

**Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros**

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA CRIANÇA  
DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

3ª Revisão

Outubro / 2017

## **Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros**

### **PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA CRIANÇA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

3ª Revisão

Elaborado por:

- Ana Maria Alencar (Enfermeira, Residente em Saúde da Família)
- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira, Residente em Saúde da Família)
- Delcione Maria Lopes Meireles (Enfermeira, Especialista em Saúde da Família)
- Fernanda Santos Villas Boas (Enfermeira, Residente em Saúde da Família)
- Fabrine Costa Marques (Enfermeira, Residente em Saúde da Família)
- Ludmila Rodrigues Campolina (Enfermeira, Residente em Saúde da Família)
- Marden Costa Lopes (Enfermeiro, Residente em Saúde da Família)
- Michelly Silva Santos Mourão (Enfermeira, Residente em Saúde da Família)

Outubro / 2017

## **Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros**

### **PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA CRIANÇA DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

3ª Revisão

Revisado Por:

- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira, Residente em Saúde da Família; Doutora em Ciências da Saúde)
- Claudio Luis de Souza Santos (Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família)
- Delcione Maria Lopes Meireles (Enfermeira, Especialista em Saúde da Família)
- Fernanda Santos Villas Boas (Enfermeira, Residente em Saúde da Família)
- Michelly Silva Santos Mourão (Enfermeira, Residente em Saúde da Família)

Outubro/ 2017

**FICHA TÉCNICA**

**PREFEITO MUNICIPAL**

Humberto Guimarães Souto

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Dulce Pimenta Gonçalves

**ASSESSOR EXECUTIVO**

José Mendes da Silva

**OUVIDORA DA SAÚDE**

Luciene Mussi França Nunes

**DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA**

Shirley Ferreira de Sousa

**DIRETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Bruno Pinheiro de Carvalho

**DIRETOR DE VIGILANCIA EM SAÚDE**

Aloizio Pereira da Cunha

***COORDENADORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA***

Daniella Cristina Martins Dias Veloso

Outubro / 2017

## **LISTA DE FIGURAS/GRAFICO/ TABELAS/ FLUXOGRAMA**

<b>FIGURA 1</b> – Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.....	15
<b>GRÁFICO 1</b> – Distribuição da população de Montes Claros em 2000 e 2010..	15
<b>FIGURA 2</b> - Zonas dérmicas segundo Kramer.....	57
<b>FIGURA 3</b> - Alerta Amarelo .....	57
<b>FIGURA 4</b> - Resposta Teste do Reflexo Vermelho.....	60
<b>FIGURA 5</b> - Vitamina A.....	113
<b>Tabela 1</b> – Municípios da Microrregião Montes Claros e Bocaiúva .....	15
<b>Tabela 2</b> – Rede física (SUS) de Montes Claros .....	23

## ***LISTA DE FLUXOGRAMA***

<b>FLUXOGRAMA 1- Assistência à Criança.....</b>	<b>52</b>
<b>FLUXOGRAMA 2 - Assistência à Criança na unidade de saúde.....</b>	<b>52</b>
<b>FLUXOGRAMA 3- Triagem Neonatal de Cardiopatia Congenita Critica.....</b>	<b>71</b>
<b>FLUXOGRAMA 4- Perímetro Cefálico de 0 a 2 anos.....</b>	<b>108</b>
<b>FLUXOGRAMA 5- Perímetro Cefalico.....</b>	<b>109</b>
<b>FLUXOGRAMA 6- Estatura/Idade....</b>	<b>109</b>
<b>FLUXOGRAMA 7 - Fluxo da suplementação de vitamina a no município de montes claros.....</b>	<b>131</b>
<b>FLUXOGRAMA 8- Manejo das crianças doentes.....</b>	<b>140</b>
<b>FLUXOGRAMA 9- cuidado da criança portadora de Anemia Ferropriva.....</b>	<b>145</b>
<b>FLUXOGRAMA 10- Febre.....</b>	<b>161</b>
<b>FLUXOGRAMA 11- Abordagem Parasitose Intestinal.....</b>	<b>164</b>
<b>FLUXOGRAMA 12- Atenção a Criança com queixa respiratória.....</b>	<b>171</b>

## **LISTA DE QUADROS**

<b>QUADRO 1</b> – Doenças pesquisadas pela Triagem Neonatal da NUPAD.....	65
<b>QUADRO 2</b> – Ponte de Corte de Peso para a idade da Criança < 10 anos.....	102
<b>QUADRO 3</b> - Ponte de Corte de Peso para comprimento/altura da Criança < 10 anos.....	102
<b>QUADRO 4</b> - Ponte de Corte de IMC por a idade da Criança < 10 anos.....	103
<b>QUADRO 5</b> Evolução do ganho de peso, estatura e PCno1 ao 2 ano de vida..	103
<b>QUADRO 6</b> –10 passos para alimentação saudável para criança < 2 anos....	104
<b>QUADRO 7</b> -Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida.....	104
<b>QUADRO 8</b> - Grupos de alimentos a serem utilizados no preparo das papas salgadas.....	116
<b>QUADRO 9</b> - Consistência e quantidade de alimentos recomendadas para crianças nos dois primeiros anos de vida, segundo a faixa etária.....	116
<b>QUADRO 10</b> - recomendações gerais às famílias de crianças pequenas, com dificuldades de adaptação ou recusa na introdução de outros alimentos.....	117
<b>QUADRO 11</b> – Esquema alimentar para crianças não amamentadas e alimentadas com fórmula infantil.....	118
<b>QUADRO 12</b> .- Volume e número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida.....	119
<b>QUADRO 13</b> . Preparo do leite de vaca integral em pó e fluido .....	120
<b>QUADRO 14</b> – Alimentação de crianças com leite de vaca.....	121
<b>QUADRO 15</b> - Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida de crianças que não recebem leite materno .....	122
<b>QUADRO 16</b> . Dez passos para uma alimentação saudável para crianças de 2 a 10 anos. ....	123
<b>QUADRO 17</b> - Recomendações da suplementação.....	126
<b>QUADRO 18</b> - Orientações para a mãe/família.....	127
<b>QUADRO 19</b> - Níveis de hemoglobina usados para definir anemia por faixa etária.....	142
<b>QUADRO 20</b> - Classificação quanto à gravidade. ....	142
<b>QUADRO 21</b> - Dose do Sulfato Ferroso para Tratamento de Anemia.....	145
<b>QUADRO 22</b> - Formas de apresentação e características de dermatite segunda as causas.....	148
<b>QUADRO 23</b> – Dosagem de Ivermectina.....	151
<b>QUADRO 24</b> - Formas de apresentação e características de miliária segundo localização.....	155
<b>QUADRO 25</b> - Abordagem frente a cólica do recém-nascido.....	157

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO .....	14
2.1- ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE .....	22
2.2 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	24
3. JUSTIFICATIVA.....	26
4. ASPECTOS LEGAIS.....	27
5 OBJETIVOS.....	43
6 METODOLOGIA .....	44
7 DESENVOLVIMENTO .....	46
7.1 SAÚDE DA CRIANÇA.....	46
7.2 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTENCIA .....	47
7.2.2ASSISTENCIA AO RN- CUIDADO PRECOCE .....	47
7.2.3 TRIAGEM NEONATAL.....	57
7.3 PUERICULTURA-ACOMPANHAMENTO DO CD.....	67
7.4 .CONSULTA DE ENFERMAGEM .....	74
7.5 AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO INFANTIL .....	102
7.5.1.AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO DA CRIANÇA PREMATURA... 104	
7.5.2 CONDUTAS RECOMENDADAS PARA ALGUMAS SITUAÇÕES DE CRESCIMENTO DE CRIANÇAS ATÉ 5 ANOS. ....	104
7.5.3.AVALIACAO DO PERIMETRO CEFALICO .....	107
7.5.4 AVALIAÇÃO DE ESTATURA/IDADE.....	108
7.6.CONDUTAS RECOMENDADAS PARA SITUAÇÕES DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA ATÉ 5 ANOS. ....	108
7.7ALIMENTACAO SAUDÁVEL.. .....	112
7.8 SUPLEMENTACAO SULFATO FERROSO.....	115'
7.9 SUPLEMENTACAO DE VITAMINA A.....	127
7.10.SUPLEMENTACAO VITAMINA D.....	131



7.11.IMUNIZAÇÃO.....	132
7.12 ATENÇÃO INTEGRADA AS DOENÇAS PREVALENTES NA INFANCIA - AIDPI.....	137
7.13.INTERCORRENCIAS COMUNS.....	140
7.13.1.ANEMIA POR DEFICIENCIA DE FERRO.....	140
7.13.2.AFECÇÕES CUTANEA-MUCOSAS.....	145
7.13.3. FEBRE.....	160
7.13.4.DOENÇAS PARASITÁRIAS E INFECCIOSAS.....	161
8 PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS.....	171
9 .SIBILÂNCIA.....	174
10 .DOR DE GARGANTA.....	175
11 .INFECÇÃO NO COTO UMBILICAL.....	175
12.VULVOVAGINITES.....	176
13. REDE DE PROTEÇÃO E CUIDADO .....	177
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....	181

## RESUMO

O cuidado à saúde faz parte do fazer cotidiano da enfermagem enquanto integrante das equipes da Estratégia Saúde da Família. É imprescindível instrumentalizar a enfermagem que atua nas Unidades Básicas de Saúde municipais para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência. Daí, fez-se necessária a elaboração deste instrumento que contempla os seguintes objetivos: (1) Nortear o cuidar da enfermagem fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem de qualidade embasado nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; (2) Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde; e (3) Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente o da enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa que utilizou 33 documentos publicados a partir de 2000, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), SCIELO (Scientific Electronic Library On Line), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e documentos publicados nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacional. A busca de dados iniciou-se em Janeiro de 2017.

## 1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma alternativa para mudança do modelo assistencial ao imprimir uma nova concepção do processo de saúde-doença e ter como objetivo principal a reorganização da atenção básica com ênfase nas ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde. Para tanto, é estabelecido como desafio uma mudança paradigmática, em que o foco do trabalho é transferido da doença para a saúde, que passa a ser compreendida, de forma mais ampla, como qualidade de vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A organização da Estratégia Saúde da Família se dá pela constituição de equipes multiprofissionais formadas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que têm como ponto de apoio a unidade de saúde da família. Estas equipes devem ser as referências para o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e serem responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias que estão localizadas em uma área geográfica delimitada. Essas equipes têm como desafio a atuação nas ações de promoção, prevenção, atenção, reabilitação e manutenção da saúde, visando uma maior resolubilidade, deslocando o objeto de atenção à saúde de um polo individual para o coletivo e criando vínculos e laços de compromisso e de corresponsabilidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família é estruturada com base no fortalecimento da atenção à saúde com ênfase na integralidade da assistência centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas, tendo como foco principal a prevenção das doenças, reconhecendo o contexto familiar como o espaço privilegiado para as ações de saúde, com atenção, no decorrer do tempo, às pessoas e não às doenças, organizando, coordenando e racionalizando o uso adequado dos recursos, tanto os básicos quanto os

especializados, necessários para o enfrentamento de todas as condições apresentadas pela pessoa, família e comunidade, representando assim, o eixo orientador do trabalho nos demais pontos da rede assistencial, visando à coordenação do cuidado (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A organização do sistema de saúde baseado na atenção básica com a prestação de serviços de qualidade influencia diretamente no perfil de morbimortalidade da população, resultando na redução do número de recém-nascidos com baixo peso, melhor controle das doenças crônicas, diminuição da mortalidade infantil e da menor perda de anos de vida por qualquer causa, elevando, assim, a expectativa de vida e demonstrando o grande impacto positivo advindo da garantia do acesso, da qualidade da gestão e das práticas das equipes da Estratégia Saúde da Família. Nesse aspecto, a qualidade em saúde pode ser compreendida como o grau no qual os serviços de saúde atingem os resultados desejáveis por meio do atendimento das necessidades e expectativas da clientela, com aumento do padrão de satisfação dos usuários que é consistente com o conhecimento profissional e o intuito de aumento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; BRASIL, 2008; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família trabalha dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da Equipe de Saúde é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando, integralmente, a saúde da criança, do adulto, da mulher, do idoso, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Porém, a ESF faz parte da rede distrital de saúde. Não é um serviço paralelo, separado do restante. Pelo contrário, ele integra o sistema de saúde local (BRASIL, 2011).

Este protocolo assistencial normatiza as ações dos profissionais inseridos nas unidades de saúde, no nível primário e secundário, com a finalidade de proporcionar, aos profissionais Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, um instrumento de consulta para aprimoramento contínuo, por meio da orientação de fluxos e atualização de condutas em Saúde da Criança,

garantindo uma assistência de enfermagem integral, holística e qualificada, e zelando pela segurança das crianças assistidas.

Este capítulo do protocolo aborda o cuidado à criança com orientações referentes às ações que visam à melhoria da qualidade de vida do público feminino.

Os procedimentos são apresentados de forma detalhada, de maneira a facilitar a compreensão do leitor, em consonância com referências bibliográficas do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e de outras fontes de relevância nacional.

Apresentamos a segunda revisão do Protocolo da Assistência à Saúde da rede municipal de Montes Claros – Atenção Básica Janeiro/2006, por meio de um trabalho conjunto dos enfermeiros das equipes da ESF e das coordenações técnicas municipais, e tem como proposta instrumentalizar o enfermeiro da rede assistencial no desenvolvimento de ações promocionais, preventivas e assistenciais na atenção primária do município de Montes Claros, de forma interdisciplinar e fundamentada no trabalho em equipe.

