lopes Manduca Ferreira

Lista de figuras

Figura 1. Exemplo de preenchimento e análise das curvas nos gráficos de crescimento.

Figura 2. Ficha de acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Figura 3. Avaliação da icterícia neonatal segundo critério de Kramer.

Lista de quadros

Quadro 1. Calendário mínimo de consultas considerando RN de risco habitual.

Quadro 2. Calendário mínimo de consultas considerando RN de risco.

Quadro 3. Descrição dos testes de triagem neonatal.

Quadro 4. Coleta de teste do pezinho em casos especiais.

Quadro 5. Avaliação, classificação e conduta relacionada ao peso da criança.

Quadro 6. Fatores de risco ao desenvolvimento infantil, segundo aspectos da anamnese e exame físico.

Quadro 7. Avaliação, classificação e condutas relacionadas ao desenvolvimento infantil.

Quadro 8. Alimentação da criança em aleitamento materno.

Quadro 9. Alimentação da criança em uso de fórmula láctea.

Quadro 10. Alimentação da criança em uso de leite de vaca.

Quadro 11. Duração média do sono do bebê.

Quadro 12. Principais fatores de risco para Anemia Ferropriva em crianças e adolescentes.

Quadro 13. Dose profilática de ferro elementar para prevenção de Anemia Ferropriva em crianças até 24 meses de idade **SEM** fatores de risco.

Quadro 14. Dose profilática de ferro elementar para prevenção de Anemia Ferropriva em crianças até 24 meses de idade **COM** fatores de risco.

Quadro 15. Classificação do plano de atendimento.

Quadro 16. Terapia de reidratação oral.

Quadro 17. Tratamento de parasitose com resultado de exame positivo.

Quadro 18. Avaliação de crianças quanto a presença de sinais sugestivos de Pneumonia.

Sumário

1.	Introdução.....	6
2.	Sistematização da Assistência de Enfermagem	6
3.	Consulta de enfermagem em saúde da criança	7
4.	Calendário de consultas	8
5.	Primeira consulta do recém nascido.....	11
5.1.	Anamnese	13
5.2.	Testes de Triagem Neonatal.....	13
5.3.	Aleitamento materno	15
5.4.	Exame físico.....	17
5.5.	Orientações gerais sobre o cuidado com o recém nascido	20
5.5.1	Higiene	20
5.5.2	Banho de Sol	21
5.5.3	Vestuário	21
5.5.4	Eliminações fisiológicas	22
5.5.5	Estimulação e desenvolvimento	22
5.5.6	Sono e repouso	22
5.5.7	Peso.....	23
6.	Acompanhamento de rotina da criança maior de 30 dias.....	23
6.1.	Avaliação do crescimento	24
6.2.	Acompanhamento do desenvolvimento	27
6.3.	Alimentação complementar	30
6.4.	Eliminações fisiológicas	32
6.5.	Sono	34
6.6.	Calendário Básico de Imunização.....	35
7.	Suplementação de vitaminas	36
7.1.	Suplementação de Ferro	36
7.2.	Suplementação de Vitamina A e D	38
8.	Condutas de enfermagem nas principais intercorrências na infância	38
8.1.	Alergia à picada de inseto	38
8.2.	Anemia ferropriva.....	39
8.3.	Candidíase/monilíase oral	40
8.4.	Cólica	41
8.5.	Congestão/obstrução nasal.....	41
8.6.	Conjuntivite	42
8.7.	Conjuntivite química.....	43
8.8.	Constipação intestinal ou defecação prejudicada.....	43
8.9.	Conteúdo vaginal externo	44
8.10.	Criptorquidia	45
8.11.	Dentição decídua	45
8.12.	Dermatite de fralda (amoniaca)	46
8.13.	Dermatite de fralda + <i>Candida albicans</i>	47

8.14.	Dermatite seborreica	48
8.15.	Diarreia.....	48
8.16.	Dificuldade escolar: Quadro - vide página 36.	51
8.17.	Escabiose	51
8.18.	Estomatite	52
8.19.	Febre	52
8.20.	Fimose fisiológica.....	54
8.21.	Hérnias	54
8.22.	Icterícia neonatal	54
8.23.	Impetigo (piodermite) - até cinco lesões.....	56
8.24.	Larva migrans	57
8.25.	Miliária rubra (brotoeja)	57
8.26.	Otalgia.....	58
8.27.	Parasitose intestinal.....	59
8.28.	Pediculose.....	61
8.29.	Problemas e alertas de saúde de crianças e adolescentes na era digital	62
8.30.	Problema no coto - granuloma umbilical	63
8.31.	Resfriado comum.....	64
8.32.	Regurgitação/Refluxo.....	65
8.33.	Sinéquia labial.....	66
	REFERÊNCIAS	67
	ANEXO I.....	71
	ROTEIRO 1ª CONSULTA DO RECÉM NASCIDO	71
	ANEXO II	76
	CONDUTAS PERANTE AS QUEIXAS MAIS FREQUENTES NO PUERPÉRIO RELACIONADAS À AMAMENTAÇÃO ..	76
	ANEXO III	84
	Check-list Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHART-RF)	84

1. Introdução

As atribuições constantes deste Protocolo encontram respaldo legal na Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro, em decretos do Conselho Federal de Enfermagem e em Manuais Técnicos do Ministério da Saúde.

Consta da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (nº 7.498, de 25 de junho de 1986), regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, do Conselho Federal de Enfermagem: “É incumbência do enfermeiro a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde” (art. 10º, inciso II, alínea c).

A Resolução COFEN nº 195, de 18 de fevereiro de 1997, dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares pelo enfermeiro, apresentando que “O enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais” (art. 1º).

Apoiados pela legislação citada, alguns Manuais Técnicos do Ministério da Saúde têm apresentado: “Excepcionalmente, os enfermeiros poderão prescrever/transcrever e aplicar medicamentos estabelecidos em programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde” e outros tratam mais especificamente das competências desse profissional:

- (É atribuição do enfermeiro) “Solicitar durante a consulta de enfermagem os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe”.

Considerando a existência de respaldo legal, com a finalidade de contribuir para maior efetividade dos programas de atenção básica e melhoria dos indicadores de saúde elaborou-se o presente Protocolo, cujo objetivo geral é sistematizar a assistência de enfermagem, padronizando as condutas, atribuições e atividades a serem realizadas pelos enfermeiros das unidades de atenção básica de saúde do município de Botucatu-SP em todas as áreas de atuação.

2. Sistematização da Assistência de Enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem contempla ações em saúde prioritária, descritas no Pacto pela Saúde, portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006: Saúde do idoso - implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando sua atenção integral; Câncer de colo de útero e de mama - contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama; Mortalidade Infantil e materna - reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias; Doenças emergentes e endemias: dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza - fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças

emergentes e endemias; Promoção da Saúde - elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável, combate ao tabagismo e vigilância do estado nutricional.

Para sua implementação é importante conhecer as atribuições gerais do enfermeiro:

- Executar, no nível de sua competência, assistência sistematizada e ações de vigilância epidemiológica e sanitária à criança e ao adolescente, à mulher em todas as fases do ciclo vital, ao adulto, ao trabalhador, ao portador de deficiência física e mental e ao idoso;
- Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar rotinas de trabalho em saúde desenvolvidas nas unidades de atenção básica e na comunidade;
- Supervisionar e desenvolver ações para capacitação técnica-científica dos agentes comunitários de saúde (ACS) e equipe de enfermagem para o desempenho de suas funções;
- Realizar consulta de enfermagem na unidade de saúde ou em visita domiciliar, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu;
- Realizar cuidados de enfermagem nas situações de urgências e emergências clínicas, cirúrgicas e obstétricas inerentes à atenção básica e encaminhar para continuidade da assistência prestada;
- Organizar e coordenar a criação e desenvolvimento de grupos educativos e terapêuticos para patologias e outras situações específicas, de acordo com as necessidades de sua área de atuação;
- Planejar semanal e mensalmente as atividades com a equipe;
- Desenvolver ações programáticas e a livre demanda, segundo sua competência, realizando encaminhamento quando necessário;
- Participar das reuniões de equipe;
- Proceder a anotação relativa a todos os procedimentos realizados, atendendo à Resolução COFEN nº 19112.

3. Consulta de enfermagem em saúde da criança

A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, na qual são utilizados métodos e evidências científicas para realizar a avaliação, prescrição e implementação de cuidados de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção e reabilitação de saúde do indivíduo, família e comunidade. A consulta deve ser fundamentada nas etapas do Processo de Enfermagem, constituído por histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição, implementação e avaliação de enfermagem, e acontecer nos serviços onde há a atuação profissional do enfermeiro.

No contexto da atenção básica e estratégia saúde da família, a consulta de enfermagem vem sendo aplicada para todos os públicos, incluindo recém nascidos, crianças e adolescentes. Nesse sentido, ela deve contemplar as ações preconizadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em seus 7 eixos principais (BRASIL, 2022):

1. Atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e ao recém-nascido;
2. Promoção do aleitamento materno;
3. Orientação e promoção da alimentação complementar saudável;
4. Promoção e acompanhamento periódico e sistemático do crescimento e desenvolvimento integral;
5. Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e doenças crônicas;
6. Atenção integral à criança em situação de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura e paz; atenção à saúde de crianças deficientes ou em situações específicas de vulnerabilidade;
7. Vigilância e prevenção do óbito infantil.

Para tanto, é necessário que o enfermeiro esteja atento em registrar no prontuário dados referentes ao nascimento (peso ao nascer, Apgar, tipo de parto, dados antropométricos, internação em UTI/UCI, tipo de aleitamento, orientações de alta na maternidade, etc); realizar o exame físico completo da criança; checar sistematicamente o calendário vacinal da criança e realizar a vacinação sempre que necessário; encaminhar a criança para avaliação médica, ou serviço de referência, caso haja necessidade e/ou alteração clínica; encaminhar para consulta odontológica de rotina; solicitar exames laboratoriais complementares, quando necessário, orientando sobre o preparo, o próprio procedimento e os cuidados posteriores.

Este documento tem por objetivo direcionar as ações do enfermeiro durante o atendimento de rotina à saúde da criança, organizando a assistência de enfermagem a população infantil no contexto da Atenção Primária à Saúde do município de Botucatu. Considerando a diferentes fases da infância utilizaremos a seguinte definição (BRASIL, 2012):

- Neonato ou Recém-nascido: indivíduo desde o nascimento até 28 dias de vida;
- Criança: indivíduo na faixa etária de 0 a 10 anos (120 meses);
- Adolescente: indivíduo na faixa etária de 10 a 19 anos.

4. Calendário de consultas

A frequência das consultas vai variar de acordo com a idade da criança e fatores de risco. O calendário básico de consultas para bebês classificados como sendo “de risco” em seu nascimento,

segue com avaliações mais frequentes quando comparado com o de bebês com “risco habitual”. A avaliação de risco é realizada seguindo o protocolo pré estabelecido pelo município, que leva em consideração as condições de nascimento do bebê, fatores biológicos e sociais (SECRETARIA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2022).

Vale ressaltar que, caso seja necessário, a unidade pode agendar avaliações mais frequentes ainda, a depender da necessidade e evolução do paciente, quer seja por questões biológicas, sociais, educação em saúde ou mesmo para fortalecimento do vínculo com a unidade (SECRETARIA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2022). Portanto, segue abaixo o calendário mínimo de consultas às crianças na atenção primária à saúde do município de Botucatu (Quadro 1), baseados na recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020):

Quadro 1. Calendário mínimo de consultas considerando RN de risco habitual.

Idade	Agenda
1º semana (até 10 dias)	Visita Domiciliar Enfermeiro
1º mês	Médico
2º mês	Enfermeiro
4º mês	Médico
6º mês	Médico
9º mês	Enfermeiro
12º mês	Médico
18º mês	Enfermeiro
24º mês	Médico

As consultas na primeira infância devem ser mais frequentes no início, a fim de apoiar o aleitamento materno, prevenindo complicações comuns da amamentação que podem prejudicar o ganho de peso e desenvolvimento do bebê nos primeiros meses de vida. Essas avaliações também tem o objetivo de prevenir infecções precoces, icterícia e dar suporte à família nos primeiros cuidados, além de garantir a realização dos testes de triagem neonatal, que serão abordados no tópico da “Primeira consulta do recém-nascido” (COREN GO, 2022). As consultas subsequentes seguem a periodicidade de cada 2 ou 3 meses, a depender da idade da criança, até completar 2 anos e idade, quando as consultas passam a ser anuais (BRASIL, 2020). O ideal é que os

atendimentos sejam intercalados entre médico e enfermeiro (SECRETARIA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2022).

Diversas condições podem configurar situações de vulnerabilidade e risco para saúde da criança, necessitando de um acompanhamento mais frequente. No município de Botucatu todos os recém nascidos são classificados de acordo com o protocolo de risco apresentado abaixo:

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE BOTUCATU**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Major Matheus, 07 - Vl. dos Lavradores CEP 18.609-630 - BOTUCATU/SP
Telefone: (14) 3811-1100

VIGILÂNCIA À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO
PREENCHIMENTO NA MATERNIDADE (no primeiro dia de vida)

IDENTIFICAÇÃO
Nome da Mãe: _____ Fone: _____
End. Residência: _____ Nº: _____
Bairro: _____ Complemento: _____
Outro contato: _____ Fone: _____
Onde o RN ficará nos próximos 15 dias? () na própria residência () Outro: _____

O acompanhamento do RN após a alta será:
() Público _____
() Privado _____

DADOS DO NASCIMENTO
Local do parto: () UNESP () Hospital UNIMED () Outro _____
Data: ____/____/____ Tipo de Parto: () Vaginal () Cirúrgico
Número de conceitos: () Gestação única () Gemelar: () 2 () 3 () 4
Doença(s) de notificação compulsória (mãe/RN): () NÃO () SIM: Qual(is): _____

RISCOS AO NASCER
1. Riscos Biológicos
☐ - Peso nascimento < 2.500 (Peso _____ gramas).
☐ - Idade gestacional ao nascer < 37 semanas (Idade gestacional: ____ semanas ____ dias)
☐ - Malformação congênita maior ou múltipla/doença genética. Qual? _____
☐ - Internação em UTI/UCI | Motivo(s): _____
☐ - Apgar de 5 minutos menor que 7.

2. Riscos Sociais
☐ - Irmão morto com menos de cinco anos de idade.
☐ - Idade materna menor que 16 anos.
☐ - Mãe impossibilitada de cuidar da criança: problema psiquiátrico, dependência química, reclusão, doença, outro problema: _____
☐ - Mãe analfabeta
☐ - Mãe sem companheiro e sem apoio familiar
☐ - Mãe sem seguimento pré-natal (menos de 03 consultas)
☐ - Chefe de família sem renda.

DATA: ____/____/____
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO NA MATERNIDADE: _____

PREENCHIMENTO NA CLÍNICA DO BÊBE
- Área de risco pré-estabelecida: () SIM () NÃO

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO AO NASCER
☐ RISCO HABITUAL
☐ RISCO (1 ou mais biológicos/2 ou mais sociais, incluindo ser de área de risco preestabelecida)

DATA: ____/____/____ NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO NA CLÍNICA DO BEBÊ: _____

DATA: ____/____/____ NOME DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DESTA FICHA: _____

Caso a criança atinja 1 risco biológico ou 2 riscos sociais, já é considerada “Recém Nascido de Risco”, e deve seguir o calendário de consultas diferenciado de acordo com o descrito abaixo (Quadro 2). A partir do 7º mês, avaliar necessidade de manter seguimento mensal (SECRETARIA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2022).

Quadro 2. Calendário mínimo de consultas considerando RN de risco.

Idade	Agenda
1º semana (até 10 dias)	Visita Domiciliar Enfermeiro
1º mês	Médico
2º mês	Enfermeiro
3º mês	Médico
4º mês	Médico
5º mês	Enfermeiro
6º mês	Médico
9º mês	Enfermeiro
12º mês	Médico

Os atendimentos em grupo podem ser introduzidos a qualquer momento, podendo ser no mesmo apazamento do enfermeiro (SECRETARIA MUNICIPAL DE BOTUCATU, 2022).

5. Primeira consulta do recém nascido

O primeiro atendimento do recém nascido deve ser realizado preferencialmente até o 6º dia de vida, exceto nos casos em que haja alguma impossibilidade, como internação mais prolongada, ou re-internação da mãe ou do bebê. Trata-se de um atendimento “mais breve”, focado em identificar problemas comuns na primeira semana de vida que possam ter aparecido após a alta da maternidade ou que não tenham sido identificados durante a internação, bem como realizar uma primeira reavaliação pós alta do bebê. Este atendimento tem como principais objetivos:

- Promover escuta qualificada para acolher as angústias e dificuldades da família no cuidado ao bebê;
- Verificar o cartão da criança e condições de alta da maternidade;
- Realizar uma avaliação física geral da criança;
- Realizar exame físico das mamas da mãe, observando a presença de ingurgitamento mamário, fissura mamilar, candidíase mamária, mastite ou outras anormalidades que possam aparecer;

- Avaliar a mamada e orientar o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês, corrigindo possíveis problemas que possam interferir nesse processo (vide protocolo de aleitamento materno), e caso o aleitamento materno não seja possível, orientar o uso de fórmula infantil abordando a diluição, preparo, modo de oferecer e cuidados;
- Checar a realização do teste do pezinho e, caso não tenha sido feito na maternidade, proceder a coleta no momento da avaliação;
- Checar o agendamento da primeira consulta na Clínica do Bebê (Espaço Saúde), e caso não haja, realizar o agendamento por telefone;
- Checar aplicação das vacinas de Hepatite B (geralmente aplicada na maternidade) e caso não tenha sido feita, proceder a aplicação;
- Para os bebês acima de 2.500g, aplicar a vacina BCG, ou orientar a família que será aplicada na Clínica do Bebê. Caso o recém nascido tenha menos de 2.500g, orientar a família sobre aguardar o ganho de peso para aplicação;

Obs: O Ministério da Saúde contra-indica a aplicação da vacina BCG em bebês com peso inferior a 2.000g.

- Tirar todas as dúvidas e tranquilizar os pais ou responsáveis sobre os cuidados com a criança;
- Deixar agendado o retorno conforme previsto em calendário de consultas, e reforçar a importância do comparecimento.

O primeiro atendimento pode acontecer na Unidade Básica de Saúde ou Estratégia Saúde da Família da área de abrangência a que o bebê pertence, no domicílio através da visita da equipe de saúde da rede básica, ou na Clínica do Bebê, que é o serviço de referência para atendimento de recém-nascidos em Botucatu, onde são realizados a primeira consulta e testes de triagem neonatal para todos os bebês nascidos no município.

