



PREFEITURA DE TATUÍ
PELO TRABALHO VENCEREMOS

PROTOCOLO MUNICIPAL **SAÚDE DA CRIANÇA**

Secretaria Municipal de Saúde
Atualizado 2023

Colaboradores: Enf^a Marilu Aparecida Rodrigues da Costa
Enf^a Eliana Mari de Moura

Secretária Municipal de Saúde: Roseli de Fatima Mocchi

ÍNDICE

OBJETIVO.....	6
CAPÍTULO 01	7
ANTECEDENTES PRÉ E NEONATAIS.....	8
CUIDADOR DA CRIANÇA/PREVENÇÃO DE ACIDENTES	8
RN – PERÍODO DE 0 A 28 DIAS.....	9
REVISÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA.....	10
VACINAÇÃO	11
EXAME DO PEZINHO	12
SINAIS DE ALARME	12
CAPÍTULO 02	13
ALIMENTAÇÃO.....	14
ALEITAMENTO MATERNO	15
POSICIONAMENTO PARA UMA BOA AMAMENTAÇÃO	15
COMO TRATAR UMA FISSURA	16
RETIRADA DO LEITE MATERNO (ORDENHA MANUAL).....	16
CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO	17
ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR – 2º SEMESTRE.....	18
ALIMENTAÇÃO DO 2º ANO DE VIDA	19
ALIMENTAÇÃO DO PRÉ-ESCOLAR.....	19
ALIMENTAÇÃO DO ESCOLAR	19
DENTIÇÃO.....	19
CAPÍTULO 03	20
ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO	23
AUMENTO PONDERAL MÉDIO EM TRIMESTRES.....	25
PERÍMETRO CEFÁLICO	26

PERÍMETRO TORÁCICO	26
DESENVOLVIMENTO PÔNDERO-ESTATURAL (DPE):.....	26
CAPÍTULO 04	27
CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO.....	28
CONSULTA DE ENFERMAGEM	29
SOLICITAÇÃO DE EXAMES	31
FLUXOGRAMA	32
CAPÍTULO 05	33
PATOLOGIAS MAIS COMUNS.....	34
ANEMIA.....	34
SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA.....	36
FLUXOGRAMA PONDERAL.....	37
IVAS.....	38
RESFRIADO COMUM	38
GRIPE	39
AMIGDALITES	40
OMA.....	41
PRESCRIÇÃO PARA FEBRE	42
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIO - IR	44
FLUXOGRAMA TOSSE	43
DOENÇAS DA PELE	44
COTO UMBILICAL	57
CÓLICA DO RN	58
DIARREIA	58
AVALIAÇÃO DE DESIDRATAÇÃO.....	61
CONSTIPAÇÃO	62

CONDUTA NO CRESCIMENTO.....	65
CAPÍTULO 06	65
GRUPO 1: AMAMENTAÇÃO	66
GRUPO 2: ALIMENTAÇÃO.....	67
GRUPO 3: DESENVOLVIMENTO 1 ANO.....	68
CAPÍTULO 07	69
ANEXO 1 – Ficha de Puericultura	70
ANEXO 2 – Solicitação fórmula láctea (Alto Custo)	71
ANEXO 3 – Solicitação fórmula láctea (CRAS).....	73
CONCLUSÃO.....	74
ABREVIATURAS.....	75
BIBLIOGRAFIA	76

PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA

OBJETIVO

Este programa tem como objetivo garantir uma assistência integral à criança com avaliações periódicas de saúde assegurando sua integridade física e psíquica. Para tanto, uma equipe multiprofissional trabalhará em conjunto promovendo ações de saúde para garantir os padrões de normalidade do crescimento e desenvolvimento do pequeno paciente.

Cumprir as metas exigidas pelo Ministério da Saúde como o incentivo ao aleitamento materno, aumentar os níveis de cobertura vacinal, controle das infecções respiratórias e diminuição do indicativo de mortalidade infantil são prioridades.

O programa padroniza técnicas para um atendimento uniforme e contínuo para as crianças de 0 a 5 anos dentro da rede municipal. O atendimento à criança deverá ser dirigido particularmente à medicina preventiva (puericultura) adequada às necessidades locais e de sua população, levando-se em consideração suas peculiaridades. Deverá ter como características um atendimento:

1. Programado: consultas agendadas mensalmente, complementadas por consultas de emergência;
2. Simples e integral;
3. Reuniões tipo dinâmica de grupo; e
4. Equipe multiprofissional.

A assistência global à criança deverá ser feita de maneira evolutiva, abrangendo as diversas fases do seu desenvolvimento e reconhecendo suas características normais. Estão divididas em: RN, LACTENTE, PRÉ-ESCOLAR e ESCOLAR. Cada uma destas fases terá peculiaridades em relação ao crescimento, desenvolvimento e alimentação.

O atendimento deverá ser realizado nas Unidades de Atenção Primária, com consultas médicas, participação direta da enfermagem e complementada por reuniões educativas, onde diversos temas serão abordados para promover a saúde da criança.

Capítulo 01

Antecedentes

ANTECEDENTES PRÉ E NEONATAIS:

Anamnese Inicial:

- A mãe fez pré-natal?
- Ficou doente durante a gravidez?
- Fez algum tratamento ou seguimento?
- Usou drogas (lícitas e ilícitas), investigar HIV.
- Quantos filhos ela já teve?
 - Quantos vivem?
 - Quantos morreram?
 - Quais as causas dos óbitos?
- A criança foi desejada?
- A mãe teve problemas psiquiátricos anteriores?
- Peso ao nascer (se > de 2.500g, se foi termo ou não, etc.)
- Tipo de parto (normal fórceps ou cesárea “emergencial” por mecônio, interrogar o motivo do tipo de parto).
- Intercorrências no berçário:
 - Interrogar se o RN teve alta com a mãe, se não, por qual motivo (soroterapia, oxigenoterapia, fototerapia?);
- Indicar possíveis anóxias, hipoglicemia, hipocalcemia, infecções, icterícia, etc.

Essas informações são muito valiosas para entender a evolução da criança, principalmente se houver suspeita de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor.

Cuidador da criança/prevenção de acidentes:

- Citar quem é o informante da consulta (mãe, pai, avó, babá, etc.) e quem cuida dessa criança.
- Quem cuidará dela após o término da licença maternidade (creche, avó, babá, etc.).

- Aproveitar todas as oportunidades para investigar sinais indicativos de maus tratos (equimoses, hematomas, pequenos traumas).
- Orientar a prevenção de acidentes em cada faixa etária: queda da cama ou berço, irmãos maiores, riscos de sufocamento com mamadeiras, andadores, carrinhos, envenenamentos, etc.

RN – PERÍODO DE 0 A 28 DIAS

Características do Recém-Nascido

O Recém-Nascido possui características próprias e faz-se necessário reconhecê-las. Nos primeiros dias após o nascimento há uma perda de cerca de 10% do seu peso que é recuperada do 8º ao 14º dia de vida. O ganho de peso é estimado em 20 a 40g/dia. A estatura é uma medida mais estável entre 48 a 50 cm.

Seu crânio é grande proporcionalmente ao restante do corpo. O perímetro craniano é uma medida importante para detectar hidrocefalia, microcefalia, craniossinostose no primeiro ano de vida.

Hemangiomas capilar, na pálpebra superior, fronte ou nuca, desaparecem de forma gradual.

Os cabelos são finos e esparsos, as unhas são longas, podendo ultrapassar as pontas dos dedos. As evacuações são freqüentes, semi-líquidas, de coloração amarelo forte, quando o RN está sendo amamentado exclusivamente leite materno.

Nos RN com aleitamento materno exclusivo pode ocorrer ausência de evacuação por até oito dias sem a presença de outros sintomas. Também é comum nas meninas uma secreção vaginal mucóide, espessa e incolor que desaparecerá dentro da primeira semana de vida.

O RN, tanto do sexo feminino quanto do masculino, pode apresentar aumento do volume das mamas que regride espontaneamente após o 4º dia de vida.

Após o nascimento, o RN deverá permanecer em alojamento conjunto mãe-filho. O aleitamento materno será iniciado e a mãe deverá ser orientada quanto à importância do **LEITE MATERNO E SUAS VANTAGENS:**

1. **NUTRICIONAIS:** fisiologicamente perfeito, quantidade e qualidade adequadas às necessidades do bebê.
2. **IMUNOLÓGICAS:** confere proteção contra infecções principalmente alérgicas decorrentes da exposição precoce às proteínas do leite de vaca.
3. **ECONÔMICAS:** supre as necessidades primordiais.
4. **PSICOLÓGICAS:** estabelece o vínculo afetivo mãe.

Na maternidade, o RN iniciará sua rotina de imunização com a primeira dose da vacina contra hepatite B e BCG, e será realizada a coleta do “Exame do Pezinho”. Na Unidade Básica será realizada a primeira consulta médica aos 15 dias de vida e seguirá uma rotina de avaliação periódica de saúde e imunização.

As consultas de puericultura (até um ano) serão agendadas, para detectar problemas em relação ao desenvolvimento da criança, alimentação, estado nutricional, imunização e diagnósticos precoces.

REVISÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA

Primeiro ano de vida

O atendimento à criança engloba a seqüência de ações ou medidas preventivas direcionadas desde antes do nascimento até os cinco anos de idade, como objetivo de evitar que ela adoença e promover um crescimento e desenvolvimento adequado.

A puérpera e o recém-nascido (RN) deverão ser acompanhados pela ENFERMEIRA na primeira semana após o parto, na qual serão abordadas as orientações das técnicas corretas para:

- Aleitamento adequado;
- Cuidados com as mamas, com a episiorrafia (ou ráfia de cesárea);
- Loquiação;
- Sinais gerais de anormalidades;
- Incentivo ao aleitamento materno exclusivo;
- Peculiaridades do cuidado com o RN, como:

- Cólicas;
- Choro excessivo;
- Cuidados como o coto umbilical;
- Higiene em geral.

Obs.: Nas unidades com cobertura Estratégia Saúde da Família – ESF, a puérpera e o recém-nascido, devem receber a visita domiciliar na primeira semana após o parto.

Desenvolvimento

Desenvolvimento significa aumento da capacidade do indivíduo em realizar funções cada vez mais complexas.

A avaliação do desenvolvimento visa determinar se a criança está dentro da normalidade e identificar precocemente distúrbios neurológicos, deficiência mental, paralisia cerebral, deficiência visual ou auditiva e encaminhá-las para serviços especializados.

As aquisições neuropsicomotoras podem ser testadas durante a anamnese e exame físico, através da observação direta ou relato dos pais.

O desenvolvimento tem uma direção cefalocaudal e próximo-distal. Embora a seqüência seja fixa, o ritmo do desenvolvimento é individual, mais rápido ou mais lento.

A inteligência e a habilidade das crianças são determinadas por fatores genéticos, mas o ambiente como lar e escola, tem um profundo efeito no desenvolvimento.

Vacinação:

- A carteira deve ser verificada sempre, anotando se está em dia pela verificação direta ou “SIC” (segundo a informação do cuidador).
- Aproveitar qualquer vinda da criança à UBS para regularizar as vacinas (acolhimento, grupos, consultas médicas ou de enfermagem);
- Evitar atrasos por IVAS: desde que a criança esteja bem e afebril, deve ser vacinada.

“Exame do pezinho”:

Questionar na visita domiciliar do puerpério (ESF) ou primeira visita do RN à unidade de saúde (UBS) se foi colhido o PKU e T4 na maternidade, se não foi colhido, encaminhar para a coleta o mais rápido possível; Cobrar o resultado.

Observação: As doenças previsíveis por este exame simples quase não deixam sequelas (atraso de DNPM) se diagnosticadas e tratadas precocemente;

SINAIS DE ALARME**1º TRIMESTRE DE VIDA:**

- a) Olhar apagado, não aparece sorriso social aos 2 meses, não sustenta a cabeça aos 3 meses;
- b) O menor ruído provoca grande sobressalto;
- c) Irritabilidade ou choro excessivo;
- d) Fontanela abaulada ou retraída;
- e) Sinais de lesão corporal.

2º TRIMESTRE DE VIDA:

- a) Conserva as mãos permanentemente fechadas;
- b) Rigidez acentuada nos membros inferiores;
- c) Criança exageradamente lenta e sem interesse ou com movimentos bruscos tipo “descarga motora”;
- d) Sinais de lesão corporal.

Capítulo 02

Alimentação

ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Para o monitoramento alimentar e nutricional das crianças, o Ministério da Saúde criou o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), que com atividades continuadas e rotineiras de observação, coleta e analisa os dados que descrevem as condições alimentares e de nutrição. O objetivo é fornecer subsídios para planejamento político, programas e intervenções, concentrando sua atenção na gestante e no crescimento e desenvolvimento das crianças.

Outra prioridade é o mapeamento das endemias, carências, principalmente por deficiência de Ferro (anemia) e a ocorrência de desvios da nutrição, como: obesidade e desnutrição energético-protéica.

A fonte de informações que alimenta o SISVAN é a Unidade de Saúde que deve coletar de maneira rigorosa os indicadores de saúde e nutrição da criança. São eles:

- Desenvolvimento pondero-estatural (DPE);
- Evolução do peso.

Observações: Perda de 10% do peso de nascimento até o 10º dia de vida; ganho de 15 a 30 g/dia durante os três primeiros meses de Vida; e triplicação do peso de nascimento até o 12º mês de vida.

ALIMENTAÇÃO ATÉ O 6º MÊS

O leite materno deverá ser oferecido de maneira exclusiva e em livre demanda até o 6º mês de vida do bebê. Por ser fisiologicamente perfeito em quantidade e qualidade, não haverá necessidade de complementação ou introdução de outros alimentos até esta idade, nem mesmo chás ou água.

O ideal é manter o aleitamento materno até os 2 (dois) anos, mesmo após a introdução dos alimentos sólidos, e o desmame deverá ser feito de maneira progressiva.

Se o RN tiver perda de peso ou baixo peso, ou de todo for impossível o leite humano, O PEDIATRA irá avaliar a necessidade da complementação ou iniciação de leite artificial. Se a família for de extrema carência, pode ser

encaminhado ao serviço social CRAS, com laudo de “**Solicitação de Leite Artificial**” devidamente preenchido pelo pediatra. (Anexo)

ALEITAMENTO MATERNO

Além do conhecimento sobre as vantagens do aleitamento materno, as mulheres devem ser orientadas sobre as técnicas de amamentação durante o pré-natal, na hospitalização do parto e assim que chegarem da maternidade.

Sinais da “boa pega”

- A boca está bem aberta;
- O lábio inferior voltado para fora;
- O queixo toca o seio;
- Há mais aréola visível acima da boca do que abaixo;
- Pega toda a aréola, não apenas o mamilo.