## 2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

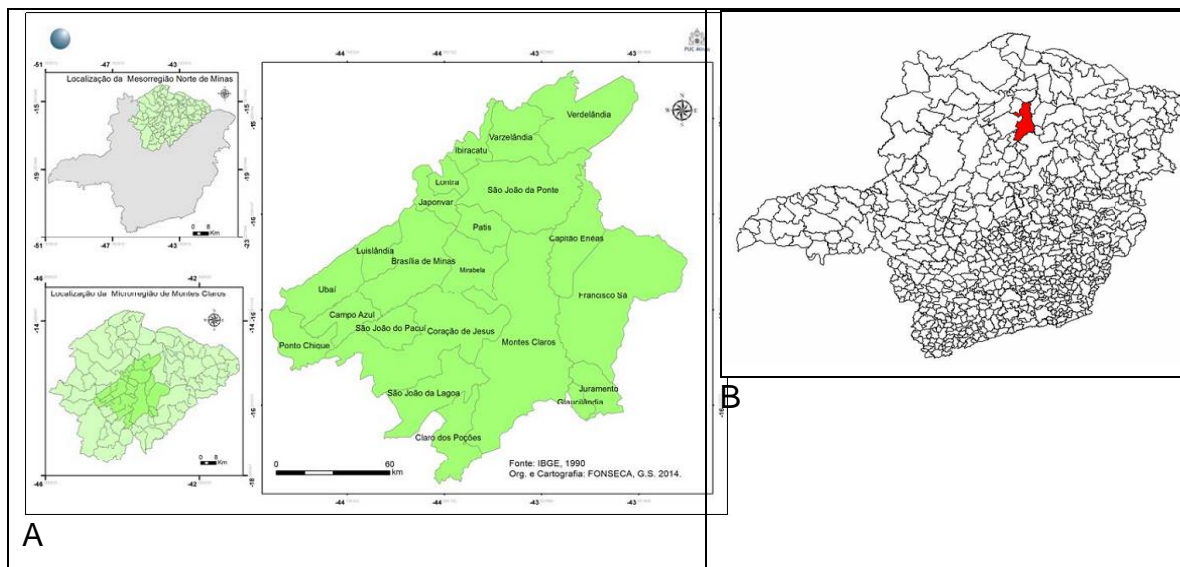
O município de Montes Claros fundada em 3 de julho de 1857 possui uma área equivalente a 3.582 km<sup>2</sup>, em que 38,70 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano e os 3.543,33 km<sup>2</sup> restantes representa a área rural (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros pertence à unidade federativa de Minas Gerais, mesorregião Norte de Minas que abrange oitenta e nove municípios distribuídos em sete microrregiões: Montes Claros, Pirapora, Bocaiuva, Januária, Salinas, Janaúba e Grão Mogol descrita na Figura 1. Possui como limites intermunicipais as cidades: São João da Ponte (ao norte), Capitão Enéas (nordeste), Francisco Sá (leste), Juramento e Glaucilândia (sudeste), Bocaiúva (sul), Claro dos Poções (sudoeste), São João da Lagoa e Coração (oeste) de Jesus, Mirabela e Patis (noroeste) (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros compreende vinte e dois municípios: Brasília de Minas, Campo Azul, Capitão Enéas, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Lontra, Luislândia, Mirabela, Montes Claros, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubaí, Varzelândia e Verdelândia. (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros situa-se na bacia do alto médio São Francisco, nos vales do rio Verde Grande, Pacuí e São Lamberto ao Norte do Estado de Minas Gerais, estando integrada na área do Polígono da Seca, região Mineira do Nordeste. Possui altitude de 678 metros e Clima tropical, a média de chuva anual é de 1074 mm<sup>3</sup> e sua temperatura média anual é de 24,2 °C, variando de 16,3 a 29,4 °C (MONTES CLAROS, 2017).

O município está ligado a BR 135 - Bocaiúva/Januária, BR 365 - Pirapora Uberlândia, BR 251 - Rio/Bahia/Salinas/Coração de Jesus, BR 122 - Janaúba. Além de contar com a BR-135, BR-365, BR-251 e BR-122, sua malha viária municipal é constituída por, aproximadamente, 5.500 km de estradas vicinais, que ligam a sede do município aos distritos e diversas comunidades rurais (MONTES CLAROS, 2017).



**Figura 1:** Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.

**Fonte:** Google maps

A cidade foi classificada pelo Plano Rodoviário Nacional como o segundo maior entroncamento Rodoviário do País, por causa da facilidade de acesso por rodovias às principais regiões do Brasil. Pelo ar, o Aeroporto oferece voos diários para Belo Horizonte, São Paulo e Salvador. A Ferrovia Centro Atlântica disponibiliza o transporte de cargas para as regiões Sudeste e Nordeste (MONTES CLAROS, 2017).

### Aspectos demográficos

A população total do município conforme Censo 2010: 361.915 habitantes e a população estimada em 2017: 402.027 habitantes.

**Quadro 1:** Distribuição da população por sexo e local em Montes Claros-MG em 2010.

População residente Montes Claros								
Total	Homens	Mulheres	Situação do domicílio e sexo					
			Urbana			Rural		
			Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
361	174	187	344	164	179	17		
915	249	666	427	985	442	488	9 264	8 224

Fonte: IBGE. Censo 2010

A distribuição das faixas etárias demonstra uma evidente inversão da pirâmide com diminuição da população das faixas etárias menores com sinalização da manutenção e consolidação desta tendência. Isto provavelmente é fruto de políticas de controle de natalidade implementadas nos anos 70/80 do século passado e que foram muito bem absorvidas pela população brasileira (MONTES CLAROS, 2015).

A população de Montes Claros entre os anos de 2000 e 2010 cresceu a uma taxa média anual de 1,66%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Neste período, a taxa de urbanização do município passou de 94,21% para 95,17%. Segundo o censo de 2010, viviam no município 361.915 pessoas e conforme estimativa populacional divulgada pelo IBGE, neste ano de 2017, a cidade de Montes Claros ultrapassou os 400 mil habitantes. O crescimento populacional nos últimos anos é de 1,95%, superando inclusive a taxa nacional que é de 1,57% (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros abrange vinte e dois municípios, com exceção de Montes Claros as características socioeconômicas são bem similares. Com base nos dados extraídos do Censo demográfico do IBGE (2010), Montes Claros é espaço de maior atração populacional na microrregião, acredita-se que seja por apresentar melhores oportunidades de trabalho, assistência médica hospitalar e qualificação profissional, enfim, melhores indicadores socioeconômicos em relação aos demais municípios (IBGE, 2017).

No ano de 2002 ocorreu a maior taxa de crescimento populacional (3,02%), representando sua maior marca na última década. A estimativa de que a população chegasse a 400 mil habitantes em 2017 foi alcançada, mas, não se espera que chegue 1.000.000 de habitantes em 2030. No entanto, economistas alertam para a necessidade de Montes Claros se preparar em infraestrutura para receber este crescimento populacional, que é de aproximadamente 4.100 habitantes/ano (FONSECA e FERNANDES, 2014).



## **Taxa de fecundidade e Esperança de vida ao nascer**

No Norte de Minas ocorreu uma queda na taxa de fecundidade, em que as mulheres optam por um número menor de filhos, este fato é observado no cotidiano e nos indicadores, como a Taxa de Fecundidade Total (TFT), que é o número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo. Em 1980, no Norte de Minas, tínhamos uma média de 6,21 filhos por mulher, este valor vem caindo e a TFT que em 2000 era de 2,1 filhos, caiu em 2010 para 1,6 filhos.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,8 anos na última década, passando de 72,3 anos, em 2000, para 77,1 anos, em 2010. Em 1991, era de 69,4 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil <[www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_uf/minas-gerais](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/minas-gerais)> Acesso em: Agosto/2017)

## **Atividades econômicas e de organização social**

### ***Atividades econômicas***

O IBGE caracteriza como cidade média aquela que possui população entre 100 mil e 500 mil habitantes. Na dinâmica econômica das cidades médias, o tamanho econômico é um indicativo responsável pela existência de infraestrutura necessária ao poder de atração locacional e ao papel de intermediação com outros centros urbanos (CASTELLO BRANCO, 2006). Uma das principais características de uma cidade média é o papel de centralidade, exercendo uma força de articulação com outros centros urbanos e a atuação como centro principal de oferta de serviços, comércio, moradia e emprego, entre outros bens para a sua área de influência. Neste sentido, uma cidade média mostra sua relevância no seu contexto regional e até em outros níveis de escalas (FRANÇA, 2011)

Montes Claros é o exemplo clássico de cidade média, possui uma economia diversificada e um comércio vibrante. Desde os primórdios da colonização a Região Norte Mineira vem sendo um Centro de Comercialização, o que lhe tem permitido não só quantificar a produção regional, como também influir na orientação e expansão da região.

Cada vez mais consolidada como “polo do Norte de Minas”, pela sua forte influência sobre as demais cidades que compõem a região, Montes Claros tem atraído variados setores de serviços, como os de saúde, educacional, comercial e de lazer. Sua infraestrutura urbana influencia o dinamismo da cidade ao agregar um espaço de serviços mais moderno e de maior complexidade.

Contudo, semelhante a outras cidades brasileiras, a produção da riqueza material assenta-se num modelo concentrador de renda. Conseqüentemente, a cidade apresenta espaços territoriais que antagonizam o dinamismo econômico e o peso das desigualdades sociais, sendo necessário, avançar em esforço que minimizem as desigualdades econômicas, sociais e políticas (FRANÇA, 2011).

### **Principais atividades econômicas**

As principais atividades econômicas são a indústria (mantimentos, laticínios, infraestrutura, etc), o comércio (bastante diversificado), a agricultura e a pecuária. As indústrias aqui instaladas estão bem consolidadas podendo-se destacar a maior fábrica de Leite Condensado do Mundo (NESTLÉ), uma das três fábricas de insulina da América Latina (NOVONORDISK, antiga BIOBRÁS) e a quinta maior fábrica de cimento do Brasil (LAFARGE, antiga MATSULFUR). A maioria das fábricas está instalada em um dinâmico polo industrial, conhecido como Distrito Industrial de Montes Claros.

A pecuária é um dos maiores e mais importantes polos de desenvolvimento da região, rica em possibilidades e novas alternativas de investimentos, figura-se como um elo com os grandes centros. Neste setor, destaca-se a pecuária de corte e leite seguido pela agricultura com destaque para os produtos: feijão, milho, mandioca, algodão e arroz irrigado, dentre outros.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 5,60% trabalhavam no setor agropecuário, 0,16% na indústria

extrativa, 9,53% na indústria de transformação, 10,35% no setor de construção, 1,03% nos setores de utilidade pública, 20,82% no comércio e 50,88% no setor de serviços.

Esta cidade média é uma das maiores economias mineiras, representando o 9º lugar no ranking municipal de composição do Produto Interno Bruto (PIB) estadual. O PIB *per capita* em 2014 era de R\$ 20.102,68.

### **Renda per capita**

A renda per capita média de Montes Claros cresceu 98,51% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 327,75, em 1991, para R\$ 485,55, em 2000, e para R\$ 640,75, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,67%. A taxa média anual de crescimento foi de 4,46%, entre 1991 e 2000, e 2,97%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 45,71%, em 1991, para 28,76%, em 2000, e para 11,99%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,60, em 1991, para 0,61, em 2000, e para 0,53, em 2010.

### **População Ativa**

Segundo o portal cidades do IBGE, em Montes Claros, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 69,12% em 2000 para 69,85% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação (ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 17,01% em 2000 para 9,50% em 2010. Segundo o censo de 2010, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,2 salários mínimos, haviam 101.744 (25,8 %) pessoas ocupadas e 36,4 % da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salários mínimos (<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>).

## **IDH - Índice de Desenvolvimento Humano**

O município é o mais bem colocado da região, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDHM de 0,770. A cidade está na faixa considerada de desenvolvimento humano alto, entre 0,700 e 0,799. O índice leva em conta três aspectos, longevidade, acesso ao conhecimento e padrão de vida. Em Montes Claros, os indicadores ficaram em 0,868; 0,744 e 0,707, respectivamente. Os resultados dos três últimos IDHM são baseados em dados de 1991, 2000 e 2010. De acordo com o PNUD, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos, de 2000 a 2010, foi a educação, com crescimento de 0,189, seguida por longevidade e renda.

## **Grupos sociais organizados**

Além dos CRAS, CREAS e Rede Solidária, subordinado à Secretaria Municipal de Políticas Sociais da prefeitura de Montes Claros- MG, no município também existem outras 48 Organizações Não Governamentais (ONGs) com atuação em diversas áreas.

## **Educação**

A Proporção de crianças e jovens que frequentaram/completaram determinado ciclo escolar indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. Em Montes Claros, segundo dados do IBGE 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,94%, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 93,33%, a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 70,94% e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era 58,03%.

Também, em 2010, 89,99% da população de 6 a 17 anos do município estava cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série e a Taxa de Escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 98,4 %.

Em 2015, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) para os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade teve nota média de 6.2 e para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.6. O IDEB foi criado em 2007 e reúne, em um só indicador, os resultados de dois conceitos igualmente

importantes para a qualidade da educação: o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações (MONTES CLAROS, 2017).

O número de pessoas de 10 anos ou mais de idade em Montes Claros em 2010 era de 308.936, destes frequentavam a escola 80.181 (25,95%). Dos 80.181 que frequentavam a escola, 37.479 (46,7%) eram do sexo Masculino e 42.702 (53,3%) do sexo feminino.

Na literatura não são encontrados dados recentes sobre a educação, muitos destes dados são provenientes dos censos nacionais e o último ocorreu em 2010. Em uma publicação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), de 2013, a média de escolaridade no Brasil, um dos critérios educacionais que o programa utiliza na elaboração do IDH, foi de 7,2 anos, o menor número entre os países da América do Sul. Este resultado indica a necessidade dos investimentos em educação no Brasil.

### **Rede de ensino pública e privada**

O município conta com diversas escolas:

- Ensino infantil: 104 privadas e 80 municipais;
- Ensino fundamental: 51 estaduais, 58 municipais e 37 privadas;
- Ensino médio: 26 estaduais, 1 municipal e 17 particulares;
- 38 escolas municipais na zona rural.

Atualmente, a cidade de Montes Claros é considerada um pólo universitário, contando com a presença de duas universidades públicas e diversas faculdades privadas que oferecem cursos nas diversas áreas do conhecimento, em níveis técnico, de graduação, pós-graduação Lato Sensu (especialização) e Stricto Sensu (mestrado e doutorado).

### **Instituições públicas de ensino superior**

Universidade Estadual de Montes Claros (UNINONTES) .

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Núcleo de Ciências Agrárias - NCA).

### **Instituições particulares de ensino superior**

Faculdades Ibituruna .

Instituto Superior de Educação Ibituruna (ISEIB) .

Faculdades de Saúde Ibituruna (FASI) .

Faculdade Santo Agostinho (FASA) .

Faculdades integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC) .

Faculdade de Ciência e Tecnologia de Montes Claros (FACIT) .

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE/SOEBRAS) .

Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) .

Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) .

Universidade de Uberaba (UNIUBE) .

Faculdade de Computação de Montes Claros (FACOMP) .

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) .

### **2.1 - Organização do Sistema de Saúde**

O Sistema municipal de saúde está organizado conforme as diretrizes e princípios do SUS – Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a portaria 399 de fevereiro de 2006 que se refere o ao termo de compromisso entre os gestores no pacto para a saúde (pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa pelo SUS) (MONTES CLAROS, 2017).

O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008): Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; Promoção da saúde; Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e Saúde do homem (MONTES CLAROS, 2017).

### Região ampliada de saúde

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, organiza a região de saúde em que Montes Claros está inserida territorialmente como sede de polo macro e microrregião, abrangendo 13 microrregiões e 87 municípios. O Município é polo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Município de maior densidade populacional da macrorregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de maior densidade tecnológica o que requer escala para cerca de 1.609.862 de habitantes; que exerce força de atração para micros circunvizinhas, polarizando as regiões do norte de Minas Gerais. Os municípios polo macro acumulam também a função de polo micro (MONTES CLAROS, 2017).