Após essa primeira avaliação, é agendada a primeira consulta do bebê (que geralmente acontece na Clínica do Bebê), a qual tem os seguintes objetivos:

- Realizar um exame físico completo na criança;
- Pesar e medir a estatura e perímetro cefálico, observando o ganho de peso diário do bebê e crescimento. O ganho de peso ideal deve ser em torno de 20 a 30 g/dia;
- Avaliar novamente a mamada e condições da mama da mãe;
- Fazer uma breve anamnese sobre o pré-natal da mãe e condições de saúde antes e durante a gestação;
- Checar a carteirinha de vacina da mãe e do bebê;
- Atentar para as condições de saúde mental da mãe e sinais de alerta para depressão pós parto, maternity blue ou outras alterações que possam interferir no binômio mãe-bebê;

- Realizar o teste do pezinho, do olhinho, do coraçãozinho e da linguinha caso não tenham sido feitos na maternidade;
- Agendar o teste da orelhinha com a fonoaudióloga;
- Promover acolhimento das dúvidas e angústias trazidas pela família, e orientar sobre o cuidado tranquilizando os cuidadores;
- Agendar o próximo retorno de rotina na unidade de saúde da área de abrangência a qual pertence o bebê, dentro de 30 – 40 dias, e orientar a importância do comparecimento às consultas subsequentes.

5.1. Anamnese

Na anamnese deve constar informações sobre o pré-natal da mãe como paridade, número de consultas, resultados das principais sorologias, intercorrências clínicas e tratamentos realizados na gestação e parto, histórico de doenças crônicas ou congênitas da família dos pais, calendário vacinal da mãe, e outras informações que se julgar relevantes. Sobre o parto é importante considerar o tipo de parto, local, intercorrências, idade gestacional, índice APGAR, peso, estatura e perímetro cefálico ao nascer, se houve amamentação na primeira hora de vida, intercorrências nas primeiras 48 horas de vida e tratamentos que o bebê e a mãe receberam durante a internação.

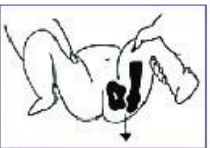
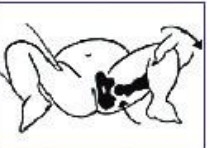
No “Roteiro da 1ª consulta do recém-nascido” (Anexo I) encontra-se uma sugestão de anamnese a ser seguida na consulta.

5.2. Testes de Triagem Neonatal

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) foi criado em 6 de junho de 2001 (Portaria GM/MS nº 822), sendo reestruturado anos mais tarde (Portaria GM/MS nº 2829, de 14 de dezembro de 2012). É um programa de rastreamento populacional, que tem como objetivo identificar distúrbios e doenças no recém-nascido, em tempo oportuno, para intervenção adequada, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo às pessoas com diagnóstico positivo, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Os testes incluídos no PNTN estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3. Descrição dos testes de triagem neonatal.

TESTES DE TRIAGEM NEONATAL	
TESTE	DESCRIÇÃO
Teste do Pezinho	- Tornou-se obrigatório através da Portaria GM/MS nº22 de 15 de janeiro de 1992. - Até a presente data, o teste consegue detectar seis doenças congênitas que são: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência da Biotinidase; - Deve ser coletado preferencialmente entre o 3º e o 5º dias de vida do bebê, mas pode ser colhido até 30 dias de vida (POP nº).
Teste da Orelhinha (Exame de Emissão Evocada Otoacústica)	- Tornou-se obrigatório através da Lei Federal nº 12.303/2010; - Detecta deficiências auditivas no recém nascido; - Deve ser realizado preferencialmente nos primeiros dias de vida do bebê (24 – 48 horas) mas pode ser realizado até 30 dias de vida (POP nº)
Teste do Olhinho (Teste do Reflexo Vermelho)	- Tornou-se obrigatório através da Portaria nº793 de 24 de abril de 2012. - Detecta alterações que possam comprometer a transparência dos meios oculares, sendo sinais de doenças como catarata congênita, glaucoma, toxoplasmose congênita, retinoblastoma, entre outras. - Deve ser realizado nos primeiros dias de vida da criança, preferencialmente ainda na maternidade mas pode ser repetido em qualquer momento posteriormente (POP nº)
Teste do Coraçãozinho (Teste da Oximetria de Pulso)	- Tornou-se obrigatório através da Portaria nº 20 de 10 de junho de 2014; - Detecta precocemente cardiopatias congênitas graves através da mensuração da saturação de oxigênio no MSD e um MI; - Também deve ser realizado nos primeiros dias de vida da criança, preferencialmente ainda na maternidade ou na primeira consulta (POP nº)
Teste da Linguinha (Avaliação do Frênulo Lingual)	- Tornou-se obrigatório pela Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014; - Detecta a presença de anquiloglossia (língua presa) e o grau de comprometimento que isso causa para o ganho de peso e amamentação do bebê. Possibilita a intervenção precoce nos casos mais graves; - Deve ser feito nos primeiros dias de vida do bebê (POP nº)
Testes de Barlow e Ortolani	- Identificar a presença de luxação congênita do quadril; - Na presença de alteração o bebê deve ser encaminhado à ortopedia UNESP para avaliação e realização de exames complementares.     Barlow Test Ortolani Test

Abaixo (Quadro 4) estão apresentadas considerações para coleta do teste do pezinho em casos especiais.

Quadro 4. Coleta de teste do pezinho em casos especiais.

CONDIÇÃO	COLETA
Rn com <u>mais de 30 dias de vida</u> sem coleta anterior	- Coletar o teste do pezinho normalmente em papel filtro AZUL, enviando ao CIPOI via malote da SMS. - Coletar TSH e T4 livre do bebê e enviar na rotina do laboratório/UNESP; - Agendar coleta de Biotinidase no CIPOI em Campinas via Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu; - Agendar o transporte com a Central de Ambulância na SMS para levar a mãe e o bebê até Campinas no dia da coleta, conforme convocação do CIPOI; - Fazer um relatório (em receituário branco) com o motivo da não coleta antes do 30º dia de vida do bebê e entregar para a mãe levar no dia da coleta da Biotinidase no CIPOI; - A família deve providenciar os seguintes documentos que são exigidos pelo CIPOI: Certidão de Nascimento, Cartão Nacional de Saúde, Cartão de vacina, RG da mãe e Comprovante de Endereço.
Rn que <u>recebeu transfusão de sangue</u> no hospital	- Caso não tenha coletado o teste no hospital, realizar a 1ª coleta (para biotinidase/hiperplasia adrenal congênita) em filtro AZUL, 5 (cinco) dias após a última transfusão de sangue; - Caso tenha coletado o teste no hospital, realizar a 1ª recoleta em filtro VERMELHO, 5 (cinco) dias após a última transfusão de sangue; - Realizar a 2ª recoleta em filtro VERMELHO (para fenilalanina/hipotireoidismo congênito/fibrose cística) 10 (dez) dias após a última transfusão de sangue; - Realizar a 3ª recoleta em filtro VERMELHO (para hemoglobinopatias) 120 (cento e vinte) dias após a última transfusão de sangue.
Pesquisa familiar (<u>traço falciforme</u>)	- Coletar sangue do pai e da mãe da criança que apresentou o traço falciforme, em papel filtro da cor CINZA; - Preencher dois filtros da cor CINZA, sendo um para o pai e outro para a mãe, com os dados corretamente de cada um, o número do exame anterior (coletado do bebê) e na parte de “reconvocação” assinalar “SIM”; - Colocar em observação: PESQUISA FAMILIAR.
Prematuridade (IG igual ou < 34 semanas)	- Fazer a 1ª coleta normalmente em filtro AZUL e enviar ao CIPOI. - Recoletar após 120 dias de vida em filtro VERMELHO e enviar ao CIPOI.
1ª coleta inadequada ou material insuficiente	- Recoletar o quanto antes, assim que receber a convocação via e-mail do CIPOI em papel filtro VERMELHO e enviar ao CIPOI; - No preenchimento do filtro assinalar corretamente o motivo da recoleta.  Correto  A área sinalizada é a indicada para a coleta.  A área sinalizada é a indicada para a coleta.  Incorreto Inaceitável  Camadas sobrepostas.  Insuficiente.  Amostra com aspecto diluído.  Amostras com anticoagulante.

5.3. Aleitamento materno

A primeira consulta é um momento bastante propício para o incentivo do aleitamento materno exclusivo e estreitamento do vínculo entre a mãe e o bebê. A amamentação pode ser

bastante desafiadora nos primeiros dias, o apoio e orientação correta podem fazer toda a diferença. De acordo com evidências encontradas na literatura o aleitamento materno tem diversos benefícios, entre eles (BRASIL, 2012):

- Diminuição da mortalidade infantil;
- Diminuição significativa do risco de infecções neonatais, especialmente gastrointestinais e respiratórias;
- Diminuição do risco de obesidade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, alergias e diabetes;
- Melhora o vínculo do binômio mãe-bebê;
- Efeito positivo no desenvolvimento infantil na primeira infância;
- Passagem de anticorpos e imunoglobulinas da mãe para o bebê;
- Crianças amamentadas tendem a ter um melhor quociente de inteligência (QI);
- Diminui as chances de câncer de mama, útero e ovário na mãe;
- Diminui o risco de diabetes mellitus tipo 2 na mãe;
- Menor custo financeiro para a família;
- Melhor qualidade de vida para o binômio mãe-bebê.

O aleitamento materno deve ser incentivado e apoiado pela equipe de saúde. O ideal é que seja mantido até os 2 anos de idade ou mais, sendo exclusivo até o 6º mês, não havendo vantagem na introdução de outros tipos de alimento antes dos seis meses de vida da criança. É muito comum que as mulheres procurem os serviços de saúde com dúvidas ou dificuldades relacionadas a amamentação, e é importante que a equipe esteja preparada para manejar e resolver estas questões, prezando pela manutenção do aleitamento materno mesmo após a introdução da alimentação complementar (BRASIL, 2012)

Durante a consulta é sempre importante avaliar as mamas da mãe, observar a mamada do bebê questionando sobre os intervalos entre elas, a duração de cada mamada e se há revezamento entre as mamas. Em anexo (Anexo II) apresentamos o quadro com as principais condutas perante as queixas mais frequentes no puerpério relacionadas à amamentação.

Também é importante relacionar o ganho ponderal do bebê à amamentação e se há introdução de outros tipos de leite ou alimentos antes dos 6 meses de vida. O “Protocolo de Aleitamento Materno do município de Botucatu” (em construção) traz um Roteiro de Avaliação da Mamada que pode auxiliar nesse processo, e também as condutas e prescrições de enfermagem relativas aos problemas mais comuns do aleitamento materno.

5.4. Exame físico

O exame físico do recém nascido tem algumas peculiaridades inerentes a essa fase da criança, que exigem um olhar diferente do empregado nas outras faixas etárias. Portanto, devem ser observados os seguintes tópicos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023):

POSTURA DO RECÉM NASCIDO: extremidades fletidas, punhos geralmente fechados, rosto voltado para um dos lados.

PADRÃO RESPIRATÓRIO: observar se há presença de batimento de asa de nariz, tiragem intercostal ou diafragmática, respiração ruidosa, esforço respiratório.

ESTADO DE VIGÍLIA: estado de alerta, sono leve, sono profundo ou choro.

SINAIS DE DESIDRATAÇÃO OU HIPOGLICEMIA: pouca diurese, hipoatividade ou letargia, pouca ingestão (bebê não consegue mamar ou tem vômitos frequentes).

SINAIS VITAIS:

Sinais Vitais	Valores normais do Recém Nascido
Frequência respiratória (FR)	até 60 rpm
Frequência cardíaca (FC) acordado	85 – 200 bpm
Frequência cardíaca (FC) dormindo	60 – 160 bpm
Temperatura axilar (T)	36,4 – 37,5°C

Fonte: PALS-AHA, 2021. Disponível em: <https://savc.com.br/algoritmos-savp>

DESENVOLVIMENTO PSICOAFETIVO E SOCIAL: observar como a família interage com o bebê, como reação às suas necessidades, observar e questionar sobre estímulos de acordo com a sua faixa etária.

REFLEXOS PRIMITIVOS: busca e sucção, preensão palmar e plantar, moro, Babinski e marcha, conforme ilustrado nas imagens abaixo:



Busca¹



Sucção²



Preensão palmar³



Preensão plantar⁴



Moro⁴



Sinal de Babinski⁵



Marcha⁶

Fonte: 1. Disponível em: <https://guiadagravida.com/reflexos-primitivos-o-que-sao/> 2. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos> 3. Disponível em: <https://bebemamae.com/> 4. Disponível em: <https://www.sanarmed.com> 5. Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/> 6. Disponível em: <https://www.facebook.com/lojacalordemae/>

COTO UMBILICAL: observar se já houve a queda ou não, se há sinais flogísticos como hiperemia, calor local, presença de secreção purulenta, edema. Caso o coto já tenha se desprendido, observar a presença de granuloma umbilical.

CABEÇA:

Avaliar fontanelas anterior e posterior quanto ao formato, tamanho, abaulamento ou depressão. Verificar presença de bossa serossanguinolenta ou cefalohematoma e verificar o PERÍMETRO CEFÁLICO

OLHOS:

Presença de secreção, hiperemia ou edema. Estrabismo fugaz ou fixo, nistagmo lateral.

NARIZ:

Presença de obstrução, malformações ou assimetrias.

FACE:

Assimetrias, deformações, características sindrômicas, malformações.

ORELHAS:

Presença de malformações, local da implantação, simetria.

BOCA:

Coloração dos lábios, assimetrias, fenda palatina ou labial, tamanho e posição da língua (macroglossia, anquiloglossia), candidíase oral

PESCOÇO:

Presença de nódulos, entumescimento, assimetrias, posição viciosa da cabeça (torcicolo congênito)

ABDÔMEN:

Abaulamentos, retrações, presença de RHA a ausculta. Palpar identificando presença de massas, tensão abdominal, dor a palpação ou distensão maior que o esperado.

TORAX:

Assimetrias, padrão respiratório, palpação das clavículas, possíveis fraturas de clavícula ou costelas, expansibilidade. Hipertrofia mamária do recém nascido e presença de sinais flogísticos. Ausculta cardíaca e pulmonar, verificação da FC e FR.

GENITAIS:

Masculina: presença dos testículos na bolsa escrotal, hidrocele, exposição da glândula, localização do meato uretral

Feminina: Secreção esbranquiçada ou sanguinolenta, sinéquia, mal-formações.

Em ambos observar a permeabilidade anal, posição do anus, presença de hérnia inguinal e dermatite de fraldas

COTO UMBILICAL:

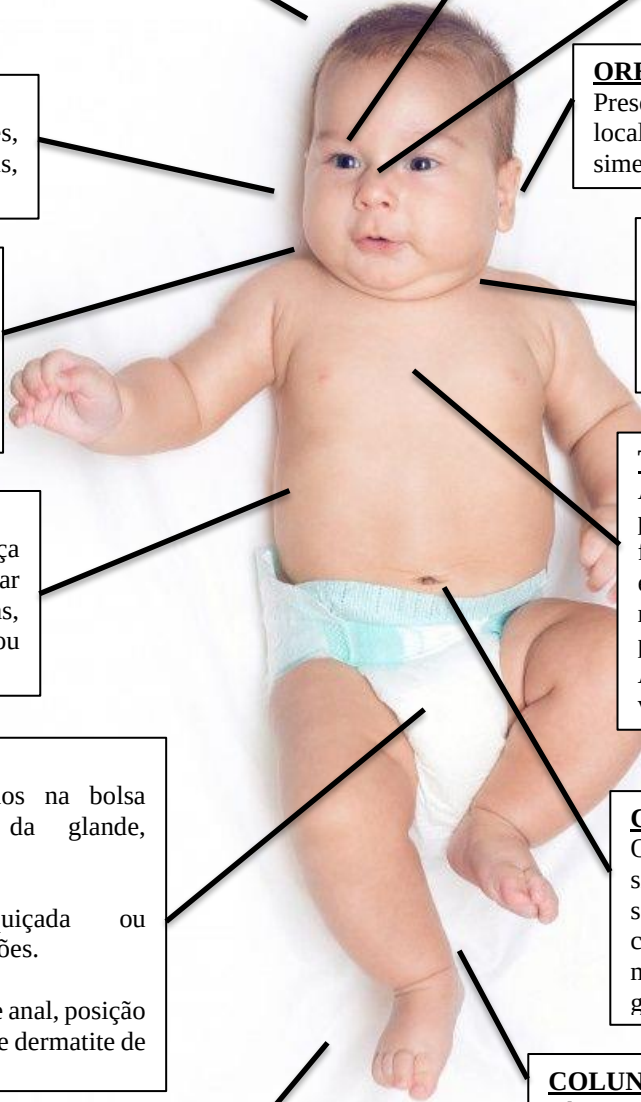
Observar higienização, presença de sinais flogísticos (hiperemia, secreção purulenta, edema, rubor, calor local), desprendimento e mumificação do coto e presença de granuloma umbilical.

COLUNA VERTEBRAL:

Observar toda a extensão da coluna, percorrendo a linha média da região dorsal.