Posicionamento para uma boa amamentação

1. A mulher deverá estar sentada ou deitada em posição confortável, com apoio nas costas, o corpo da criança alinhado (cabeça e tronco), e a barriga da criança voltada para a barriga da mãe;
2. Orientar a mãe a dar o peito toda vez que a criança chorar, mesmo que muitas vezes, isso fará com que haja produção de mais leite. Alguns bebês são muito quietos e reclamam pouco, dormindo muitas horas, isso faz com que tenham hipoglicemia (pior em prematuros) e fiquem mais hipoativos ainda, orientar acordá-los a cada 3 horas para mamar, pelo menos nos primeiros 15 dias de vida, depois haverá adaptação natural;
3. Oferecer sempre as duas mamas, lembrando-se de colocar a criança para arrotar entre as mamadas a fim de evitar má digestão e refluxo;
4. Oferecer sempre a mama que foi ofertada por último, na última mamada, em primeiro lugar na próxima;
5. Higiene das mamas: Não devem ser utilizados óleos ou cremes, realizar a limpeza somente com água e sabonete no banho;
6. O RN deve ser amamentado no mínimo por 15 minutos, podendo deixá-la mamar até que esteja saciado.

Como tratar uma fissura:

- Aconselhar parar de usar qualquer tipo de óleo ou creme nos mamilos;
- Orientar lavar os mamilos apenas uma vez ao dia quando tomar banho;
- Corrigir a posição da mamada e estimular para continuar amamentando, começar a mamada no mamilo que não está dolorido. Frequentemente a dor para imediatamente e a fissura cicatriza muito rapidamente quando a posição é melhorada;
- Aconselhar a expor os mamilos ao ar e ao Sol, tanto quanto possível, no intervalo das mamadas;
- Aconselhar a deixar uma gota do “leite do fim” no mamilo e aréola, após a mamada, pois isto facilita a cicatrização;
- Orientar colocar a casca do mamão Papaia nas mamas com fissuras para auxiliar na cicatrização dos mamilos;
- Algumas vezes, a dor continua, mesmo depois da correção de mamada, outras vezes a mama está ingurgitada e a criança não consegue pegar parte suficiente da mama na boca. Nesses casos, devemos orientar massagem nas mamas seguida da ordenha manual e oferecer o leite em um copinho, enquanto a fissura cicatriza.

Retirada do Leite Materno (ordenha manual):

- Este procedimento deve ser realizado com cuidado, para que possamos preservar a qualidade do leite materno devido às diferentes formas de contaminação que podem ocorrer;
- Solicitar à mãe que, na medida do possível, procure um lugar privativo, silencioso, onde ela fique confortável e tranqüila, devendo tomar líquidos várias vezes ao dia (8 a 10 copos de 250 ml), no mínimo 2 litros de por dia.

Orientar:

1. Fazer uma boa limpeza das mãos e mamas com água e sabonete (e, se possível, uma escovação das unhas imediatamente antes de cada ordenha), tentando evitar ao máximo que o leite possa ser contaminado;
2. Secar as mãos e mamas com toalha limpa;

3. Fazer uma massagem circular seguida de outra de trás para frente até o mamilo;
4. Estimular suavemente os mamilos estirando-os ou rodando-os entre os dedos;
5. Extrair o leite e desprezar os primeiros jatos de leite de cada lado;
6. Colocar o polegar sobre a mama, onde termina a aréola e os outros dedos por baixo também, na borda da aréola;
7. Comprimir o mamilo entre o polegar e o indicador, por trás da aréola;
8. Repetir o movimento de forma rítmica, rodando a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas;
9. Alternar as mamas a cada 5 minutos ou quando diminuir o fluxo de leite;
10. Alertar que a quantidade de leite que se obtém em cada extração pode variar;
12. Depois da ordenha, passar algumas gotas de leite nos mamilos;
13. Estimular a ofertado leite ordenhado através de copo ou colher.

Observação: A aparência do leite que se extrai é variável. No princípio é claro e depois do reflexo de ejeção mais branco e cremoso. Alguns medicamentos, alimentos ou vitaminas podem mudar levemente a cor do leite. As gorduras do leite boiam ao guardá-lo.

Conservação do Leite Materno

O leite retirado através da ordenha deve ser armazenado em um recipiente de vidro previamente submerso em água fervente por 15 minutos, o leite deve estar dois dedos a baixo da borda do frasco, que deve estar bem vedado para evitar que o leite absorva odores e outros voláteis nocivos, e deve ser estocado de acordo com as orientações a seguir:

Prazo de validade e estocagem:

- Refrigerador = 24 horas;
- Congelador de geladeira = 15 dias;
- Apesar de não ser o melhor procedimento, se for necessário, orientar estocar o leite em local fresco, protegido da luz, por 6 a 8 horas;
- Colocar uma etiqueta com a data e o horário da coleta.

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR – 2º SEMESTRE

Neste período, introduzir novos alimentos atendendo às crescentes necessidades nutricionais, já que, não podem ser satisfeitas exclusivamente pelo leite. Apresentar ao bebê novos sabores, novas consistências e, principalmente, estimular a mastigação.

Se o aleitamento materno for exclusivo até o 6º mês de vida, introduzir na primeira semana, pela manhã, papas de frutas e sucos de frutas. Na segunda semana almoço na forma de papa de legumes e na terceira semana passar a dar a mesma papa no jantar. Quando for artificial, introduzir a papinha de frutas no 3º mês e a papa de legumes no 4º mês (almoço) e 6º mês (jantar).

No 8º mês é chegada à hora de oferecer ovo, que deve ser ofertado até 3 vezes por semana e substituir nestes dias a carne da papinha.

Papa de legumes:

Ela deve ser preparada de forma equilibrada, nunca passada na peneira ou batida no liquidificador. Precisa conter:

- Carne: frango ou músculo;
- Verduras: couve, espinafre, acelga, brócolis, alface, etc. Importantes por conterem fibras, por serem reguladoras e ricas em vitaminas;
- Cereais: arroz, milho, aveia, macarrão, etc.;
- Leguminosas: feijão, lentilha, ervilha, grão de bico, etc.;
- Tubérculos: batata, inhame, mandioquinha, mandioca, batata doce, etc.;

Lembrar-se das 3 cores principais para uma boa refeição: amarelo, verde e vermelho. A criança que inicia a introdução alimentar deverá ter no máximo 3 mamadas durante o dia e intercalar com as refeições.

Modo de fazer:

Refogue a carne com um pouco de alho e cebola. Adicione água, um pouco de sal, os legumes e o cereal. Cozinhe o tempo necessário para amolecer bem todos os alimentos. Por último, acrescente as verduras e deixe fervê-las de 1 a 5 minutos, dependendo da dureza, para que não percam seu valor nutritivo.

Após o preparo a sopa deverá ser amassada com o auxílio de um garfo e oferecida para a criança sentada (90°). A variação dos componentes da papa de legumes deverá ser feita pelo menos 2 vezes por semana de acordo com a disponibilidade da família, orientando-se a aproveitar legumes da época, pois são mais baratos, e utilizar partes não convencionais dos alimentos como suplementação alimentar alternativa.

Suco de Frutas:

Não oferecer sucos de frutas antes de 1(um) ano de vida, já que, o consumo excessivo de calorias, leva a obesidade infantil e ao surgimento cáries dentárias. Após 1(um) ano, oferecer até 100 ml por dia de suco de fruta natural, sem açúcar. Entre 2(dois) e 5(cinco) anos, oferecer até 150 ml por dia.

Papa de Fruta:

Usar o mais variados tipos de frutas (maçã, banana, abacate, pêra, etc.), amassar com garfo e oferecer no período da tarde.

Alimentação do 2º Ano de vida: Consta basicamente de 2 ou 3 refeições de leite, 2 refeições de sal, 1 a 2 refeições de frutas, na consistência adequada às condições da criança.

Alimentação do pré-escolar: Fazer 4 a 5 refeições ao dia, 2 de leite e 2 de sal, 2 refeições frutas. Nesta fase o apetite da criança diminui bastante e devem-se tentar soluções alternativas.

Alimentação do escolar: Semelhante do pré-escolar, aumentando-se a quantidade.

DENTIÇÃO

Há grande variabilidade individual, na cronologia da erupção dos primeiros dentes chamados de "leite" ou decíduos. Alguns bebês já nascem com dente (dentes natais), outros, aparecem na boca nas primeiras semanas de vida (dentes neonatais) variando na sua erupção conforme seu tempo de vida.

Na idade de um ano, ainda poderão ser totalmente desdentados, dentro deste conceito existem outras influências que contribuem para o aparecimento de alterações bucais do bebê (citadas anteriormente). Há alterações após o nascimento da criança, consideradas inofensivas, porém com necessidade de avaliação profissional. Por exemplo:

- **Nódulos de Bohn:** pequenas "bolinhas brancas ou amareladas" encontradas na gengiva após o nascimento do bebê, de forma individual, ou não, desaparecem após alguns meses de vida.
- **Pérola Epstein:** com diferencial pelo local que surgem, é encontrado normalmente no palato "céu da boca".
- **Cisto de Erupção (azulado):** na gengiva, ocorre um pouco antes da erupção dentária, dificultando o erupcionar dos dentes. É benigno e ocorre dentro de um aspecto de normalidade. A melhor conduta é tranquilizar os pais a respeito, já que, pode ocorrer a ruptura natural ou a necessidade de realizá-la cirurgicamente.
- **Freio bucal e lingual:** prega que ocorre na fase inicial da vida, observada muitas vezes nos primeiros meses devido a sua posição e anatomia, comparada aos outros tecidos da boca.

Não há consenso sobre o fato da erupção dentária estar relacionada com picos febris ou diarreia, como prediz a cultura popular. Nesses casos, avaliar atentamente a criança, pois junto com a fase do nascimento dos dentes as crianças estão em fase de reconhecimento, e levam vários objetos á boca, aumentando as chances de contaminação por microrganismos. Vale lembrar que os pais ou responsáveis não devem fazer uso de **anestésicos tópicos** na gengiva com a intenção de diminuir desconfortos do rompimento dos dentes.

Desde o primeiro mês de vida, até a erupção dentária, a boca do bebê deve ser higienizada após cada mamada e/ou refeição. Orientar a utilização da ponta de uma fralda de pano ou outro tecido macio, umedecido em água filtrada para a higienização.

A partir da presença do primeiro dente, deve-se iniciar o uso da escova dental com pequenas cerdas macias para as crianças se adaptarem. A escova dental deve ser adequada de acordo com o crescimento.

Iniciar o uso de flúor tópico (pasta ou antisséptico) a partir dos 3anos ou quando a criança estiver fazendo o descarte correto na pia (cuspindo) no momento da escovação. Obrigatoriamente a higiene bucal tem que ser participativa e acompanhada pelos pais ou responsáveis.

A erupção completa dos dentes permanentes inicia por volta dos 5 ou 6 anos e termina por volta dos 13 a 14 anos.

Cuidados que previnem doenças na primeira e segunda dentição:

- Estimular e orientar a amamentação;
- Incentivar não usar mamadeiras e/ou chupetas;
- Se fizer uso de mamadeiras e chupetas, orientar como e quando deixar de usar, lembrando o quanto é prejudicial à dentição e a saúde bucal.
- O açúcar é maior fonte de risco de doenças bucais, portanto, evitar mamadas açucaradas, mel em chupetas, alimentos ingeridos com açúcar etc.

Os hábitos supracitados acarretam lesões gravíssimas como a cáries, ou pior, a "cárie de mamadeira" que acomete todos ou 90% dos dentes decíduos resultando inclusive em tratamento endodôntico (canal), sendo de difícil acesso e controle. Além de desencadear outros problemas como obesidade, entre outros.

A **1ª consulta** com o dentista deve acontecer no primeiro mês de vida e será agendado pela maternidade. Os retornos serão orientados pelo dentista e a equipe deve atentar-se ao acompanhamento anual com consultas de rotina durante toda a infância.

Observação: Há disponibilidade, nas Unidades de Saúde, de escova e creme dental para a distribuição às crianças carentes.

Capítulo 03

Desenvolvimento

ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO

PRIMEIRO ANO DE VIDA

Faixa etária:	Ações:	Comportamento:	Comunicação:
4 a 7 meses	Fica na postura de bruços e se apóia nos antebraços quando quer ver o que está acontecendo ao seu redor.	Ri quando algo o agrada e quando o desagrada mostra raiva através da expressão facial.	Movimenta a cabeça na direção do som escutado. Para de chorar ao ouvir música.
	Rola de um lado para o outro.	Nesta fase, alguns bebês podem demonstrar medo perante pessoas estranhas.	Sorri quando quer atenção do adulto.
	Estende a mão para alcançar o objeto que deseja, transfere-o de uma mão para outra e coloca-o na boca.	Fica repetindo os seus próprios sons e imita as vozes das pessoas ao seu redor.	Formação do conceito de causa e efeito no momento em que está explorando um brinquedo.
	Apresenta equilíbrio quando coloca sentado.		Olha, chacoalha, e atira objetos ao chão.
8 a 11 meses	Engatinha e senta sem apoio.	Demonstra raiva quando não é o centro das atenções.	Localiza a fonte sonora.
	Consegue ficar em pé com apoio.	Reconhece sua imagem no espelho e reage com euforia.	Bate palmas, joga beijo e entende quando lhe dizem tchau.
	Aponta para objetos ou pessoas.		Começa a compreender o significado de alguns gestos.
	Pega pequenos objetos com o indicador e o polegar.	Reclama quando é contrariado.	Balança a cabeça quando não quer alguma coisa. Fase do treino com monossílabos do tipo: "ma-ma", "da-da", "ne-ne".

Faixa etária:	Ações:	Comportamento:	Comunicação:
1 a 2 anos	Anda sem apoio.	Mostra senso de humor.	Reconhece o próprio nome.
	Com um ano e seis meses pode começar a correr, subir em móveis e ficar nas pontas dos pés sem apoio.	Nesta fase, o bebê ainda não compreende as regras, contudo chora quando leva uma bronca e sorri quando é o centro das atenções ou quando é elogiado.	A partir dos 18 meses começa a criar frases curtas.
	Vira páginas de um livro ou revistas (várias ao mesmo tempo).	Quando está bravo, pode atirar objetos ou brinquedos.	Esta é a fase das perguntas: "que é isso?"
	Gosta de rabiscar no papel.		Usa o próprio nome.
	Sabe quando uma ilustração está de cabeça para baixo.	É possessivo. Prefere não compartilhar brinquedos com as outras crianças.	Reconhece as partes do seu corpo e de outras pessoas.
	Apresenta atenção para histórias pequenas.		

2 ½ ANOS:

- Consegue pular, erguendo os dois pés do chão?
- É capaz de construir uma torre de seis blocos?
- É capaz, quando solicitada, de apontar para as partes do seu corpo?