### Polo de Região de Saúde

Montes Claros é polo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza 11 municípios da microrregião, a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água, perfazendo assim uma população de 459.387 (MONTES CLAROS, 2013), como apresenta a tabela a seguir:

**TABELA 1 – Municípios da microrregião Montes Claros/Bocaiúva**

CODIGO DO MUNICÍPIO	MUNICÍPIO	ESTIMATIVA POPULACIONAL
310730	BOCAIUVA	46.949
311650	CLARO DOS POÇÕES	7.743
312380	ENGENHEIRO NAVARRO	7.125
312660	FRANCISCO DUMONT	4.892
312735	GLAUCILÂNDIA	2.977
312825	GUARACIAMA	4.737
313200	ITACAMBIRA	5.021
313640	JOAQUIM FELÍCIO	4.338
313680	JURAMENTO	4.129
314330	MONTES CLAROS	366.134
314545	OLHOS-D'ÁGUA	5.342
<b>TOTAL:</b>		<b>459.387</b>

FONTE: PDR SES-MG 2013

## 2.2 - Sistema Municipal de Saúde

De acordo com as diretrizes Estaduais, Nacionais e da Organização Mundial da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha no sentido de reverter um quadro de ações hospitalocêntrico/medicocêntrico para um modelo de saúde técnico assistencial, dando ênfase às ações de promoção e organização da saúde. Por outro lado, a urgência e emergência, em município de Gestão Plena, requer um controle sistemático e cumprimento da grade de referência, o município macrorregional desenvolve ações de nível secundário e terciário em um sistema de redes, como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Mais Vida, etc. (MONTES CLAROS, 2015).

De forma a atender à população conforme o perfil epidemiológico local e regional, a Agenda de Saúde foi consensuada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde que segue os seguintes eixos prioritários: **Fortalecimento da Gestão, Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção a Média e Alta Complexidade e Controle Social.**

Com essas diretrizes, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde 2014/2017, através de um planejamento estratégico e participativo, devidamente alinhado com o Plano de Governo Municipal e implementado através de uma proposta política administrativo do Município de Montes Claros, se organizando territorialmente para promover espaços de convivência capazes de potencializar a cultura da solidariedade e cooperação entre governo e sociedade local.

O Sistema municipal de Montes Claros em relação à rede física encontra-se distribuída conforme a tabela 2.

**TABELA 2 - REDE FÍSICA (SUS) DE MONTES CLAROS**

<b>Serviços De Saúde</b>	<b>Quantidade</b>
Unidades Básicas De Saúde (Área Urbana)	08
Policlínicas (Área Urbana)	02
Hospital Municipal Doutor Alpheu Gonçalves De Quadros	01
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Urbana)	121
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Rural)	10
Consultório na Rua	01
Unidades De Saúde Mental (CAPs)	02



Centro Oftalmologia Social	01
Centro De Controle De Zoonoses	01
Pontos De Apoio CCZ	08
CTA/IST/Aids	01
Anexo Contendo: Almoxarifado E Galpão	01
Saúde Da Mulher	01
NASP (Núcleo de Saúde Pitágoras – Centro de Saúde Vila Oliveira)	01
Centro de Reabilitação e Órteses e Próteses	01
CEO (Centro De Especialidades Odontológicas)	01
Consultórios Odontológicos em ESF	08
Consultórios Odontológicos em Escolas Estaduais e Municipais.	20
Farmácias Populares	02
Laboratório Análise de Água	01

Fonte: SMS/MOC/2017

### Rede de Serviços Contratados

<b>HOSPITALAR</b>		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
Hospital Prontosocor		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
<b>LABORATÓRIAL - ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA</b>		
Exame	Santa Clara	Instituto de Patologia do Norte de Minas
Voumard	LAC	Lab. Santa Casa
Prolab	Biominas	Bioanálises Montes Claros
São Geraldo	Biodiagnóstico	Siper Labonorte
Citocenter	Biomontes	Rafha Cordeiro II
Citolab	São Paulo	Laboratório do Hospital Aroldo Tourinho

		Laboratório do Hospital Universitário Clemente de Faria
<b>RADIOLOGIA</b>		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
<b>FISIOTERAPIA</b>		
Hospital Aroldo Tourinho		
Clínica de Traumatologia E Fisioterapia (São José)		
Clínica de Fisioterapia São Lucas		
Fisiocenter/ Santa Casa		
Ortoclinica Ltda		
Clínica Geraldo Caldos		
<b>SAÚDE AUDITIVA</b>		
Otorrino Fisio Center		
<b>NEFROLOGIA</b>		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
<b>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA/ MEDICINA NUCLEAR</b>		
Ressonar Imagens Médicas		
Núcleo de Medicina Nuclear		
<b>ONCOLOGIA</b>		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		

### **3. JUSTIFICATIVA**

Considerando que o cuidado à criança faz parte do fazer cotidiano da enfermagem, enquanto integrante das equipes de saúde da família, é imprescindível instrumentalizar os enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência, fazendo-se necessária a elaboração deste instrumento, com o objetivo de nortear o cuidar da enfermagem. Além disso, contribui na organização do processo de trabalho e nas ações de educação permanente da equipe melhorando continuamente o acesso e a qualidade no cuidado às crianças no âmbito da atenção primária.

#### 4. ASPECTOS LEGAIS

As ações do Enfermeiro, previstas neste protocolo, estão respaldadas pela Lei de Exercício Profissional nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, pelo Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7498/86, pelas Resoluções COFEN nº 159/1993, nº 195/1997 e nº 358/2009 e pela Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (COREN, 2012; BRASIL, 2017a).

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil, aponta como pontos relevantes na prática do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde da atenção básica: a consulta de enfermagem, em toda a sua complexidade de execução (Art. 11, alínea i), a prescrição da assistência de enfermagem (Art. 11, alínea f), a prescrição de medicamentos, desde que seja normatizada em programas de Saúde Pública e em protocolos de rotina aprovados pela instituição de saúde (Art. 11 alínea c) e a solicitação de exames de rotinas e complementares, conforme a Resolução COFEN nº 195/1997, que estabelece, no Art. 1º, que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais (COREN, 2012).

Isto posto, a atuação do Enfermeiro está embasada no seu conhecimento técnico-científico, sendo responsabilidade do profissional toda ação praticada, e, ficando este, sujeito às penalidades de acordo com a lei.

Na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro é um integrante da equipe de saúde em que todos os profissionais são imprescindíveis no cuidar do ser humano de maneira integral, sendo que devem ser levadas em consideração as habilidades e as capacidades de cada um dos componentes da equipe, em consonância com os preceitos éticos e legais. Ressalta-se também, que a integração entre as várias disciplinas e profissionais é requisito fundamental para o alcance dos objetivos propostos.

Na equipe de saúde existem atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica segundo a Portaria 2436/ 2017:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;
- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;
- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;
- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;
- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;
- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);
- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;
- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;
- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros

programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

### **Enfermeiro**

I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.



Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

- I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e
- III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

**Médico:**

- I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;
- II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;
- III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;
- V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;
- VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e
- VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

**Cirurgião-Dentista:**

- I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;
- III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);
- IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;
- V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;
- VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);
- VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VIII. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e
- IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

**Técnico em Saúde Bucal (TSB):**

- I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;
- III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;
- VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;
- X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;
- XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;
- XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;
- XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;
- XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV.- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII.- Processar filme radiográfico;

XVIII.- Selecionar moldeiras;

XIX.- Preparar modelos em gesso;

XX.- Manipular materiais de uso odontológico.

XXI.Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

### **Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):**

I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII.-Processar filme radiográfico;

VIII.- Selecionar moldeiras;

IX.- Preparar modelos em gesso;

X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII.Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

### **Gerente de Atenção Básica**

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico gerencial.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

- I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;
- II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
- III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;
- IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

- VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;
- VII.Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;
- VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;
- IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;
- X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;
- XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;
- XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;
- XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;
- XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e
- XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)  
Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e

eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

#### **a) Atribuições comuns do ACS e ACE**

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

**b) Atribuições do ACS:**

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando

as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;



VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Agente Comunitário de Saúde poderá executar em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Vale ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território;

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

### **Pessoal Administrativo**

- Acolher os usuários e visitantes;
- Prestar informações sobre o funcionamento das Unidades de Saúde;
- Agendar consultas e exames;
- Digitalizar dados da Unidade de Saúde;
- Organizar os recursos e materiais da Unidade de Saúde;
- Realizar outras atividades designadas pela coordenação da equipe.

## **Pessoal da Zeladoria e Manutenção**

- I. Acolher e informar usuários e visitantes;
- II. Realizar e manter a limpeza e a higiene adequadas do local de trabalho;
- III. Comunicar ao coordenador da unidade a ocorrência de danos ao patrimônio público;
- IV. Realizar o reparo de equipamentos.

## **5. OBJETIVOS**

Este protocolo tem como objetivos:

- Normatizar as ações dos profissionais de enfermagem inseridos nas unidades de saúde fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem embasada nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros;
- Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde;
- Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente da enfermagem;
- Intensificar a capacidade de resolução dos problemas de saúde da população infantil pela equipe de enfermagem;
- Estruturar as consultas de enfermagem visando aumentar a resolubilidade para evitar a fragmentação da assistência;
- Valorizar o trabalho da equipe de enfermagem por meio da excelência da qualidade prestada;
- Sistematizar ações de educação em saúde para promoção de práticas saudáveis e ações de vigilância à saúde para prevenção e controle de doenças e agravos;
- Viabilizar a integração interdisciplinar por meio do trabalho em equipe;

- Integrar ensino, serviço e comunidade por meio das normas e ações estabelecidas no protocolo.

## 6. METODOLOGIA

O guia para elaboração de protocolo idealizado pelo COREN/MG (2012) define protocolo como um documento norteador do processo de intervenção que visa descrever, de forma detalhada, as atividades e atribuições dos profissionais, no âmbito da instituição de saúde em que as ações são realizadas em equipe multiprofissional de maneira interdisciplinar. Dessa forma, a elaboração desse protocolo contou com a participação de profissionais de categorias diversas (enfermeiro, médico), uma vez que o fazer em saúde deve visualizar o ser humano de forma holística dentro do seu contexto biopsicossocial. Contudo, torna-se necessário também a colaboração de representantes do gestor Municipal e de membro do Conselho Municipal, já que saúde é direito de todos como resguardado pela Constituição e regulamentado na lei 8080.

Na construção deste protocolo, utilizou-se a metodologia de revisão integrativa, que visa proporcionar a síntese do conhecimento já sistematizado e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos na prática, se constituindo em um método que permite a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, que vêm sendo, cada vez mais, utilizadas na área da saúde, por facilitar o aprofundamento em determinada temática (SOUZA *et al.*, 2010).

A primeira etapa de elaboração do protocolo consistiu em uma reunião do grupo de trabalho na sede da secretaria municipal de saúde de Montes Claros, no dia 27 de Janeiro de 2017, às 14:00 horas, com a definição e divisão dos temas a serem abordados no documento. A seguir, foi escolhida a metodologia de trabalho que estabeleceu a divisão dos participantes (cada integrante ficou com um tema dentro da Saúde da Criança), para a construção preliminar do documento através da busca de publicações pertinentes ao tema.

O processo de construção foi viabilizado com a liberação semanal de dois turnos de trabalho dos participantes, sendo que um turno ficou reservado para o encontro da equipe e um outro turno, para a socialização das produções e estabelecimento de condutas.

Este estudo baseou-se na pesquisa de documentos publicados no período de 2010 a 2017, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), na SCIELO (Scientific Electronic Library On Line), na LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacionais. A busca de dados teve início no mês de Janeiro de 2017.

O total de documentos selecionados foram 33, após utilizados os seguintes critérios de inclusão: as temáticas das publicações devem abordar a assistência à saúde da criança; as publicações devem estar escritas em língua portuguesa; os documentos devem ter sido publicados a partir do ano de 2000; e, as publicações devem estar disponíveis de forma completa e gratuita.

Um documento foi descartado por não preencherem os seguintes critérios de inclusão: a temática relacionada à assistência a saúde da criança; disponibilidade do documento completo; e publicação a partir do ano de 2000.

Nos dias 03/02, 10/02, 17/02, 23/02 e 03/03 de 2017 foram realizadas reuniões para apresentação dos documentos e discussão sobre os ajustes necessários para a confecção do documento final do protocolo. No dia 04/03/2017, a versão preliminar foi encaminhada aos revisores para apreciação e sugestões.

O protocolo construído foi, então, enviado ao Conselho Municipal de Saúde na data de 03/03/2017, que foi discutido em plenária na reunião ordinária 356/2017 – Trecentésima Quinquagésima Sexta no dia 08/03/2017 as 13:30 que teve como deliberação o agendamento de Reunião extraordinária no dia 15/03/2017 em que ocorreu a aprovação do Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros em plenária sendo que esta deliberação encontra-se registrada na ata da reunião extraordinária número 170 – Centésima Septuagésima.

No dia 27 de Dezembro de 2017, a senhora Secretária Municipal de Saúde sancionou a Portaria/SMS número 12 que regulamenta o Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros que entrou em vigor na presente data.

## **7. DESENVOLVIMENTO**

Este protocolo encontra-se distribuído na área temática – Assistência de Enfermagem à Criança no município de Montes Claros.

### **7.1. SAUDE DA CRIANÇA: PRINCÍPIOS GERAIS E DIRETRIZES**

A assistência à saúde da criança representa a faixa etária compreendida por menores de dez anos; com atenção especial aos menores de cinco anos e acompanhamento prioritário nos serviços de saúde para os menores de um ano por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, atenção e recuperação dos agravos a saúde contidas nas ações de vigilância à saúde que integram o acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento complementado por atividades de controle das doenças prevalentes na infância realizadas em unidades de saúde e nas visitas domiciliares com ênfase nas atividades educativas.

Todas as atividades devem estar fundamentadas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, cujo Cartão da Criança é o principal instrumento devendo ser interpretado como um passaporte da cidadania.

#### **OBJETIVO**

- Acolher a todas as crianças de 0 a 10 anos, de forma humanizada prestando assistência integral, acompanhando o processo de crescimento e desenvolvimento, identificando os fatores de risco desde a vida intrauterina garantindo um atendimento de qualidade.

## **ATRIBUIÇÕES DO (A) ENFERMEIRO(A)**

- Acolher a família, esclarecendo as dúvidas.
- Realizar consulta de enfermagem a criança.
- Realizar as atividades educativas com ênfase individual e coletiva;
- Realizar visita domiciliar para acompanhamento dos recém-nascidos e consulta puerperal.
- Avaliar a criança, identificando riscos.
- Identificar os faltosos e solicitar a busca ativa pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).
- Administrar as vacinas conforme o calendário.
- Calcular cobertura vacinal e cobertura do programa.
- Preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança e o SISVAN.

## **7.2 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

### **7.2.1 ACOLHIMENTO**

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, uma ação de aproximação, que se baseia na captação precoce, acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento contribuindo para excelência da saúde com vista a boa qualidade de vida.

Toda oportunidade de contato com a família e a criança deve ser aproveitada e estabelecida uma série de atividades programadas – atendimentos individuais e coletivos e atividades educativas com as famílias – e também prever o atendimento da criança doente. Em qualquer circunstância, o acesso ao serviço de saúde deve estar plenamente garantido.

### 7.2.2 ASSISTENCIA AO RECEM-NASCIDO - CUIDADO PRECOCE

Recém-nascido (RN) é a designação de toda criança do nascer até o 28º dia de vida, cujo período neonatal precoce compreendido do nascimento até 7 dias corresponde a uma fase de risco relacionada a adaptação a vida extra-uterina, dessa maneira faz-se necessário o acolhimento oportuno pela equipe de saúde da família por meio do contato precoce com a família e a criança, seja por visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), seja por demanda espontânea à Unidade Básica de Saúde (UBS).