SISTEMA OSTEOARTICULAR:

Mobilidade e força de MMSS e MMII, malformações como polidactilia ou pé torto congênito, displasia evolutiva do quadril (testes de Ortolani e Barlow)



5.5. Orientações gerais sobre o cuidado com o recém nascido

5.5.1 Higiene

- Orientar a lavagem das mãos antes e após o contato com o recém nascido para todos os membros da família;
- Banho: pode ser realizado diariamente ou em dias alternados. Checar a temperatura da água antes de colocar o bebê encostando o antebraço na superfície e verificando se está morna ou utilizando um termômetro, que deve indicar de 37°C a 37,5°C. Manter o bebê enrolado em uma fralda de pano durante a imersão na banheira e ir desenrolando aos poucos ao longo do banho pode ser uma opção mais agradável, colaborando para manter a temperatura e deixando a criança mais calma. Utilizar sabonete neutro específico para pele do bebê, que possua pH de aproximadamente 5,5 ou um pouco menor que isso (ligeiramente ácido), mantendo o pH da pele do bebê. Não é necessário o uso de xampu ou outros cosméticos na hora do banho (SBP, 2021);
- Troca de fraldas: dar preferência pelo uso de fralda de pano, gaze ou algodão embebido em água morna para realizar a limpeza dos genitais. Os lenços umedecidos podem ser uma alternativa, desde que contenham Ph levemente ácido e sejam livres de substâncias irritantes (álcool, fragrâncias, óleos essenciais, sabão ou detergentes). Realizar a higiene sempre no sentido anterior para posterior (de “frente para trás”) a fim de evitar a contaminação do trato urinário com as fezes. A troca frequente das fraldas, a exposição da pele ao ar e a aplicação de cremes de barreiras são medidas que podem controlar o aparecimento das dermatites de fralda (SBP, 2021);
- Coto Umbilical: geralmente fica mumificado entre o 3º e o 4º dia de vida e cai entre o 6º e o 15º dia de vida. Orienta-se manter a fralda dobrada abaixo do coto e não cobri-lo com faixas ou gaze a fim de não abafar o local. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, o uso de cotonete embebido em álcool 70% para higienização do coto fica a critério da avaliação do profissional, considerando o contexto em que está inserido o bebê. Para bebês nascidos em ambiente hospitalar, em locais com baixa mortalidade infantil, é recomendado que o coto permaneça apenas limpo e seco, não sendo necessária a aplicação de álcool 70%. Já para bebês nascidos em ambientes com alta mortalidade neonatal, recomenda-se o uso do antisséptico (SBP, 2021);

- Lavagem Nasal: pode ser realizada com Soro Fisiológico 0,9% e seringa, sempre que se mostrar necessário. Não usar qualquer outro tipo de substância para lavar as narinas do bebê (SBP, 2022);
- Higiene Oral: pode-se iniciar a higiene oral com água filtrada ou fervida e gaze ou fralda de pano limpa mesmo antes do aparecimento dos primeiros dentes, a escovação deve ser iniciada a partir do nascimento do primeiro dente, com escova e creme dental próprio para bebês. Antes do aparecimento dos dentes, caso seja necessário realizar higiene oral, deve-se utilizar uma gaze ou fralda de pano macia umedecida com água filtrada, e passar com o dedo por toda a cavidade oral do bebê sem realizar fricção (SBP, 2018);
- Unhas: mantidas limpas e curtas, a fim de evitar possíveis escoriações. O corte sempre em linha reta e com pouca profundidade para evitar que encrave. Existe uma crença que não se deve cortar as unhas do RN nos primeiros dias de vida que deve ser orientada.

5.5.2 Banho de Sol

A exposição intencional ao Sol é contraindicada pela Sociedade Brasileira de Pediatria antes dos 6 meses de vida, devendo-se utilizar protetores mecânicos como sombrinhas, guarda-sóis ou roupas de proteção. Entre 6 meses e 2 anos de idade é recomendado o uso de protetores solares designados como “baby” quando a criança for exposta ao sol, os protetores solares “infantis” podem ser utilizados após os 2 anos de idade (SBP, 2021). Deve ser reforçada a orientação de que o banho de sol não é medida terapêutica para a icterícia neonatal.

5.5.3 Vestuário

Orientar que o vestuário deve obedecer o clima, nos dias de calor mais intenso usar roupas mais leves sem sobreposição de peças ou cobertores. Nos dias mais frios pode-se utilizar sobreposições e mantas, cobertores, luvas, meias e gorros. Sempre observar os sinais de frio (corpinho mais gelado, tremores, choro sem motivo aparente, extremidades mais arroxeadas) ou de calor (sudorese, bochechas avermelhadas, incomodo frequente) e adaptar o vestuário, tirando peças ou acrescentando conforme o caso (SBP, 2021).

5.5.4 Eliminações fisiológicas

Bebês em aleitamento materno exclusivo (AME) podem evacuar a cada mamada ou passar até 5 a 7 dias sem evacuar, estando ambas as situações dentro da normalidade, e as fezes podem variar de líquidas a pastosas. Esse ritmo e essas características evoluem até chegar a um ano de idade quando o ideal é evacuar pelo menos uma vez ao dia. Em crianças em aleitamento misto ou artificial, as fezes costumam ser mais ressecadas (bem pastosas) e o ritmo intestinal passa a ser mais espaçado, mesmo em bebês pequenos. O recém-nascido apresenta como sua primeira eliminação um tipo de fezes que é conhecido como mecônio (verde, grudento, difícil de limpar) que após 3 ou 4 dias começa a assumir uma cor amarelada-esverdeada e consistência mais líquida, até ficar mais amarelada, cor mais típica enquanto em aleitamento materno e que com o passar dos meses, fica mais escura e consistente (pastosa). A demora na eliminação do mecônio pode significar que a alimentação do RN pode não estar suficiente ou que possa haver alguma obstrução intestinal, sendo necessário maior cuidado e reavaliação. Nessa fase inicial, a presença de sangue nas fezes deve ser sempre investigada, podendo representar, por exemplo, um dos primeiros sinais de alergia à proteína do leite de vaca (APLV), entre outras causas. Outros sinais de alerta são as fezes de cor muito clara ou brancas, que pode significar atresia de vias biliares, ou com presença de muco, que pode representar alguma inflamação intestinal. Caso algum dos sinais de alerta sejam identificados, a criança deve ser encaminhada para avaliação médica (SPSP, 2014).

5.5.5 Estimulação e desenvolvimento

Incentivar que os pais interajam com seu bebê, conversem com ele, cantem para ele, expliquem o que estão fazendo (trocando a fralda, dando o banho, mudando de posição, etc), que o aconheguem em seu colo e toquem o bebê, pois são ações que colaboram para a estimulação e desenvolvimento natural da criança (Brasil, 2012).

5.5.6 Sono e repouso

O recém nascido segue um ritmo de sono e vigília baseado na fome e desconforto, e não relacionado a luz diurna, geralmente apresenta períodos de sono de 2 a 4 horas intercalados com 50 a 60 minutos de vigília. Esse ritmo vai mudando de acordo com o crescimento e desenvolvimento da criança, e os períodos ininterruptos de sono vão aumentando no transcorrer

do primeiro ano de vida. Deve-se orientar quanto as medidas de segurança na hora de dormir, de forma a prevenir a Síndrome da Morte Súbita do Lactente (HALAL, 2018):

- Posicionar o bebê de barriga para cima;
- Utilizar um colchão firme e plano, caso haja inclinação da cabeceira, esta não deve ser superior a 10%;
- Não utilizar travesseiros ou produtos que mantenham a cabeça do bebe reclinada;
- Caso use cobertor ou lençol, este deve estar bem ajustado e preso por baixo do colchão para que não se solte com o movimento do bebê;
- O berço deve estar vazio, sem protetores de berço, brinquedos, naninhas ou qualquer outro objeto para evitar o sufocamento da criança;
- Manter a criança no quarto dos pais até os 6 meses, porém em camas separadas. O berço, carrinho ou moisés da criança pode ser colocado ao lado da mãe a uma distância que ela consiga alcançar mesmo deitada;
- Evitar o uso de gorros e chapéus, pois podem encobrir o rosto do bebê acidentalmente durante o sono;
- O hiperaquecimento também pode aumentar o risco de morte súbita, portanto o excesso de roupas e cobertores deve ser evitado e orientado.

5.5.7 Peso

É importante considerar que o recém-nascido geralmente perde 10% do peso de nascimento até o 10º dia de vida (perda esperada e fisiológica), depois ganha de 20 a 30 g/dia durante os 3 primeiros meses de vida. Por isso, a importância do enfermeiro realizar o cálculo do ganho de peso nas consultas subsequentes.

6. Acompanhamento de rotina da criança maior de 30 dias

O acompanhamento de rotina da criança maior de 30 dias deve ser conduzido pela equipe de saúde, e o enfermeiro tem papel fundamental, inclusive em situações eventuais e condições de urgência e emergência.

A consulta de enfermagem programática tem como objetivo identificar, através de uma abordagem integral, as condições de saúde da criança e, por vezes, alterações que precisam ser investigadas.

6.1. Avaliação do crescimento

O crescimento infantil é medido a partir das variáveis: peso (kg), estatura ou comprimento (cm), índice de massa corporal (IMC) (m/kg^2) e perímetro cefálico (cm), até os dois (2) anos de idade - período esperado para o fechamento da fontanela anterior (BRASIL, 2020).

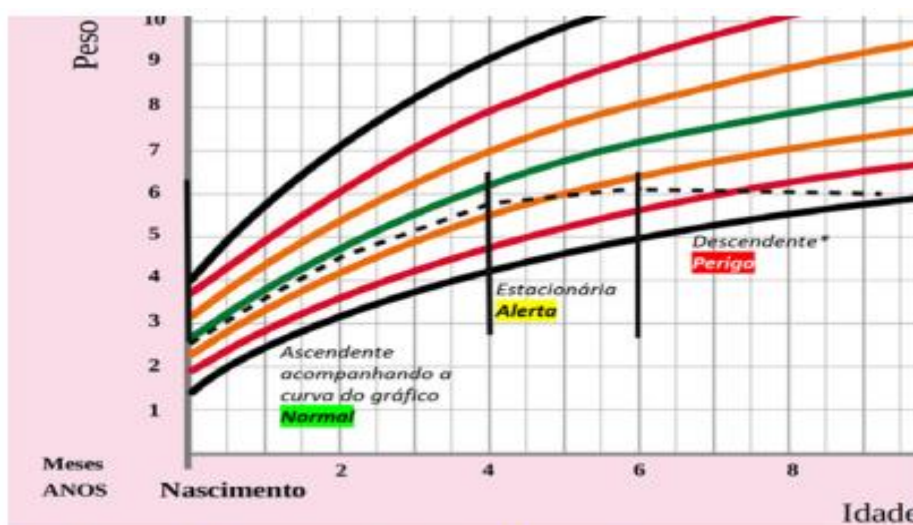
Os gráficos são apresentados pelo sexo, feminino e masculino, possuindo no eixo horizontal a idade em meses e no eixo vertical as medidas de acordo com cada variável (BRASIL, 2020).

Representam a distribuição das crianças em determinada população e orientam limites de normalidade por idade. Esses limites são representados por percentis ou desvios padrão, denominados escores Z (BRASIL, 2020).

O limite de normalidade do peso, estatura e perímetro cefálico está apresentado entre os escores +2 e -2, ou seja, sempre que os pontos representando os dados antropométricos da criança estiverem entre +2 e -2, indicam padrões de normalidade. Nos gráficos de perímetro cefálico e IMC, os escores +1 e -1 identificam sinais de alerta, que devem ser investigados antes de avançar para os limites +2 e -2 (COREN GO, 2022).

Os limites +2 e -2 são identificados por linhas vermelhas, sendo que as +1 e -1, de alerta, são amarelas. A linha verde representa a mediana (escore 0) e, muitas vezes é confundida como a única meta possível de normalidade. Além do intervalo de normalidade, é preciso interpretar a apresentação das curvas. Curvas ascendentes que seguem a tendência das curvas do gráfico representam dados satisfatórios, sendo que linhas horizontais representam alerta e curvas descendentes indicam perigo (COREN GO, 2022), como representado na Figura 1.

Figura 1. Exemplo de preenchimento e análise das curvas nos gráficos de crescimento.



Fonte: BRASIL (2020). Gráfico de peso adaptado com exemplo elaborado pelas autoras.

Diferente do recém-nascido, os bebês a partir dos 3 meses de vida, triplicam o peso de nascimento até o 12º mês de vida (COREN GO, 2022).

A caderneta de saúde da criança (BRASIL, 2020) também possibilita a avaliação através de curvas para crianças nascidas pré-termo. Assim, devem ser utilizadas até 64 semanas pós-concepcionais, quando o acompanhamento das crianças deve ser transferido para as curvas da OMS/MS. Após 64 semanas deve-se calcular a idade corrigida da criança e continuar o acompanhamento nestas curvas. A idade corrigida deve ser utilizada até 2 anos de idade cronológica e até 3 anos, se Idade Gestacional (IG) < 28 semanas.

Como calcular a idade corrigida (BRASIL, 2020):

1. 40 semanas – 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).
2. A seguir: Descontar (deste valor em meses) da idade cronológica.
Ex: criança com 6 meses (Idade cronológica) - 3 meses (desconto) = 3 meses de idade gestacional corrigida.

Após a interpretação dos gráficos de crescimento, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância orienta a conduta de acordo com os seguintes critérios apresentados no Quadro 5 (BRASIL, 2017):

Quadro 5. Avaliação, classificação e conduta relacionada ao peso da criança.

Avaliação	Classificação	Condutas e Orientações
▪ Emagrecimento ▪ Edema em ambos os pés	DESNUTRIÇÃO GRAVE	▪ Encaminhar para avaliação médica imediata
▪ Peso para a idade < -3 escores z	PESO MUITO BAIXO	▪ Avaliar a alimentação da criança e possíveis causas da desnutrição ▪ Discutir caso com Nasf – Pediatria, Nutrição e Serviço Social e agendar consulta com especialistas para avaliação ▪ Uso profilático de ferro em menores de 24 meses ▪ Reavaliar pelo menos em 7 dias ou antes se necessário, conforme avaliação clínica

		▪ Orientar sinais de alerta (cansaço excessivo e contínuo, apatia, irritabilidade, fraqueza em cabelos e unhas, pele ressecada, dificuldade em se concentrar, problemas no desenvolvimento)
▪ Peso para a idade < -2 e > igual -3 z ou ▪ Tendência da curva peso/idade horizontal ou descendente	PESO BAIXO OU GANHO DE PESO INSUFICIENTE	▪ Avaliar a alimentação da criança e possíveis causas do peso baixo ▪ Orientar alimentação adequada ▪ Discutir caso com Nasf – Pediatria, Nutrição e Serviço Social ▪ Uso profilático de ferro em menores de 24 meses ▪ Reavaliar pelo menos em 7 dias ou antes se necessário, conforme avaliação clínica ▪ Orientar sinais de alerta
▪ Peso para a idade > +2 escores z	PESO ELEVADO	▪ Avaliar a alimentação da criança e possíveis causas do peso elevado ▪ Orientar alimentação adequada ▪ Discutir caso com Nasf – Pediatria, Nutrição e Serviço Social ▪ Verificar e estimular a prática de atividade física ▪ Uso profilático de ferro em menores de 24 meses ▪ Reavaliar em 30 dias ou antes se necessário, conforme avaliação clínica ▪ Orientar sinais de alerta (falta de ar, dores articulares, alterações do sono – roncos e apneia, acantose nigricans, doenças crônicas)
▪ Peso para a idade < igual +2 e > igual -2 escores z	PESO ADEQUADO	▪ Reforçar as recomendações para uma alimentação saudável ▪ Uso profilático de ferro em menores de 24 meses ▪ Retorno conforme avaliação

*Crianças com PESO ADEQUADO PARA A IDADE que se encontram entre o +1 e +2 escores z são consideradas como risco de sobrepeso, portanto, nestes casos, deve-se estimular alimentação saudável e também, a prática de atividade física regular.

**Caso o peso/idade esteja acima de escore z + 3: encaminhar para atenção especializada.

6.2. Acompanhamento do desenvolvimento

A avaliação do desenvolvimento permite identificar avanços alcançados pela criança ao longo do tempo com o objetivo de (COREN GO, 2022):

- Identificar precocemente eventuais alterações e fatores de risco, fazendo os encaminhamentos necessários e iniciando intervenções;
- Apoiar o estímulo ao desenvolvimento por meio de brincadeiras, disponibilidade de objetos e exploração do ambiente, posicionamento e interações;
- Acompanhar a evolução da criança de forma individualizada.

Durante a consulta de enfermagem, é importante identificar fatores associados ao desenvolvimento da criança e observar achados no exame físico que podem caracterizar risco (Quadro 6), finalizando com a observação da criança na realização de comportamentos esperados para a sua faixa etária - que devem ser registrados no quadro de desenvolvimento, como mostra a figura abaixo (BRASIL, 2020).

Quadro 6. Fatores de risco ao desenvolvimento infantil, segundo aspectos da anamnese e exame físico.

Fatores de risco ao desenvolvimento
▪ Ausência ou pré-natal incompleto ▪ Problema na gestação, parto e nascimento ▪ Prematuridade (menos de 37 semanas) ▪ Peso abaixo de 2.500 gramas ▪ Icterícia grave e hospitalização no período neonatal ▪ Meningite, traumatismo craniano e convulsões ▪ Parentesco entre os pais ▪ Deficiência ou doença mental na família ▪ Violência doméstica ▪ Depressão materna, drogas ou alcoolismo entre os moradores da casa ▪ Suspeita de abuso sexual ▪ Perímetro cefálico menor – 2 escore z, ou maior que + 2 escore z ▪ Alterações fenotípicas: fenda palpebral oblíqua, olhos afastados, implantação baixa das orelhas e lábio leporino, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única e 5º dedo da mão curto e recurvado

O acompanhamento do desenvolvimento é realizado a partir de marcos referentes a cada faixa etária (Figura 2). Assim, o profissional de saúde consegue identificar se a criança apresenta, ou não, a condição esperada conforme a sua idade.

Figura 2. Ficha de acompanhamento do desenvolvimento infantil.

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

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

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

É recomendado que a ficha de desenvolvimento infantil seja preenchida adequadamente e, a partir disso, que se faça uma interpretação dos dados de avaliação, definindo uma conduta como apresentado no Quadro 7 (BRASIL, 2020).

Quadro 7. Avaliação, classificação e condutas relacionadas ao desenvolvimento infantil.

Dados de avaliação	Classificação	Conduta
Perímetro cefálico $< - 2 z$ escores ou $> + 2$ 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)	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	▪ Orientar o responsável sobre a estimulação da criança ▪ Aplicar check-list (Anexo III) ▪ Solicitar relatório escolar ▪ Discutir caso com Nasf – Pediatria, Psicologia e Fisioterapia ▪ Agendar consulta médica breve para avaliação e acompanhamento ▪ Encaminhar ao serviço especializado
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 existe 1 ou mais fatores de risco	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	▪ Orientar o responsável sobre a estimulação da criança ▪ Aplicar check-list (Anexo) ▪ Solicitar relatório escolar ▪ Discutir caso com Nasf – Pediatria e Fisioterapia ▪ Agendar consulta médica breve para avaliação e acompanhamento
Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	▪ Orientar e incentivar o responsável para que continue estimulando a criança

Controle esfincteriano

O controle esfincteriano é reconhecido como um marco do desenvolvimento infantil. Observa-se também que o início precoce, sem respeitar a maturação da criança, aumenta o

risco para o aparecimento de disfunções, como enurese, encoprese, constipação e recusa em ir ao banheiro. A idade ideal para iniciar o processo educativo varia de criança para criança: algumas entre 18 e 24 meses já mostram sinais de que estão prontas; outras não se mostram prontas antes dos dois anos e meio (BRASIL, 2012).

O importante é considerar que o desfralde deve ser guiado pela criança, sendo assim, os cuidadores devem identificar quando ela está pronta para esta etapa e, então, auxiliá-la sem cobrança de resultados. Para as crianças que estão na escola, é importante orientar os pais para que repitam em casa a mesma rotina escolar.