3 ANOS:

- Anda de triciclo? É capaz de pedalar?
- É capaz de atender a duas ordens sem gestos, envolvendo “sobre”, “embaixo de”, “atrás de”?
- Sabe seu primeiro nome?
- É capaz de copiar um círculo?

4 ANOS:

- Consegue manter-se sobre um só pé?
- É capaz de copiar uma cruz?
- Emprega o verbo no tempo passado?
- Sabe o nome inteiro?

5 ANOS:

- É capaz de executar três ordens?
- Consegue saltar?
- Sabe indicar o mais pesado de dois pesos?
- Desenha um homem (três a seis partes)?

PRÉ-ESCOLAR	ESCOLAR	EVOLUÇÃO DA LIBIDO
Imita os adultos Idade dos “porquês”	Aprendizagem elementar	Fase oral – 1 ano Fase anal – 2 anos Fase genital – adolescência

AUMENTO PONDERAL MÉDIO EM TRIMESTRES

1º trimestre – 800g/mês

2º trimestre – 500g/mês

3º trimestre – 400g/mês

4º trimestre – 350g/mês

ESTATURA-Medida importante sofre influencia de fatores ambientais até dois anos. Tempo perdido em estatura não se recupera jamais.

- Ao nascimento, o RN mede em torno de 50 cm.
- 1º semestre crescimento de 15 cm
- 2º semestre crescimento de 10 cm
- 2º ano crescimento de 10 a 12 cm
- 3º e 4º anos crescimento de 7 cm
- Até o final da puberdade, 5 a 6 cm

O estirão da puberdade inicia-se aproximadamente aos 10 anos nas meninas e aos 12 anos nos meninos. A velocidade máxima de crescimento nas meninas acontece antes da menarca; depois da menarca cresce de 6 cm em média.

PERÍMETRO CEFÁLICO- Reflete o crescimento cerebral, especialmente durante o primeiro ano de vida. O PC pode traduzir um crescimento patológico, hidrocefalia, bem como uma microcefalia congênita ou craniossinostose.

CRESCIMENTO ESPERADO DO PC:

- 1º Trimestre – 2cm/mês
- 2º Trimestre – 1cm/mês
- 2º Semestre – 0,5 cm/mês
- 2 anos – 2cm/mês

PERÍMETRO TORÁCICO-Até dois anos tem valor como índice do estado nutricional.

Desenvolvimento pondero-estatural (DPE):

A situação das medidas de peso e altura da criança, em relação à idade, comparadas aos percentis da curva padrão (NCHS), define as seguintes categorias para o peso:

- Sobrepeso: Peso no percentil maior ou igual a 97;
- Adequado: Peso entre os percentis 10 e 97;
- Risco nutricional: Peso entre os percentis 10 e 3;
- Desnutrição: Peso menor que o percentil 3.

Em relação à avaliação longitudinal, reflete a história da criança desde o nascimento até a avaliação atual. Considera-se a marcação de vários pontos na curva (pelo menos 3) e avalia-se o traçado como:

- Ascendente: Satisfatório;
- Horizontal: Sinal de alerta;
- Descendente: Sinal de Perigo.

Capítulo 04

Conduta

CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO

Estratégia Saúde da Família - ESF

IDADE	PROFISSIONAL
7 dias	Visita Domiciliar
15 dias	PEDIATRA
1 mês	PEDIATRA
2 meses	PEDIATRA
3 meses	Médico da família
4 meses	PEDIATRA
5 meses	Grupo Nutricionista
6 meses	PEDIATRA
7 meses	ENFERMEIRA / DENTISTA
8 meses	Médico da família
9 meses	PEDIATRA
10 meses	ENFERMEIRA
11 meses	Médico da família
1 ano	PEDIATRA
1a 3m	ENFERMEIRA
1a 6m	PEDIATRA
1a 9m	Médico da Família (Exames)
2 anos	PEDIATRA
2a 6m	ENFERMEIRA
3 à 5anos	Médico da Família (SEMESTRAL)
5 à 12anos	Médico da Família (ANUAL)

Unidade Tradicional - UBS

IDADE	PROFISSIONAL
15 dias	PEDIATRA
1 mês	PEDIATRA
2 meses	PEDIATRA
3 meses	PEDIATRA
4 meses	PEDIATRA
5 meses	PEDIATRA
6 meses	PEDIATRA
7 meses	Enfermeira
8 meses	Enfermeira
9 meses	PEDIATRA
10 meses	Enfermeira
11 meses	Enfermeira
1 ano	PEDIATRA
1a 3m	Enfermeira
1a 6m	PEDIATRA
1a 9m	Enfermeira (Exames)
2 anos	PEDIATRA
2a 6m	Enfermeira
3 à 5anos	PEDIATRA (SEMESTRAL)
5 à 12anos	PEDIATRA (ANUAL)

CONSULTA DE ENFERMAGEM

EXAME FÍSICO DA CRIANÇA

Observar sinais de maus tratos, má higiene, abandono ou negligência. Anotar no prontuário qualquer suspeita e tomar as providências que estiverem ao alcance da equipe. Atenção para hipotatividade, abatimento, irritabilidade ou choro excessivo.

- **Cabeça:** formato e simetria do crânio, da face e integridade do couro cabeludo.
- **Fontanelas:** a anterior (bregmática) mede ao nascer de 4 a 6 cm e fecha entre 4 e 26 meses. A posterior (lambda) mede 1 a 2 cm e costuma fechar por volta de 2 meses.
- **Olhos:** avaliar presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocória, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo, entre outros.
- **Visão:** avaliar aspecto e simetria dos olhos, alinhamento pelo teste do reflexo vermelho, presença da visão através de reflexos visuais, constrição visual direta e consensual à luz.
- **Ouvidos:** forma, alterações e implantação das orelhas.
- **Acuidade auditiva:** contração dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro, em crianças maiores sussurrar a uma distância de aproximadamente de 3 metros.
- **Nariz:** presença e aspecto de secreção. Inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal.
- **Boca e faringe:** iniciar pela inspeção dos dentes, gengivas, face interna das bochechas, língua e palato. Observar tamanho e aspecto das amígdalas, hiperemia, petéquias, gota pós-nasal e placa de secreção.
- **Pescoço:** inspeção e palpação de gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência, avaliar rigidez da nuca.

- **Tórax:** forma, simetria, sinais de raquitismo e mamas.
- **Pulmão:** presença de tiragem, tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios. Percutir face anterior, lateral e posterior do tórax. Auscultar procurando alterações dos sons respiratórios e sua localização.
- **Coração:** presença de cianose e/ou edema. Na ausculta observar frequência, intensidade, ritmo, procurando alterações.
- **Abdome:**

Observar alterações globais de forma, volume e abaulamento localizado, presença de hérnias umbilicais, ventrais e diástases.

As hérnias umbilicais costumam fechar espontaneamente até os dois anos de idade. Examinar o coto umbilical observando a presença de secreção e hiperemia, a mumificação completa ocorre aproximadamente entre o 7º e 10º dia de vida. Realizar palpação geral, superficial e profunda, e também fígado e baço. Observar presença de dor abdominal e sua localização, defesa ou rigidez da parede e tumorações.

Percussão: delimitar o tamanho do fígado.

Ausculta: buscar sons intestinais em cada quadrante.

- **Pele e mucosas:** observar elasticidade, coloração, lesões e hidratação. A pele do RN deve estar lisa, macia, rósea e opaca. A presença de cor amarelada significa icterícia, é visível após as primeiras 24 horas de vida e quando aparece antes disto, pode significar incompatibilidade de grupo sanguíneo ou infecção do RN.

- **Genitália:**

Meninos: observar presença de fimose, ausência dos testículos na bolsa (criptorquidia), pesquisar reflexos cremastéricos, hidrocele, hipospadia ou epispadia.

Meninas: observar o hímen e presença de secreção vaginal. Pode ocorrer presença de secreção mucoide ou às vezes sanguinolenta nos primeiros dias de vida.

- **Extremidades:**

Observar deformidades, valgismo/varismo, paralisias, edemas, alteração de temperatura, assimetria e marcha.

Palpar pulsos radial, femoral e pedioso, baqueteamento digital, polidactilia, registrar presença de espinha bífida, tufo de pêlos e hipersensibilidade.

→ **Exame neurológico:** comparar o comportamento ao habitual e esperado para cada fase de desenvolvimento. Avaliar nível de consciência, atividade normal ou habitual, hiper/hipoativa ou com aumento/diminuição do padrão próprio de atividade.

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Os primeiros exames serão solicitados na consulta de rotina com 1(um) ano e 9 (nove) meses. São eles:

- ✓ Hemograma completo
- ✓ Glicemia de jejum
- ✓ PPF
- ✓ Urina I
- ✓ Urocultura
- ✓ TSH
- ✓ Ferro

ENFERMEIRA (O):

→ **Hemograma completo:** Se dúvidas em relação ao grau da palidez palmar e mucosas; em casos de história anterior de anemia.

→ **Parasitológico de fezes (PPF):** Solicitar 3 amostras, quando: diarreia freqüente; infestações por parasitas recorrentes ou fezes com presença de muco.

→ **Urina I e Urocultura:** Infecções de trato urinário com frequência ou ardor ao urinar.

Fluxograma

Crianças / Consultas NÃO agendadas:



Acolhimento realizado pela enfermeira (o):



Consulta médica
imediate
(ENCAIXE)



(AGENDAMENTO)
consulta médica



(RESOLUÇÃO)
imediate pela
enfermeira

Crianças / Consultas agendadas:



MÉDICO



ENFERMEIRA



**GRUPO
EDUCATIVO**

Capítulo 05

Ações da enfermagem

PATOLOGIAS MAIS COMUNS NA INFÂNCIA

ANEMIA NA INFÂNCIA

Anemia é a redução do número de células vermelhas do sangue ou diminuição da concentração de hemoglobina (Hb). Na criança de 6 meses a 5 anos considera-se anemia quando os níveis de Hb estão abaixo de 11g/dL e hematócrito abaixo de 33%.

ANEMIA FERROPRIVA

Corresponde a 90% das anemias, sendo a anemia nutricional mais comum na infância e sua maior incidência ocorre nas fases de crescimento rápido, entre 6 meses e 3 anos. As principais causas são: diminuição dos estoques de ferro (Fe) ao nascimento, pequeno aporte de Fe dos alimentos, deficiência na absorção e perdas sanguíneas.

A necessidade da ingestão de ferro elementar, nas crianças de 6 meses a 3 anos, é de 10 mg/dia. As medidas de prevenção da anemia ferropriva incluem educação nutricional, suplementação medicamentosa, fortificação de alimentos e controle de infecções.

Avaliação e Diagnóstico

A criança com anemia pode apresentar palidez, apatia, adinamia, dispneia, dificuldade para realizar atividade física, fraqueza muscular, fadiga crônica, inapetência, maior susceptibilidade a infecções, perversão do apetite e geofagia. Sopro cardíaco e esplenomegalia também podem ser encontrados a depender da intensidade da anemia.

No exame físico deve ser dada atenção à coloração da pele, dos olhos, da boca e palmas de mãos e plantas de pés (podem ser comparados com o próprio examinador) e palpação do baço.

A comprovação de anemia é feita pelo hemograma. Outros exames laboratoriais podem ser solicitados, pelo médico para ajudar no diagnóstico, são eles: as dosagens de ferro sérico e ferritina, além da eletroforese de hemoglobina para afastar, principalmente, talassemia.

HEMOGLOBINOPATIAS

As hemoglobinopatias compreendem um grupo de doenças genéticas decorrentes de anormalidades na estrutura ou na produção da hemoglobina. As expressões mais conhecidas são a anemia falciforme e a talassemia (detectadas no exame do pezinho).

Doença falciforme

É decorrente de uma mutação genética que ocorre principalmente na população negra. A anemia falciforme é condição hereditária recessiva. O indivíduo portador de traço falciforme é assintomático e deve ser orientado a levar vida normal. O diagnóstico precoce por meio da triagem neonatal, além do uso de imunobiológicos especiais e de antibioticoprofilaxia, é fundamental para a saúde dos doentes.

Talassemia

É doença genética, hereditária e de elevada morbimortalidade, cuja característica principal é a anemia. A pessoa com traço talassêmico não tem manifestação clínica.

O tratamento envolve a transfusão sanguínea regular, para a manutenção dos níveis de Hb, a administração de quelantes de ferro. O acompanhamento deve ser realizado em conjunto com o hematologista.

TRATAMENTO PARA ANEMIAS

Quando identificada uma anemia no hemograma, realizar anamnese para identificar possíveis causas, agendar consulta para avaliação médica e orientar a mãe conforme recomendações abaixo.