Esse contato precoce inicia-se com a visita domiciliar realizada pelo agente comunitário preferencialmente nas primeiras 48 horas após a chegada do RN no domicílio tendo por objetivo, segundo Minas Gerais (2005):

- \_ Verificar condições gerais da criança e da mãe;
- \_ Estimular o aleitamento materno;
- \_ Avaliar a existência de situações de risco;
- \_ Encaminhar para as Ações do 5º dia;
- \_ Orientar a mãe sobre a consulta do puerpério;
- \_ Orientar a mãe sobre a importância do acompanhamento da saúde da criança.
- \_ No caso de alguma dúvida, o ACS deverá solicitar ajuda da auxiliar/técnico de enfermagem na visita ou encaminhar a mãe e a criança para a UBS.

Com esse contato precoce é estimulado as ações que consistem em:

- 1- Coletar o material para a triagem neonatal (Teste do Pezinho), orientando a família sobre quais são as doenças triadas, qual a importância do diagnóstico precoce e como será informada do resultado;
- 2- Verificar a presença de icterícia. Se esta for detectável abaixo da cintura, a criança deve ser imediatamente encaminhada à consulta médica ou de enfermagem;
- 3- Avaliação do Puerpério – binômio mãe-filho verificando qualquer sinal de infecção ou intercorrências;



A primeira consulta de enfermagem deve ser realizada até o décimo dia e a segunda consulta entre 30 e 40 dias. Caso o RN seja classificado como de risco esse atendimento deverá acontecer nos primeiros três dias após a alta, com ações de:

- \_ Orientações aos pais em relação aos cuidados com o RN;
- \_ Orientações sobre o aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical e cuidados de higiene;
- \_ Preenchimento do Cartão da Criança com orientações à família sobre o seu objetivo e importância;
- \_ Verificação do estado geral da criança e identificar precocemente a presença de sinais de perigo ( Ver Quadro do AIDPI);

A equipe deverá definir o tipo de acompanhamento que o RN necessita receber, levando em conta sua classificação em função do grau de complexidade conforme as diretrizes para o atendimento publicado por Minas Gerais (2005):

**Grupo I:** situações que impõem uma atenção mais cuidadosa, podendo a criança ser acompanhada pela equipe de saúde, avaliando-se periodicamente a necessidade de encaminhamento - **acompanhadas pela equipe de saúde:**

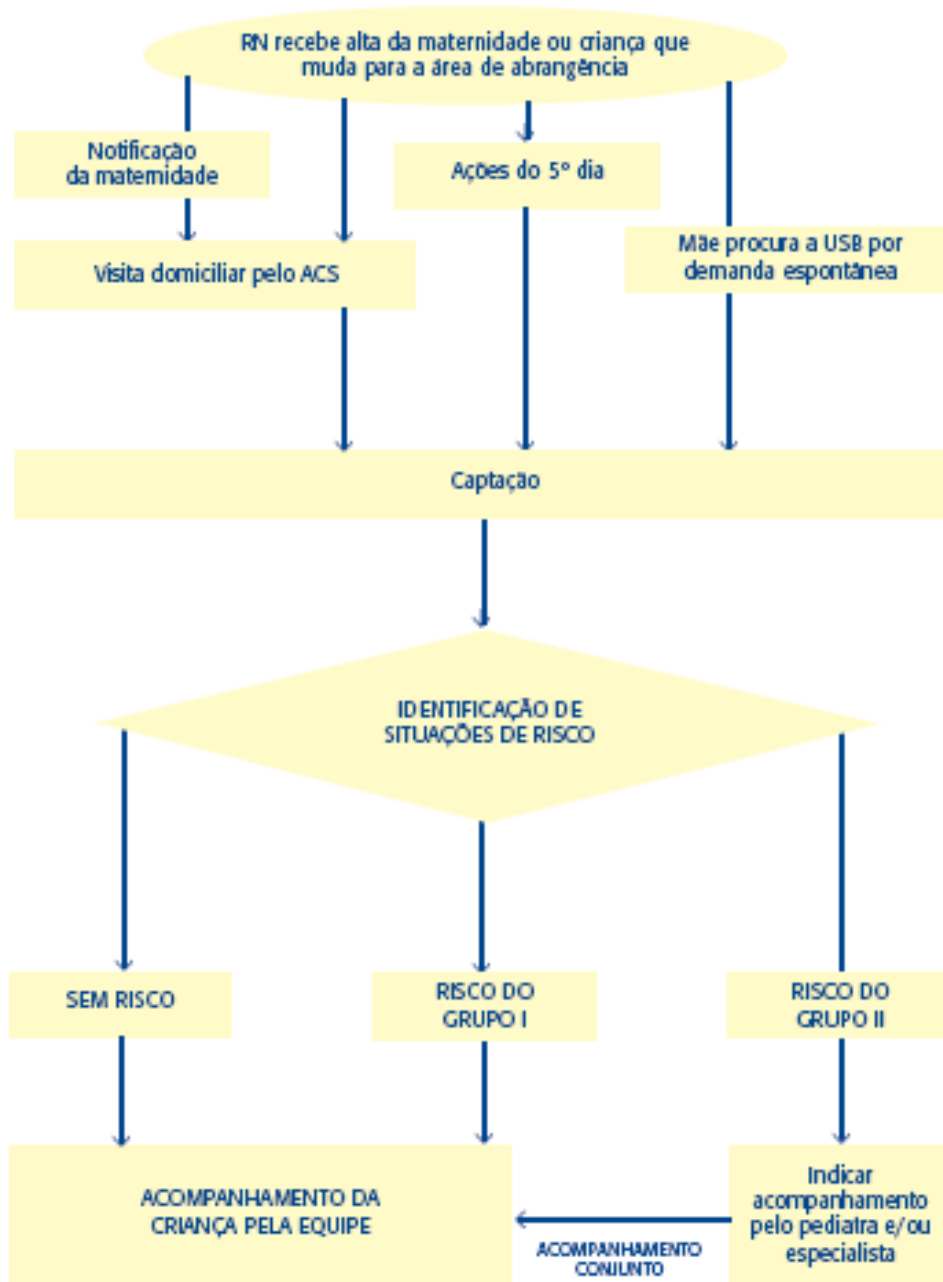
- \_ Mãe com baixa escolaridade;
- \_ Mãe adolescente;
- \_ Mãe deficiente mental;
- \_ Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa para estas doenças;
- \_ Morte materna;
- \_ História de óbito de menores de 1 ano na família;
- \_ Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis;
- \_ Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas;
- \_ Criança nascida de parto domiciliar não assistido;
- \_ Recém-nascido retido na maternidade;
- \_ Desmame antes do 6º mês de vida;

- \_ Desnutrição;
- \_ Internação prévia;
- \_ Criança não vacinada ou com vacinação atrasada.

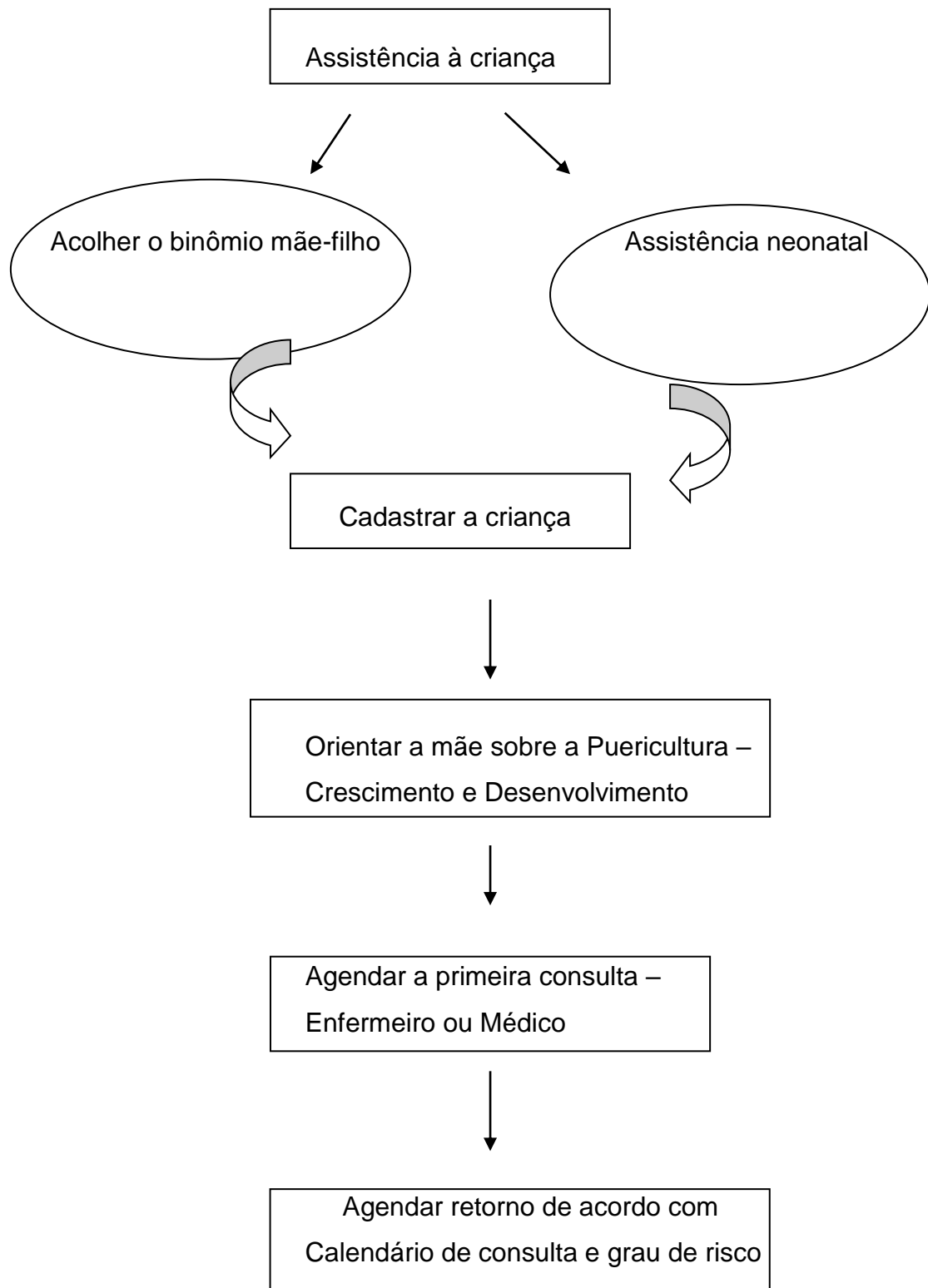
**Grupo II:** indicam a necessidade de um acompanhamento por pediatra e/ou especialista, mantendo-se o acompanhamento concomitante pela equipe de saúde; **acompanhadas por pediatra/especialista juntamente com a equipe de saúde:**

- \_ Baixo peso ao nascer;
- \_ Prematuridade;
- \_ Desnutrição grave;
- \_ Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, doença falciforme, biotinidase, hiperplasia da glândula suprarrenal, toxoplasmose congênita ou fibrose cística;
- \_ Doenças de transmissão vertical: toxoplasmose, sífilis, Aids;
- \_ Sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído para toxoplasmose, sífilis e AIDS;
- \_ Intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar;
- \_ Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- \_ Evolução desfavorável de qualquer doença.

A seguir será apresentado o Fluxograma de Assistência à Criança elaborado por Minas Gerais, 2005.

**FLUXOGRAMA 1 - Assistência à criança.**

Fonte: Minas Gerais, 2005.

**FLUXOGRAMA 2– Assistência a criança na unidade de saúde**

Fonte: Elaboração própria.

## VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar tem como objetivo a melhor aproximação da realidade do sujeito/grupo familiar observado ou atendido para isso faz-se necessário seguir alguns passos (MINAS GERAIS, 2005; BRASIL, 2012):

-Cumprimentar à mãe e familiares;

- Observar como estão a mãe e o bebê;
- Identificar com a mãe – a experiência do parto, sentimentos vivenciados no parto e no puerpério;
- Verificar o Cartão da Criança e analisar os dados sobre o parto, idade gestacional; dados da criança (peso, comprimento, PC, PA, APGAR, aplicação de vacinas- BCG e contra hepatite B); intercorrências hospitalares
- Perguntar à mãe se o bebê nasceu bem, se precisou incubadora, se mamou logo após o parto e se ficaram em alojamento conjunto;
- Perguntar como é o banho – orientar a HIGIENE PESSOAL com o banho diário com sabão neutro e água morna, lavar as mãos antes de manipular o RN, não se deve usar perfume ou talco e que pode ser prejudicial, causar alergia e até sufocar, orientar a limpeza da região anal e perineal a cada troca de fraldas para evitar lesões na pele, e no caso das meninas deve ser feita no sentido da vulva para o ânus; enxugar bem o bebê, e se necessário observar e ajudar a dar banho no bebê;
- Orientar sobre cuidados com o coto umbilical – importância de cuidar adequadamente do coto umbilical para evitar infecções; manter o coto umbilical sempre limpo e seco; após o banho, depois de secar bem o umbigo, envolvê-lo em uma gaze embebida com álcool absoluto; não cobrir com faixas ou esparadrapo; desaconselhar o uso de moedas, fumo ou qualquer outra substância para “curar” o umbigo. A queda do coto umbilical ocorre entre o 5º e o 10º dia.
- Verificar se a criança mama no peito – orientar a mãe que o leite materno é o melhor alimento para o bebê, torna a criança mais inteligente. O bebê não tem horário certo para mamar e mama muitas vezes durante o dia e a noite, aproximadamente oito vezes ao dia. Após largar o primeiro peito sempre oferecer o outro. O bebê deve mamar sempre nas duas mamas;

- Orientar que o uso de bico, chuquinhas e mamadeiras é desnecessário e muito prejudicial ao aleitamento materno, pois constitui causa comum de desmame precoce. Explicar que o bebê nem sempre chora com fome e sim por necessidade de colo, pelo barulho, pelo frio ou calor. É também prejudicial para a formação da arcada dentária e para a fala;
- Observar a movimentação do bebê e observar o aleitamento verificando se a pega está boa com os sinais - Queixo encostando no peito da mãe; O lábio inferior voltado para fora; A boca bem aberta abocanhando o mamilo e aréola mais visível acima do que abaixo-; boa posição - corpo todo voltado para a mãe, barriga do bebê encostada na barriga da mãe, todo o corpo recebe sustentação;
- Informar à mãe que acariciar, conversar, cantar é muito bom para o desenvolvimento da criança;
- Orientar para colocar o bebê no local mais arejado e menos barulhento de casa, tendo cuidado com animais e acidentes domésticos. Informar que é bom para o bebê ter um cantinho para ele;
- Orientar que ao trocar a fralda, deve fazer uma limpeza com algodão ou pano limpo molhados e evitar os produtos industrializados;
- Informar que o bebê se assusta fácil e que no 1º mês de vida já olha e segue com os olhos um rosto que se movimenta muito próximo;
- Orientar para pendurar brinquedos de formas e cores variadas no berço ou na rede, para estimular o bebê;
- Orientar que o pai também embala, acaricia e conversa com o bebê;
- Verificar se as narinas do bebê estão obstruídas: se sim, orientar o uso de soro fisiológico nasal ou soro feito em casa: 100ml + 1 pitada de sal, ferver bem a água e deixar esfriar coberto; usar 0,5 ml em cada narina com contagotas ou seringa sem agulha. Trocar a solução após 24 horas;
- Verificar e orientar se for o caso, sobre o teste do pezinho;
- Orientar sobre as vacinas e higiene;
- Mostrar a mãe como o Cartão da Criança vai ajudá-la a acompanhar o desenvolvimento e a saúde do seu bebê;

- Falar sobre a importância da consulta de crescimento e desenvolvimento para acompanhar a saúde do bebê;
- Por fim, elogiar o que a mãe estiver fazendo correto, encorajá-la a melhorar caso ela não esteja cuidando corretamente do bebê.
- Lembrar que a casa deve ser a mais limpa possível, de preferência, varredura úmida.
- Lembrar ainda que o fumo e o álcool são extremamente prejudiciais à saúde da mãe, do bebê e sua família, e, portanto, devem ser evitados;
- Verificar se a mãe ou familiares tem alguma dúvida ou pergunta a fazer e orientá-los se for o caso. Despedir-se informando/agendando o seu retorno e a consulta de puericultura na Unidade de Saúde

**VERIFICAR O PADRÃO DE VIDA COTIDIANA** – PERGUNTAR SOBRE SONO E REPOUSO; ALIMENTAÇÃO; HIDRATAÇÃO; ELIMINAÇÕES INTESTINAIS- frequência, aspecto, consistência, cor; ELIMINAÇÕES VESICAIS- frequência, aspecto; HIGIENE – Nº de vezes, uso de sabonete.