6.3. Alimentação complementar

Até os 6 meses de vida, recomenda-se que o bebê seja alimentado apenas com leite materno, sem a oferta de nenhum outro alimento. (BRASIL, 2021).

Cada criança tem o seu ritmo de desenvolvimento, sendo muito importante respeitar o momento de cada criança, não a forçando a comer. No início da introdução alimentar, a criança pode mamar antes de receber a refeição, ou após (BRASIL, 2021). O leite materno não interfere na absorção dos nutrientes dos alimentos, e até 1 ano de idade, ainda é o principal alimento.

Algumas orientações para o preparo das refeições:

- Adicione um fio de azeite de oliva extra virgem no preparo, sempre que possível;
- Use temperos naturais: alho, cebola, salsinha, cebolinha, manjerão, orégano, alecrim;
- Sal é contra-indicado até 1 ano de vida;
- Não peneire;
- Não use o liquidificador;
- Papas não são mais indicadas;
- Não misture;
- Deixe a criança explorar e conhecer os alimentos;
- Se for possível, cozinhe hortaliças (verduras e legumes) no banho maria;
- Utilize a quantidade de água necessária para cozer os alimentos;
- O prazo máximo de consumo de alimentos armazenados na geladeira é de 2 dias;
- Os congelados podem ficar armazenados por até 30 dias no freezer;
- Dê preferência aos potes de vidro para congelar;
- Embale bem a comida e anote o dia que foi preparada;
- Descongele dentro da geladeira e nunca em temperatura ambiente;
- Prefira aquecer a comida em banho maria, mas se usar micro-ondas, coloque em prato ou pote de vidro;
- Depois que descongelar, não pode recongelar.

Abaixo estão apresentados quadros (8, 9 e 10) com as principais orientações das refeições para crianças conforme a faixa etária o tipo de leite que recebe (BRASIL, 2021).

Quadro 8. Alimentação da criança em aleitamento materno.

	6 meses	Entre 7 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Café da manhã	Leite materno	Leite materno	Leite materno e fruta ou Leite materno e cereal ou Leite materno e raízes/tubérculos
Lanche	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno
Almoço	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/o vos	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/o vos	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/o vos
Lanche	Fruta e leite materno	Fruta e leite materno	Idem ao lanche da manhã
Jantar	Leite materno	Idem ao almoço	Idem ao almoço
Antes de dormir	Leite materno	Leite materno	Leite materno

Quadro 9. Alimentação da criança em uso de fórmula infantil.

	6 meses	Entre 7 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Café da manhã	Fórmula infantil	Fórmula infantil	Fórmula infantil e fruta ou Fórmula infantil e cereal ou Fórmula infantil e raízes/tubérculos
Lanche	Fruta e fórmula infantil	Fruta e fórmula infantil	Fruta e fórmula infantil
Almoço	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/o vos	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/o vos	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carnes/o vos
Lanche	Fruta e fórmula infantil	Fruta e fórmula infantil	Idem ao lanche da manhã
Jantar	Fórmula infantil	Idem ao almoço	Idem ao almoço
Antes de dormir	Fórmula infantil	Fórmula infantil	Fórmula infantil

Antes dos 4 meses de idade, o leite de vaca precisa ser modificado, uma vez que apresenta quantidades excessivas de proteínas, sódio, potássio e cloro e quantidades insuficientes de vitamina A, D e C. Após os 4 meses, o leite pode ser oferecido sem diluição (BRASIL, 2021).

De acordo com as orientações do Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2012), a diluição do leite de vaca para crianças menores de 4 meses é feita da seguinte forma: 2/3 de leite fluído + 1/3 de água fervida, acrescentando 1 colher de chá de óleo para cada 100ml de leite diluído.

É importante ressaltar que essa formulação supre as necessidades energéticas sem a necessidade de acrescentarmos açúcares ou farinhas.

Exemplos de diluição:

- 70ml de leite + 30ml de água = 100ml (acrescentar 1 colher de chá de óleo)
- 100ml de leite + 50ml de água = 150ml (acrescentar 1,5 colher de chá de óleo)
- 130ml de leite + 70ml de água = 200 ml (acrescentar 2 colheres de chá de óleo)

É importante ressaltar que em caso de indicação de introdução de alimentação complementar a partir dos 4 meses, é necessário avaliar se o bebê está pronto para essa nova fase. Para muitos bebês isso se dá por volta dos 6 meses, em que é possível avaliar os sinais de prontidão – senta sem (ou como o mínimo) de apoio, reflexo de protrusão da língua diminuído (ou ausente), leva objetos até a boca, mostra interesse pelo alimento.

Quadro 10. Alimentação da criança em uso de leite de vaca.

	4 meses	Entre 5 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Café da manhã	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereal ou Leite de vaca integral e raízes/tubérculos
Lanche	Fruta	Fruta	Fruta e leite de vaca integral
Almoço	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carne/s+ vos	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carne/s+ vos	Cereais/raízes/tubérculos+ feijões+legumes/verduras+carne/s+ vos
Lanche	Fruta e leite de vaca integral	Fruta e leite de vaca integral	Idem ao lanche da manhã
Jantar	Leite de vaca integral	Idem ao almoço	Idem ao almoço
Antes de dormir	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral

6.4. Eliminações fisiológicas

Mesmo após os 30 dias de vida, bebês em aleitamento materno exclusivo (AME) podem evacuar a cada mamada ou passar até 5 a 7 dias sem evacuar e as fezes podem variar de líquidas a pastosas. Esse ritmo e essas características evoluem até que chegam a um ano de idade (ou até adultos) quando o ideal é evacuar pelo menos uma vez ao dia, fezes formadas, de consistência firme, porém não ressecadas (SBP, 2014). Em crianças em aleitamento misto ou em uso exclusivo de fórmulas infantis, as fezes costumam ser mais ressecadas e o ritmo

intestinal passa a ser mais espaçado, mesmo em bebês pequenos. Essa mudança das fezes fica mais evidente quando é introduzida a alimentação complementar (SBP, 2014).

São muitas as variáveis para essa avaliação, devendo ser levadas em consideração tanto a consistência das fezes quanto o ritmo de evacuação, que são variáveis de acordo com cada criança, com cada faixa de idade, com cada padrão de alimentação. Sempre devemos estar atentos a mudanças do padrão, especialmente se forem agudas. Diarreias e obstipações intestinais agudas costumam ser um sinal de que algo não vai bem. A diarreia é um quadro de mais fácil observação, as fezes ficam de consistência líquida, em maior número de vezes ao dia, deve-se levar em conta o estado de hidratação da criança e, especialmente para os bebês pequenos, este quadro deve ser comunicado ao pediatra. Depois da diarreia costuma vir um período de obstipação transitório, que se regula em dias (SBP, 2014).

Em outras crianças, o intestino pode ser mais preso, seja pela consistência endurecida das fezes, que dificultam sua expulsão, ou por características do funcionamento do intestino. É importante lembrar que só o intestino (fezes e ritmo) não é suficiente para indicar algum problema. O mais importante é avaliar como está a criança - se apresenta algum incômodo, seja no apetite, no comportamento, se estão ocorrendo outros sintomas (febre, vômitos). Abaixo, alguns sinais de alerta (SBP, 2014):

- Presença de sangue nas fezes;
- Presença de muco ou catarro nas fezes;
- Presença de algo dentro ou ao lado ou perto das fezes se mover;
- Presença de pedaços de alimentos não digeridos.

O padrão urinário e as características da urina também devem ser avaliados. É importante observar se nas trocas de fralda a urina está presente, além da coloração e do odor. Normalmente a urina tem aspecto claro e odor característico. Essa avaliação não deve ser feita isoladamente, sendo fundamental identificar o estado geral da criança. Contudo, devemos estar atentos aos sinais de alerta (SBP, 2014):

- Fralda seca, ausência ou diminuição da frequência urinária;
- Aumento da frequência urinária;
- Presença de sangue ou grumos;
- Odor diferente do habitual;
- Presença de sinais de desconforto (choro, por exemplo);
- Presença de lesão em região genital.

6.5. Sono

Após algumas semanas de vida o sono diurno do bebê começa a diminuir. Em torno dos 6 meses de vida podem ser observado padrões de sono, embora isso varie muito. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, a quantidade total de horas de sono de que os bebês precisam e o número de sonecas diurnas diminuem ao longo dos primeiros anos de vida (Quadro 11). Bebês que não desenvolvem uma regularidade evidente de sono e vigília podem estar demonstrando algum problema, inclusive àqueles relacionados ao ambiente (SBP, 2018).

Quadro 11. Duração média do sono do bebê.

Idade	Sono durante a noite	Sonecas	Total
1 mês	Ciclos de sono de 1 a 4 horas de duração, intercalados por 1 a 2 horas acordado – independentemente de ser noite ou dia	-	16 a 20 horas
3 meses	De 6 a 9 horas	De 5 a 9 horas, divididas em três a quatro sonecas	15 horas
6 meses	De 9 a 11 horas	De 2 a 3 horas, divididas em duas a três sonecas	14 horas
1 ano	De 9 a 10 horas	De 2,5 a 3 horas, sendo uma de manhã e outra à tarde	13 horas
2 anos	10,5 horas	De 1,5 a 2 horas, em uma soneca à tarde	12,5 horas

As crianças que apresentam problemas de sono necessitam de uma história focalizada em comportamentos durante o sono e a vigília. Avaliam-se questões como a idade de início do problema, em que circunstâncias ele ocorre, o prejuízo que causa à criança e a seus cuidadores, a persistência do problema e os fatores associados com a melhora e a piora dos sintomas. Também é útil avaliar as expectativas da família relacionadas com o sono, a história familiar de transtorno de sono e a descrição das práticas habituais de sono da família. Realiza-se um diário do sono, ou seja, uma descrição temporal do sono da criança em 24 horas, durante uma ou duas semanas, e compara-se o resultado com o esperado para a sua idade. É importante discutir com os pais as condutas e os manejos gerais diante desses transtornos: em primeiro lugar, ambos os pais devem estar de comum acordo em relação à rotina para a hora de dormir; caso contrário, a criança percebe a ambivalência. Uma rotina coerente é importante e permite o estabelecimento de um ciclo sono-vigília adequado (BRASIL, 2012).

A rotina para um sono tranquilo deve ser estabelecida para as crianças o mais cedo possível. É importante que, ao anoitecer, o movimento da casa seja modificado. Menos barulho e menos

iluminação são fundamentais para manter um ambiente mais sereno. Pode-se introduzir também o que chamamos de “ritual para uma boa noite de sono”, que deve acontecer diariamente. Os hábitos de contar uma história, ouvir uma música de suave melodia ou fazer uma massagem podem ajudar a criança a dormir mais relaxada. Devem ser evitados estímulos com televisão, computador ou luz acesa, o que pode reduzir a qualidade do sono da criança (SBP, 2018).

Mesmo após os 30 dias de vida, devemos reforçar as orientações e medidas de prevenção da SMSL. A prática da cama compartilhada é bastante controversa entre os especialistas quanto a associação com a SMSL. Devem ser considerados seus benefícios para a amamentação e vínculo, bem como maior risco de SMSL na presença de pais que fumam, usam drogas, álcool ou bebês prematuros (MARINELLI et al., 2019).

6.6. Calendário Básico de Imunização

O Programa Nacional de Imunizações do Brasil tem avançado a cada ano, promovendo melhor qualidade de vida à população, pela prevenção de doenças. Oferece vacinas seguras, adotadas como estratégia de saúde pública para proteger crianças e adultos de doenças infecciosas.

Em todas as consultas os profissionais devem conferir o estado vacinal da criança, de acordo com a faixa etária e encaminhá-la para sala de vacina, a fim de atualizar a caderneta de vacinação. Demais atendimentos realizados, igualmente, devem ser encarados como oportunidade para checagem da caderneta de vacinação, com intuito de identificação de vacinas em atraso e resgate das doses. O controle, por meio da busca ativa das crianças com doses de vacinas atrasadas, também deve fazer parte da estratégia da APS.

Como as vacinas possuem muitos aspectos técnicos importantes, e o calendário básico de vacinação tem atualizações frequentes, indicamos documentos técnicos para consulta:

Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf
Calendário Básico Nacional de Imunização	https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao
Norma Técnica do Programa de Imunização 2021	http://saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/imunizacao/norma-tecnica-do-programa-de-imunizacao

Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centros_imunobiologicos_especiais_5ed.pdf
---	---

7. Suplementação de vitaminas

7.1. Suplementação de Ferro

A anemia, por deficiência de ferro, é o problema nutricional de maior magnitude no Brasil, com uma prevalência de aproximadamente 50% em crianças brasileiras menores de 24 meses. Por isso é recomendado a suplementação de ferro para todas as crianças brasileiras, conforme apresentado nos quadros abaixo (Quadros 12, 13 e 14), segundo a presença ou não de fatores de risco (SBP, 2021; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023).

Quadro 12. Principais fatores de risco para Anemia Ferropriva em crianças e adolescentes.

Fatores de Risco para Anemia Ferropriva
<u>Baixa reserva materna:</u> Gestações múltiplas com pouco intervalo entre elas Dieta materna deficiente em ferro Perdas sanguíneas Não suplementação de ferro na gravidez e lactação
<u>Aumento da demanda metabólica:</u> Prematuridade e baixo peso ao nascer (< 2.500g) Lactentes em crescimento rápido (velocidade de crescimento > p90) Meninas com grandes perdas menstruais Atletas de competição
<u>Diminuição do fornecimento:</u> 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
<u>Perda sanguínea:</u> Traumática ou cirúrgica Hemorragia gastrointestinal Hemorragia ginecológica Hemorragia urológica

Hemorragia pulmonar Discrasias sanguíneas Malária
<u>Má absorção de ferro:</u> Síndromes de má-absorção Gastrite atrófica, cirurgia gástrica Redução da acidez gástrica

Quadro 13. Dose profilática de ferro elementar para prevenção de Anemia Ferropriva em crianças até 24 meses de idade **SEM** fatores de risco.

Situação	Dose profilática de ferro elementar
Recém-nascido a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo até o 6º mês.	1 mg de ferro elementar/Kg/dia, iniciando aos 180 dias de vida até o 24º mês de vida.

Quadro 14. Dose profilática de ferro elementar para prevenção de Anemia Ferropriva em crianças até 24 meses de idade **COM** fatores de risco.

Situação	Dose profilática de ferro elementar
Recém-nascido a termo, com peso adequado para a IG em aleitamento materno exclusivo ou não	1mg de ferro elementar/kg/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida
Recém-nascido a termo, com peso adequado para a IG em uso de menos de 500ml de fórmula infantil por dia	1mg de ferro elementar/kg/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida
Recém-nascido a termo com peso inferior a 2500g	2mg de ferro elementar/kg/dia a partir de 30 dias de vida, durante 1 ano. Após este período, 1mg de ferro elementar/kg/dia até completar 24º mês de vida
Recém-nascido pré-termo com peso com peso entre 2500g e 1500g	2mg de ferro elementar/kg/dia a partir de 30 dias de vida, durante 1 ano. Após este período, 1mg de ferro elementar/kg/dia até completar 24º mês de vida
Recém-nascido pré-termo com peso com peso entre 1500g e 1000g	3mg de ferro elementar/kg/dia a partir de 30 dias de vida, durante 1 ano. Após este período, 1mg de ferro elementar/kg/dia até completar 24º mês de vida
Recém-nascido pré-termo com peso inferior a 1000g	4mg de ferro elementar/kg/dia a partir de 30 dias de vida, durante 1 ano. Após este período, 1mg de ferro elementar/kg/dia até completar 24º mês de vida

7.2. Suplementação de Vitamina A e D

Para garantir adequado aporte de Vitamina D e evitar sua deficiência recomenda-se a suplementação da vitamina logo após o nascimento, para todas as crianças de 0-12 meses de idade, na dose de 400UI por dia, independentemente de seu modo de alimentação. Dos 12-24 meses, recomenda-se a suplementação com 600 UI por dia. (SBP, 2019).

Assim, recomenda-se a prescrição de Vitamina A e D (Adtil) duas gotas ao dia para todas as crianças a partir dos 15 dias até os dois anos de idade.

8. Condutas de enfermagem nas principais intercorrências na infância

8.1. Alergia à picada de inseto

Características: alergia dermatológica com prurido e/ou inflamação de pele (COREN PR, 2020).

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar para não coçar;
- Orientar manter unhas curtas;
- Orientar quanto ao uso de mosquiteiro;
- Orientar uso de repelente tópico: em lactentes acima de seis meses é restrito a uma aplicação ao dia. Em bebês com mais de dois meses é aceitável o uso apenas em situações de exposição intensa e inevitável a insetos e específicos para a faixa etária. Bebês menores de dois meses, apenas barreiras físicas como roupas e carrinhos com mosquiteiros com elásticos. Entre um e doze anos podem ser utilizadas duas aplicações ao dia e, a partir de doze anos, podem ser realizadas duas a três aplicações ao dia. É importante ler sempre a bula e seguir as recomendações do repelente quanto à idade, aplicar nas mãos do adulto e depois na pele da criança, lavar as mãos após a aplicação, remover no banho depois da exposição, não aplicar na pele com lesões e ferimentos e nem nos olhos e na boca (SBP, 2021);
- Evitar agasalhar a criança em excesso, dar banho para refrescar, aplicar compressa fria de chá de camomila na pele;
- Observar sinais de alerta – sinais de infecção, dor intensa e/ou edema intenso, alteração respiratória, sinais de choque, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022).

8.2. Anemia ferropriva

Características: palidez cutânea e de mucosas, estrias longitudinais em unhas, cabelos descolorados, hipocoloração da palma da mão, perda do apetite, desânimo, apatia, cansaço, irritabilidade, taquicardia. Confirmação com alterações no resultado de hemograma: baixos níveis de hemoglobina e hematócrito. O ponto de corte para diagnóstico de anemia em crianças de 6 a 60 meses são valores de hemoglobina menores que 11g/dl. Para crianças de 5 a 11 anos de idade os valores devem ser menores de 11,5g/dl (SBP, 2018).