Recomenda-se:

- ✓ Estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida;
- ✓ Na criança desmamada, dar preferência a fórmulas enriquecidas com ferro, evitando o leite de vaca;

Depois dos seis meses de idade:

- ✓ Estimular a alimentação complementar saudável;
- ✓ Estimular a continuidade do aleitamento materno até dois anos;
- ✓ Incentivar o consumo de alimentos ricos em ferro, como as carnes e miúdos, verduras verdes escuras e feijões;
- ✓ Incentivar o consumo de estimuladores da absorção de Fe, como frutas ricas em vitamina C;
- ✓ Evitar o consumo de inibidores da absorção de Fe, existentes principalmente nos chás preto e mate, no café, em alguns refrigerantes e chocolate.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (CIAP) - ANEMIAS

Código	Descrição
S08	Alteração da cor da pele
B78	Anemia hemolítica hereditária
B80	Anemia por deficiência de ferro
B81	Anemia perniciosa/ deficiência de folatos
B82	Outras anemias NE
46	Consulta com profissional de APS

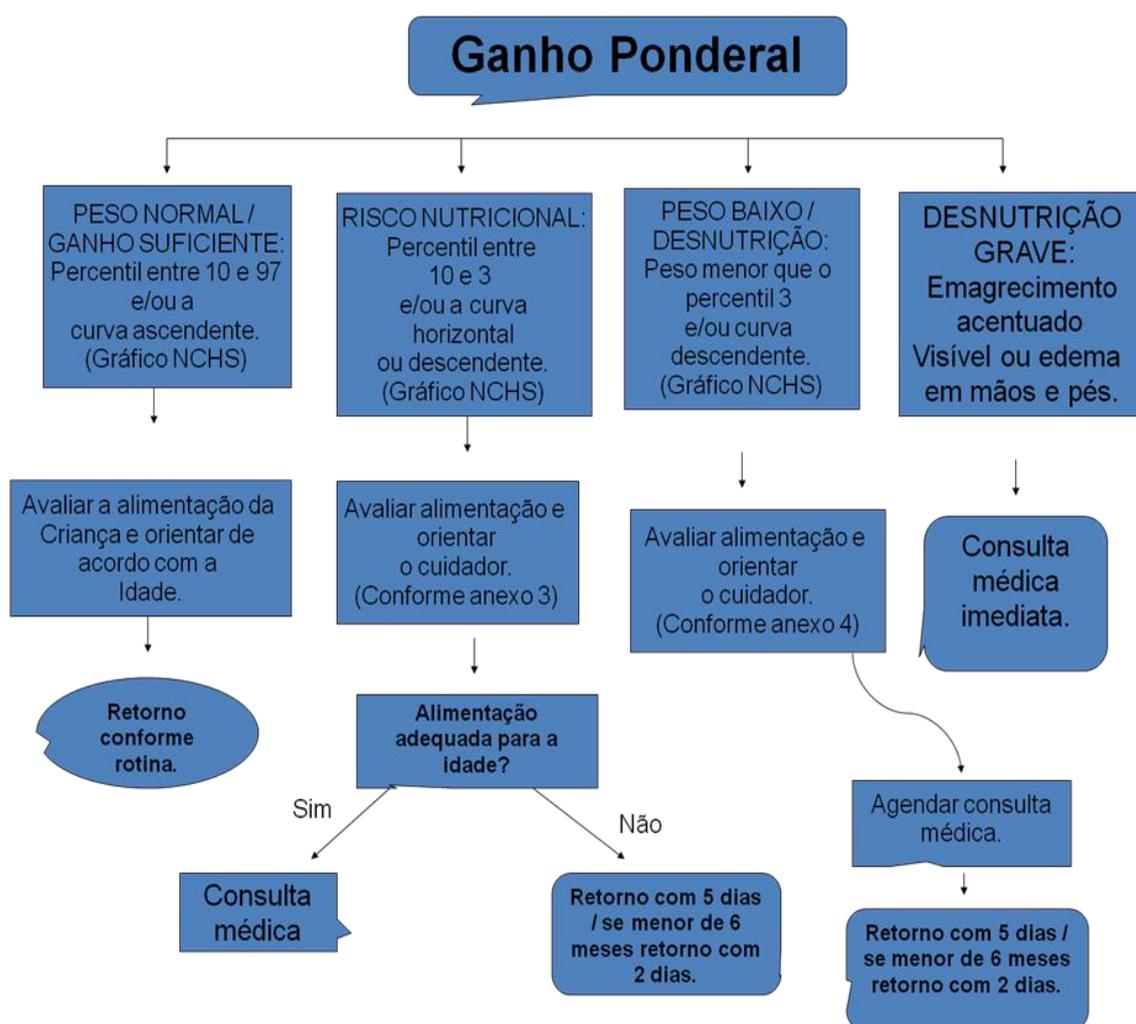
SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA (ROTINA DA CRIANÇA)

A suplementação vitamínica é uma das estratégias para o combate da deficiência de vitaminas que objetiva a prevenção e controle da anemia, por meio da administração profilática de suplementos para crianças de 3 a 24 meses de idade.

IDADE INÍCIO	SUPLEMENTO	DOSE	IDADE TÉRMINO
15 dias	ADITIL	2gts 1xdia	1 ano
3 meses	SULFATO FERROSO	10gts 1xdia	2 anos
3 meses	VITAMINA C	5gts 1xdia	2 anos

A suplementação será prescrita pelo médico, mas deve ser mensalmente abordada pela equipe multiprofissional que irá atender a criança durante a puericultura. Sendo assim, o profissional enfermeiro (a) pode iniciar ou dar continuidade a essa suplementação, em receituário, conforme descrito acima.

FLUXOGRAMA GANHO PONDERAL



INFECÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES

RESFRIADO COMUM

Doença branda do trato respiratório superior, cujos principais sintomas são: febre, obstrução nasal, coriza, espirro e dor na garganta. É geralmente de curso autolimitado e restrito ao trato respiratório superior, porém em alguns pacientes a infecção viral se estende ao trato respiratório inferior e aos órgãos adjacentes, com manifestações clínicas diferentes e, ocasionalmente, complicações bacterianas.

A transmissão ocorre por contato direto com pessoas ou secreções que contenham o vírus ou contato indireto através do meio ambiente. A rinorréia aquosa pode tornar-se espessa e até purulenta, mas não está associada com infecção bacteriana. A febre é baixa ou ausente e sintomas sistêmicos como cefaleia e mialgia não são comuns.

As complicações aparecem em geral após o 3º a 4º dia de doença: otite média aguda (20%), sinusites (0,5 – 2%), disseminação do vírus para o trato respiratório inferior e pneumonia bacteriana.

Tratamento

- ✓ Não há tratamento específico;
- ✓ Administrar analgésicos e antitérmicos para aliviar a dor e o mal-estar;
- ✓ Lavar narinas com solução salina;
- ✓ Medicamentos antitussígenos e mucolíticos não devem ser utilizados;
- ✓ Antiinflamatórios não esteróides apresentam redução da febre e da dor de garganta e tem efeitos na tosse;
- ✓ Remover a umidade, mofo ou bolor da casa (orientar causas básicas);
- ✓ Manter a casa ventilada;
- ✓ Evitar fumar na presença da criança;
- ✓ Inalação com 3 a 5 ml de Soro Fisiológico 0,9% três vezes ao dia;
- ✓ Deixar a criança em decúbito elevado ao dormir;
- ✓ Sinais de alerta: respiração rápida, tiragens e ruídos respiratórios;

GRIPE

Causada pelo vírus Influenza, altamente contagioso, transmitido de pessoa a pessoa através de gotículas ou contato direto com objetos contaminados recentemente por secreções nasofaríngeas.

Quadro Clínico

Em qualquer idade o início da doença pode ser abrupto, com febre alta até 41°C, tosse seca, coriza, calafrio, cefaleia, mialgia, fadiga, anorexia e mal-estar. Em 50% dos casos ocorrem amigdalite e sintomas oculares como lacrimejamento, fotofobia, ardência e dor aos movimentos oculares. A febre pode permanecer por até 5 dias (média de 2 a 3 dias). Entre o 2º e 4º dias os sintomas respiratórios tornam-se mais proeminentes e as queixas sistêmicas começam a diminuir. A tosse é seca e rouca e persiste por 4 a 7 dias (podendo durar até 1 a 2 semanas).

O vírus infecta a mucosa do trato respiratório superior e inferior ocasionando extensa destruição do epitélio ciliado e acentuada descamação do epitélio traqueal desde o 1º dia de doença.

Tabela: Diferenças entre resfriado comum e gripe

Sintomas	Influenza	Resfriado comum
Ocorrência	Sazonal: outono e inverno	Ano todo
Início	Súbito	Gradual
Febre	Geralmente alta, por 3 a 4 dias	Incomum
Cefaléia	Intensa	Incomum
Fadiga	Dura de 2 a 3 semanas	Leve
Mialgia	Freqüente e intensa	Leve ou inexistente
Exaustão	Precoce e intensa	Não
Obstrução nasal	Às vezes	Muito comum
Dor de garganta	Às vezes	Comum
Tosse	Sim	Incomum
Dor no peito	Comum	Leve
Complicações	Freqüente	Rara

Complicações

A otite média aguda ocorre em até 50% das crianças menores de 3 anos. A pneumonia deve ser suspeitada pelo reaparecimento da febre com tosse produtiva. A laringotraqueíte, quando ocorre, é grave. Uma semana após o início dos sintomas respiratórios ou após breve período de melhora clínica pode ocorrer miosite. As complicações relacionadas diretamente às infecções virais são: pneumonia hemorrágica, encefalite e outras síndromes neurológicas como síndrome de Reye e síndrome de Guillain-Barré, miocardite, síndrome da morte súbita infantil, mioglobinúria.

AMIGDALITES (garganta inflamada)

As amigdalites agudas são definidas como qualquer processo inflamatório e/ou infeccioso agudo das amígdalas. Elas manifestam-se tipicamente por dor de garganta, odinofagia, febre, otalgia reflexa, astenia, dores musculares, cefaléia, artralgia e aumento de linfonodos cervicais.

A amigdalite é incomum em crianças abaixo de 1 ano, a incidência aumenta até um pico aos 4 – 7 anos de idade, mas continua por toda infância. São causadas, em geral, por vírus. O *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A geralmente é o principal agente causador bacteriano e, exceto em períodos epidêmicos, responde por 20 a 40% dos casos.

Amigdalite viral

Mais comum na faixa etária até 4 anos de idade. O início é gradual com sinais iniciais inespecíficos de febre, mal-estar e anorexia com dor de garganta moderada. No palato podem se formar pequenas úlceras ou exsudatos nas tonsilas.

Sinais como aumento doloroso dos linfonodos cervicais, conjuntivite, rinite, tosse, rouquidão, coriza, estomatite, exantema micropapular e diarreia podem aparecer. A contagem de leucócitos tem pouco valor na diferenciação entre doença viral ou bacteriana.

Tratamento

- ✓ Cuidados gerais, como repouso;
- ✓ Analgésicos e antitérmicos;
- ✓ Estimular a ingestão de líquidos não ácidos e não gaseificados e de alimentos pastosos, de preferência frios;
- ✓ Deixar a criança em decúbito elevado ao dormir;
- ✓ Manter a casa ventilada.

Amigdalite bacteriana

Mais comum na faixa etária acima de 4 anos de idade. O início é abrupto com febre alta de até 40°C, dor de garganta com dificuldade à deglutição, linfonodomegalia cervical lateral, frequentemente dolorosa.

A febre pode persistir por 1 a 4 dias. Na doença grave, não tratada, a criança pode permanecer enferma por 2 semanas. Os achados clínicos mais sugestivos de doença estreptocócica são eritema difuso das tonsilas e seus pilares, com pontilhado petequial no palato mole, na presença ou não de exsudato ou linfadenite.

Tratamento:

Nesses casos, os antibióticos encurtam a fase aguda, reduzem as complicações e devem ser prescritos pelo médico.

OTITE MÉDIA AGUDA

A otite média aguda (OMA) é definida como uma inflamação de qualquer estrutura da orelha média e mastoide de qualquer etiologia. Trata-se de uma situação comum em crianças até 3 anos de idade. A maior incidência de casos de OMA é por infecção viral, a presença de secreção purulenta indica a infecção bacteriana.

Consideram-se a imaturidade do sistema imunológico, a posição da tuba auditiva (mais horizontalizada) e o desenvolvimento do crânio e da face como os fatores associados mais importantes. O sistema imunológico tem papel determinante no desencadeamento do quadro, por isso o aleitamento materno é um importante fator de proteção.

Quadro Clínico

Geralmente a OMA ocorre junto ou como complicação de um quadro de IVAS, com sintomas iniciais gerais agudos como febre, choro, inquietude, redução de ingesta, coriza, tosse, e irritabilidade.

O exame físico geralmente evidencia uma membrana timpânica hiperemiada, com opacidade, edemaciada e até abaulada pelo acúmulo de secreção na orelha média.

O diagnóstico é essencialmente clínico, sem necessidade de exames complementares, porém a avaliação auditiva se faz necessária se houver persistência dos sintomas após a resolução do quadro agudo.

A faixa etária entre seis a 24 meses e entre os quatro aos sete anos são as idades com maior incidência. A justificativa desse fato apoia-se na imaturidade do sistema imune e início nas escolas e creches, respectivamente.

Tratamento

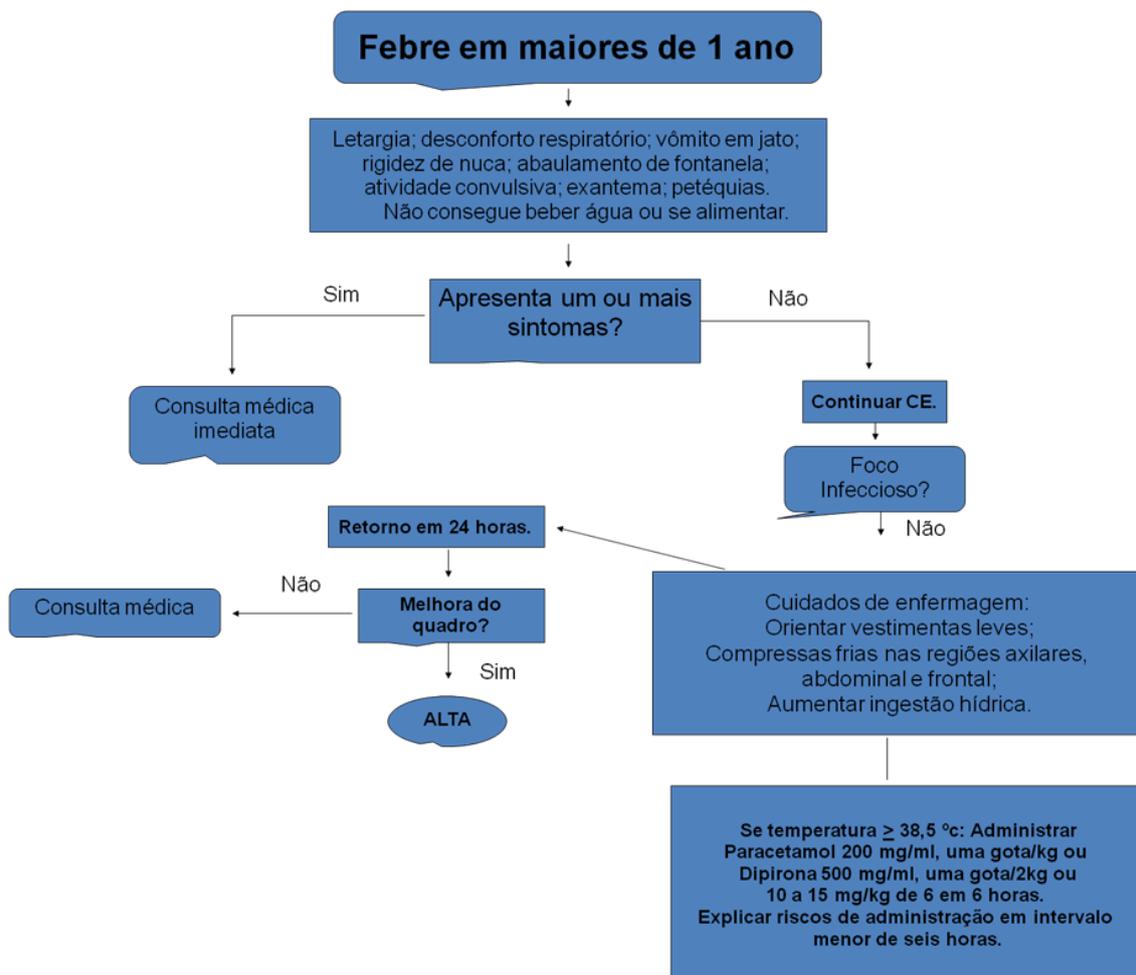
- ✓ Analgésicos e antitérmicos para controle da temperatura e alívio da dor;
- ✓ Lavar narinas com soro fisiológico;
- ✓ Usar compressas de calor seco (fralda aquecida com ferro elétrico);
- ✓ Nos casos de presença de secreção purulenta é indicada a antibioticoterapia que deve ser prescrita pelo médico.