### **AVALIAÇÃO E EXAME FÍSICO**

**ASPECTO GERAL**- postura, comportamento ativo, apático, irritado, prostrado, fácies, condições de higiene. Avaliar a atividade espontânea do RN, sua reatividade e seu tônus, a qualidade do seu choro.

**PELE**- textura, coloração, presença de manchas/cicatrizes (milliam, miliaria, hemangioma plano, mancha mongólica, eritema tóxico); verificar se há cianose, icterícia, pletora ou palidez.

**CABEÇA**- contorno, cavalgamento de suturas e assimetria, avaliação das fontanelas anterior e posterior (tamanho, grau de tensão), suturas, presença de alterações como caput succedaeon, bossa serossanguinolenta e cefalohematoma, tumefações.

**OLHOS**- simetria, fotorreagente, coloração; verificar se há secreção purulenta, hemorragia subconjuntival, catarata e malformações das estruturas oculares.

**MUCOSAS – OCULAR E ORAL EM ESPECIAL**

**NARINAS** – permeável, alterações, presença de desvio de septo

BOCA- palato duro e mole, anormalidades, ausência de dentição, perolas de Epstein

OUVIDOS – posição, estrutura, função auditiva e alterações.

PESCOÇO – amplitude de movimento, formato, palpação de gânglios, clavícula – observar possíveis fraturas e alterações.

TORAX- formato, tamanho, simetria, movimento, desenvolvimento mamário

AUSCULTA CARDÍACA E PULMONAR

AVALIAÇÃO DAS MAMAS – tamanho, formato, formação do mamilo, localização, número (mamilo extranumerário) e presença de alterações ginecomastia (aumento mamário)

ABDOME- contorno, ausculta (peristalse), percussão e realizar a palpação abdominal em toda sua extensão, diástase músculo reto.

COTO UMBILICAL- fase de desidratação e mumificação e cicatrização, higiene, observar se há secreção, odor e hiperemia da pele ao seu redor; característica da cicatriz (granuloma); Se o coto já caiu, veja se está seco ou úmido (secreção). Se tiver secreção, avaliar segundo AIDPI;

MEMBROS INFERIORES – simetria, amplitude de movimentos, nº de dedos e formato, pulsos femorais.

GENITALIA – presença de secreções; alterações (criptoquidia, hipospadia, epispadia, varicocele, hidrocele) As hérnias inguinais e/ou escrotais podem estar presentes desde o nascimento; Nas meninas, verificar se há corrimento e/ou sangramento vaginal, se o hímen está preservado e se há sinéquia dos pequenos lábios.

SINAIS VITAIS- pulso e frequência respiratória.

SINAIS DE ICTERICIA –

Segundo Brasil (2014a) o profissional deve examinar a criança com pele amarelada sob a luz solar. A icterícia é clinicamente visível quando os níveis de bilirrubina estão acima de 4-5mg/dL.

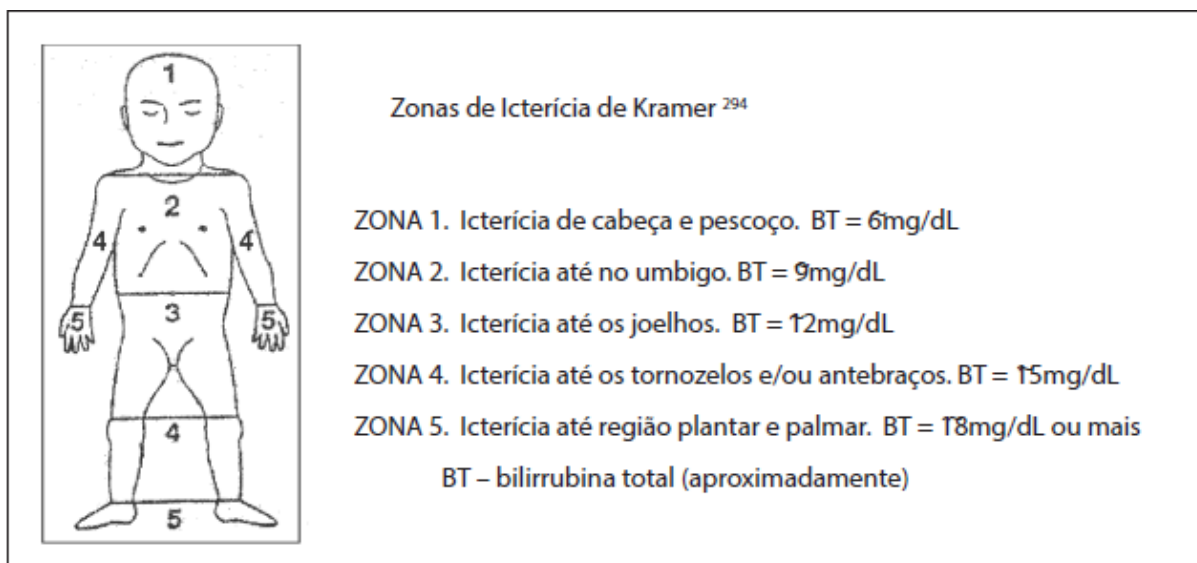
Se a área ictérica se localiza abaixo do umbigo até extremidades (região palmar e plantar), correspondendo às zonas de Kramer 3, 4 e 5, considera-se como doença neonatal muito grave e a criança precisa de tratamento urgente devendo referi-la ao hospital. Se a área ictérica se localiza apenas em face e tórax (zonas 1 e 2), pode tratar-se de uma icterícia fisiológica e necessitará ser



avaliada dois dias depois para observar se a área icterícia se estendeu além do umbigo ou para as extremidades (zonas 3, 4 e 5) (BRASIL, 2014a).

Resumindo a descrição da Icterícia é realizada utilizando as Zonas dérmicas segundo Kramer -Cabeça e pescoço – I; Tronco acima do umbigo – II; Região hipogástrica e coxas – III; Joelhos e cotovelos até tornozelos e punhos – IV; Mãos e pés, palmas e plantas- V Descrita na Figura 2

**FIGURA 2-** Zonas Dérmicas segundo Kramer.



Fonte BRASIL, 2014, p.123.

O enfermeiro deve estar atento a evolução da icterícia conforme figura a seguir.

**FIGURA 3-** Alerta Amarelo.

	<h3>ALERTA AMARELO</h3>	<p>A COLESTASE NEONATAL É UMA URGÊNCIA EM PEDIATRIA!</p>
<p>O aumento da bilirrubina direta (colestase) representa a presença de doença hepatocelular ou biliar e necessita exploração clínica urgente. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado influem decisivamente na sobrevivência e na qualidade de vida de muitos pacientes, como nos portadores de atresia biliar e alguns erros inatos do metabolismo.</p> <p>A atresia biliar é a principal causa de transplante hepático em crianças e, se não tratada, é fatal em 100% dos casos. A cirurgia de Kasai (portoenterostomia) é a única alternativa para evitar o transplante hepático, tendo melhores resultados se realizada precocemente. No Brasil, o encaminhamento tardio destes pacientes é um importante problema. Medidas simples, como as descritas a seguir, podem facilitar o diagnóstico precoce e melhorar o prognóstico destas crianças:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O recém-nascido que persistir com icterícia com idade igual ou maior que 14 dias deve ser avaliado do ponto de vista clínico (global e coloração das fezes e urina) e laboratorial (bilirrubinas).</li> <li>- Se as fezes foram "suspeitas" ou a criança apresentar aumento de bilirrubina direta, encaminhar o paciente para serviços especializados.</li> </ul>	<p>Departamento Científico de Gastroenterologia Pediátrica SBP</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Fezes Normais</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Fezes suspeitas</p> </div> </div>		

FONTE: BRASIL, 2014, p. 17.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA- REFLEXOS (moro, babinski, preensão palmar e plantar, tônico cervical, busca, Perez, galante, marcha, engatinhar, pupilar, reflexo corneal, olho de boneca, glabellar, sucção dentre outros) descrito no capítulo de Desenvolvimento.

ANTROPOMETRIA (peso, comprimento e perímetro cefálico) deve ser realizada a cada atendimento, anotada no Cartão da Criança e analisada em curvas de crescimento adequadas.

### **7.2.3 TRIAGEM NEONATAL**

#### **Triagem Auditiva Neonatal**

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) tem por finalidade a identificação o mais precocemente possível da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico dessa deficiência, e intervenções adequadas à criança e sua família.

A TAN deve ser realizada, preferencialmente, nos primeiros dias de vida (24h a 48h) na maternidade, e, no máximo, durante o primeiro mês de vida, a não ser em casos quando a saúde da criança não permita a realização dos exames.

É um exame simples, rápido e indolor. Coloca-se um pequeno fone na parte externa do ouvido do bebê que permite a produção de um estímulo sonoro e a captação do seu retorno (eco), sendo registrado no computador se as partes internas da orelha (cóclea) estão funcionando. O resultado do exame é emitido na forma de um gráfico.

Indicadores de risco para deficiência auditiva em neonatos e lactentes:

- Preocupação dos pais com o desenvolvimento da criança, da audição, fala ou linguagem.
- Antecedente familiar de surdez permanente, com início desde a infância
- Permanência na UTI por mais de cinco dias, ou a ocorrência de qualquer uma das seguintes condições, independente do tempo de permanência na UTI:

ventilação extracorpórea; ventilação assistida; exposição a drogas ototóxicas como antibióticos aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça; hiperbilirrubinemia; anóxia perinatal grave; Apgar Neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto; peso ao nascer inferior a 1.500 gramas.

- Infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis, HIV).
- Anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal.
- Síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (como Waardenburg, Alport, Pendred, entre outras).
- Distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friedreich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth).
- Infecções bacterianas ou virais pós-natais como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite.
- Traumatismo craniano.
- Quimioterapia.

As maternidades são obrigadas, conforme Lei Federal 12.303 de 2 de agosto de 2010, a fornecer o exame. Caso esse agendamento não seja realizado no ambiente hospitalar ou se o parto não tiver ocorrido em ambiente hospitalar, a Atenção Básica deve fazer o encaminhamento para o setor Saúde da Criança na Secretaria Municipal de Saúde onde, qualquer familiar, portando os documentos da criança e o encaminhamento realizará esse agendamento.

### **Teste do Pezinho**

O exame de triagem neonatal, conhecido como teste do pezinho, é oferecido gratuitamente por meio do Programa de Triagem Neonatal de Minas Gerais (PTN-MG), sob a gestão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) e execução técnica do Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da UFMG (Nupad).

O exame de triagem neonatal é um exame realizado em laboratório a partir de amostras de sangue retiradas do calcanhar do recém-nascido e

colhidas em papel filtro. O exame mostra se o bebê possui alguma alteração que possa indicar o diagnóstico de uma doença de origem genética grave ou que se desenvolveu no período fetal (congenita).

As doenças genéticas se estabelecem logo após o contato do espermatozoide com o óvulo, portanto, já existem antes mesmo da fecundação, sob a forma de mutações no código genético dos pais. Já as doenças congênitas se estabelecem no período fetal, mesmo não havendo herança por parte dos pais.

A partir da triagem neonatal, o recém-nascido com suspeita para alguma dessas doenças passa por exames confirmatórios. Caso o diagnóstico seja confirmado, a criança começa a receber os cuidados médicos necessários antes da ocorrência de mortes e do aparecimento de sequelas graves e sem chances de cura, como, por exemplo, o retardo mental.

A coleta do sangue para a triagem neonatal deve ser realizada entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê. Nesse período, é importante que a mãe ou o responsável pela criança procure a Unidade Básica de Saúde (UBS) para realizar o teste.

#### Procedimento para coleta recomendado pela NUPAD:

- 1º - Solicitar cartão SUS, documentos de identificação da mãe e cartão SUS e Caderneta da Criança;
- 2º - Explicar o procedimento para o acompanhante da criança;
- 3º - Preparar os materiais necessários para realização do procedimento;

## Materiais enviados pelo Nupad:

1. Lanceta BD-AZUL;
2. Papel filtro;
3. Suporte para secagem;
4. Cartela contendo códigos pré-definidos pelo Nupad;
5. Envelope branco;
6. Lembrete para informações faltantes;
7. Envelope Carta Resposta.



Fonte: Minas Gerais, 2013.

4º - Posicionar a criança no colo de um cuidador, escolher o local para a punção e realizar antissepsia com álcool a 70º.



Posição de  
"arrotó"

Posição de  
"mamada"

Fonte: Minas Gerais, 2013.

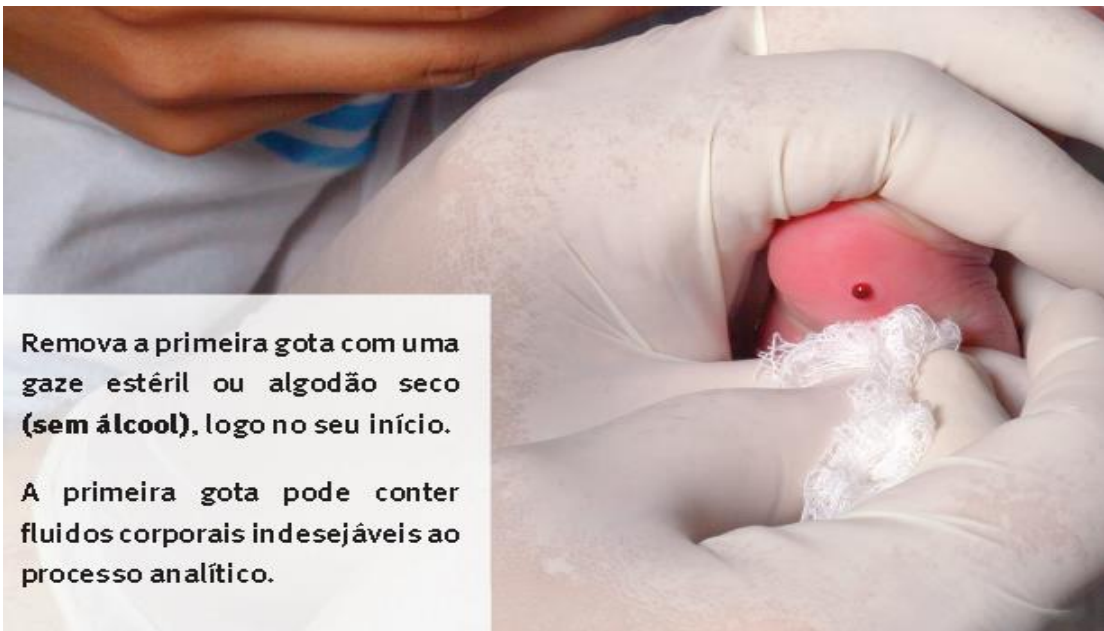


Fonte: Minas Gerais, 2013.