Orientações e condutas de Enfermagem:

- Como medidas básicas para a prevenção da ferropenia, a Organização Mundial da Saúde recomenda as seguintes condições: moradia com água tratada e saneamento básico, vacinação completa, acesso aos serviços de saúde e educação, renda familiar que garanta oferta alimentar adequada, vínculos familiares/institucionais saudáveis;
- Fazer o rastreamento com solicitação de Hemograma Completo no primeiro ano de vida e aos 2 e 5 anos de idade (SBP, 2018);
- Avaliar antecedentes da criança: gestacionais, de parto, prematuridade, baixo peso, morbidade neonatal, tempo e duração do aleitamento materno e se foi exclusivo ou não, a idade de introdução de alimentos sólidos. Discutir e/ou encaminhar para consulta médica imediata sempre que identificar fatores que necessitem de diagnóstico diferencial (SBP, 2018);
- Avaliar o tipo de aleitamento e aceitação das refeições de sal;
- Reforçar a orientação alimentar (alimentos ricos em ferro heme e os facilitadores da absorção do ferro não heme junto às refeições, como carne, frutas cítricas e carboidratos);
- Reforçar a orientação sobre higiene pessoal e ambiental;
- Observar sinais de alerta – valor de Hb muito baixo, apatia importante, algum sinal de sangramento. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica;
- Agendar retorno em consulta médica em 30-45 dias para acompanhamento e solicitação de demais exames (reticulócitos e outros que o médico julgar necessário) (SBP, 2018).

Tratamento:

- Deve haver a confirmação diagnóstica e identificação da etiologia da Anemia, seguida pela correção da causa primária, suplementação com ferro e confirmação do sucesso terapêutico:
 - Prescrever 3 mg (anemias leves) a 5 mg (anemias mais graves) de ferro elementar/Kg/dia, fracionado ou em dose única (duas ou três vezes ao dia) antes das refeições, por 3 a 6 meses (SBP, 2018);

Na intolerância ao tratamento (diarréia, vômito, constipação): realizar a introdução progressiva do sulfato ferroso, oferecendo cinco gotas a cada três dias e aumentar gradativamente até completar a dose total. Se for possível, dose única, contudo se houver intolerância poderá ser fracionado.

Obs.: Orientar o uso de canudinho, se possível, para a administração do sulfato ferroso, pois este, mancha os dentes e alertar para a mudança na coloração das fezes.

8.3.Candidíase/monilíase oral

Características: infecção por fungo *Candida albicans*, com formação de placas/grumos brancos aderidos à mucosa da cavidade oral (língua e bochecha) da criança.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Orientar para evitar o uso de chupetas ou mamadeiras e o beijo próximo aos lábios da criança;
- Orientar para lavar com água e sabão e ferver bicos de mamadeiras, chupetas e objetos de mordedura, após uso, guardando em local protegido;
- Colocar os bicos da mamadeira e chupeta na solução de água com bicarbonato (75 ml de água fervida e fria com uma colher de chá de bicarbonato de sódio), antes e após o uso, durante o tratamento;
- Se amamentando, orientar lavar os mamilos com água morna e passar Nistatina solução oral;
- Observar a presença de candidíase vaginal para tomar as devidas providências, se houver;
- Observar sinais de alerta – outras alterações ao exame de orofaringe, associação com outros sinais e sintomas (febre, por exemplo), persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica ou odontológica.

Tratamento:

- Limpar as crostas com o dedo envolvido em uma fralda limpa e umedecida em água filtrada ou fervida
- A Nistatina em solução oral é a primeira escolha de tratamento. Para RNs, aplicar um contagotas (1ml - 100.000UI/ml) na mucosa oral, para lactentes de um a dois contagotas e para crianças a partir de 24 meses de uma a seis contagotas – quatro vezes ao dia (6/6h), colocar metade da dose de cada lado da boca. Manter o tratamento por 48h após a resolução das lesões (SBP, 2020).

8.4. Cólica do RN

CIPE: Cólica

CIAP-2: D01 - Dor abdominal generalizada/Cólicas

Características: Dor abdominal que pode aparecer no período neonatal até o 3º ou 4º mês de vida da criança, com duração de algumas horas, diariamente ou algumas vezes na semana, geralmente no final da tarde ou a noite, aparentemente sem uma causa definida (SBP, 2022).

- Sinais e Sintomas: Choro inconsolável, em tom alto e gritante, que não desaparece após descartar outras possíveis causas, de forma frequente, geralmente no mesmo horário do dia, e que melhora após algumas horas. Irritabilidade, flexão das pernas e arqueamento das costas, punhos cerrados, eliminação de flatos, abdome mais tenso e dificuldade para acalmar o bebê (SBP, 2022).

Orientações e condutas de enfermagem:

- Aconchegar o bebê no colo com a barriga mantendo contato com o corpo de quem está segurando;
- Decúbito ventral assistido no colo;
- Enrolar o bebê com um cueiro ou cobertor;
- Utilizar compressas mornas na barriga ou dar um banho morno pode ajudar;
- Flexionar as pernas do bebê sobre a barriga;
- Procurar um lugar mais calmo, sem muito ruído, excesso de pessoas ou de estímulos para o bebê;
- Não oferecer chás, água ou outros líquidos que não sejam leite materno ou fórmula infantil para a criança (SBP, 2022).

Tratamento:

- Prescrever: Simeticona gotas 75mg/ml 1 gota/kilo de peso 8/8 horas se necessário e Paracetamol gotas 200mg/ml 1 gota/kilo de peso 6/6 horas se necessário (caso não tenha melhora com Simeticona).

8.5. Congestão/obstrução nasal

Características: acúmulo de secreção nas narinas.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Orientar para aumentar a ingestão líquida da criança, se não estiver em aleitamento materno;
- Orientar para elevar a cabeceira do berço;
- Orientar sobre a vaporização do ambiente e para umedecer o ar: colocar água em um recipiente, com uma toalha de banho dentro, e deixar perto da cama durante a noite, trocando a água diariamente;
- Orientar não varrer a casa, passar pano úmido.

Tratamento:

- Prescrever lavagem nasal com solução fisiológica 0,9% (em temperatura ambiente ou aquecido em banho maria) de 4 a 6 vezes ao dia ou quando necessário. O volume depende da faixa etária da criança, 1 ml em RNS, 2 a 5 ml em cada narina, repetindo o processo até observar melhora da congestão, sempre antes das mamadas ou refeições (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023; SBP, 2022).

8.6. Conjuntivite

Características: inflamação da conjuntiva, podendo ser alérgica, viral ou bacteriana (infecção clamidiana, gonocócicas). Apresenta-se com vermelhidão e secreção de cor clara.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar para lavar bem as mãos, antes e depois de cuidar da criança;
- Observar sinais de alerta – secreção abundante e purulenta, edema importante, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica.
- Notificar o caso.

Tratamento:

- Orientar limpeza ocular com gaze embebido em soro fisiológico 0,9% do canto nasal para canto temporal, três vezes ao dia ou mais, caso necessário;
- Orientar compressas com gaze embebido com SF 0,9% frio nos olhos fechados, seis vezes ao dia (4/4h);
- Em caso de obstrução do canal lacrimal: realizar massagem por dez minutos, três vezes ao dia (8/8h), no canal lacrimal.

8.7. Conjuntivite química

CIAP 2: F73 – Outras infecções ou inflamações oculares / F15 – Aparência anormal dos olhos

Características: Inflamação da conjuntiva durante o primeiro mês de vida, geralmente em decorrência do uso do colírio de Nitrato de Prata 1% logo após o parto. Apresenta-se com hiperemia de conjuntiva leve, lacrimejamento.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Lavagem ocular com soro fisiológico 0,9%, pingando uma gota em cada olho sempre que necessário;
- Higiene em área externa com gaze ou fralda de pano macia umedecida com água ou soro fisiológico 0,9%;
- Por se tratar de um processo autolimitado, na maioria dos casos não há necessidade de tratamento específico;
- Observar sinais de alerta como: aumento da hiperemia, do edema, aparecimento de secreção purulenta, não melhora com o uso do soro fisiológico. Caso criança apresente esses sinais, encaminhar para avaliação médica.

8.8. Constipação intestinal ou defecação prejudicada

Características: diminuição da frequência de evacuações, menor que três vezes por semana necessidade de esforço e presença de dor ao evacuar, fezes em cíbalos (vírgula), “em bolinha” ou com presença de rachaduras, muito volumosas que entopem o vaso sanitário.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Aumentar ingestão hídrica;
- Promover reeducação alimentar;
- Diminuir alimentos obstipantes (batata, cenoura cozida, banana maçã e farináceos);
- Reforçar alimentação rica em fibras (farelo de trigo, frutas - banana, mamão, água de ameixa e ameixa, laranja com bagaço) e hidratação oral;
- Orientar atividade física em crianças na fase escolar;
- Observar comportamento retentivo – as crianças se recusam a sentar no pinico ou vaso sanitário, expelindo as fezes em lugares diferentes, como atrás de algum local (cortinas ou portas);

- Observar sinais de alerta – febre, vômito, dor ou distensão abdominal, fissura anal, anorexia ou hemorroidas. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica;
- Orientar retorno em 30 dias se não houver melhora. Encaminhar para consulta médica;
- Em RN, realizar exercícios passivos, massagem abdominal, compressas mornas.

Obs.: RN saudável, em aleitamento materno exclusivo pode ocorrer ausência de evacuação de 5 a 7 dias, sem a presença de outros sintomas, sendo recomendada massagem em região abdominal.

Tratamento:

- Crianças maiores de 2 anos:
 - Óleo mineral na dose de 5 a 20 ml/dia (começar com dose pequena - 5 ml - e verificar resposta, podendo aumentar se necessário), divididos em até 2 doses (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023);
 - Leite de Magnésia, 2 ml, duas vezes ao dia.

8.9. Conteúdo vaginal externo

Características: presença de conteúdo vaginal na região da fralda ou calcinha de coloração amarelada (descartar sujidade).

Orientações e condutas de enfermagem:

- No caso de recém-nascidos o conteúdo vaginal branco ou sanguinolento (“mini menstruação”) é normal por ação dos hormônios maternos que passam para o bebê através do leite, devendo desaparecer ao longo das primeiras semanas de vida, não sendo necessária nenhuma intervenção;
- Observar sinais de alteração na pele da região genital;
- Orientar para promover a higiene íntima no sentido vulva-ânus, com papel higiênico neutro;
- Contra-indicar o uso de lenços umedecidos;
- Orientar para fazer banho de assento morno com chá de camomila (feito sobre infusão);
- Para crianças com mais idade e adolescentes, fazer o check list:
 - Roupas íntimas de algodão/brancas, lavar com sabão de pedra e/ou sabão de coco, não usar sabão em pó, amaciante e alvejante, secar ao sol ou em lugar ventilado, passar a ferro, guardar somente calcinhas na gaveta, não colocando sachês, sabonetes perfumados;
 - Não fazer ducha genital;
 - Utilizar papel higiênico branco, sem perfume;
 - No banho, usar preferencialmente sabonete neutro para higiene íntima;

- Investigar sinais sugestivos de violência sexual. Se suspeita de VVS, seguir protocolo;
- Orientar sobre saúde sexual: não apelidar região íntima, ter o hábito de dar os nomes reais aos órgãos genitais, explicar que não região íntima ninguém deve tocar (definir quem pode tocar no momento de auxiliar na higiene por exemplo), estimular o diálogo e não incentivar o “guardar segredo” em situações do dia a dia.
- Solicitar PPF;
- Observar sinais de alerta e solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica sempre que necessário.

8.10. Criptorquidia

CIAP 2: Y83 – Testículo não descido/Criptorquidia/Testículo ectópico

Características: Ausência de um ou dos dois testículos dentro da bolsa escrotal. Testículo não palpável em bolsa escrotal, sendo uni ou bilateral.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Acompanhar observando a descida dos testículos nas consultas subsequentes;
- Caso os testículos não estejam na bolsa escrotal entre 6 meses a 1 ano de idade, encaminhar a criança a consulta médica para avaliação e encaminhamento ao especialista via Anexo I. (SBP; SBU, 2020)

8.11. Dentição decídua

Características: Gengiva grossa e/ou coceira na gengiva (COREN PR, 2020).

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar massagear a gengiva com gaze umedecida com solução fisiológica;
- Orientar uso de mordedor frio;
- Desmistificar presença de febre relacionada à dentição decídua e investigar outras causas;
- Observar sinais de alerta e solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica ou odontológica;
- Encaminhar para consulta odontológica.

8.12. Dermatite de fralda (amoniacal)

Características: afecção cutânea geralmente inflamatória, apresenta-se com hiperemia, dor e calor local. Causada por contato prolongado com urina, umidade, fricção, microorganismo, fezes e irritantes químicos. Importante descartar infecção por *Candida albicans*.



Fonte: *Pediatria descomplicada*

Orientações e condutas de enfermagem:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Orientar sobre a higiene do períneo a cada troca de fralda, com água e sabão neutro;
- Alertar para não utilizar lenço umedecido, assim como outros produtos industrializados potencialmente irritantes: óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele;
- Orientar sobre a importância das trocas frequentes de fraldas, sempre que evacuações e urina, pelo menos cinco a seis vezes por dia;
- Caso a família opte pelas fraldas de pano, orientar sobre a higiene: lavar com sabão neutro, não usar sabão em pó e amaciantes, enxaguar bem em água corrente, utilizando duas colheres de vinagre branco para cada um litro de água no último enxágüe. Secar as fraldas e passar;
- Observar sinais de alerta – sinais de infecção secundária, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica.

Tratamento:

- Orientar sobre banho de sol na área afetada por cinco a 15 minutos, duas vezes ao dia, antes das 9h da manhã e após as 16h;
- Orientar sobre o uso de amido de milho na região afetada (diluir o amido na água até obter uma consistência cremosa);
- Prescrever Óxido de Zinco pomada a cada troca de fralda como creme de proteção e barreira (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023);
- Orientar para expor os genitais ao ambiente, sempre que possível, deixando sem fraldas.

8.13. Dermatite de fralda + *Candida albicans*

Características: afecção cutânea com hiperemia, dor, calor local, placas esbranquiçadas, com ou sem presença de bolhas.



Fonte: *msdmanuals.com*

Orientações e condutas de enfermagem:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Orientar sobre a higiene do períneo a cada troca de fralda, com água e sabão;
- Alertar para não utilizar lenço umedecido e para limpar os genitais com água e sabão;
- Orientar sobre a importância das trocas frequentes de fraldas, sempre que evacuações e urina, pelo menos cinco a seis vezes por dia;
- Orientar para que, em cada troca de fralda, a pele fique em contato com o ambiente por, no mínimo, cinco minutos;
- Caso a família opte pelas fraldas de pano, orientar sobre a higiene: lavar com sabão neutro, não usar sabão em pó e amaciantes, enxaguar bem em água corrente, utilizando duas colheres de vinagre branco para cada um litro de água no último enxágüe. Secar as fraldas e passar;
- Observar sinais de alerta – sinais de infecção secundária, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica.

Tratamento:

- Orientar sobre banho de sol na área afetada por cinco a 15 minutos, duas vezes ao dia, antes das 9h da manhã e após as 16h;
- Orientar para expor os genitais ao ambiente, sempre que possível, deixando sem fraldas;
- Orientar sobre o uso de amido de milho na região afetada (diluir o amido na água até obter uma consistência cremosa);
- Prescrever Óxido de Zinco pomada a cada troca de fralda como creme de proteção e barreira (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022);
- Prescrever: Nistatina, creme vaginal, 2 vezes ao dia, até melhora. Manter por pelo menos 48h após a resolução das lesões.

- Recomendar banho de assento ou compressa com chá de camomila morno três vezes ao dia até melhora dos sinais de irritação da pele.

8.14. Dermatite seborreica

Características: placas de gorduras endurecidas fixadas no couro cabeludo, devido ao excesso de secreção sebácea.



Fonte: drviniciusfigueredo.com.br

Orientações e condutas de enfermagem:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Orientar sobre a importância da higiene da cabeça, com água e sabão, e desmistificar a ideia da fragilidade das fontanelas;
- Observar sinais de alerta – sinais de infecção secundária, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica.

Tratamento:

- Orientar sobre o uso de vaselina líquida/óleo de cozinha/óleo de bebê no couro cabeludo, deixando por uma hora. Depois, remover cuidadosamente as crostas soltas com água morna e lavar a cabeça. Não remover com pentes ou com as unhas, realizar apenas a limpeza das crostas que estão soltas.

8.15. Diarreia

Características: Aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, em comparação ao padrão normal da criança, ocasionada pela perda de água e eletrólitos; algumas vezes apresenta produtos patológicos (muco, pus, sangue e vermes) que precisam ser investigados.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Avaliar as características da diarreia e número de episódios (SBP, 2023; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022):

- Diarreia Aguda (menos de quatorze dias)

- Diarreia persistente (mais de quatorze dias)

- Distinguir as diarreias potencialmente mais graves, questionando a presença de febre, muco, pus e/ou sangue nas fezes

Observar sinais de alerta, avaliando a criança de acordo com os critérios abaixo para classificação do plano de atendimento (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023):

Quadro 15. Classificação do plano de atendimento.

ESTADO GERAL	Bem, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico
OLHOS	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
LÁGRIMAS	Presentes	Ausentes	Ausentes
SEDE	Bebe normalmente, sem sede	Sedento, bebe rapidamente	Bebe mal, não é capaz de beber
SINAL DE PREGA	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente
PULSO	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente
SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Sem sinais de desidratação	Com sinais de desidratação	Com sinais de desidratação
PLANO	A	B	C

❖ Plano A (hidratação em domicílio)

Orientar os responsáveis a:

- Aumentar a oferta de líquido, para prevenir a desidratação. A criança deve tomar líquidos caseiros (água, soro caseiro, chá, sucos e sopas) ou Sais de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica;
- Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição. Continuar o aleitamento materno;
- Se a criança não estiver sendo amamentada, continuar com o leite habitual;

- Retornar ao serviço de saúde, se a criança não melhorar em 7 dias ou se apresentar qualquer um dos sinais abaixo:
- ✓ Piora da diarreia;
- ✓ Recusa de alimentos;
- ✓ Vômitos repetidos;
- ✓ Febre;
- ✓ Muita sede;
- ✓ Sangue nas fezes.
- Prescrever terapia de reidratação oral (médico/enfermeiro), conforme Quadro 16:

Quadro16. Terapia de reidratação oral.

Idade	Quantidade de SRO após evacuação diarreica	Quantidade de SRO para levar para o domicílio
Menores de 1 ano	50 a 100ml	1 envelope por dia
1 a 10 anos	100 a 200ml	2 envelopes por dia
Maiores de 10 anos	Tudo que quiser	4 envelopes por dia

❖ Plano B (reidratação na Unidade de Saúde)

Pesar a criança, solicitar avaliação médica e seguir os seguintes passos:

- Administrar Sais de Reidratação Oral (SRO). A quantidade de solução ingerida dependerá da sede da criança. O SRO deverá ser dado continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação. A orientação inicial é que a criança deverá receber de 50 a 100 ml/kg, no período de 4 a 6 horas;
- Observar o paciente na Unidade de Saúde durante a reidratação, e ajudar a família a dar o soro oral;
- Durante a reidratação, reavaliar a criança. Se não apresentar sinais de desidratação, retorne ao Plano A. Caso continue desidratada, repetir o Plano B por mais 2 horas e reavaliar. Se a criança evoluir para desidratação com choque, passar para o Plano C (a seguir);
- As crianças com quadro de desidratação deverão permanecer na Unidade de Saúde até a reidratação completa, encaminhar ao PSI na proximidade de seu fechamento para continuidade do tratamento da criança.