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA PARA DOR OU FEBRE

A prescrição de enfermagem deve ser descrita no prontuário do paciente e realizada após exame físico, quando a criança não apresentar sinais de infecção bacteriana. Sempre perguntar para a mãe se a criança não tem alergia do medicamento e no caso de dúvidas, encaminhar para consulta médica.

- ✓ Paracetamol 200 mg/ml, 1 gota/kg;
- ✓ Dipirona 500 mg/ml, 1 gota/2kg ou 10 a 15 mg/kg, intervalo mínimo de 6 horas.
- ✓ Ibuprofeno 50mg/ml, 2 gota/kg de 8/8h, para crianças maiores de 1 ano, quando houver sinais de inflamação.

FLUXOGRAMA FEBRE >1 ANO



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (CIAP) - IVAS

Código	Descrição
R76	Amigdalite aguda
R01	Dor atribuída ao aparelho respiratório
R07	Espirro/ congestão nasal
R80	Gripe
R21	Sinais/ sintomas da garganta
R05	Tosse
R74	Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)
H01	Dor de ouvidos
H04	Secreção no ouvido

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

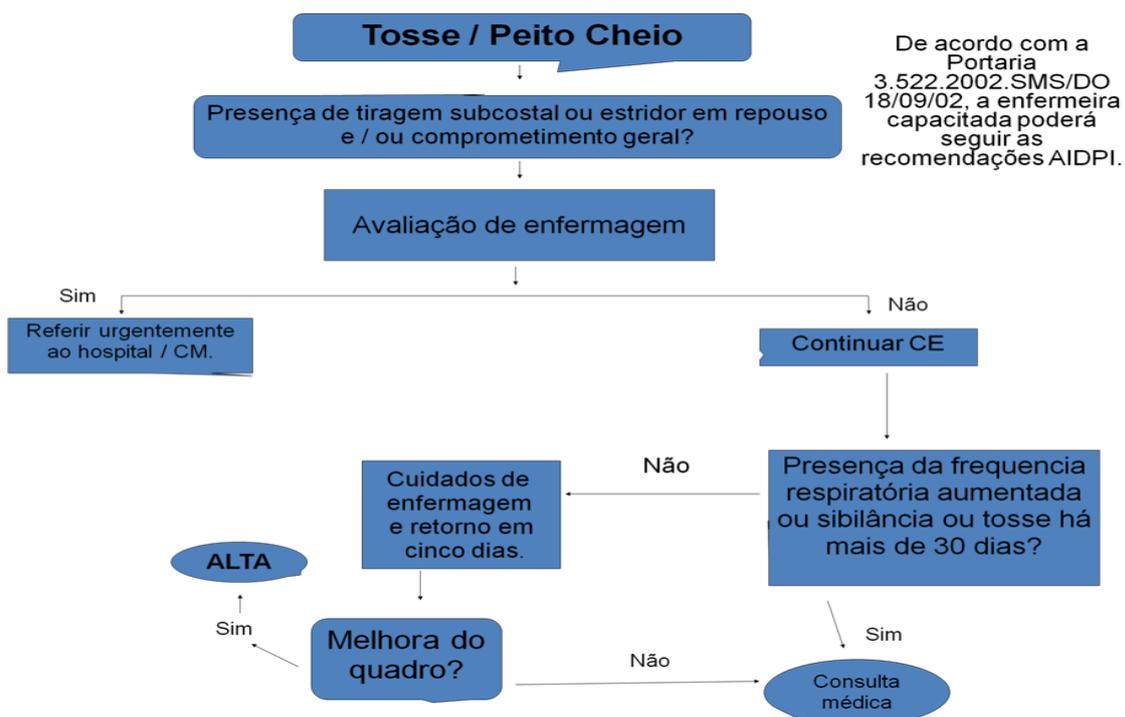
Insuficiência respiratória (IR) é a incapacidade do sistema respiratório de atender as demandas do oxigênio e/ou eliminar o dióxido de carbono. Ela é uma importante causa de morbidade e mortalidade na faixa etária pediátrica, sendo causa freqüente de hospitalização.

Podemos relacionar com patologias como: pneumonias, bronquites, bronquiolites, asma, entre outras. Os casos de IR devem ser encaminhados com prioridade para avaliação médica.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (CIAP) - IR

Código	Descrição
R96	Asma
R79	Bronquite crônica
R78	Bronquite/ bronquiolite aguda
R02	Dificuldade respiratória, dispnéia
R25	Expectoração/ mucosidade anormal
R81	Pneumonia
R03	Respiração ruidosa

FLUXOGRAMA TOSSE E/OU PEITO CHEIO



DOENÇAS DA PELE

As lesões de pele são muito comuns em crianças, à maioria delas têm características transitórias e benignas, mas algumas exigem mais atenção e cuidado. Elas podem se apresentar com grande diversidade de características, desde alterações na cor e até na estrutura. São elas:

- ✓ **Modificações de cor:** eritema, púrpura, mácula, discromias (hiper e hipocromia) ou pigmentação anormal;
- ✓ **Elevações sólidas:** pápula, placa de urticária, tubérculo, nódulo, goma, vegetação ou verruga;
- ✓ **Elevação com conteúdo líquido:** vesícula, bolha, flictena, pústula. Alterações da camada córnea: hiperkeratose ou descamação;
- ✓ **Soluções de continuidade:** exulceração ou erosão, ulceração, fissura ou rágade;
- ✓ **Formações caducas:** escama, crosta ou escara;
- ✓ **Modificações estruturais profundas:** liquenificação, atrofia ou cicatriz.

ERITEMA TÓXICO NEONATAL

É doença benigna, autolimitada ao período neonatal, observada em um terço dos recém-nascidos a termo. Iniciam-se como máculas avermelhadas, que se tornam pápulas branco-amareladas e pústulas em uma base eritematosa. Ocorrem em todo o corpo, exceto palmas das mãos e plantas dos pés.

O eritema tóxico é uma doença autolimitada e não requer nenhum tratamento além de tranquilizar os pais.

MILIUM

Ocorre a obstrução e intumescimento de glândulas sebáceas. Encontrado no recém-nascido, apresenta-se como pontos branco-amarelados, puntiformes, localizados em face, nariz e testa que regridem espontaneamente.

MANCHA MONGÓLICA

Caracteriza-se por manchas únicas ou múltiplas de coloração azul-escuro, localizadas em região sacral, lombar ou nádegas. Pode ser observada em recém-nascidos e lactentes nas seguintes proporções: negros (90-95%), índios americanos (90%), asiáticos (80%), latinos (70%) e brancos (10%). A mancha começa a esmaecer aos 2 anos e tende a desaparecer até os 10 anos de idade.

MILIÁRIA

É um termo usado para descrever obstruções dos ductos que resultam em bloqueio da sudorese normal na pele. A causa precisa é desconhecida e pode se apresentar nas formas de miliária alba ou rubra.

Afeta principalmente a face, o pescoço e o tronco. O tratamento consiste em manter a criança em local fresco, com roupas leves apropriadas. Pode ser usada a pasta d'água.



ACROPUSTULOSE DA INFÂNCIA

É uma doença benigna crônica ou recorrente, com vesículas e pústulas muito pruriginosas nos pés e nas mãos. O início do quadro clínico pode ocorrer no período neonatal e continuar durante o primeiro ano de vida e infância. Em geral se manifesta com prurido grave, distúrbios de sono, irritabilidade e perda de apetite.

As lesões cutâneas consistem em pústulas vesiculares sem eritema circundante, que acometem as regiões palmar e plantar, dorso das mãos e pés, laterais dos dedos dos pés e das mãos. Costuma ser confundida com escabiose e tratada sem sucesso.

O tratamento deve ser prescrito pelo médico, em casos graves, o dermatologista deve ser consultado.

HEMANGIOMAS

Hemangiomas infantis são os tumores vasculares benignos comuns na infância. A grande maioria não apresenta complicações nem necessita de intervenção, mas alguns podem estar associados a importantes alterações estéticas e morbidade.

Cerca de 90 a 95% resolvem espontaneamente e podem crescer nos primeiros 6 a 12 meses de vida, antes de começar a diminuir. Em geral, tornam-se aparentes nos primeiros dias ou meses de vida, na maioria das vezes como lesão única.

Ocorrem mais comumente na cabeça e no pescoço, mas podem se localizar em qualquer região da pele, mucosas e órgãos internos. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com manchas de vinho do porto, malformações arteriovenosas, venosas e linfáticas.

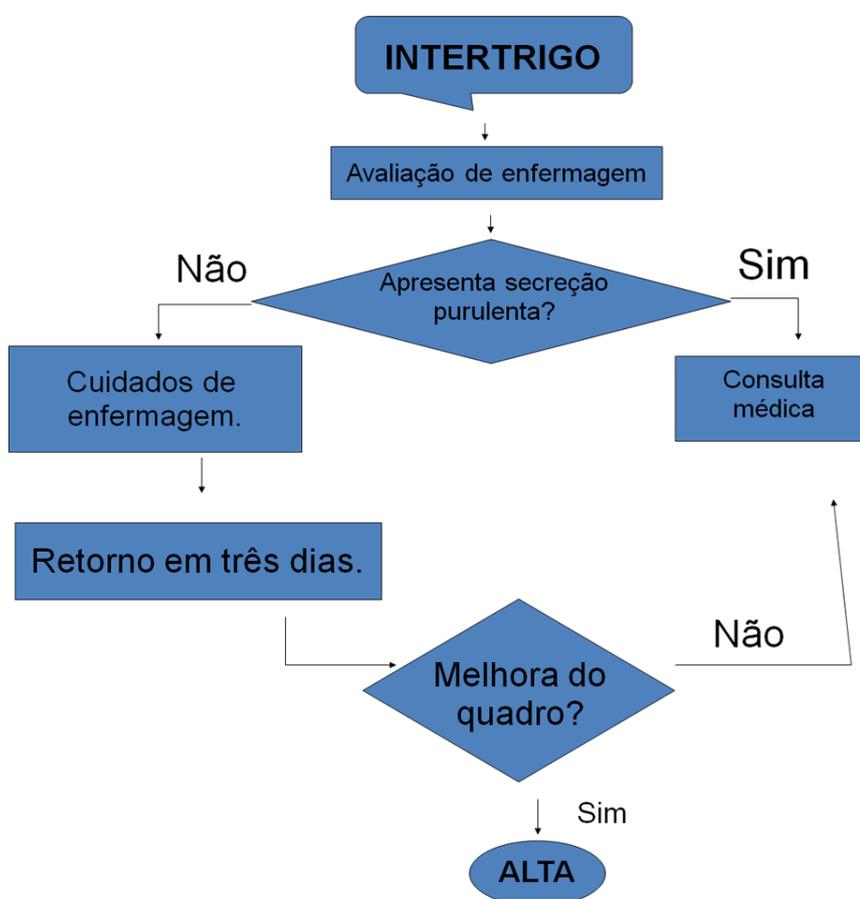
Na grande maioria dos hemangiomas a conduta é expectante, com adequada orientação aos pais sobre a história natural e potenciais complicações.

INTERTRIGO

É a inflamação das pregas cutâneas causadas por atrito da pele sobre pele. A condição aparece em dobras naturais do corpo e em crianças pode se apresentar como assaduras.

Atenção deve ser dada a complicações como as infecções secundárias bacterianas ou fúngicas. Apresenta-se com lesões levemente eritematosas e margens difusas, às vezes com exsudato branco ou amarelado.

O tratamento convencional para intertrigo simples é reduzir a umidade e o atrito. A opção de utilizar pós ou cremes apresenta pouco ou nenhum benefício comprovado e pode causar irritação ou facilitar a infecção secundária por fungos.



DERMATITE DE FRALDAS

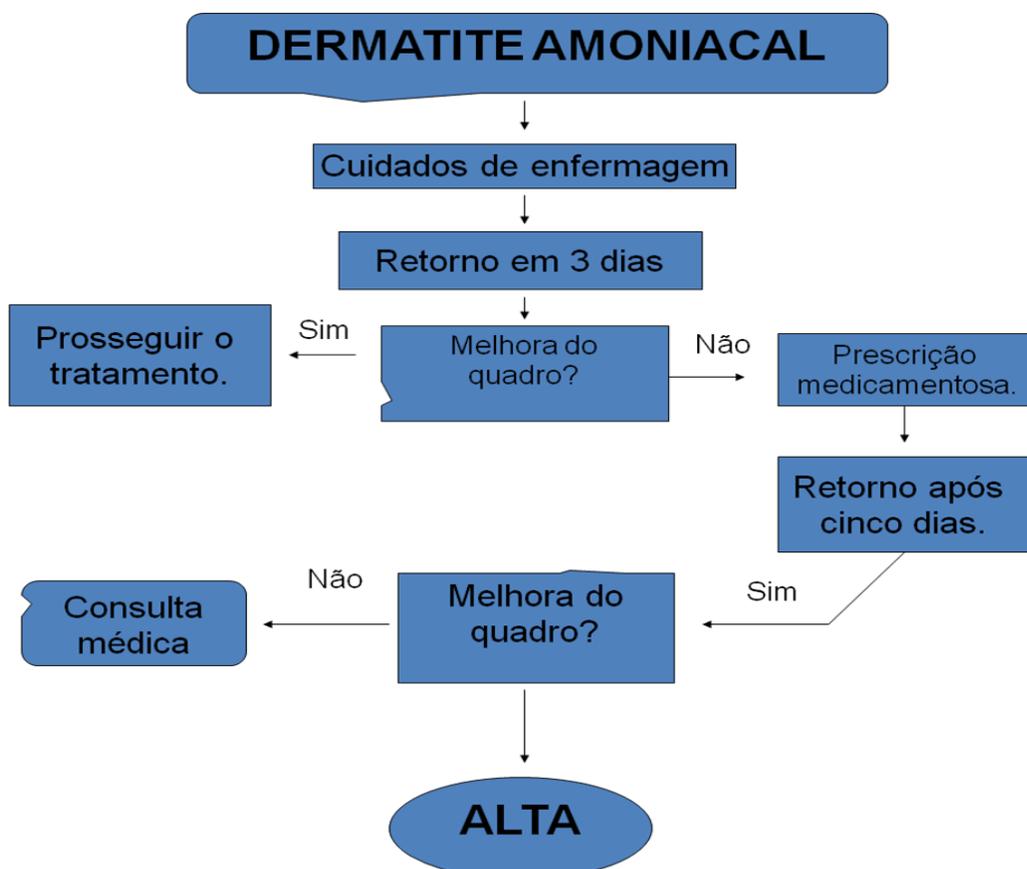
A dermatite irritativa primária em região de fraldas é, provavelmente, a afecção cutânea mais frequente na primeira infância. O uso de fralda ocasiona aumento da temperatura e da umidade local, com subsequente maceração da pele, susceptibilidade à irritação pelo contato prolongado com urina e fezes.