### Passos para a Punção

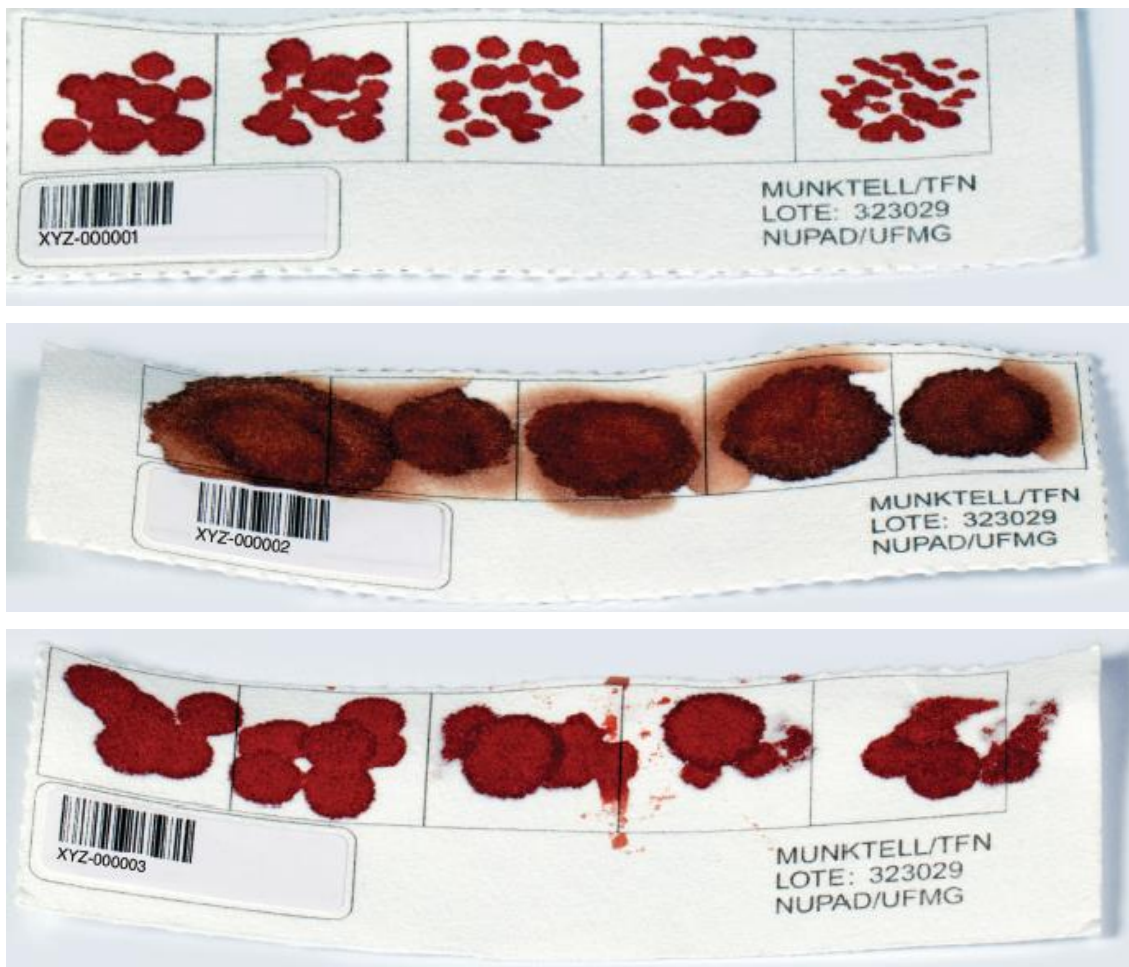






Fonte: Minas Gerais, 2013.

Exemplos de amostras inadequadas:



**Fonte:** Minas Gerais, 2013.

5º - Após depositar o sangue no papel-filtro, coloque-o para secar no suporte por 3 horas, em posição horizontal, em local limpo e arejado.

6º - Registrar procedimento em prontuário da criança;

7º - Após secagem, enviar amostra dentro do Envelope Carta Resposta para ser entregue em uma agência dos Correios ou enviado para o setor Saúde da Criança na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que fará o envio das amostras pelas agências dos Correios.

8º - Acompanhar resultado dos exames pelo site da NUPAD: [www.nupad.medicina.ufmg.br](http://www.nupad.medicina.ufmg.br). Os resultados deverão ser impressos pela Unidade de Saúde Básica ou pela SMS e entregue ao responsável pela criança.

9º - Se houver alteração em algum resultado, a NUPAD entra em contato via telefone o mais breve possível para a realização de nova coleta de amostra.



Após a triagem neonatal, a criança identificada como positiva para alguma das doenças passa a ser acompanhada e tratada pela Rede de Atenção à Saúde no âmbito do PTN-MG.

O Setor de Monitoramento do Cuidado (SMC) do Nupad tem papel importante na implementação dessa estratégia: por meio de contato diário com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Secretarias Municipais de Saúde de todo o estado, ele faz o acompanhamento e monitoramento dos processos da triagem neonatal realizados nos municípios e o controle do tratamento das crianças diagnosticadas.

Atualmente, o Estado realiza a triagem neonatal para seis doenças:

**QUADRO 1.** Doenças pesquisadas pela Triagem Neonatal da NUPAD.

<b>Hipotireoidismo congênito</b>	Definição: deficiência de hormônios tireoidianos.
	Consequências: descompensação de todos os outros processos metabólicos incluindo o crescimento e desenvolvimento mentais. A partir de 4 semanas de vida, essa deficiência pode causar lesões neurológicas
	Tratamento: Reposição hormonal com levotiroxina.
	Local de Tratamento: ESF e Especialista Endócrino.
<b>Fenilcetonúria</b>	Definição: doença genética caracterizada por um erro do metabolismo (geralmente na enzima fenilalanina hidroxilase) responsável por processar o aminoácido fenilalanina resultando no acúmulo deste aminoácido no sangue.
	Consequências: atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor, deficiência mental, comportamento agitado ou padrão autista, convulsões e odor característico na urina.
	Tratamento: restringe-se a uma dieta com baixo teor de fenilalanina para promover o crescimento e

	desenvolvimento adequados. A dieta é personalizada e calculada segundo a idade, peso e grau de deficiência enzimática. Há também a prescrição de leite especial.
	Local de Tratamento: Ambulatório São Vicente do Hospital das Clínicas/UFMG: Alameda Álvaro Celso, 271, 1º andar, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG. (31) 3409-9904.
<b>Anemia falciforme e outras hemoglobinopatias</b>	Definição: hemoglobinopatias decorrentes do defeito estrutural na cadeia Beta da hemoglobina, acarretando alteração físico-química na molécula de hemoglobina e no formato das hemácias (formato de foice) e falta de oxigênio.
	Consequências: os glóbulos vermelhos tomam a forma de meia lua ou foice. A membrana dessas células é alterada, rompe-se facilmente, causando a anemia hemolítica (palidez, icterícia) e, também, tem maior predisposição de aderirem aos vasos sanguíneos, causando obstrução.
	Manifestações clínicas: Crise de dor mais frequente nos ossos e nas articulações, geralmente relacionada a mudanças climáticas, infecções ou desidratação; Icterícia devido a ruptura do glóbulo vermelho e surgimento de um pigmento amarelo no sangue que é a bilirrubina; Síndrome mão-pé inchaço e dor local; Infecções: as crianças são mais susceptíveis e, por isso, devem receber vacinas especiais e, ao primeiro sinal de febre, é imprescindível buscar atendimento qualificado; Sequestro esplênico de sangue no baço (mais freqüente em crianças menores de 5 anos) com aumento de volume do Baco e palidez repentina; Úlcera de perna que se manifesta a partir da adolescência.
	Local de Tratamento: Hemominas – Montes Claros

<b>Fibrose Cística</b>	<p>Definição: doença hereditária autossômica e recessiva, mais frequente na população branca, manifesta-se em ambos os sexos. Causa alteração no transporte de íons das membranas das células, afetando o muco e as glândulas sudoríparas.</p>
	<p>Tratamento: dieta hipercalórica e hiperproteica; atentar a reposição de eletrólitos (sódio), a reidratação adequada, sobretudo nos dias mais quentes; suplementação enzimática; reposição das vitaminas lipossolúveis A, D, E, K; inalações diárias com soro fisiológico, broncodilatadores ou monolíticos; fisioterapia respiratória para facilitar a higiene dos pulmões e evitar infecções; antibióticos nos casos mais graves.</p>
	<p>Local de Tratamento: Ambulatório São Vicente – Hospital das Clínicas. Alameda Álvaro Celso, 271, 1º Andar, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG. (31) 3409-9566</p> <p>Ambulatório Bias Fortes – Hospital das Clínicas. Alameda Álvaro Celso, 175, 5º Andar, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG. (31) 3409-9525</p> <p>Hospital Infantil João Paulo II – FHEMIG. Alameda Ezequiel Dias, 345, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG. (31) 3239-9001/9048</p> <p>Hospital Júlia Kubistchek (pacientes adultos). Rua Dr. Cristiano Resende, 2745, Araguaia, Belo Horizonte – MG. (31) 3389-7800.</p>
	<b>Deficiência da Biotinidase</b>

	<p>Consequências: a ausência de tratamento acarreta ataxia, hipotonia, perda auditiva sensorial, deficiência intelectual, problemas respiratórios, convulsões e atrofia ótica.</p>
	<p>Tratamento: reposição da vitamina biotina o mais precoce possível reduz as chances de manifestação dos sintomas da doença e assegura uma vida normal ao recém-nascido.</p>
	<p>Local de Tratamento: Ambulatório São Vicente – Hospital das Clínicas. Alameda Álvaro Celso, 271, 1º Andar, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG. (31) 3409-9566</p>
<p><b>Hiperplasia Adrenal Congênita ou Síndrome Adrenogenital (HAC)</b></p>	<p>Definição: erro inato do metabolismo do cortisol e em mais de 90% dos casos causada pela deficiência da enzima 21-hidroxilase (D21-OH).</p>
	<p>Consequências: síndromes clínicas da HAC – Forma clássica perdedora de sal: corresponde a forma mais comum da HAC clássica. Ha casos em que ocorre a virilizarão da genitália externa dos recém-nascidos do sexo feminino (aumento do clitóris, fusão labial e formação de seio urogenital), devido ao excesso de andrógenos durante a vida intrauterina. Nos casos dos recém-nascidos do sexo masculino e nos do sexo feminino, nos quais a virilizarão da genitália externa não foi identificada, como existe a deficiência mineralocorticoide, ocorrera nos primeiros dias de vida a crise adrenal: depleção de volume, desidratação, hipotensão, hiponatremia e hipercalemia. – Forma clássica nao perdedora de sal (virilizante simples): nesse caso ha virilizarão da genitália externa do recém-nascido do sexo feminino. Os recém-nascidos do sexo masculino são identificados mais tarde, visto nao ocorrer</p>

	<p>para essa situação a deficiência mineralocorticoide com repercussão clínica, sendo assim, esses recém-nascidos (do sexo masculino) apresentam sinais de hiperandrogenismo: velocidade de crescimento aumentada, maturação óssea acelerada ou pubarca precoce. - Forma não clássica (de início tardio): em geral as pessoas acometidas pela forma não clássica são assintomáticas, ou quando há manifestações, estas são tardias (na infância ou adolescência). Em virtude da deficiência enzimática no sexo feminino, há o hiperandrogenismo e a apresentação clínica pode ser: aumento do clitóris, pubarca precoce, ciclos menstruais irregulares e hirsutismo. O quadro costuma ser assintomático nos recém-nascidos do sexo masculino.</p>
	<p>Tratamento da forma clássica: usualmente, administra-se glicocorticoide (Prednisolona via oral) e, na adolescência, dá preferência a Dexametasona. Tratamento da forma clássica perdedora de sal: reposição mineralocorticoide (Fludrocortisona) em doses assistidas e provável suplementação com Cloreto de Sódio. Tratamento da forma não clássica: para o sexo feminino, usam-se os corticoides, anticoncepcionais hormonais e antiandrogênicos, de forma associada ou isoladamente.</p>
	<p>Local de Tratamento:</p> <p>Ambulatório São Vicente do Hospital das Clínicas/UFMG: Alameda Álvaro Celso, 271, 1º andar, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG. (31) 3409-9566</p>

Fonte: Brasil, 2002.

### **Teste de Oximetria de pulso/ Teste do Coraçõzinho**

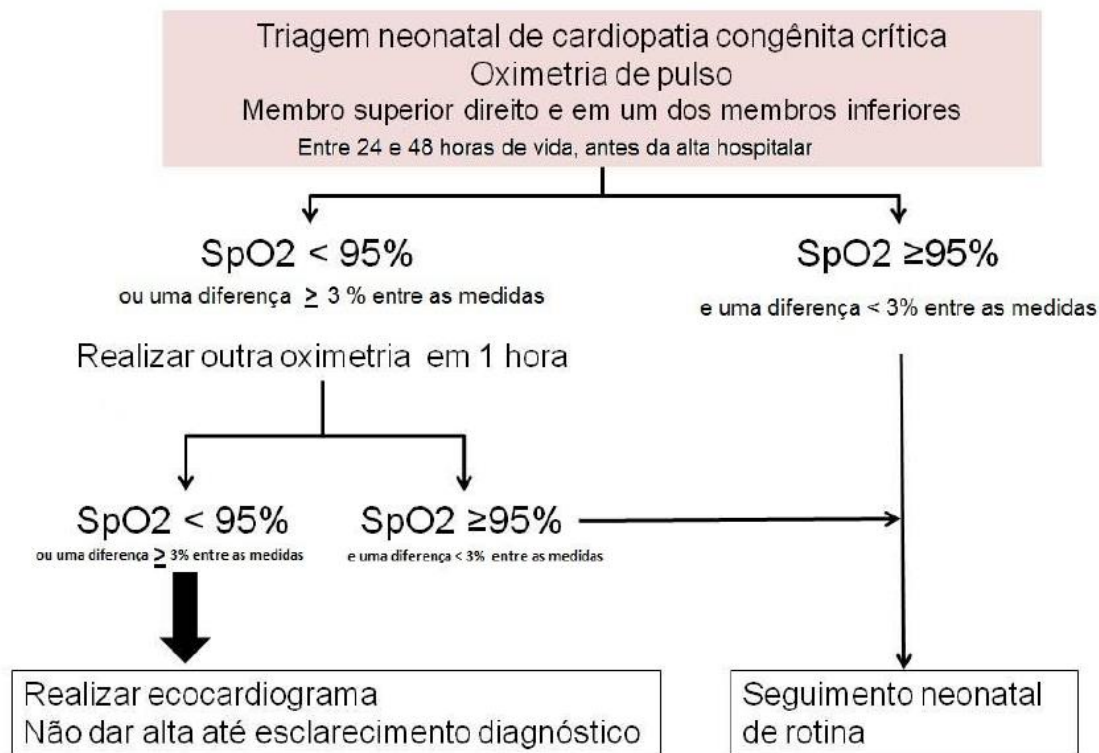
O teste permite identificar precocemente se o bebê tem alguma doença grave no coração e, em caso positivo, o paciente é submetido ao exame de ecocardiograma para confirmar o diagnóstico. O procedimento é simples, rápido e indolor. Consiste em medir a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos do recém-nascido com o auxílio de um oxímetro - espécie de pulseirinha - instalado nos primeiros dias de vida no pulso e no pé.