❖ Plano C (reidratação intravenosa na Unidade de Saúde)

Pesar a criança e **solicitar avaliação médica de urgência** para iniciar terapia intravenosa que também deve ser iniciada se a criança não tolerar ingestão de SRO.

8.16. Dificuldade escolar: Quadro - vide página 36.

8.17. Escabiose

Características: parasitose da pele causada por um ácaro parasita, suas lesões são em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. Áreas de preferência: região interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região periumbilical, sulco interglúteo, órgãos genitais externos nos homens. Em crianças, podem ocorrer no couro cabeludo, nas palmas e plantas das mãos. O prurido é intenso, principalmente à noite (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023).



Fonte: revista.spdv.com.pt

Orientações e condutas de enfermagem:

- O ácaro sobrevive fora da pele por apenas três dias, assim, roupas de cama e de uso pessoal usadas até três dias do tratamento devem ser lavadas com água quente (SBP, 2020);
- Orientar quanto à higiene e aos cuidados necessários durante o tratamento:
 - Cuidados com roupas: trocar lençóis diariamente, lavar as roupas íntimas e de banho separadas das demais da casa, secar no sol, ferver e passar; não misturar cobertor e toalhas e, também, não movimentá-las bruscamente dentro de casa;
 - Separar sabonete e fômites (pentes, escovas de cabelo, bonés, entre outros);
 - Colocar cobertor no sol todos os dias; limpar a casa com pano úmido, ao invés de varrer.
- Orientar manutenção da precaução por até 24 horas após o tratamento (SBP, 2020);
- Observar sinais de alerta – sinais de infecção secundária, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica (SBP, 2020).

Tratamento:

- Para crianças de até dois anos: Benzoato de Benzila 25% loção, diluir em água 1:3, uma vez ao dia, após banho morno à noite (dormir e tomar banho ao acordar), durante três noites seguidas. Descansa sete dias e depois repete por mais quatro dias. Não utilizar em crianças menores de seis meses;
- Para crianças a partir de 2 anos: Deltametrina loção, uma vez ao dia, após banho morno, durante quatro dias, descansa sete dias e depois repete por mais quatro dias;
- Para afecção de repetição, prescrever: Ivermectina 6mg, dose única, via oral: peso corporal de 15 a 24 Kg - 1/2 comprimido; peso corporal de 25 a 35 Kg -1 comprimido; peso corporal

de 36 a 50 Kg - 1 comprimido e 1/2; peso corporal de 51 a 65 Kg - 2 comprimidos; peso corporal de 66 a 79 Kg - 2 comprimidos e 1/2; peso corporal maior ou igual a 80 Kg – 3 comprimidos ou 200 microgramas/kg;

- Para alívio do prurido em crianças maiores de 2 anos prescrever: Loratadina 1mg/ml 5ml, uma vez ao dia, por 5 dias. Para crianças acima de 12 anos ou acima de 30kg, prescrever 10ml ou 1 comprimido, uma vez ao dia, por 5 dias. (SBP, 2020);
- Tratar os contactantes.

8.18. Estomatite



Características: lesões na orofaringe, presença ou não de pus.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar para oferecer dieta líquida ou pastosa fria ou morna e para não oferecer sucos ácidos (laranja, limão etc) ou alimentos secos;
- Tratar a febre como protocolado e encaminhar para consulta médica ou odontológica se não houver melhora do quadro de um a dois dias;
- Descartar outras afecções como Síndrome da Mão-Pé-Boca;
- Observar sinais de alerta – outras alterações ao exame de orofaringe, associação com outros sinais e sintomas (febre é esperada), persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica ou odontológica.

8.19. Febre

Características: criança apresentando temperatura axilar maior ou igual 37,8°C (SBP, 2021). A febre em menores de 3 meses ou em crianças portadoras de doenças de base deve sempre ser investigada pelo médico.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Avaliar (SBP, 2021):
 - Frequência Cardíaca (batimentos por minuto): < 12 meses (≥ 160 bpm) e 12 a 24 meses (≥ 150 bpm) 2 a 5 anos (≥ 140 bpm);

- Frequência Respiratória (respirações/minuto): > 50 (6 a 12 meses); > 40 para os maiores de 12 meses e, saturação de oxigênio $\leq$ 95%;
- Tempo de enchimento capilar, alerta se > 3 segundos;
- Grau de hidratação, avaliar mucosas e turgor da pele;
- Grau de atividade e responsividade aos estímulos.
- Identificar associação com outros sinais e sintomas;
- Orientar sobre a importância de observar sinais de desconforto da criança;
- Orientar sobre a adequação das vestimentas ao clima, dando preferências às leves;
- Orientar para aumentar a ingestão hídrica;
- Observar sinais de alerta – alterações no exame físico, febre persistente de três dias ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica.
- Observar sinais de alerta de maior gravidade – letargia, desconforto respiratório, vômito em jato, rigidez de nuca, abaulamento de fontanela, atividade convulsiva, exantema, petéquias e não conseguir beber água ou se alimentar. Solicitar avaliação médica imediata.
- Orientar que não está recomendado métodos físicos (banho ou compressas por exemplo) na tentativa de diminuição da temperatura (SBP, 2021);
- Não deve ser indicada de rotina a administração profilática de medicamentos antipiréticos no momento da vacinação (BRASIL, 2014).

Tratamento:

Obs.: Criança com temperatura acima de 37,8°C é considerada febril, o que não significa que precisa ser medicada. Desse modo, está recomendado retirar um pouco de roupa, hidratar oferecendo água, medir novamente a temperatura após 30 minutos (a febre pode desaparecer sem medicação). O uso de antitérmicos deve ser pautado pelo estado geral da criança, e não pelo número predeterminado pela aferição. Assim, recomenda-se o uso de antitérmicos quando a febre está associada a desconforto evidente (choro, irritabilidade, redução da atividade, redução do apetite, distúrbio do sono). Também devemos desmistificar que a convulsão febril esteja associada com a febre alta, nesse caso, é considerada benigna e tem relação com a subida ou descida brusca da temperatura (SBP, 2021).

- Primeiramente, questionar o cuidador sobre alergia medicamentosa (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023);
- Paracetamol 200mg/ml: uma gota/kg, vezes (6/6h) ao dia, com limite de trinta gotas;
- Para crianças a partir de 3 meses de vida: Dipirona 500mg/ml, uma gota/2kg ou 10 a 15mg/kg, quatro vezes (6/6h) ao dia. Cada gota de Dipirona contém a dose máxima – 25mg – a ser administrada por quilo de peso da criança (a dose recomendada é de 10 a 15 mg por quilo de peso).

- Para crianças a partir de 6 meses de vida: Ibuprofeno 50mg/ml – a dose recomendada varia de 1 a 2 gotas de Ibuprofeno 50 mg/ml por cada 1 kg de peso corporal da criança, administradas 3 a 4 vezes por dia, em intervalos de 6 a 8 horas. Crianças com mais de 30 Kg, a dose máxima recomendada é de 200 mg, o equivalente a 40 gotas de Ibuprofeno 50 mg/ml ou 20 gotas de Ibuprofeno 100 mg/ml.

8.20. Fimose fisiológica

Características: estreitamento prepucial distal, com ou sem aderências associadas, que dificulta ou impossibilita a exposição da glândula.

Orientações e condutas de enfermagem:

- No período neonatal trata-se de um quadro normal e esperado que tende a se resolver espontaneamente até o 3º ano de vida;
- Evitar manobras prepuciais ou retrações traumáticas;
- Exercer uma suave tração no prepúcio apenas para higiene do local sem provocar traumas;
- Se após três anos de vida a fimose persistir, a criança deve ser encaminhada ao médico para avaliação e escolha do tratamento que pode ser clínico (aplicação de corticosteroides tópicos) ou cirúrgico (através do encaminhamento ao especialista via Anexo I). (SBP + SBU, 2020)

8.21. Hérnias

Características: abaulamento em região umbilical e inguinal.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Hérnia umbilical: esclarecer aos pais que a hérnia tende a desaparecer naturalmente entre dois e quatro anos de vida, não sendo necessária nenhuma intervenção até essa idade.
- Hérnia inguinal: tratamento cirúrgico. Encaminhar a criança para consulta médica no momento do diagnóstico.

8.22. Icterícia neonatal

CIPE: Hiperbilirrubinemia

CIAP 2: D13 - Icterícia

- **Características:** Coloração amarelada da pele, esclera e mucosas em virtude da alta concentração da bilirrubina sérica e acúmulo nos tecidos. A icterícia pode ser fisiológica, que aparece após 24 horas de vida, atingindo seu pico entre o 3º e 4º dias de vida e tende a resolver nos dias subsequentes com amamentação livre demanda e metabolização da bilirrubina. Porém, caso não tenha boa evolução, o quadro pode se agravar e trazer complicações neurológicas relacionadas a hiperbilirrubinemia. Sinais e sintomas: Tom amarelado da pele, olhos e mucosas. Os fatores de risco para o agravamento da icterícia são (SBP, 2021):
- Aparecimento da icterícia antes das 24 - 36 horas após o parto;
- Incompatibilidade materno-fetal ABO ou Rh;
- IG de 35, 36 ou 37 semanas (independente do peso ao nascer);
- Clampeamento do cordão umbilical 60 segundos após o nascimento;
- Aleitamento materno com dificuldade ou perda de peso do bebê;
- Irmão que teve icterícia neonatal e foi tratado com fototerapia;
- Presença de céfalo-hematoma ou equimoses;
- Descendência asiática;
- Mãe diabética;
- Sexo masculino;
- Bilirrubina sérica ou transcutânea na zona de alto risco ou intermediária (> percentil 75 a 95) antes da alta hospitalar.

Figura 3. Avaliação da icterícia neonatal segundo critério de Kramer.

Avaliação segundo critérios de Kramer		
1. Face	4–8 mg/dl	
2. Parte superior do tronco	5–12 mg/dL	
3. Tronco inferior e coxas	8–16 mg/dL	
4. Braços e pernas	11–18 mg/dL	
5. Palmas (mãos) e solas (pés)	>15 mg/dL	

Fonte: <https://www.ufrgs.br/levi/hiperbilirrubinemia/>

Orientações e condutas de enfermagem:

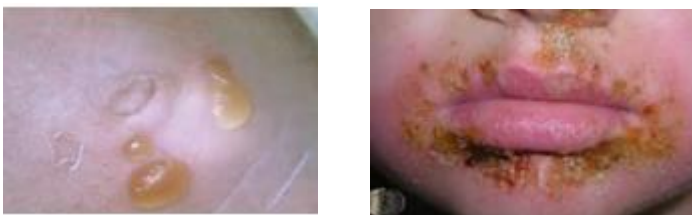
- Zona I, II ou III = avaliar amamentação, hidratação e ganho de peso, orientar intervalo entre as mamadas de no máximo 3 horas, corrigir pega e posicionamento do bebê na mamada se

necessário, observando a produção de leite materno pela mãe. Agendar um retorno breve para reavaliação, em 48 ou 72 horas;

- Zona IV ou V = encaminhar ao Pronto Socorro Infantil com carta de referência para avaliação e coleta de bilirrubina total e frações;
- Sempre orientar a boa hidratação da criança, pois caso não esteja conseguindo mamar ou a mãe não esteja com uma boa produção de leite, há risco para dificuldade na excreção da bilirrubina, e conseqüentemente para agravamento do quadro;
- Considerar os fatores de risco na avaliação do bebê;
- De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, o banho de Sol não é mais indicado para tratamento da icterícia, pois o comprimento de onda ideal para agir na bilirrubina é o azul, mesmo a luz do Sol contendo todos os comprimentos de onda não é suficiente para atingir o resultado esperado (SBP, 2021).

8.23. Impetigo (piodermite) - até cinco lesões

Características: infecção cutânea, com pústula podendo estar recoberta de crostas amareladas espessas, mais comumente localizada na face. Normalmente não causa febre. Altamente contagioso.



Fonte: msdmanuals.com

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar sobre a higiene da criança – lavagem das mãos e manter unhas curtas e limpas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022);
- Orientar sobre os meios de transmissão;
- Fazer busca ativa de casos no núcleo familiar e escolar (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022);
- Não compartilhar roupas de cama e banho, assim como lavá-las, secá-las ao sol e passá-las e trocá-las diariamente (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022);
- Observar sinais de alerta - lesões em grande quantidade ou em mais de duas regiões anatômicas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022), sinais de infecção secundária, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica;

- Agendar retorno em três dias (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022).

Tratamento:

- Orientar remoção das crostas e lavagem durante o banho morno, com sabão neutro;
- Prescrever Neomicina, Sulfato + Bacitracina Zênica (tubo 10g) pomada nas lesões rompidas, quatro vezes ao dia, por dez dias (COREN PR, 2020).

8.24. Larva migrans

Características: infestação acidental por larvas de *Ancylostoma*, cujo movimento na região intradérmica resulta numa lesão linear e sinuosa, acompanhada de intenso prurido. Além da forma linear, podem ser encontradas formas bolhosas ou papulosas.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar quanto à higiene local e para evitar contato com areias e locais contaminados por cães e/ou gatos;
- Observar sinais de alerta - sinais de infecção secundária, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica.

Tratamento:

- Prescrever para crianças maiores de 2 anos: Albendazol 400 mg dose única.

8.25. Miliária rubra (brotoeja)

Características: lesões características de pápulas e vesículas com halo eritematoso e prurido, decorrente da obstrução da eliminação do suor produzido pelas glândulas écrinas, provocado pelo calor intenso e associado à umidade elevada.



Orientações e condutas de enfermagem:

- Observar extensão da área afetada (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022);
- Evitar excesso de roupas nos dias quentes;
- Evitar roupas de lã em contato com a pele;
- Realizar banhos frequentes na criança com sabonetes com ph fisiológico (4,2-5,6) (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023);
- Observar sinais de alerta - sinais de infecção secundária, febre (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS, 2022), persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica.

Tratamento:

- Orientar para enxaguar a criança após o banho com duas colheres de sopa de amido de milho diluídas em um litro de água, três vezes ao dia;
- Aplicar pasta d'água três vezes ao dia, após o banho.

8.26. Otolgia

Características: dor localizada no ouvido, otoscopia apresenta conduto auditivo externo sem alteração, ausência de hiperemia e membranas íntegras.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Incentivar o aleitamento materno;
- Orientar para proteção do ouvido no momento do banho e em situações de corrente de ar frio;
- Orientar sobre a aplicação de compressas mornas secas na região auricular;
- Observar sinais de alerta – alterações no exame físico, apatia, fadiga, febre persistente por mais de três dias, associação com outros sinais e sintomas (COREN PR, 2020). Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica;
- Orientar não aplicar nada no ouvido.

Tratamento:

- Paracetamol 200mg/ml: uma gota/kg, vezes (6/6h) ao dia, com limite de trinta gotas;
- Para crianças a partir de 3 meses de vida: Dipirona 500mg/ml, uma gota/2kg ou 10 a 15mg/kg, quatro vezes (6/6h) ao dia. Cada gota de Dipirona contém a dose máxima – 25mg

– a ser administrada por quilo de peso da criança (a dose recomendada é de 10 a 15 mg por quilo de peso).

- Para crianças a partir de 6 meses de vida: Ibuprofeno 50mg/ml – a dose recomendada varia de 1 a 2 gotas de Ibuprofeno 50 mg/ml por cada 1 kg de peso corporal da criança, administradas 3 a 4 vezes por dia, em intervalos de 6 a 8 horas. Crianças com mais de 30 Kg, a dose máxima recomendada é de 200 mg, o equivalente a 40 gotas de Ibuprofeno 50 mg/ml ou 20 gotas de Ibuprofeno 100 mg/ml.

8.27. Parasitose intestinal

Características: falta de apetite, irritabilidade, dor e distensão abdominal, náuseas e vômitos, diarreia e/ou constipação e anemia. Alguns tipos de vermes apresentam um ciclo pulmonar, e por isso podem provocar tosse, chiado no peito e até mesmo pneumonia (SBP, 2019).

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar para uso de água tratada ou fervida, lavar bem os alimentos e deixá-los de molho em água com hipoclorito a 2% (vinte gotas por litro) por trinta minutos;
- Orientar para comer carne cozida ou assada e nunca comer carne crua;
- Orientar para manter sempre as mãos limpas, principalmente após evacuações, antes das refeições e de preparar os alimentos; e para manter as unhas cortadas e limpas;
- Orientar para proteger os alimentos contra poeira, moscas e outros animais;
- Orientar para estar sempre com pés calçados;
- Orientar para manter vasos sanitários e fossas sempre cobertos e higienizados;
- Orientar para não usar água parada para banho ou brincadeiras;
- Desmistificar que a verminose não causa mancha na pele (SBP, 2019);
- Solicitar exame de PPF.

Tratamento: Conforme detalhado no Quadro 13.

Quadro 17. Tratamento de parasitose com resultado de exame positivo.

Tipo de verme	Idade/peso	Medicamento	Esquema terapêutico	Observação
Áscaris lumbricoides	*Acima de 10 kg	Mebendazol comprimido ou suspensão 100mg	1 comp. ou 5ml duas vezes ao dia (12/12h) por três dias	Repetir após três semanas Tratar os contatos domiciliares

Trichiuris trichiura	Acima de dois anos	Albendazol comprimido ou suspensão 400 mg	10ml dose única ou 1 comp. de 400mg	Repetir após uma semana Efeitos colaterais: dor abdominal, cefaléia, diarreia, náuseas e vômitos Solicitar hemograma
Enterobius vermiculares (oxiuríase)	*Acima de 10 kg Dose máxima: 600mg	Mebendazol comprimido ou suspensão 100mg	1 comp. ou 5ml duas vezes ao dia (12/12h) por três dias	Repetir após três semanas Tratar outras crianças da mesma casa
Necator americanus	Acima de dois anos	Albendazol comprimido ou suspensão 400mg	10ml dose única ou 1 comp. de 400mg	Repetir após uma semana Efeitos colaterais: dor abdominal, cefaléia, diarreia, náuseas e vômitos Solicitar hemograma
Ancilóstomo duodenalis	*Acima de 10 kg	Mebendazol comprimido ou suspensão 100mg	1 comp. ou 5ml duas vezes ao dia (12/12h) por três dias	Repetir após três semanas
Teníase sp	*Acima de 10 kg	Mebendazol comprimido ou suspensão 100mg	2 comp. ou 10 ml duas vezes ao dia (12/12h) por três dias	Repetir após três semanas
	Acima de dois anos	Albendazol comprimido ou suspensão 400mg	10ml ou 1 comp. de 400mg por três dias	Repetir após duas semanas Solicitar hemograma
Giárdia lamblia	Crianças menores de 12 anos não exceder a 750mg/dose	Metronidazol	7,5mg/kg três vezes ao dia (8/8h) por cinco dias	Repetir após uma semana
Entamoeba histolytica	Crianças menores de 12 anos não exceder a 750mg/dose	Metronidazol	7,5mg/kg três vezes ao dia (8/8h). Amebíase leve ou moderada, por cinco dias; amebíase intensa, cinco a dez dias	Contra-indicado para gestação, amamentação, doenças neurológicas ativas e displasia sanguínea Efeitos colaterais: gosto metálico, cefaléia, diarreia, náuseas e vômitos, erupção cutânea, ataxia, leucopenia, convulsões Evitar uso de bebida alcoólica

* Crianças abaixo de dez kg devem ser encaminhadas para avaliação médica.