É frequente a ocorrência de infecção secundária por Cândida ou bactérias. Caracteriza-se por eritema moderado com margens pouco definidas, pele seca e enrugada. A melhor conduta é a prevenção, que engloba um conjunto de medidas cuja finalidade é manter a pele seca, limitar o contato com urina e fezes, evitar irritação e maceração da pele, preservar a função de barreira cutânea.

Atenção especial deve ser dispensada às crianças durante episódios de diarreia ou de uso de antibiótico sistêmico. O uso de pós, talcos, óleos, sabões e pomadas irritantes agravam o quadro clínico.

Tratamento

- ✓ Limpeza do local com água e algodão a cada troca de fralda;
- ✓ Suspender o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele);
- ✓ Expor a área afetada ao Sol, uma vez ao dia de 5 a 15 minutos;
- ✓ **Prescrever Óxido de Zinco pomada, após cada troca de fralda.**



DERMATITE POR CANDIDA

A candidíase em geral se manifesta, como aftas, pústulas e vesículas com lesões satélite confinadas à região da fralda.

Com frequência há envolvimento das pregas interglúteas e cervicais, períneo, genitália, região supra púbica, nádegas e parte interna das coxas. Nessas áreas, evoluem para formação de escamas, placas vermelhas brilhantes, com lesões satélites pustulosas e vesiculares distintas na periferia.

O tratamento da candidíase consiste no uso tópico de antifúngicos e as lesões duram aproximadamente duas semanas, descamam e desaparecem sem resíduo.

Candidíase do períneo: O ambiente úmido e quente produzido pela fralda favorece a proliferação da *Cândida albicans*. Uma causa provável é o uso mais frequente de antibióticos orais de largo espectro, com subsequente diarreia.

Clinicamente, apresentam-se como placas eritematosas que se podem estender à genitália, associadas à descamação periférica e pústulas satélites eritematosas.

As regiões perineal anterior, perianal e dobras estão habitualmente envolvidas, e isso ajuda a diferenciar a candidíase da dermatite de fraldas. Na cronificação ou recorrência frequente do quadro, é importante pesquisar infecção por cândida no aparelho digestivo (examinar a cavidade oral), vaginite por cândida ou mastite materna.

Tratamento

- ✓ Limpeza do local com água e algodão a cada troca de fralda;
- ✓ Suspender o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele);
- ✓ Expor a área afetada ao Sol, uma vez ao dia de 5 a 15 minutos;
- ✓ ***Prescrever Nistatina ou Cetoconazol creme após cada troca de fralda por cinco dias.***

Monilíase Oral: É a infecção na mucosa oral causada pelo fungo *Cândida albicans* mais comum nos bebês, resultando em um tipo característico de secreção em forma de grumos brancos, aderidos à língua e à bochecha da criança.

Tratamento

- ✓ Evitar o uso de chupeta ou mamadeira;
- ✓ Orientar a higiene com água e sabão e fervura dos bicos das mamadeiras e objetos de mordedura;
- ✓ Evitar beijo próximo aos lábios;
- ✓ Higiene oral com água bicarbonatada: 1 colher (chá) de bicarbonato de sódio em 1 copo de água fervida (75ml) e fria, 4 vezes ao dia.
- ✓ Limpar as crostas com dedo envolvido em uma fralda limpa e umedecida nesta solução. Realizar durante 7 a 10 dias;
- ✓ ***Prescrever 1,0ml de Nistatina suspensão oral 100.000UI/ml na mucosa oral 4 vezes ao dia, por 7 dias***, dez minutos após a higiene com água bicarbonatada, colocar metade da boca. Manter o esquema por no mínimo 2 dias após o desaparecimento dos sintomas;
- ✓ Retorno para consulta de enfermagem após o tratamento ou se não apresentar melhora.

DERMATITE SEBORREICA (CROSTA LÁCTEA)

É erupção extremamente comum que ocorre em lactentes nos primeiros meses (menores que 6 meses) e se resolve em semanas. Caracterizam-se por erupções descamativas, amareladas, gordurosas em couro cabeludo que podem disseminar para frente, olhos, ouvidos, sobrancelhas, nariz e região occipital.

A dermatite seborreica muitas vezes se espalha para a área de fralda, sendo importante fazer o diagnóstico diferencial. Clinicamente também pode se assemelhar a dermatite atópica e dermatite psoriática.

Dada à natureza benigna e autolimitada da dermatite seborreica, recomenda-se uma abordagem conservadora, deve-se evitar o traumatismo da pele, que o uso de pente pode provocar. Podem-se remover crostas com óleos vegetais (amêndoas).

Tratamento tópico: ***Cetoconazol xampu – 1x ao dia por 5 dias.***

DERMATITE ATÓPICA

Eczema ou dermatite atópica é doença de pele comum em crianças, afetando mais de 20% delas em idades precoces. As pesquisas sugerem pelo menos 4 diferentes tipos de agentes envolvidos: defeitos de barreira na pele, reações a alérgenos inalados ou presentes em alimentos, anticorpos auto imunes, ou por colonização de bactérias.

Pode-se utilizar como referência para o diagnóstico, a presença de prurido acompanhado de pelo menos três dos seguintes achados:

- ✓ Dermatite de flexão envolvendo vincos da pele;
- ✓ História de dermatite de flexão;
- ✓ História de pele seca nos últimos 12 meses;
- ✓ História de asma ou rinite alérgica;
- ✓ Início com idade inferior a 2 anos.

Não há tratamento específico. O tratamento medicamentoso é utilizado para controlar os sintomas e deve ser prescrito pelo médico.

É recomendado identificar e gerir os fatores desencadeantes, como os irritantes (sabões e detergentes), infecções de pele, alérgenos de contato, de alimentos e de inalantes;

ESTRÓFULO OU PRURIGO

A urticária papular, também conhecida como prurigo ou estrófulo, é uma dermatose infantil relativamente frequente devida à hipersensibilidade à picada de mosquitos, pulgas, percevejos e outros insetos.

Caracteriza-se por apresentar lesões polimórficas constituídas por pápulas endurecidas ou pápulas serosas de distribuição linear, pruriginosas, que podem evoluir com escoriações, formação de crostas hemáticas e infecção secundária.

O tratamento consiste em identificar o agente causador e se proteger de picadas. O tratamento medicamentoso é utilizado para controlar os sintomas e deve ser prescrito pelo médico.

URTICÁRIA

Doença sistêmica de manifestação cutânea que acomete a parte superficial da derme. Urticária consiste em pápulas eritematosas, edematosas, ovais ou arredondadas (vergões) que variam de 1 mm a vários centímetros (urticária gigante); em geral é acompanhada de prurido intenso.

Na grande maioria dos casos, os vergões são transitórios, com duração de apenas algumas horas e aparecimento de novas lesões em outros lugares. Deve-se distinguir a urticária de angioedema, que apresenta inchaço bem demarcado, dentro de estruturas mais profundas da pele ou no tecido subcutâneo.

A doença é classificada de acordo com tempo de evolução em aguda (duração inferior a 6 semanas) e crônica (recorrência frequente e dura mais que 6 semanas).

Existem muitas causas de urticária e a história clínica é muito importante ao tentar identificar as possíveis causas. Em crianças, a urticária é mais aguda do que crônica, causada frequentemente por reações alérgicas a alimentos ou infecções respiratórias agudas virais.

O tratamento medicamentoso é utilizado para controlar os sintomas e deve ser prescrito pelo médico.

MOLUSCO CONTAGIOSO

O molusco contagioso é infecção viral da pele, comum, autolimitada e benigna. A infecção é rara em menores de 1 ano de idade, ocorrendo habitualmente de 2-5 anos. A condição é mais comum em crianças que nadam, que compartilham banhos ou estão imunodeprimidas.

A doença se apresenta como cúpula múltipla perolada ou pápulas coloridas como carne com uma depressão central (umbilicada), geralmente no tronco e nas áreas de flexão.

Nenhuma intervenção mostrou-se eficaz no tratamento de molusco contagioso. O tratamento destina-se a acelerar o processo de cicatrização. Considerando que a maioria das lesões desaparece dentro de alguns meses, recomenda-se conduta expectante enquanto não surgem opções de tratamento comprovadamente eficazes e seguras.

IMPETIGO

É doença altamente contagiosa causada por bactérias, que pode se apresentar como pápulas bolhosas, estas podem se encher de pus e crostas e a coçadura espalhar a infecção. É a infecção bacteriana da pele mais comum apresentada por crianças para os médicos da atenção básica, o tratamento medicamentoso tópico deve ser prescrito pelo médico.

LARVA MIGRANS CUTÂNEA

Também conhecida como bicho geográfico, normalmente ocorre após a exposição a áreas arenosas e úmidas que foram contaminadas com larvas das fezes de cão ou gato.

Após infestação acidental, as larvas penetram na pele e instalam-se na região intradérmica, provocando lesões pruriginosas, lineares e sinuosas durante o seu deslocamento. Podem existir lesões bolhosas e papulosas. O trajeto da lesão pode avançar de 1 a 2 cm por dia. O tratamento tópico deve ser prescrito para o médico.

ESCABIOSE

É uma doença contagiosa, transmitida por contato direto entre pessoas. Após um período de incubação de duas a seis semanas, o paciente desenvolve um exantema extremamente pruriginoso.

Caracteriza-se por pápulas e vesículas pruriginosas, pequenos túneis com trajetos lineares junto com escoriações, eczematização, formação de crostas ou infecção secundária. Também são características, a presença de irritabilidade, má alimentação, e falha em ganhar peso.

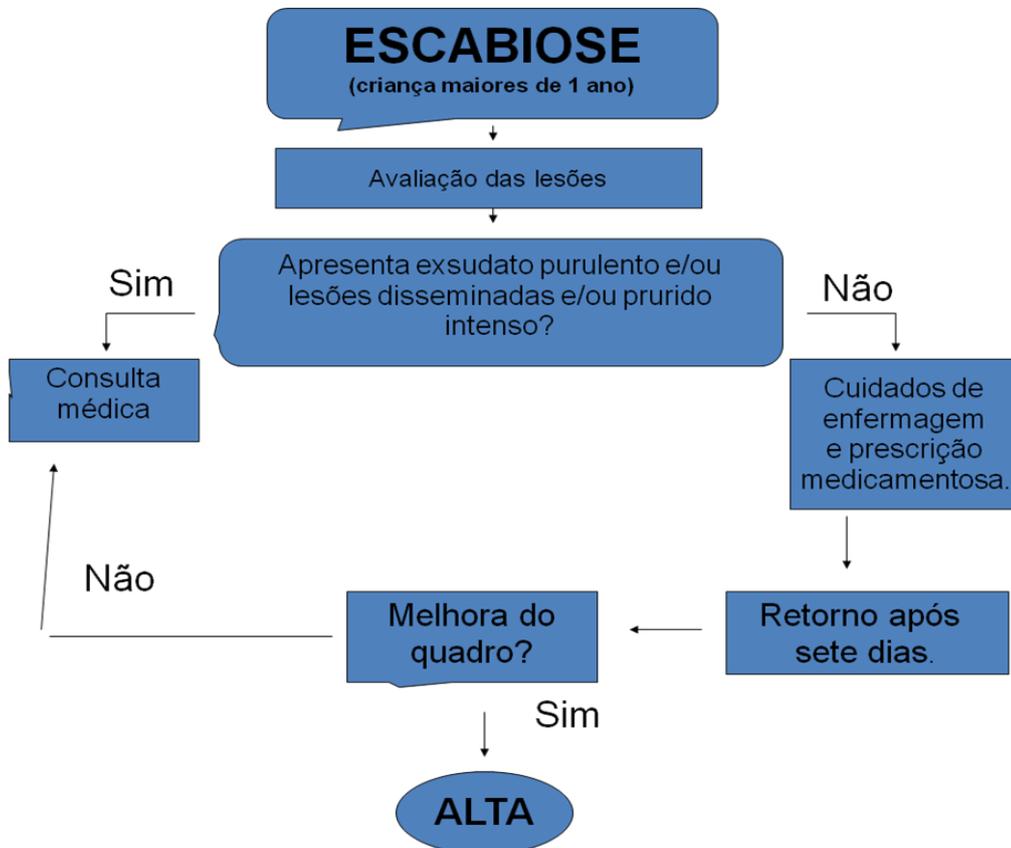
O diagnóstico pode ser feito por meio de anamnese cuidadosa. O diagnóstico definitivo é feito por meio de exame microscópico de raspados de lesões.

Tratamento

- ✓ Tratar primeiro as infecções secundárias, se houver;
- ✓ Ferver, trocar, expor ao sol as roupas íntimas e de cama;
- ✓ Manter as unhas curtas e limpas;
- ✓ Cuidados com higiene corporal;
- ✓ Investigar outros casos no núcleo familiar e escolar.

Tratamento Tópico: Parasiticidas encontrados no mercado sob forma de xampu, sabonetes e loções. Todas essas substâncias são irritantes e potencialmente tóxicas, sendo importante orientar para o cuidado das mucosas.

- ✓ **Deltametrina (Deltacid) a 25%**: uso tópico na diluição em água de 1:10 no recém-nascido e lactente; 1:5 até 3 anos; de 1:1 após 3 anos, durante 5 dias, repetindo o tratamento após 7 a 10 dias.
- ✓ **Creme Permetrina 5%**: passar nas lesões com uma leve massagem 1 vez à noite, durante 6 noites.



PEDICULOSE

Doença contagiosa, exclusiva do ser humano, transmitida por contato direto. Ocorre prurido em couro cabeludo, podendo ocorrer infecção secundária e eczematizações na porção superior do pavilhão auricular e região posterior do pescoço.

O padrão ouro para o diagnóstico é a identificação de um piolho vivo ou lêndeas. O uso de pentes finos apropriados aumentam as chances de encontrar piolhos vivos. As lêndeas são mais fáceis de observar, especialmente na região da nuca, por trás das orelhas.

Prevenção

Devido à alta frequência entre as crianças, recomenda-se fazer busca ativa independente das queixas.