Deve ser realizado entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar em todo recém-nascido aparentemente saudável com idade gestacional maior que 34 semanas.

Para resultado normal considerar a saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) periférica maior ou igual a 95% em ambas as medidas (membro superior direito e membro inferior) e diferença menor que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior. Como resultado anormal, caso qualquer medida da SpO<sub>2</sub> seja menor que 95% ou houver uma diferença igual ou maior que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior, uma nova aferição deverá ser realizada após 1 hora. Caso o resultado se confirme, um ecocardiograma deverá ser realizado dentro das 24 horas seguintes.

Este teste apresenta sensibilidade de 75% e especificidade de 99%. Sendo assim, algumas cardiopatias críticas podem não ser detectadas através dele, principalmente aquelas do tipo coarctação de aorta. A realização deste teste não descarta a necessidade de realização de exame físico minucioso e detalhado em todo recém-nascido, antes da alta hospitalar.

### Fluxograma 3- Triagem Neonatal de Cardiopatia congênita crítica.



**Fonte:** Departamentos de Cardiologia e Neonatologia da SBP, 2017.

### Triagem Visual Neonatal - Teste do reflexo vermelho ou teste do olhinho

A Triagem Visual Neonatal foi instituída pela Portaria numero 793, de 24 de abril de 2012, que contempla ações de prevenção e de identificação precoce de deficiência visual.

É um teste rápido, fácil, indolor e não necessita de colírio. O exame é realizado com um oftalmoscópio para facilitar a inspeção ocular. Ao serem atingidos pelo foco de luzes nos olhos, refletirão tons de vermelho, laranja ou amarelo, na presença de retinas saudáveis. Em caso de alteração, o reflexo de luz será esbranquiçado ou não será possível observá-lo.

O teste do reflexo vermelho (TRV) é uma ferramenta de rastreamento de alterações que possam comprometer a transparência dos meios oculares, tais como catarata (alteração da transparência do cristalino), glaucoma (alteração da transparência da córnea), toxoplasmose (alteração da transparência do vítreo pela inflamação), retinoblastoma (alteração da transparência do vítreo pelo

tumor intraocular), descolamentos de retina tardios. Vale lembrar que o TRV não é a forma adequada de identificação precoce dos descolamentos de retina e que, em prematuros, a avaliação deve ser por mais tempo e sob outros métodos para detectar a retinopatia da prematuridade.

**FIGURA 4-** Resposta Teste do Reflexo Vermelho.



Fonte: BRASIL, 2009.

### 7.3 PUERICULTURA: ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Puericultura refere-se a “ um conjunto de meios que visam a assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança” (BUENO, 2000: p.635) em que o crescimento e o desenvolvimento são pilares para todas as atividades de atenção à criança com ênfase nos aspectos biológico, afetivo, psíquico e social evidenciando precocemente os transtornos que afetam a sua



saúde e, fundamentalmente, sua nutrição, sua capacidade mental e social. Representando a ação central e organizadora de toda a atenção à criança menor de cinco anos, haja vista que ao mesmo tempo crescer e desenvolver são causa e efeito um do outro.

O crescimento e o desenvolvimento são marcos para o acompanhamento da criança que fazem parte da assistência e que são interdependentes, mas não são sinônimos; diante disso, faz-se necessário conceituar.

**Crescimento:** Significa um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, englobando os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos, podendo ser medido em termos de centímetros ou de gramas considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança.

**Desenvolvimento:** É o processo de humanização que inter-relaciona aspectos biológicos, psíquicos, cognitivos, ambientais, socioeconômicos e culturais; aquisição de habilidades progressivamente mais complexas mediante o qual a criança vai adquirindo maior capacidade para mover-se, coordenar, sentir, pensar, interagir com os outros e o meio que a rodeia; em síntese é o que lhe permitirá incorporar-se de forma ativa e transformadora, à sociedade em que vive.

Crescimento e Desenvolvimento (CD) fazem parte do mesmo processo, entretanto possuem características próprias que exigem diferentes formas de abordagem na forma de percepção, descrição e avaliação dos marcos de cada etapa.

O crescimento constitui o eixo de referência para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente idealizadas e desenvolvidas pelo serviço de saúde pública, sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. As medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida são condições essenciais para que o crescimento infantil se processe de forma adequada (ROSSO *et al.*, 2014).

O crescimento consiste no aumento do tamanho corporal, sendo um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos. Cessa com o término do aumento em altura (crescimento linear) e

constitui em um dos melhores indicadores de saúde da criança, pois reflete as condições em que ela vive (ROSSO et al., 2014). Tal processo é influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), entre os quais se sobressaem a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança, que atuam acelerando ou restringindo tal processo (BRASIL, 2002).

O acompanhamento do crescimento infantil pode ser feito por meio do registro periódico do peso, do perímetro cefálico, da estatura e do IMC da criança na Caderneta de Saúde da Criança (ROSSO et al., 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde sugerem a utilização dos valores de referência para o acompanhamento do crescimento e do ganho de peso das curvas da OMS de 2006 (para crianças menores de 5 anos) e 2007 (para a faixa etária dos 5 aos 19 anos) (BRASIL, 2008).

Para avaliação do crescimento de crianças (menores de 10 anos), a Caderneta de Saúde da Criança utiliza como parâmetros os gráficos: perímetro cefálico (de zero a 2 anos), peso para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos), comprimento/estatura para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos), índice de massa corporal (IMC) para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos) (BRASIL, 2012).

#### **7.4. CONSULTA DE ENFERMAGEM**

##### **➤ Objetivo**

Fazer vigilância à saúde da criança de 0 a 05 anos; identificando aquelas de maior risco de morbimortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição, estabelecer condutas curativas dirigidas aos processos patológicos presentes, estabelecimento de condutas preventivas, adequadas à cada idade, sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança em um processo contínuo de educação para a saúde. O acompanhamento é realizado de forma intercalada enfermeiro e médico.

### ➤ Operacionalização

- **Crianças de 0 a 05 anos**, residentes na área de abrangência, serão acompanhadas seguindo o calendário mínimo de consultas para "Assistência a criança" preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002): Até 15 dias, 1, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses; 3, 4 e 5 anos preferencialmente no mês de aniversário, para facilitar a visualização ver quadro abaixo.

#### Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança.

Número de consultas	IDADE												
	dias	meses						anos					
	até 15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5	6
1º ano – sete													
2º ano – duas													
3º ano – uma													
4º ano – uma													
5º ano – uma													
6º ano – uma													

Fonte: BRASIL, 2002.

*Ressalva para as crianças menores de 01 ano que poderão ser acompanhadas mensalmente, se a demanda de acompanhamento do serviço permitir.*

A criança será acompanhada pela enfermagem por meio da consulta de enfermagem que consistirá em:

## • HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Inicia-se desde o momento em que a família entra na unidade de saúde, com a observação de quem traz a criança, a maneira como é carregada e sua relação com seus cuidadores e também a inspeção geral da criança.

### ROTEIRO DA ANAMNESE

**Identificador:** nome, naturalidade, procedência, endereço, data de nascimento, idade, sexo, cor.

**Cuidadores:** relatar o nome e a ligação com a criança.

**QP:** “Qual o motivo da consulta?” (anotar nas palavras do usuário).

**HMA:** Quando, como e onde começou? Evolução até a consulta e como está no dia da consulta. Fatores agravantes e atenuantes. Tratamentos efetuados (nome do medicamento, dose, tempo de uso e resposta). Se teve contato com pessoas doentes. Investigar sintomas associados (negar aquilo que é importante). Dados epidemiológicos relativos à queixa.

**HP: Gestação:** GPA, se foi planejada, como foi a aceitação, Ordem da gravidez (incluindo abortos): Nº de irmãos, nº de irmãos mais velhos; se fez pré-natal (quantas consultas), quando iniciou o pré-natal e se teve intercorrências, saúde materna durante a gravidez, realização de exames laboratoriais, uso de medicamentos, álcool, cigarro e drogas. Mês de aparecimento dos movimentos fetais. Quantidade de líquido amniótico. Parto: idade gestacional (se foi a termo, prematuro ou pós-datismo), adequação a idade gestacional, tipo de parto (se cesárea, por quê?), intercorrência durante o parto.

**Condições de nascimento:** Apgar (primeiro e quinto minuto, se não tiver cartão, perguntar se nasceu bem), peso, estatura, perímetro craniano e torácico e se ficou em alojamento conjunto. Período neonatal (até um mês): ficou na estufa, uso de oxigênio, transfusões, icterícia, medicamentos, intercorrências e se fez triagem neonatal, teste da orelhinha e teste do olhinho.

**Doenças anteriores:** doenças da infância (catapora, sarampo, rubéola, coqueluche, varicela, otites etc.). Internações (onde, por que e permanência), história de alergia

**HF:** diabetes, hipertensão, asma, epilepsia, alergias, câncer, tuberculose, hanseníase; Abordar relações familiares (aspectos psicológicos).

**HS:** Pai (profissão e escolaridade). Mãe (profissão e escolaridade). Renda familiar (em salários mínimos), número de habitantes. Habitação (tipo, nº de cômodos, água tratada, luz, rede de esgoto, casa própria, alugada, cedida, invadida). Saber se tem filtro em casa. A família sempre morou na cidade?; a criança estuda e qual a série; nº de quartos, nº de camas, a criança dorme sozinha, quantos estudam.

**Desenvolvimento neuropsicomotor:** quando firmou a cabeça, sentou, andou, falou, indagar sobre lazer e vida escolar (gosta de ir à escola, gosta da professora, aprovações, reprovações etc.); deve ser realizada durante todo o período de consulta, quando se observa sua atitude, interação com o cuidador e a reação às outras pessoas.

**Alimentação:** Duração do aleitamento materno, motivo do desmame, idade de introdução de outros alimentos, história de intolerância e/ou alergia alimentar. Registro da alimentação atual, com horários, modo de preparo dos alimentos, quantidades oferecidas e aceitas pela criança (relatório do dia- alimentar).

**Sono e repouso:** frequência, intercorrência;

**Eliminações:** frequência, consistência, coloração, quantidade, odor e aspecto.

**Hidratação:** avaliar a ingesta hídrica

**Higiene:** frequência, condições.

**Vestuário:** adequado ou inadequado ao clima

**Vacinação:** Verificar estado vacinal conforme calendário de imunização vigente e anotar número de doses.

**Medicamentos:** se está em uso de algum e sobre suplementação alimentar (vitaminas, sulfato ferroso etc.).

**Aspectos Psicológicos:** identificar a psicodinâmica familiar, situações de estresse.

**Hábitos Orais e atividades diárias** - Uso de chupeta, sucção de dedo, mamadeira, caneca.

Fonte: Adaptado MINAS GERAIS, 2000; LONDRINA, 2006.

## EXAME FÍSICO

O exame físico constitui-se numa importante etapa dentro do processo de avaliação à criança, através do qual o enfermeiro enriquece as informações obtidas durante a entrevista e fundamenta a assistência de enfermagem. Para realização do exame físico utilizam-se técnicas básicas como inspeção, palpação, percussão e ausculta.

**Inspeção:** compreende o exame visual do paciente cuja finalidade é descobrir características físicas significativas. Compreende observações precisas e detalhadas, unidas à comparação com os padrões de normalidade, da aparência geral da área examinada além das características específicas como cor, textura, localização, posição, tamanho, tipo e grau de movimento, simetria e comparação com o lado oposto.

**Palpação:** é o processo de examinar o corpo, empregando o sentido do tato com o objetivo de determinar as características dos órgãos e dos tecidos. Utiliza-se a capacidade tátil, térmica, vibratória e de pressão das mãos para detectar temperatura, movimento, posição, consistência e forma.

Percussão: consiste em golpear a superfície do corpo de forma rápida, porém aguda, para produzir sons que permitam ao examinador determinar posição, tamanho, densidade de uma estrutura adjacente.

**Ausculta:** Consiste em escutar os sons produzidos pelos diferentes órgãos do corpo com o objetivo de descobrir variações e desvios de suas características. Pode ser efetuada por método direto, colocando-se o ouvido diretamente na pele (pouco eficaz) e indireto, com o auxílio do estetoscópio.

O material necessário para a realização do exame físico na criança consiste basicamente do seguinte: mesa clínica, antropômetro manual (crianças até 100 cm); balança (pesa-bebê: até 16kg; antropométrica com toesa vertical: acima de 16kg e de 100 cm); estetoscópio e esfigmomanômetro; termômetro; fita métrica; espátulas (abaixador de língua); lanterna; bolas de algodão; álcool; papel toalha; brinquedos ou outros recursos adequados à idade (a fim de obter a colaboração da criança).

## **ROTEIRO DO EXAME FÍSICO NA CRIANÇA: SEQÜENCIA CÉFALO-CAUDAL**

### **1 - OBSERVAÇÃO DA APARÊNCIA GERAL**

Registra-se a primeira impressão sobre a criança a ser examinada. Envolve a observação da fisionomia (mostra-se alegre ou triste, calma ou agitada, assustada, irritada), interação com o meio (atividade: hipo, normo ou hiperativa; resposta aos estímulos ambientais e interação com as pessoas: comunicativa, apática, interessada, desinteressada, brincando, retraída), postura (ereta, relaxada, encolhida, de proteção de uma área do corpo dolorida ou incomoda), se exhibe traços característicos ou deformidades físicas, estado nutricional (obesa, emagrecida, caquética) e de hidratação (hidratada, desidratada), condições de higiene e vestuário.

### **COONG (CABEÇA, OLHOS, OUVIDOS, NARIZ e GARGANTA)**

#### **Cabeça:**

#### **Crânio:**

- Formato e simetria;
- Fontanelas: a fontanela bregmática (anterior) mede de 1cm a 4cm, tem forma losangular, fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela lambdoide (posterior) é triangular, mede cerca de 0,5 cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas.
- Traumatismos reversíveis (amoldamento craniano, bossa serossanguinolenta, cefalohematoma, pega de fórceps), medir perímetro cefálico.
- Couro cabeludo - distribuição e implantação dos cabelos, higiene, crostas e lesões implantação do cabelo.