Obs.: Tratamento com Mebendazol é indicado: queixa de perversão alimentar (comer gelo, alimentos cru, terra, papel, espuma), vermes visíveis nas fezes, associação a anemias.

8.28. Pediculose

Características: visualização de piolhos adultos no couro cabeludo ou lêndeas nos fios (SBP, 2020). São caracterizadas por um conjunto de lesões cutâneas em couro cabeludo, provocadas pelo prurido.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar quanto à higiene e aos cuidados necessários durante o tratamento;
- Orientar sobre o modo de transmissão e cuidados com contatos no domicílio e nas instituições que a criança frequenta, evitando o compartilhamento;
- Orientar sobre cuidados com roupas de cama, pessoais e fômites usados nas últimas 48h: trocar lençóis diariamente, lavar as roupas íntimas e de banho separadas das demais da casa, secar no sol, ferver e passar;
- Orientar não compartilhar pentes, escova, boné;
- Orientar manter pentes e escovas de cabelos contaminados submersos em água quente por 10 minutos (afim de matar os piolhos presentes) (SBP, 2020);
- Observar sinais de alerta - sinais de infecção secundária, persistência ou piora do quadro. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica (SBP, 2020).

Tratamento:

- Benzoato de Benzila 25% loção: até dois anos, diluição com água filtrada ou fervida, de 1:3; > 2 anos, diluir 1:1 (repetir em sete dias), com aplicação única durante seis horas. Não utilizar em crianças menores de seis meses;
- Para crianças a partir de 2 anos: Deltametrina shampoo, passar no couro cabeludo, massageando. Deixar agir por dez minutos e enxaguar com água. Realizar todo o procedimento diariamente por quatro dias, descansar por sete dias e, após, repetir por quatro dias;
- Para lêndeas: fazer a retirada manual com pente fino, repetindo o mesmo procedimento a cada dois-três dias, até a sua remoção completa. Esse processo deve ser realizado no cabelo úmido com auxílio de vinagre diluído em água (proporção 1:1) ou em condicionador (SBP, 2020);
- Para afecção de repetição, prescrever: Ivermectina, dose única, via oral: peso corporal de 15 a 24 Kg - 1/2 comprimido; peso corporal de 25 a 35 Kg -1 comprimido; peso corporal de 36 a 50 Kg - 1 comprimido e 1/2; peso corporal de 51 a 65 Kg - 2 comprimidos; peso corporal de 66 a 79 Kg - 2 comprimidos e 1/2; peso corporal maior ou igual a Kg – 3 comprimidos ou 200 microgramas /kg;

- Tratar os contactantes.

8.29. Problemas e alertas de saúde de crianças e adolescentes na era digital

Características (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023):

- Uso problemático das mídias interativas;
- Problemas relacionados à saúde mental: irritabilidade, ansiedade e depressão;
- Transtornos do déficit de atenção e hiperatividade;
- Transtornos do sono;
- Transtornos de alimentação: sobrepeso/obesidade e anorexia/bulimia;
- Sedentarismo e falta da prática de exercícios;
- Bullying & cyberbullying;
- Transtornos da imagem corporal e da autoestima;
- Riscos relacionados à sexualidade, nudez, abuso sexual, estupro virtual;
- Comportamentos autodestrutivos, indução e riscos de suicídio;
- Aumento da violência, abusos e fatalidades;
- Problemas visuais, miopia e síndrome visual do computador;
- Problemas auditivos e perda auditiva ocasionada pelo ruído;
- Transtornos posturais e musculoesqueléticos;
- Uso de nicotina, bebidas alcoólicas, maconha, anabolizantes e outras drogas.

Orientações e condutas de enfermagem (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, 2023):

- Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas;
- Crianças com idades entre 2 e 5 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1 hora/dia, sempre com supervisão de pais/cuidadores/ responsáveis;
- Crianças com idades entre 6 e 10 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1-2 horas/dia, sempre com supervisão de pais/responsáveis;
- Adolescentes com idades entre 11 e 18 anos, limitar o tempo de telas e jogos de videogames a 2-3 horas/dia, e nunca deixar “virar a noite” jogando;
- Não permitir que as crianças e adolescentes fiquem isolados nos quartos com televisão, computador, tablet, celular, smartphones ou com uso de webcam; estimular o uso nos locais comuns da casa;
- Para todas as idades: nada de telas durante as refeições e desconectar 1-2 horas antes de dormir;

- Oferecer alternativas para atividades esportivas, exercícios ao ar livre ou em contato direto com a natureza, sempre com supervisão responsável;
- Nunca postar fotos de crianças e adolescentes em redes sociais públicas, por quaisquer motivos;
- Criar regras saudáveis para o uso de equipamentos e aplicativos digitais, além das regras de segurança, senhas e filtros apropriados para toda família, incluindo momentos de desconexão e mais convivência familiar;
- Encontros com desconhecidos (online ou off-line) devem ser evitados, saber com quem e onde seu filho está, e o que está jogando ou sobre conteúdos de risco transmitidos (mensagens, vídeos ou webcam), é responsabilidade legal dos pais/cuidadores;
- Estimular a mediação parental das famílias e a alfabetização digital nas escolas com regras éticas de convivência e respeito em todas as idades e situações culturais, para o uso seguro e saudável das tecnologias;
- Conteúdos ou vídeos com teor de violência, abusos, exploração sexual, nudez, pornografia ou produções inadequadas e danosas ao desenvolvimento cerebral e mental de crianças e adolescentes, postados por cyber criminosos devem ser denunciados e retirados pelas empresas de entretenimento ou publicidade responsáveis;
- Identificar, avaliar e diagnosticar o uso inadequado precoce, excessivo, prolongado, problemático ou tóxico de crianças e adolescentes para tratamento e intervenções imediatas e prevenção da epidemia de transtornos físicos, mentais e comportamentais associados ao uso problemático e à dependência digital, discutindo o caso com o NASF.

8.30. Problema no coto - granuloma umbilical

CIPE: Integridade da pele prejudicada

CIAP 2: S19 – Outra lesão cutânea

Características: Formação de cor avermelhada ou branca, situada no fundo da fossa umbilical, de tamanho variável. Acontece após a queda do coto umbilical e pode produzir secreção serosa ou sanguinolenta, com risco de infecção local (SBP, 2021).

- Sinais e sintomas: Presença da formação com tecido granuloso de cor avermelhada ou branca em fundo da fossa umbilical.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Manter a higienização com cotonete embebido em álcool 70% sempre que necessário;
- Higienizar com água e sabonete neutro na hora do banho;

- Avaliar periodicamente, a cada 48 ou 72 horas e acompanhar evolução;
- Na presença de sinais de alerta como hiperemia na borda, rubor, calor, edema, secreção purulenta ou mau cheiro, encaminhar para avaliação médica na Unidade de Saúde ou, se necessário, ao Pronto Socorro Infantil (SBP, 2021).

Tratamento:

- Aplicar bastão de nitrato de prata a 10%, após aplicação de vaselina líquida ou sólida em região de bordas (peri-umbilical), no fundo da lesão 1 vez por dia até cicatrização completa (SBP, 2021).

8.31. Resfriado comum

Características: inflamação catarral aguda da mucosa das fossas nasais, devido à presença de vírus, podendo ocorrer de seis a dez vezes ao ano até os sete anos de idade, sendo que menos de 10% dessas infecções virais podem evoluir para uma infecção aguda bacteriana (SBP, 2018).

Ao exame físico: queda do estado geral, podendo estar febril; coriza nasal presente; amígdalas sem alteração ou hiperemiadas, ausência de pontos de pus; conduto auditivo sem alteração e com membranas íntegras; ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventício, podendo haver roncos de transmissão.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Se aleitamento materno, orientar para aumentar a oferta em livre demanda;
- Se criança não estiver em aleitamento materno, orientar sobre a importância do aumento da oferta de líquidos, água, chás com ervas naturais ou xaropes caseiros (guaco, poejo, limão, hortelã), uma colher de sopa de três a cinco vezes ao dia, enquanto os sintomas persistirem;
- Orientar lavagem nasal com solução fisiológica (em temperatura ambiente ou aquecido em banho maria) de 4 a 6 vezes ao dia ou quando necessário, 2 a 5 ml em cada narina, dependendo da faixa etária e repetindo o processo em cada narina até melhora da congestão;
- Orientar sobre a importância do controle ambiental (umidificar o ambiente, evitar poeiras, usar panos úmidos para limpeza da casa, não fumar, retirar do quarto animais de pelúcia, tapetes, animais domésticos e cortinas);
- Observar sinais de alerta – febre persistente, prostração, perda do apetite, dispneia. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica;
- Seguir recomendações descritas no Quadro 18;

- Observar se sintomas prolongados – secreção nasal abundante, obstrução nasal e tosse persistente, por mais de 12 dias. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica (SBP, 2018);
 - Observar se houve piora do quadro. Após o quarto ou quinto dia o quadro costuma melhorar. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica (SBP, 2018);
 - Prescrever antitérmico se necessário.
- Se tosse associada:
- Orientar quanto ao aumento da ingestão hídrica para fluidificar as secreções;
 - Orientar para deixar a criança em decúbito elevado ao dormir;
 - Orientar para remover umidade, mofo ou bolor da casa e mantê-la ventilada;
 - Orientar para que adultos não fumem dentro de casa;
 - Orientar para oferecer dieta fracionada;
 - Observar sinais de alerta – respiração rápida, tiragens e ruídos respiratórios. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica;
 - Desmistificar sobre o uso de antibiótico para tratamento da maioria das infecções.

Quadro 18. Avaliação de crianças quanto a presença de sinais sugestivos de Pneumonia.

Criança < 2 meses com tosse ou dificuldade respiratória		Criança 2 meses a 4 anos com tosse ou dificuldade respiratória		
Tiragem persistente FR > 60 irpm	Sem tiragem FR < 60 irpm	Com tiragem FR > 50 irpm (2-11 meses) FR > 40 irpm (1-4 anos) Presença de sibilo/estertor crepitante	Sem tiragem FR > 50 irpm (2-11 meses) FR > 40 irpm (1-4 anos) ou presença de sibilo ou tosse há mais de trinta dias	Sem tiragem Sem respiração rápida Ausculta pulmonar normal
Consulta médica imediata Encaminhar ao PSI	Orientações: Amamentação Desobstrução das vias aéreas Consulta médica	Consulta médica imediata Encaminhar ao PSI	Consulta médica Tratamento domiciliar	Orientações conforme descrito acima

8.32. Regurgitação/Refluxo

Características: expulsão não forçada de leite e secreções do esôfago ou do estômago pela boca. Há a regurgitação fisiológica quando a criança não apresenta outros sintomas, sendo que em bebês saudáveis, a evolução do ganho de peso é normal e tem-se a diminuição gradativa das regurgitações ao longo do tempo. Estes episódios aumentam muito entre dois e quatro meses e diminuem com o crescimento, a maioria absoluta resolve até o primeiro ano de vida (SBP, 2018).

Orientações e condutas de enfermagem:

- Realizar ausculta pulmonar, verificando presença de ruídos adventícios e controlar o ganho de peso e a nutrição da criança;
- Verificar aspectos e características em jato (se ocorre logo após a amamentação, grande quantidade de leite fluido) ou leite coalhado;
- Orientar que a regurgitação tende a melhorar;
- Observar sinais de alerta – ausência de ganho de peso adequado, relato de piora na qualidade de vida do lactente, choro, irritabilidade, recusa alimentar, anemia e vômitos com sangue. Solicitar interconsulta ou encaminhar para avaliação médica (SBP, 2018).

Obs.: no primeiro trimestre de vida, a média de ganho de peso diária deve ser de 20 a 30 gramas.

Tratamento:

- Orientar para colocar o bebê para eructar após as mamadas pelo menos 15 minutos com a cabeça mais elevada que o abdômen;
- Orientar não sacudir ou embalar a criança após as mamadas, evitando o uso de fraldas ou roupas apertadas no abdômen;
- Orientar para elevar a cabeceira do berço (30° a 45°) (SBP, 2018).

8.33. Sinéquia labial

Características: aderência dos pequenos lábios, resultante da inflamação do epitélio vulvar. Ocorre em meninas de três meses a seis anos, ocasionada por higiene inadequada. Pode ser total ou parcial. Predis põe a vulvovaginite e infecção urinária, embora não seja frequente.

Orientações e condutas de enfermagem:

- Orientar quanto à higiene vulvar;
- Encaminhar para avaliação médica – Pediatria ou Ginecologia do Nasf.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.lei.adv.br/94406-87.htm>>. Acesso em: 27 fev. 2008.

BRASIL. Lei no 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União 1986; 26 jun. Seção 1, p.9273-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. 1º ed. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. 1º ed. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação. 3º ed. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Brasília, 2022. Disponível em: <PNAISC – Ministério da Saúde (www.gov.br)>. Acesso em: 12 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 2006; 23 fev.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2829, de 14 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2829_14_12_2012.html>. Acesso em: 15 mai, 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN 195, de 18 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro. Disponível em: <http://www.enfermagem.medicina.nom.br/enf/resol_195.htm>. Acesso em: 27 fev. 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás: Protocolo de Enfermagem não Acompanhamento à Saúde da Criança. 4º ed. Goiás, 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária – Módulo 4: Atenção à Saúde da Criança. Paraná, 2020.

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE. Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Criança. Ribeirão Preto, 2023.

HARRINGTON CT, HAFID NA, WATERS KA. Butyrylcholinesterase is a potential biomarker for Sudden Infant Death Syndrome. EBioMedicine., v.80, n.104041, 2022. No prelo.

MARINELLI, K.A.; BALL, H.L.; MCKENNA, J.J.; BLAIR, P.S. An Integrated Analysis of Maternal-Infant Sleep, Breastfeeding, and Sudden Infant Death Syndrome Research Supporting a Balanced Discourse. J Hum Lact., v.35, 3, p.510-520, 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Fluxogramas de Enfermagem Demanda Espontânea. Campinas, 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Manual de Procedimento Operacional Padrão: Cronograma de Atendimento à Criança de 0 a 12 anos. rev e atual. Botucatu, 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Protocolo das Unidades de Atenção Básica de Botucatu – Sistematização da Assistência de Enfermagem: Saúde da Criança. Botucatu, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Consenso sobre Anemia Ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica. Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia. São Paulo, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Ectoparasitoses. Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial. São Paulo, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Informativo para Escola: Diarreia e Vômito. Grupo de trabalho: Educação é Saúde. São Paulo, 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Quantas horas por dia o bebê deve dormir? Goiás, 2018. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/quantas-horas-por-dia-o-bebe-deve-dormir-3/>. Acesso em: 15 mai. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manejo da Febre Aguda. Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial. São Paulo, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. O bebê e a eliminação de fezes. São Paulo, 2014. Disponível em: www.spsp.org.br/2014/01/15/o-bebe-e-a-eliminacao-de-fezes-evacuacoes/. Acesso em: 12 mai. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Refluxo gastroesofágico. São Paulo, 2018. Disponível em: www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-a-saude/refluxo-gastroesofagico/. Acesso em: 15 mai. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Rinossinusite na infância. São Paulo, 2018. Disponível em: www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/doencas/rinossinusite-na-infancia/. Acesso em: 15 mai. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Suplementação de Nutrientes. Departamento de Pediatria Ambulatorial e Cuidados Primários. São Paulo, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Atualização sobre os cuidados com a pele do recém-nascido. Departamento de Dermatologia e Neonatologia. São Paulo, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Hiperbilirrubinemia indireta no período neonatal. Departamento de Neonatologia. São Paulo, 2021.

HALAL, C. S.; NUNES, M. L. Organização e higiene do sono na infância e adolescência. *Residência Pediátrica* 2018; 8(supl 1): 45 – 48.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Guia de saúde oral materno-infantil. São Paulo, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Cólica do lactente. Departamento científico de gastroenterologia pediátrica. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-o-bebe/colica-do-lactente/>. Acesso em: 26/05/2023.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Limpeza nasal: como fazer. Departamentos de Pediatria Ambulatorial SPSP. Recomendações: Atualização de Condutas em Pediatria, nº91, Abril 2020.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. O bebê e a eliminação de fezes (evacuações). Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial e Cuidados Primários da SPSP, 2014. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/2014/01/15/o-bebe-e-a-eliminacao-de-fezes-evacuacoes>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA E SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Uropediatria: um guia para pediatras, 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual_Uropediatria-Final.pdf.

ANEXO I

ROTEIRO 1ª CONSULTA DO RECÉM NASCIDO

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composição familiar:

Antecedentes mórbidos:

Maternos:

Paternos:

Renda Familiar Mensal: R\$

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

G P A C Se abortos: Pré-natal: nº consultas: Local:

Vacinação materna:

Medicamentos: () não () sim () quais:

() Sulfato Ferroso () Ácido Fólico

	1º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
Sífilis (VDRL/Trep.)		
HIV		
Hepatite B		
Hepatite C		
Toxoplasmose		

OBSERVAÇÕES:

Uso de:

Bebida alcoólica: () não () sim

Drogas: () não () sim:

Tabagista: () não () sim:

Durante a gestação reduziu o consumo de alguma dessas substâncias?

Em casa, alguém consome alguma dessas substâncias?