Tratamento

- ✓ Tratar todos os contactantes portadores sintomáticos ou assintomáticos;
- ✓ Tratar primeiro as infecções secundárias;
- ✓ Retirar as lêndeas com pente fino após aplicação de água morna e vinagre (diluído 50%).

Tratamento Tópico: Deltametrina xampu – Aplicar 2 ou 3 dias no cabelo molhado, deixar agir por 5 a 10 minutos. O mesmo esquema deve ser repetido após 1 semana.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS DOENÇAS DE PELE

Orientações:

- Usar o mosquiteiro ou telas nas janelas para evitar picadas de insetos;
- Manter unhas curtas e limpas;
- Cuidados com higiene corporal;
- Usar sabonete neutro;
- Evitar produtos alergênicos como amaciante de roupas, entre outros;
- Investigar outros casos no núcleo familiar e escolar;
- Encaminhar para atendimento médico quando não identificar a causa.

Tratamento Tópico (para prurido):

- Indicar o uso de pasta d'água 3 a 4 vezes ao dia.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM (CIAP) – DOENÇAS DA PELE

Código	Descrição
S08	Alterações da cor da pele
S89	Dermatite das fraldas
S88	Dermatite de contato/alérgica
S86	Dermatite seborreica
S87	Dermatite/eczema atópica
S01	Dor/sensibilidade dolorosa da pele
S07	Erupção cutânea generalizada
S06	Erupção cutânea localizada
S72	Escabiose/outras acaríases
S84	Impetigo
S95	Molusco contagioso
S75	Monilíase oral/Candidíase da pele
S19	Outra lesão cutânea
S99	Outras doenças da pele
S76	Outras infecções da pele
S73	Pediculose/Outras infecções da pele
S12	Picada ou mordedura de inseto
S02	Prurido
S98	Urticária
S03	Verrugas

COTO UMBILICAL

Orientar:

- Higiene diária com água e sabão, enxaguar e secar bem;
- Aplicação de álcool 70% após cada troca de fralda;
- Explicar quais são os sinais de infecção;
- A necessidade de não usar a fralda ou faixas sobre a região;
- Não utilização de outros produtos como: pomadas, talcos, moeda, etc.

Granuloma Umbilical: Tecido de granulação em cicatriz umbilical após a queda do coto umbilical.

Tratamento:

Cauterização com **Nitrato de Prata 5%, em bastão**, 1x durante um minuto, protegendo a região periumbilical. Retorno diário para a realização do procedimento na unidade.

CÓLICA DO RECÉM- NASCIDO

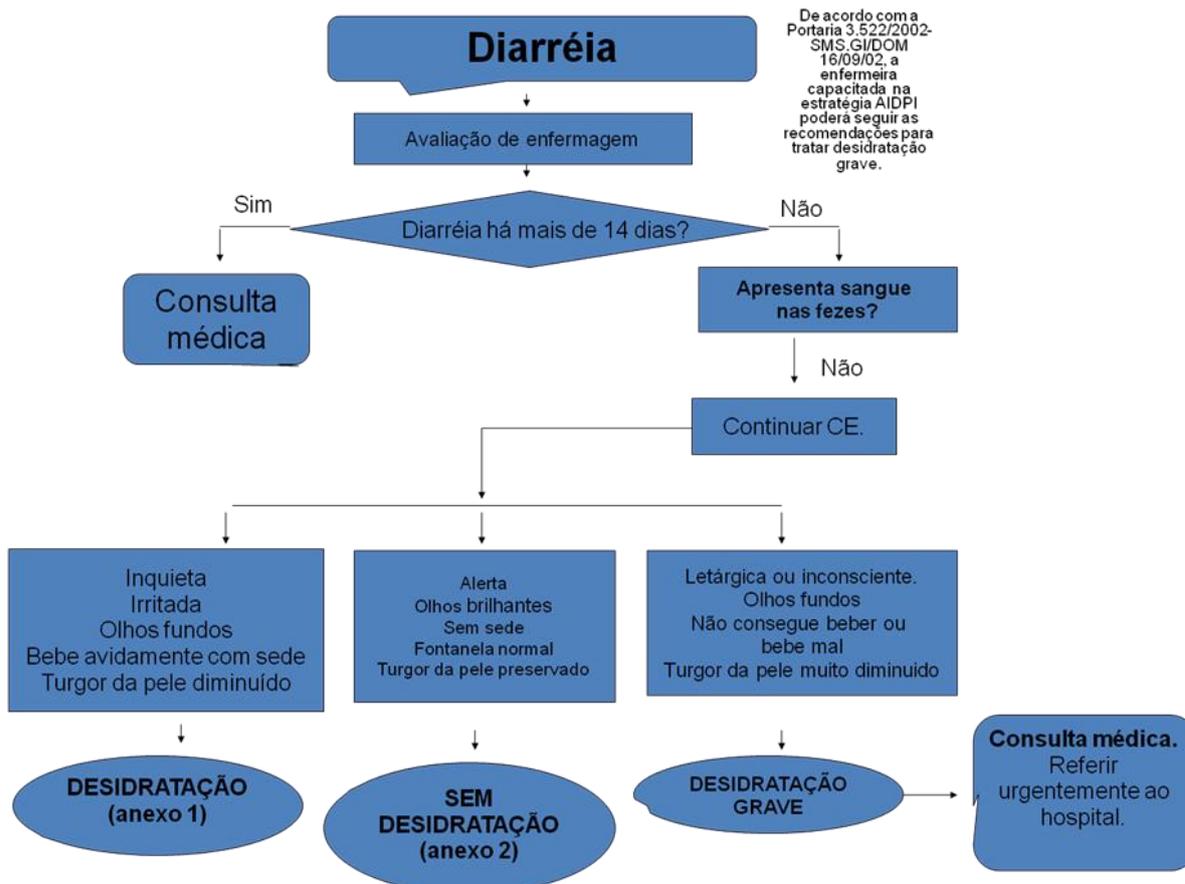
Orientar:

- Colocar a criança em decúbito ventral apoiada nos braços;
- Massagear o abdômen em movimentos circulares;
- Compressas mornas no abdome;
- Dieta da nutriz (evitar café, chocolate, pimenta, doces);
- Não utilizar nenhum medicamento antiespasmódico ou chás.

DIARREIA

Doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, que resulta no aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentado algumas vezes muco e sangue (disenteria).

Complicações: Desidratação (por perda de conteúdo hídrico), desequilíbrio eletrolítico, por maior ou menor perda de eletrólito, da desnutrição. Acidoses ou alcaloses, estados infecciosos graves (às vezes por mal uso de antibióticos). A criança desidratada fica pálida, com a boca seca, chora sem lágrimas, urina pouco e de cor amarelo escuro e perde peso de repente. A fontanela e os olhos ficam fundos, o pulso fraco e rápido. A pele fica seca e o sinal de prega da pele é positivo.



Cuidados de enfermagem:

Quando não houver desidratação: Oferecer o soro à vontade, principalmente após as evacuações, logo no início do quadro diarreico. Continuar a oferecer leite do peito, dando preferência a este em caso de aleitamento misto. Não suspender a alimentação, apenas evitar os seguintes alimentos: verduras de folha, feijão, tomate, doces, bolachas, refrigerantes, mamão, laranja, etc. Evitar qualquer medicação (antibióticos, antiespasmódicos, antidiarreicos, antipiréticos, etc.).

Prevenir a Desidratação e a Desnutrição: Os micro-organismos da diarreia podem estar na mamadeira, bicos, copos e canecas ou alimentos contaminados. Estes devem ser lavados e/ou fervidos, cozinhar bem os alimentos, ter boa higiene pessoal, etc.

Tratamento da desidratação:

O tratamento da desidratação consiste em repor a água e outros elementos (eletrólitos) perdidos com a diarreia, mantendo assim a criança hidratada. A cura só se obtém quando cessar a diarreia.

Se a criança está com diarreia sem desidratação, deve continuar com alimentação habitual, reforçando o aleitamento materno nos lactentes, respeitando a falta de apetite, corrigindo erros dietéticos grosseiros e oferecendo a solução hidratante à vontade, principalmente quando a criança evacuar. Em caso de vômito, oferecer soro em pequenas quantidades (menor volume, maior número de vezes).

Os vômitos são mais intensos no 1º ao 2º dia da diarreia, depois diminuem, e não impedem a administração do soro. Se não diminuírem, ou se houver febre alta, diarreia abundante, fezes com sangue ou pus, apatia, a mãe deverá ser orientada quanto à necessidade da reavaliação da criança.

Se houver desidratação, a reposição da perda com o soro se efetuará de acordo com a perda de peso da criança, dividindo-se o volume a ser dado em 4 a 6 horas, preferencialmente por via oral (dar o soro por boca). As únicas contra-indicações da via oral são:

- Estado de choque com alteração de consciência;
- Infecção grave – quadro séptico;
- Íleo paralítico (o intestino não trabalha);
- Criança comatosa ou que tomaram sedativos.

Iniciar a reposição das perdas da criança desidratada dentro do posto, orientando a mãe e a criança, quando esta estiver praticamente hidratada e a mãe esclarecida do tratamento e riscos.

Cálculo do soro oral= $\frac{\text{peso em gramas} \times \text{grau de desidratação} \times 2}{100}$
(em 4 a 6 horas)

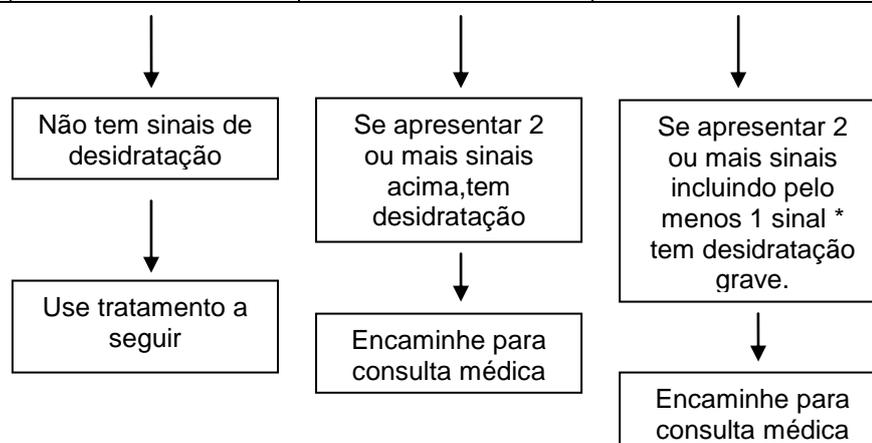
Ex.:

Grau de desidratação	MI líquido Perdido / Kg	Volume perdido Criança de 10 Kg
1 %	10	100 ml
5 %	50	500 ml
12 %	120	1200 ml

O volume perdido deve ser multiplicado por 2, pois uma parte perde-se com diarreia e perdas insensíveis. Deve-se verificar a capacidade gástrica que é de 30 a 40 ml/hora. Após 4 a 6 horas de T.R.O., reavaliar o caso e se necessário, recalcular.

Avaliação do Grau de Desidratação

Dados Clínicos	Leve	Moderado	Grave
Perda de peso	I grau	II grau 5 – 10 %	III grau Maior de 10%
Aspecto da Criança	Alerta	Irritada Com sede	Deprimida, Débil, Comatosa
Elasticidade da pele	Sinal de prega Discreto	Presente	Acentuado
Mucosas	Normais	Secas	Muito secas
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos Sem lágrimas
Fontanela	Normal	Funda	Muito funda
Pulso radial	Presente	Fraco	* débil ou ausente
Enchimento capilar	Normal	Prejudicado	* muito prejudicado
Diurese	Normal	Diminuída	Ausente



CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

É a eliminação de fezes de consistência endurecida, em pequeno volume, ocasionando grande esforço por parte da criança e dor, independente do intervalo entre as evacuações.

Cuidados de enfermagem:

- Diminuir alimentos obstipantes (batata, cenoura cozida, banana-maçã e farináceos);
- Oferecer alimentos ricos em fibras (verduras, mamão, laranja, tomates verdes, cenoura crua, farelo de trigo e aveia);
- Aumentar a ingestão hídrica;
- Oferecer chá de ameixa preta, 1 a 2 ameixas de molho em meio copo de água filtrada;
- Exercícios e massagem abdominal.

Observação:

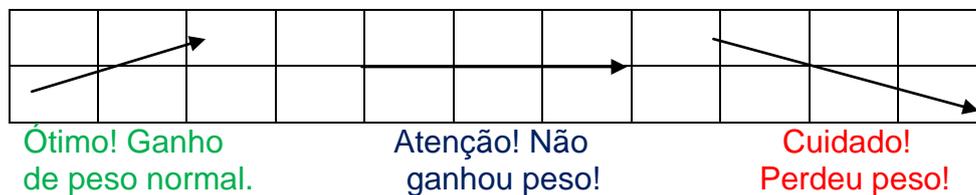
Nos recém-nascidos com aleitamento materno exclusivo, pode ocorrer ausência de evacuação até oito dias sem a presença de outros sintomas.



**CONDUTA RECOMENDADA PARA ALGUMAS SITUAÇÕES DE
CRESCIMENTO DA CRIANÇA ATÉ 5 ANOS**

Posição Peso	Inclinação Da Curva	Condição do Crescimento	Conduta
> p97	Ascendente	Obesidade	<ul style="list-style-type: none"> → Verificar erros alimentares. → Incentivar atividade física para maiores de 4 anos. → Dietas com restrição calórica para maiores de 4 anos. → Marcar retorno para 30 dias.
P97	Horizontal ou Descendente	Alerta	<ul style="list-style-type: none"> → Investigar intercorrências e tratá-las. → Consulta após 30 dias.
P97 – P10	Ascendente	Satisfatório	<ul style="list-style-type: none"> → Marcar consulta de acordo com o calendário mínimo de consultas.
P97 – P10	Horizontal ou descendente	Alerta Insatisfatório	<ul style="list-style-type: none"> → Investigar situações que justifiquem diminuição na velocidade do crescimento. → Tratar intercorrências possíveis. → Marcar retorno para 30 dias.
P10 – P3	Ascendente	Alerta	<ul style="list-style-type: none"> → Tratar intercorrências. → Marcar retorno para 30 dias.
P10 – P3	Horizontal ou descendente	Insatisfatório	<ul style="list-style-type: none"> → Investigar causas com atenção especial para o desmame, alimentação, infecções, etc. → Marcar retorno para 15 dias.
< P3	Ascendente	Alerta	<ul style="list-style-type: none"> → Investigar intercorrências, com atenção ao desmame, processos infecciosos, padrão alimentar.
< P3	Horizontal Descendente	Insatisfatório	<ul style="list-style-type: none"> → Tratar com prioridade máxima. → Orientar alimentação hiper/hiperproteica. → Tratar desnutrição.

Todas estas informações deverão ser anotadas no Cartão da Criança inclusive as intercorrências que desviaram o gráfico do padrão esperado.