PARTO:

Hospital de Nascimento: () HC Unesp () Hosp. Unimed () Estadual () Outro:

() Natural () Fórceps () Cesárea IG: semanas e dias

Intercorrências: () não. Se presentes: () mecônio () bolsa rota hs () circular de cordão

APGAR: / / Manobras de reanimação:

Tip. Sanguínea materna: RN: Peso: g Comp: cm PC: cm

Amamentação: Sala de parto ou na 1ª hora de vida: () Sim () Não

Alojamento conjunto: () sim: () não () UTI: () UCI:
() oxigenoterapia: () Fototerapia:
() transfusão sanguínea: nº () Drogas vasoativas () EXT
() ATB:

Alta com: dias de vida Peso de alta: g

HD ALTA:

Tipo de alimentação orientada na alta: () AME () AM misto () Aleitamento Artificial

Retorno no serviço de origem:

RECÉM-NASCIDO:

RESULTADOS / ORIENTAÇÕES	
ORTOLANI	
TESTE DO PEZINHO	
TESTE DA ORELHINHA	
TESTE DO OLHINHO	
TESTE DO CORAÇÃOZINHO	
TESTE DA LINGUINHA	

AVALIAÇÃO:

QUEIXA PRINCIPAL:

ISDA:

Cabeça: deformidades ()

Olhos: secreções ()

Orelha: () secreções () deformidades

Digestivo: Boca: () salivação excessiva () "sapinho" () regurgitação:

Hábito intestinal () mecônio () transição () amareladas () outro

() cólica: () sangramentos

Gênito-urinário: Diurese: () pouco () média () muito. Cor:

Respiratório: () congestão nasal () rouquidão () tosse () obstrução nasal:

Neurológico: () tremores

ALIMENTAÇÃO:

() LM exclusivo: Intervalo entre as mamadas: h Tempo de mamada: min

Revezamento entre as mamas:

() LM predominante: Intervalo entre as mamadas: h Tempo de mamada: min

Revezamento entre as mamas:

O que mais oferece para o bebê?

Com que frequência oferece?

() LM misto ou parcial: Intervalo entre as mamadas: h

Tempo de mamada em SM: min

Revezamento entre as mamas:

Fórmula Infantil: ml vezes ao dia

() Aleitamento artificial: Fórmula Infantil: ml

Intervalo entre as mamadas: h

VACINAÇÃO: () iniciada (Hepatite B na maternidade)

() BCG:

HIGIENE MENTAL:

Sono () tranquilo () agitado

Recreação/estímulo: () Conversa com a criança () ouve música suave

() Explica o que está fazendo () Brinquedos sonoros

() Brinquedos coloridos () Canta para a criança

Local onde dorme: () Berço () Carrinho () Moises/Bebe conforto () Na cama dos pais

() Outro:

EXAME FÍSICO:

Peso: g comp: cm PC: cm Ganho ponderal: g/dia

Aspecto geral: () calmo () agitado () irritado () gemente () prostrado () choroso

Pele: () corada () descorada () icterícia: zona de Kramer

Outros:

Cabeça:

Assimetrias:

Couro cabeludo:

Fontanelas:

Face: () assimetrias () hemangiomas () outros:

Olhos: () secreções: () sangramento () estrabismo fixo () fugaz () Íris deformada

Boca:

Nariz:

Orelhas e otoscopia:

Pescoço: () sem alterações () hemangiona em região cervical posterior

() clavículas sem alterações () alterações:

Tórax: FR: mpm FC: bpm Cárdio:

Respiratório:

Alterações:

Abdômen: umbigo: queda coto () não () sim: dias () secreções

☐ hiperemia ☐ granuloma:

Genitais: ☐ femininos – ☐ secreções ☐ clara ☐ sanguinolenta ☐ sinéquea

☐ masculinos – ☐ hidrocele: ☐ Testículos na bolsa:

Prepúcio permeável à glândula: ☐ sim ☐ não ☐ parcialmente

☐ Meato uretral central ☐ hipospádia ☐ epispádia

☐ Dermatite de fraldas ☐ Monilíase genital

☐ Outros:

Membros:

Coluna:

Neurológico: postura: ☐ flexão 4 membros ☐ extensão 4 membros ☐ outros

☐ Movimentação ativa ☐ Tônus e força muscular ☐ Cardeais ☐ Preensão palmar

☐ Preensão plantar ☐ Sucção ☐ Marcha primitiva ☐ Moro

OBSERVAÇÕES:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (CIPE):

☐ Crescimento e desenvolvimento eficaz

☐ Risco de atraso no desenvolvimento

☐ Amamentação eficaz

☐ Amamentação ineficaz

☐ Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais

☐ Nutrição equilibrada

☐ Padrão ineficaz de alimentação do bebê

☐ Padrão respiratório eficaz

☐ Padrão respiratório ineficaz

☐ Eliminação urinária prejudicada

☐ Risco de infecção

☐ Hiperbilirrubinemia Neonatal

ORIENTAÇÕES:

☐ Manter AME em livre demanda

☐ Orientações quanto a pega e posição para amamentar

☐ Cuidados com as mamas

☐ Orientações quanto a alimentação materna

☐ Orientações quanto ao aumento da ingesta hídrica materna

☐ Uso do Adtil a partir do 14º dia de vida

☐ Banho de Sol

- () Uso do álcool 70% em coto umbilical
- () Orientações de higiene íntima
- () Orientações de higiene oral
- () Orientações de higiene geral
- () Orientações quanto ao desenvolvimento infantil
- () Massagem abdominal para amenizar cólicas
- () Vacinação
- () Importância do comparecimento às consultas
- () Outras:

Retorno:

ANEXO II

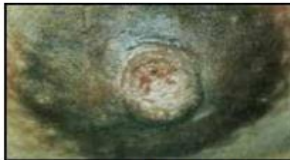
CONDUTAS PERANTE AS QUEIXAS MAIS FREQUENTES NO PUERPÉRIO RELACIONADAS À AMAMENTAÇÃO

Alterações	Descrição / manifestações	Condutas / orientações de enfermagem
Traumas Mamilares	Fissuras • Pequena (até 3 mm): dor e desconforto apenas no início das primeiras sugadas; • Média (até 6 mm): dor desde o início e demora para desaparecer; • Grande (maior que 6 mm): dor intensa durante toda a mamada e pode ou não ter sangramento. (PEREIRA et. al, 2012; VINHA, 2002)  (Fonte: BRASIL, 2015)	Observar a mamada e corrigir a posição e pega, se necessário; Iniciar a mamada pela mama menos afetada; Evitar o uso de óleos, cremes, álcool ou qualquer produto secante, nos mamilos; Ordenhar um pouco de leite antes da mamada (evita que o bebê sugue com força para promover este reflexo); Alternar diferentes posições de mamadas para reduzir a pressão dos tecidos danificados; Amamentar em livre demanda; Não utilizar bombas tira-leite; Observar no RN a presença de freio lingual curto;
	Erosão Maior prevalência em mamilos pseudoinvertidos e invertidos; • Caracterizada por desgaste do relevo ou remoção da epiderme ou derme do mamilo, causando dor intensa durante a mamada.  (Fonte: VINHA, 2002)	Introduzir o dedo mínimo na comissura labial do bebê para interromper a vedação da boca do bebê/mama, se for necessário interromper a mamada; Após a amamentação, enxaguar com água limpa e secar bem os mamilos; Manter os seios expostos ao ar livre, mas não expostos diretamente à luz solar, pois pode dificultar a cicatrização da lesão, considerando que a pele estando lesionada, as camadas mais profundas da epiderme precisam de umidade para que a cicatrização ocorra mais rápido. Alternativamente pode-se utilizar

Escoriação

Maior prevalência em mamilos semiprotusos;

- Caracterizada por uma lesão tipo esfoliação, com epiderme levantada e a derme exposta;
- Localiza-se, geralmente, no quadrante superior lateral externo do mamilo, com formato de meia lua;
- Presença de dor durante todo o tempo da amamentação.



(Fonte: VINHA, 2002)

Vesículas

Caracterizada por ardência nos mamilos



(Fonte: VINHA, 2002)

um coador de plástico pequeno sem cabo, para eliminar o contato da área traumatizada com a roupa;

Recomendar o tratamento úmido com a aplicação de leite ordenhado nos mamilos antes e após as mamadas. Nos Estados Unidos, tem sido utilizada a lanolina, embora sejam limitados os estudos sobre sua eficácia, tanto nacionais quanto internacionais;

Nos casos de fissuras grandes ou outros traumas que causem muita dor e/ou sangramento, deve-se suspender a amamentação por 48h a 72h no mamilo traumatizado. Após a suspensão oferecer a mama comprometida por 5 min. com aumento gradativo a cada dia:

1º dia: amamentar somente 3 vezes ao dia, não excedendo 5 minutos de mamada. Em seguida, realizar a ordenha manual e oferecer o leite ordenhado para a criança;

2º dia: se não ocorrer a reincidência do trauma e, na ausência de dor, aumentar de 3 em 3 horas e continuar a não exceder o tempo de 5 minutos;

Após recuperação do trauma orientar a amamentação em livre demanda;

Se necessário, o enfermeiro deverá prescrever: Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas

- ; • Agendar retorno na unidade de saúde.

	Dilaceração Ocorre na região mamilo-areolar; Causada, geralmente, pela pressão negativa das bombas de extração de leite.  (Fonte: VINHA, 2002)	
Candidíase	• Principais causas: umidade excessiva, lesão dos mamilos e a boca da criança contaminada pelo fungo (mesmo não estando aparente); • Sinais e Sintomas: prurido, sensação de queimação e dor tipo agulhadas nos mamilos, mamilos e aréolas podem apresentar hiperemia com descamação. Raramente se observam placas esbranquiçadas. A criança pode apresentar crostas orais esbranquiçadas, que devem ser distinguidas das crostas de leite.	• Após as mamadas, enxaguar os mamilos, secá-los bem e mantê-los arejados; • Não utilizar protetores mamilares; • Orientar a puérpera a realizar a troca de sutiã diariamente ou mais vezes ao dia, se necessário; • As chupetas e bicos, se utilizados, se não for possível eliminá-los, devem ser fervidos uma vez ao dia por 20 minutos; • Mãe e bebê devem ser tratados simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase; • Prescrever para a criança: Nistatina solução oral – passar na mucosa oral da criança 1 conta -gotas (1ml) ou 0,5ml em cada bochecha, 4 vezes ao dia por 14 dias; • Prescrever para a puérpera: uso tópico de Nistatina, Clotrimazol, Miconazol, ou Cetoconazol por 14 dias, após cada mamada. Orientar a mãe a retirar delicadamente a pomada antes da mamada para não deixar a pele escorregadia. Estas medicações são compatíveis com a amamentação ; • Se o tratamento tópico falhar, encaminhar para consulta médica.
Fenômeno de Raynaud	Trata-se de uma isquemia intermitente que pode acometer os mamilos.	• Orientar o uso de compressas mornas exclusivamente no mamilo para o alívio da dor. Porém deve-se avaliar o risco em relação ao ingurgitamento mamário e mastite;

	• Principais causas: frio excessivo, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou trauma mamilar importante; • Sinais e sintomas: os mamilos ficam pálidos inicialmente, em seguida podem tornar-se cianóticos e posteriormente, avermelhados pelo déficit de irrigação sanguínea. A mulher refere dor antes, durante e após a mamada em “fiscgadas” e em queimação, o que pode ser confundido com candidíase.	• Prescrever analgésico sistêmico, se necessário: Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas; • Caso não ocorra melhora do quadro, encaminhar para consulta médica.
Ingurgitamento Mamário	• Acontece geralmente entre o 3º e 5º dia após o parto, entretanto pode ocorrer em qualquer fase da lactação; • Ingurgitamento Fisiológico: Mamas cheias (ingurgitamento discreto), o leite flui com facilidade; • Ingurgitamento Patológico: Mama excessivamente distendida, mamilos achatados, o leite não flui com facilidade, pode apresentar áreas edemaciadas e brilhantes.	• Realizar e orientar a massagem (delicada) particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; elas fluidificam o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite e ordenha manual conforme Fig. 1, 2 e 3; • Orientar a testar a flexibilidade da aréola antes da mamada e caso esteja tensa, proceder a massagem e a ordenha do complexo mamilo-areolar (Fig. 4); • Uso de sutiã com alças largas e firmes; • Mamadas frequentes em livre demanda; • Prescrever para a puérpera, se necessário: Paracetamol 500 mg, 6/6 horas ou Dipirona 500 mg, 6/6 horas; • Em situações de maior gravidade, realizar compressas frias de 2 em 2 horas. Importante: o tempo de aplicação das compressas frias não deve ultrapassar 20 minutos devido ao efeito rebote (aumento de fluxo sanguíneo para compensar a redução da temperatura local); • Agendar retorno na unidade de saúde.

		 Figura 1 Figura 3 Figura 4
Mastite	Ocorre geralmente entre a 2ª e 3ª semanas após o parto. Mastite não infecciosa: Caracterizada por dor, edema, hiperemia, calor local, drenagem de leite sem pus. Mastite infecciosa: Além dos sinais e sintomas da mastite não infecciosa, ocorre drenagem de leite com pus e febre alta ($>38^{\circ}\text{C}$), calafrios e mal-estar. O sabor do leite materno pode ter alteração, tornando-se mais salgado.	• Consulta médica no dia; • Orientar a mulher como fazer a massagem e a ordenha manual; • Identificar junto com a mãe a causa que provocou a estagnação do leite; • Suspender a ordenha manual apenas com o desaparecimento dos sinais e sintomas; • Agendar retorno na unidade. Realizar e orientar a massagem bem como testar a flexibilidade da aréola antes da mamada, conforme figuras 1, 2, 3 e 4 da linha anterior.

	 (Fonte: BRASIL, 2015)	
Demora na descida do leite	A apojadura normalmente ocorre em média 30 horas após o parto, podendo estender este tempo no parto cesárea.	• Estimular a autoconfiança da mãe; • Orientar medidas de estímulo como sucção frequente do bebê e a ordenha; • Realizar a relactação que consiste em uma sonda conectada a um recipiente (pode ser um copo ou pote) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira, o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado ao sugar o seio da mãe e ser saciado.
Hipogalactia (baixa produção de leite)	• A mãe pode estar insegura e sofrendo pressão de pessoas próximas, que traduzem o choro do bebê e as mamadas frequentes (inerentes ao comportamento normal em recém-nascidos) em sinais de fome; • A ansiedade que tal situação gera na mãe e na família pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro; • A suplementação com outros leites muitas vezes alivia a tensão materna e essa tranquilidade é repassada ao bebê, que passa a chorar	• Orientar a mãe que a descida do leite costuma ocorrer entre o 2º e 3º dia pós parto, antes disso, a mulher produz em média 40 à 160 ml de colostro nas primeiras 48hs, quantidade suficiente para saciar a fome do RN; • Orientar que o volume de leite produzido na lactação varia de acordo com a demanda da criança. Em média, uma mulher amamentando exclusivamente produz em média 800 a 1.000 ml de leite por dia;

	menos, vindo a reforçar a ideia de que a criança estava passando fome; • Crianças que recebem suplemento, sugará menos o peito e, como consequência, haverá menor produção de leite.	• Observar os sinais do bebê quando há insuficiência de leite: ficar inquieto na mama, chorar muito, querer mamar com muita frequência e ficar muito tempo no peito nas mamadas. Observar: • Ganho de peso que deve ser maior ou igual a 20g/dia; • Número de micções: no mínimo 6 a 8 vezes ao dia; • Sinais clínicos de desidratação: turgor da pele diminuído, fontanela deprimida; • Melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não adequados; • Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas; • Após a mamada, ordenhar o leite residual; • Aumentar ingesta de líquidos; • Contraindicar consumo de álcool; • Estimular que a puérpera descanse, se possível, acionar rede de apoio; • Caso estas medidas não tenham êxito, orienta-se realizar a relactação; • Caso estas medidas não farmacológicas não funcionem pode ser útil o uso de galactogogos; • O Enfermeiro poderá prescrever domperidona 10 a 20 mg, 3 a 4 vezes ao dia, por 3 a 8 semanas. A domperidona tem a vantagem de não atravessar a barreira hematoencefálica, o que a torna mais segura do que a metoclopramida, com menos efeitos colaterais, podendo ser utilizada por tempo indeterminado.
--	---	---

Presença de sangue no leite	Fenômeno causado pelo rompimento de capilares devido ao aumento súbito da pressão osmótica intra-alveolar na fase inicial da amamentação.	• Orientar que é um fenômeno transitório (primeiras 48 horas) e a melhora acontece após o esvaziamento das mamas com ordenha manual; • Ocorre com mais frequência em mulheres acima de 35 anos e primíparas adolescentes
Mamilos planos ou invertidos	Podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem, pois grande parte dos RNs fazem o “bico” com a aréola.	• Promover a confiança e empoderar a mãe; • Ajudar a mãe a favorecer a pega correta; • Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor; • Mostrar à mãe manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, com estímulo (toque) do mamilo, utilização de seringa de 10 ml ou 20 ml adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada); (Fonte: BRASIL, 2015) • Recomenda-se esta técnica antes das mamadas e nos intervalos se assim a mãe o desejar; • O mamilo deve ser mantido em sucção por cerca de 30 a 60 segundos ou menos, se houver desconforto.

Fonte: Brasil, 2005; Brasil, 2015; Brasil, 2016; Florianópolis, 2016; Giugliani, 2004b; Moraes & Thomson, 2006; Pereira et. al, 2012

ANEXO III

Check-list Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-RF)

Por favor, responda as questões abaixo sobre a sua filha. Pense em como ela geralmente se comporta. Se você viu a sua filha apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. Obrigado.

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, a sua filha olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, a sua filha olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2	Alguma vez você se perguntou se a sua filha pode ser surda?	Sim	Não
3	A sua filha 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 filha gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim	Não
5	A sua filha 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 filha aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Sim	Não
7	A sua filha 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 filha se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, sua filha olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9	A sua filha 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 filha responde quando você a chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ela olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você a chama pelo nome?)	Sim	Não
11	Quando você sorri para a sua filha, ela sorri de volta para você?	Sim	Não
12	A sua filha fica muito incomodada com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, sua filha grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13	A sua filha anda?	Sim	Não
14	A sua filha olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ela, ou vestindo a roupa dela?	Sim	Não
15	A sua filha 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 filha olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17	A sua filha tenta fazer você olhar para ela? (POR EXEMPLO, a sua filha olha para você para ser elogiada/aplaudida, ou diz: "olha mãe!" ou "óh mãe!")	Sim	Não
18	A sua filha compreende quando você pede para ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, a sua filha entende quando você pede: "coloca o copo na mesa" ou "liga a televisão")?	Sim	Não
19	Quando acontece algo novo, a sua filha 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 filha gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos)	Sim	Não

Fonte: Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)TM.
Tradução: Losapio, Sigaura, Lampreia, Lázaro, & Pondé, 2020.