A equipe de saúde anotará a ocorrência no mês correspondente, usando as seguintes iniciais:

- A – Início da introdução de alimentos
- D – Diarreia
- P – Pneumonia
- H – Hospitalização
- O – Outra doença.

Capítulo 06

Grupos Educativos

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO PARA GRUPOS EDUCATIVOS DE PUERICULTURA

1º GRUPO: AMAMENTAÇÃO DO RN

PROFISSIONAIS: equipe multiprofissional (enfermeira, pediatra, médico da família, dentista, farmacêutica).

OBJETIVO: Orientar e identificar dificuldades comuns na amamentação, como fissuras, mamas empedradas, posição para amamentar, uso de medicamentos, medo do leite insuficiente, etc. Estimular amamentação como fonte de boa saúde e vínculo afetivo.

ORIENTAÇÕES FUNDAMENTAIS:

- Sinais de boa pega;
- Posicionamento;
- Ganho de peso;
- Higiene das mamas;
- Tratamento de fissuras;
- Conservação do leite materno;
- Relação mãe e filho;
- Aleitamento artificial (deve ser evitado ao máximo);
- Cólicas do bebê;
- Problemas dermatológicos (assaduras e outros);
- Pressões sociais (ignorar conselhos de desestimulantes);
- Exame do pezinho, vacinação e demais exames da triagem neonatal;
- Prevenção de acidentes (ciúmes dos demais irmãos, entre outros);
- Relação familiar: pai/mãe/filho;
- Autocuidado da mãe: estética, conforto, sexualidade, organização do tempo, distribuição das atribuições da família nos cuidados com o bebê e nos afazeres domésticos;
- Planejamento familiar;
- Confirmar o agendamento da 1ª consulta com dentista pela maternidade.

2º GRUPO: INTRODUÇÃO ALIMENTAR AOS 6(SEIS) MESES

PROFISSIONAIS: nutricionista (prioritariamente) ou demais profissionais da equipe multidisciplinar.

OBJETIVO: auxiliar a introdução de alimentos na dieta e a identificação de sinais de alerta, estimulando hábitos saudáveis.

ORIENTAÇÕES FUNDAMENTAIS

1. **Alimentação:** introdução de novos alimentos, aproveitamento os alimentos da época, preparo da sopa, cozimento, temperos leves. Não liquidificar, amassar com garfo. Ter rotina de horários com a criança, pois dá segurança psicológica e adequado funcionamento intestinal.
2. **Avaliação nutricional:** seguir mensalmente o peso e estatura da criança.
3. **Doenças diarreicas:** quais são suas consequências (desnutrição, morbidades, morte e desidratação), correlacionar com hábitos higiênicos pessoais e alimentares, destino do lixo e esgotos, importância da água tratada, do aleitamento materno, alimentos adequados, uso da TRO e quando procurar ajuda.
4. **Doenças respiratórias:** como saber se é um simples resfriado ou afecções mais sérias; aspectos ambientais (fumaça ou poeira da rua), estações do ano, aspectos domiciliares (insolação, ventilação, temperatura, umidade), tabagistas em casa e o perigo do fumo passivo, principalmente para crianças; alergias respiratórias (animais, acúmulo de pó em brinquedos, tapetes, cortinas); orientar sinais de alerta como taquipnéia, tiragem, ruídos respiratórios e controle da temperatura.
5. **Febre:** como manejar e o que observar (sinais de perigo, convulsão, petequias e prostração).

3º GRUPO: DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA COM 1(UM) ANO DE VIDA

PROFISSIONAIS: Equipe multiprofissional envolvendo todas as áreas de atuação.

OBJETIVO: Orientar sobre novos desafios e cuidados durante o crescimento e desenvolvimento da criança, focando em rotinas que favoreçam o bom desempenho neuropsicomotor e identificação dos fatores de risco para a idade.

ORIENTAÇÕES FUNDAMENTAIS:

1. **Crescimento e desenvolvimento:** como estimular, aspectos peculiares do desenvolvimento emocional, a angústia normal dos 8 meses (o bebê estranha outras pessoas), brinca de esconder, entre outros.
2. **Avaliação Nutricional:** explicar a curva de crescimento.
3. **Alimentação:** reforçar orientações do 2º Grupo, estimular a 2ª refeição sem sal e a diminuição do leite como principal alimento, a criança começa a seguir o ritmo alimentar da casa, dar soluções simples e baratas para o aproveitamento dos alimentos.
4. **Cuidado com os dentes:** orientar que a erupção dentária não está relacionada com picos febris ou diarreia, devendo sempre procurar outro motivo para o adoecimento da criança; higiene bucal e a necessidade do agendamento das consultas de rotina com a dentista, com retornos anuais para acompanhamento.
5. **Prevenção de Acidentes:** quedas, queimaduras, irmãozinhos maiores, intoxicações/envenenamento, riscos que o bebê corre ao engatinhar, evitar andador, com quem deixar a criança, riscos de transporte (cadeirinha do carro, carrinhos de passeio), riscos da exposição excessiva ao sol.
6. **Importância do exemplo dos pais:** diálogo, contar histórias, brincar com as crianças, ensinar habilidades, valorizar as conquistas, evitar comparar com os outros primos ou vizinhos, construir brinquedos com sucata, bons hábitos alimentares.

SUGESTÕES: Convidar o pai e outros familiares; utilizar vídeos; organizar oficinas culinárias para preparo de mamadeiras, papas e chás caseiros.

Capítulo 07

Anexos

ANEXO 2:Ficha de solicitação para fórmulas lácteas - Alto Custo.

FORMULAS INFANTIS ESPECIAIS FICHA DE AVALIAÇÃO PARA FORNECIMENTO						
(Deve ser preenchida pelo médico que acompanha a criança até o item E)						
Data da primeira consulta: ____/____/____						
A) Identificação:						
a. Nome: _____			Data de nascimento: ____/____/____			
Nome da mãe: _____			CNS do paciente: _____			
b. Nome do profissional: _____						
c. Nome da instituição: _____						CNES: _____
d. Solicitação: _____				Quantidade/mês: _____		
CID: _____ DIAGNÓSTICO: _____						
B) Sinais e sintomas clínicos presentes:						
	Idade inicial	Tempo latência	Duração	Freqüência	Último episódio	Tratamento recebido
Sintomas cutâneos						
<input type="checkbox"/>	urticária					
<input type="checkbox"/>	prurido					
<input type="checkbox"/>	rush					
<input type="checkbox"/>	angioedema					
<input type="checkbox"/>	dermatite					
Sintomas gastrintestinais						
<input type="checkbox"/>	dor abdominal					
<input type="checkbox"/>	diaréia					
<input type="checkbox"/>	constipação intestinal					
<input type="checkbox"/>	vômito/náusea					
<input type="checkbox"/>	distensão abdominal					
<input type="checkbox"/>	flatulência					
<input type="checkbox"/>	sangue nas fezes					
<input type="checkbox"/>	refluxo					
Sintomas respiratórios						
<input type="checkbox"/>	broncoespasmo					
<input type="checkbox"/>	tosse					
<input type="checkbox"/>	prurido orofarínge					
<input type="checkbox"/>	rinite e coriza nasal					
<input type="checkbox"/>	edema de laringe					
Outros						
<input type="checkbox"/>	anafilaxia					
<input type="checkbox"/>	cefaléia					
<input type="checkbox"/>	edema labial					
<input type="checkbox"/>	otite					
<input type="checkbox"/>	edema ocular					
* Tempo necessário entre a ingestão do alimento e o aparecimento dos sintomas						
Especifique os sintomas mais exacerbados						

C) Exames subsidiários realizados (marc recantas):			
Tipo		Data	Resultado
Hipersensibilidade			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Prick-test leite de vaca		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Prick-test soja		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST leite de vaca		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST alfa-lactalbumina		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST beta-lactoglobulina		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST caseína		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RAST soja		
Avaliação gastrointestinal			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sangue oculto		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Alfa-1 antitripsina fecal		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Relação albumina/globulina		
Anatomopatológico			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Estômago		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Esôfago		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Duodeno		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Retô		
Outros		Provocação	
D) Avaliação da condição nutricional:			
a. Peso: _____ kg			
b. Estatura: _____ cm			
c. Criança no percentil de peso inferior a 10: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
d. Desaceleração da curva de peso: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Há quanto tempo? _____			
Caso SIM anote os últimos pesos e datas:			
	1. Data: ____/____/____	Peso: _____ kg	
	2. Data: ____/____/____	Peso: _____ kg	
	3. Data: ____/____/____	Peso: _____ kg	
DATA: ____/____/____	CNS / MÉDICO RESPONSÁVEL		
Carimbo:	CPF / MÉDICO RESPONSÁVEL		
	<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p>		
F) Conduta: (uso restrito a SES-SP)			
a. <input type="checkbox"/> No momento, não preenche os critérios			
b. <input type="checkbox"/> Liberado o fornecimento de fórmula especial de _____ latas, por _____ (meses):			
	(quantidade)		
	<input type="checkbox"/> Proteína isolada de soja		
	<input type="checkbox"/> Fórmula extensamente hidrolisada		
	<input type="checkbox"/> Fórmula de aminoácidos		
c. Data do retorno: ____/____/____ Previsão do teste de provocação: ____/____/____			
	Avaliador: _____		
	Assinatura e carimbo		

ANEXO 3: Ficha de solicitação para fórmulas lácteas.

n



PREFEITURA MUNICIPAL DE TATUÍ
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE FÓRMULA LÁCTEA

NOME:	
LOGIN:	UNIDADE DE SAÚDE:
CRITÉRIOS PARA A NECESSIDADE LÁCTEA INFANTIL	
<input type="checkbox"/> Mães infectadas pelo vírus HIV quando não contempladas pelo Programa do MS.	<input type="checkbox"/> Lactentes nascidos com menos de 32 semanas de gestação em risco nutricional.
<input type="checkbox"/> Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2 quando não contempladas pelo MS.	<input type="checkbox"/> Lactentes nascidos com menos de 1500g em risco nutricional.
<input type="checkbox"/> Mães em uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação.	<input type="checkbox"/> Outros – ESPECIFICAR: (Sujeito à análise)
CRITÉRIOS PARA A NECESSIDADE TEMPORÁRIA DE FÓRMULA LÁCTEA INFANTIL	
<input type="checkbox"/> Mãe com infecção herpética quando há vesículas localizadas na pele da mama.	<input type="checkbox"/> Mãe em consumo de drogas.
<input type="checkbox"/> Mãe com varicela.	<input type="checkbox"/> Outros – ESPECIFICAR: (Sujeito à análise)
<input type="checkbox"/> Mãe com Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente.	
TIPO DE FÓRMULA SOLICITADA	
<input type="checkbox"/> Lactentes menores de 6 meses de idade. Fórmula: _____ Quantidade: _____ g/mls (molina 1200g) 1200g = 6 latas de 200g ou 3 latas de 400g	<input type="checkbox"/> Lactentes maiores de 6 meses de idade. Fórmula: _____ Quantidade: _____ g/mls (molina 2400g) 2400g = 6 latas de 400g ou 3 latas de 800g
Período (se necessidade temporária):	Período (se necessidade temporária):

Tatuí, ____/____/20____.

Médico Solicitante
(Assinatura e Carimbo)

CONCLUSÃO

Esperamos que com este Protocolo, o atendimento da criança seja realizado de uma maneira organizada, com participação de todos os Profissionais de Saúde envolvidos e o mais importante, uma maternidade responsável.

O Programa está fundamentado em ações preventivas, sendo um instrumento educativo e de vigilância da saúde e bem-estar de nossas crianças.

ABREVIATURAS:

BCG: Bacilo Calmette-Guérin

DPE: Desenvolvimento pondero-estatural

ESF: Estratégia Saúde da Família

IVAS: Infecção das vias aéreas superiores

LV: Leite de vaca

LM: Leite materno

PC: Perímetro cefálico

RN: Recém nascido

SIC: Segundo a informação do cuidador

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS: Secretária municipal de saúde

UBS: Unidade básica de saúde

VD: Visita domiciliar

VO: Via oral

Bibliografia

Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância. Ministério da Saúde; Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-americana da Saúde, 1999.

BARROS, E. et al. Exame Clínico – **Consulta Rápida.** Porto Alegre. Ed. Artes Médicas, 1999.

BLANCK, D.& ECRERT, G. E. **Pediatria Ambulatorial: Elementos Básicos de Promoção da Saúde.** Porto Alegre. Ed. da Universidade, 1998.

BPR – **Guia de Remédio** -05º edição – Editora Escala, 2001.

COELHO, M.S. **Avaliação Neurológica Infantil nas Ações Primárias de Saúde.** São Paulo, EditoraAtheneu, 1999.

CRESPIN, J. **Puericultura: Ciência, Arte e Amor.** Fundo Editorial Byk, 1992.

Dicionário de Administração de Medicamentos de Enfermagem, 3º edição, RJ, EPUB, 2002.

ENGEL. J. **Avaliação em Pediatria.** Rio de Janeiro. Editora Reichmann e Afonso Associados Editores, 2002.

LEÃO, E.; Correa, J. E.; VIANA, M. & MOTA, J. C. **Pediatria Ambulatorial. Coopemed** Ed. Médica, 1998.

MARCONDES, E.; LEONE, C. & ISSLER, H. **Pediatria na Atenção Primária,** Ed Sarvier, 1999.

Medicamentos Habitualmente Usados em Pediatria, 11º edição, Nestlé, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Enfermagem. Programa Saúde da Família. Brasília**, Ministério da Saúde, 2001.

PRADO, F. C. & RAMOS, J. & RIBEIRO V. J. **Atualização Terapêutica** . Porto Alegre, Ed Artes Médicas, 1999.

PSF/QUALIS SANTA MARCELINA. **Manual de Puericultura**. São Paulo, 2000.

SAVAGE, K. F. **Como Ajudar as Mães a Amamentar**. Brasília, Ministério da Saúde, 1998.

SAWAYA, A. L. **Desnutrição Urbana no Brasil**. São Paulo, Cortez Ed., 1997.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/COGEST. **Ciclo de VIDA: Criança**, São Paulo, 2002.

SIGAUD, C. H. S. **Enfermagem Pediátrica: O Cuidado de Enfermagem à Criança e ao Adolescente**. São Paulo, Editora EPU, 1996.

SILVA, C. E. & BRUNOW C. W. **Terapêutica e Prática Pediátrica**. São Paulo, Ed Atheneu, 1996.

WASSAL, P. & FERREIRA, P. C. **Pediatria Dia a Dia**. Rio de Janeiro, Epuc, 1997.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. **Protocolo de Enfermagem. Atenção à Saúde da Criança**. São Paulo, 2003.