**Face:**

- Pesquise alguma assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica.

**Olhos:**

- Tamanho, distância, simetria, motilidade e tensão ocular
- Pálpebras, cílios e glândulas anexas
- Conjuntivas, escleróticas, córnea, íris, pupilas, cristalino, tensão.
- Presença de visão pela observação de reflexos visuais, constrição visual direta e consensual à luz, presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocória, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo
- Conjuntivites: as pálpebras podem estar edemaciadas (pela reação ao nitrato de prata a 1%) e a regressão é espontânea em 24h a 48h. A presença de secreção purulenta evidencia uma conjuntivite e, principalmente no RN, é importante descartar a infecção por gonococo, clamídia e herpes vírus.

**Orelhas:**

- Implantação, o tamanho e a simetria das orelhas.
- Acuidade auditiva através do pestanejamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro. Em crianças maiores sussurrar a uma distância de aproximadamente 3 metros.

**Nariz:**

- Simetria, forma, permeabilidade, ruído respiratório, inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal e presença e aspecto de secreção, presença de batimento de asas nasais.

**Boca e faringe:**

- Inspeccionar os dentes e gengivas, face interna das bochechas, língua, seu tamanho (macroglossia), freio lingual, presença de hiperemia, integridade da mucosa e palato (fenda palatina ou labial), coloração dos lábios.



**Garganta:**

- Orofaringe: lojas amigdalíneas, cavum, úvula
- Hiperemia, hipertrofia, secreções, lesões (úlceras, nódulos)

**Pescoço:**

- Inspeção e palpação de gânglios (tamanho, mobilidade, dor), rigidez de nuca.
- Avalie a assimetria facial e a posição viciosa da cabeça. O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos.

**Tórax:****Inspeção:**

- Estática e dinâmica
- Forma, simetria, mobilidade. Observar presença de assimetria, pois ela sugere malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal. Apalpe as clavículas, para avaliar se há fraturas que poderiam acarretar diminuição ou ausência de movimentos do braço
- Mamas: mamilos (número, simetria, ingurgitamento, secreção, tecido areolar, integridade, nódulos); tamanho: oriente a família para a involução espontânea de mamas, que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (passagem de hormônios maternos).
- Respiração: tipo, ritmo, amplitude, frequência, esforço respiratório. Observe possíveis sinais de sofrimento respiratório (tiragens, retração xifoidiana, batimentos de asas do nariz, gemidos, estridor), dispnéia/taquipnéia.

**Palpação:**

- Expansibilidade, frêmito tóraco-vocal, pontos dolorosos, frêmito cardíaco
- Palpação da traqueia (posição mediastino)
- Palpação linfonodos supra claviculares

**Percussão:**

- Caracterização: som claro pulmonar, timpanismo ou macicez

**Ausulta:**

- Ruídos respiratórios audíveis sem estetoscópio: estridor, roncos, sibilos, gemência, tosse
- Caracterização dos sons: bronquial, broncovesicular e vesicular
- Ruídos adventícios: contínuos (roncos e sibilos) e descontínuos (crepitações)
- Situação dos ruídos adventícios no ciclo respiratório: inspiração ou expiração

**APARELHO CARDIOVASCULAR:****Inspeção:**

- Inspeção geral: atividade, cianose, palidez, baqueteamento digital, postura, sudorese, desenho venoso (varizes).
- Inspeção do precórdio: localização, e caracterização do *ictus cordis*, abaulamentos, cicatrizes cirúrgicas, abaulamento pré-cordial, turgência jugular.

**Palpação:**

- Pulsos (frequência, amplitude, simetria), perfusão capilar, temperatura de extremidades;
- *Íctus cordis*: impulsões, tamanho (polpas digitais), presença de frêmito
- Região cervical: pulso venoso (jugular) e fúrcula esternal

**Ausulta:**

- Focos de ausculta do precórdio
- Bulhas: sístole e diástole, desdobramentos normais e patológicos, alterações de fonese e ritmo, 3ª e 4ª bulhas
- Sopros: situação no ciclo cardíaco (sistólico, diastólico ou contínuo), localização, intensidade, irradiações.

**Abdome:****Inspeção**

- Forma: plano, abaulado ou escavado. Se ele estiver dilatado, o achado pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução

ou perfuração abdominal; se estiver escavado, isso pode indicar hérnia diafragmática. Verifique a presença de hérnias inguinal e umbilical. Os casos de hérnia inguinal têm indicação cirúrgica imediata, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento. Já nos casos de hérnia umbilical, aguarda-se sua regressão espontânea até 12 meses, dependendo do tamanho da hérnia. Observe massas visíveis, cicatrizes, movimentos e alterações de parede, circulação colateral

- Coto e cicatriz umbilical: Verifique a presença de granuloma umbilical após a queda do coto (resolvido com uso de nitrato de prata). Se a região umbilical estiver vermelha, edemaciada e com secreção fétida, o achado indica onfalite e, portanto, a criança deve ser encaminhada para a emergência

### **Percussão**

- Delimitação de vísceras
- Dor
- Ascite: sinal do piparote, macicez móvel e semicírculo de Skoda

### **Ausculta**

- Peristaltismo, fístula artério-venosa

### **Palpação**

- Superficial e profunda, vísceras, massas, palpação loja renal
- Dor abdominal
- Pontos dolorosos: apendicular (Blumberg), vesicular (Murphy), gástricos, pontos ureterais

### **Pele e mucosas**

- Elasticidade, lesões e hidratação. A pele do RN, normalmente está lisa, bacia, rósea e opaca.
- Edema (se for generalizado, pense em doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de coloides ou cristaloides em excesso, insuficiência cardíaca, sepse; se for localizado, isso sugere trauma de parto);

- Coloração: palidez (sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou sinal de arlequim – palidez em um hemicorpo e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora e sem repercussão clínica); cianose (se for generalizada, pense em doenças cardiorrespiratórias graves; se for localizada nas extremidades ou na região perioral, pense em hipotermia); icterícia, o profissional deverá estar mais atento caso a icterícia tenha se iniciado nas primeiras 24 horas ou depois do 7º dia de vida, caso tenha duração maior do que uma semana no recém-nascido a termo, duração maior do que duas semanas no prematuro e se a tonalidade for amarela com matiz intenso ou se a icterícia se espalha pelo corpo, atingindo pernas e braços.
- Assaduras, pústulas (impetigo) e bolhas palmo-plantares (sífilis).

## **GENITÁLIA E REGIÃO ANO-RETAL**

### **Genitália masculina**

- Integridade da pele e mucosa, edema, secreção e esmegma, comprimento do pênis
- Criptorquidia: Apalpe a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos. Quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do recém-nascido, a mãe pode ser informada de que isso se trata de uma situação comum, especialmente em prematuros (9,2% a 30%). Isso porque, na maioria das vezes, os testículos “descem” até os 3 meses de vida, quando o caso deverá ser reavaliado. Se aos 6 meses os testículos não forem apalpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para melhor avaliação e tratamento.
- Balanopostite (inflamação conjunta da glândula e prepúcio)
- Hidrocele (acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo)
- Epispádia: localização incorreta do meato uretral, deslocado para baixo (hipospádia), ou para cima (epispádia)
- Fimose: persistência do prepúcio irretrátil após os 18 meses.
- Região anal: prolapso, fissuras, fístulas, pregas, imperfuração, posição do orifício

**Genitália feminina:**

- Integridade da pele e mucosa, presença dos grandes e pequenos lábios, hímen, edema, secreção vaginal (pode ocorrer presença de secreção mucoide ou sanguinolenta nos primeiros dias de vida),
- Sinéquia de pequenos lábios: os pequenos lábios encontram-se aderidos
- Genitália ambígua
- Distúrbios de maturação sexual: época do aparecimento de caracteres sexuais secundários
- Região anal: prolapso, fissuras, fístulas, pregas, imperfuração, posição do orifício

**Membros superiores e inferiores**

- Tamanho, simetria, amplitude dos movimentos, deformidades ou malformações (pés tortos, sindactilia, polidactilia, paresias, paralisias, luxações congênitas de quadril - Manobra de Ortoloni), fraturas, presença de massas, linha palmar e plantar
- Implantação de fâneros
- Movimentos anormais: coréia, tiques, tremores, fasciculações, mioclonia
- Varismo e valgismo do joelho e pés

**Coluna vertebral**

- Rigidez, postura, mobilidade e curvatura, espinha bífida, tufo de pelos e hipersensibilidade
- Escoliose, Cifose, Lordose

**Avaliação Neurológica**

- Reflexos arcaicos: sucção, preensão palmo-plantar e Moro, que são atividades próprias do recém-nascido a termo, sadio.
- Observe a postura de flexão generalizada e a lateralização da cabeça até o final do primeiro mês.

- Observe a presença de movimentos normais e espontâneos de flexão/extensão dos membros. O tônus normal é de semiflexão generalizada

### **Verificar**

- Sinais Vitais: frequência cardíaca, temperatura axilar, frequência respiratória, pressão arterial
- Peso
- Estatura
- Perímetro cefálico, perímetro torácico, circunferência abdominal

**Fonte:** Vasconcelos,1999; Minas Gerais, 2004; Ceará, 2002; Londrina, 2006; COREN Goiás,2014; Brasília, 2012.

## **• ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO**

O desenvolvimento depende da maturidade do sistema nervoso central além da interação da criança com seu meio ambiente. A sequência de desenvolvimento é igual para todas as crianças, mas a velocidade varia de criança para criança; os pais devem ser orientados sobre informações contidas no Cartão da Criança e sobre alguns cuidados que serão reforçados.

A avaliação do desenvolvimento deve ser realizada no decorrer da consulta, e anotada no prontuário da criança constituindo uma oportunidade para o acompanhamento da criança sadia por meio dos marcos do desenvolvimento que permite estabelecer limites de normalidade, isto é, uma idade mínima e máxima na qual as crianças devem adquirir certas habilidades, sendo sugeridas a utilização da Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento (BRASIL, 2002 em anexo) e a Escala de Denver (em anexo).

## MARCOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL A SEREM OBSERVADOS

As ilustrações foram retiradas do Wong (1999) e Brasil (2002).

### 0 - 03 MESES

No lactente, ou no período denominado de primeira infância, ocorrem as maiores e mais rápidas modificações no desenvolvimento da criança, principalmente no tocante ao domínio neuropsicomotor. Em linhas gerais, poderia ser descrito da seguinte forma: o desenvolvimento cefálico antecede o caudal, e o proximal antecede o distal ou seja da cabeça para os pés e dos ombros para as mãos.

A postura e os movimentos amplos do recém-nascido são muito importantes e devem ser sempre observados: o recém-nascido normal mantém as pernas e braços fletidos tanto na posição supina como PRONA.

#### **Decúbito ventral:**

- Vira a cabeça, eleva e segura a cabeça, eleva a cabeça, descarrega peso sobre os antebraços.



#### **Reflexo de Moro ou do abraço:**

- Deixa-se o recém-nascido em decúbito dorsal, segure-o pelas mãos elevando seu tórax até aproximadamente 03 cm da superfície e solte suas mãos lentamente.

- Ele deverá responder abrindo os braços (simulando um abraço), podendo ser acompanhado de choro, provoca súbita extensão e abdução dos membros e a abertura dos dedos em leque, com o polegar e o indicador formando um C seguido por flexão dos membros, o RN pode chorar, desaparece com 2-3 meses e é mais potente nos 2 primeiros meses.



### **Perez**

- RN em decúbito ventral, pressiona-se o polegar ao longo da coluna, desde o sacro até o pescoço, o neonato responde por meio de choro flexionando os membros e elevando a pelve e a cabeça, lordose da coluna vertebral, desaparece em torno de 4 a 6 meses.

### **Marcha**

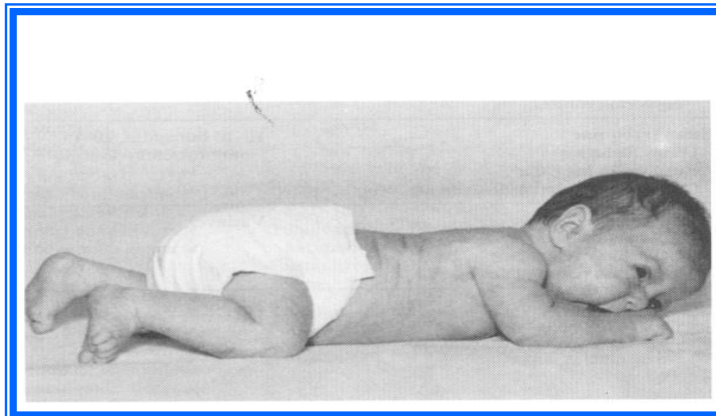
- Quando a criança é segurada de modo que a sola dos pés toque uma superfície rígida ocorrem flexão e extensão recíprocas da perna simulando a deambulação desaparece depois de 3 a 4 semanas.





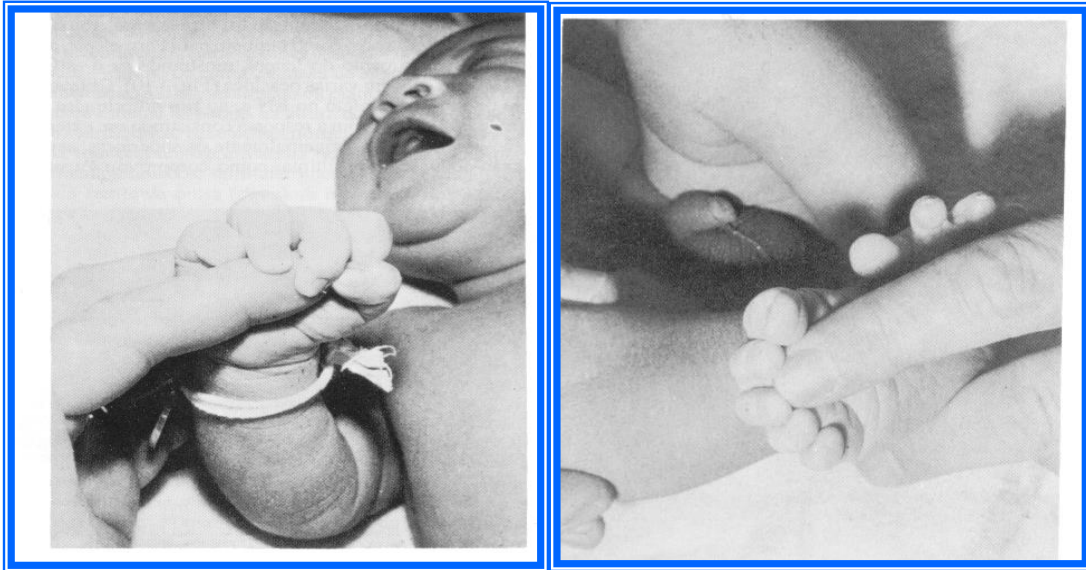
### **Arrastar**

- Quando colocado sobre o abdome, o neonato faz movimentos com os braços e as pernas para se arrastar, desaparece com 6 semanas.



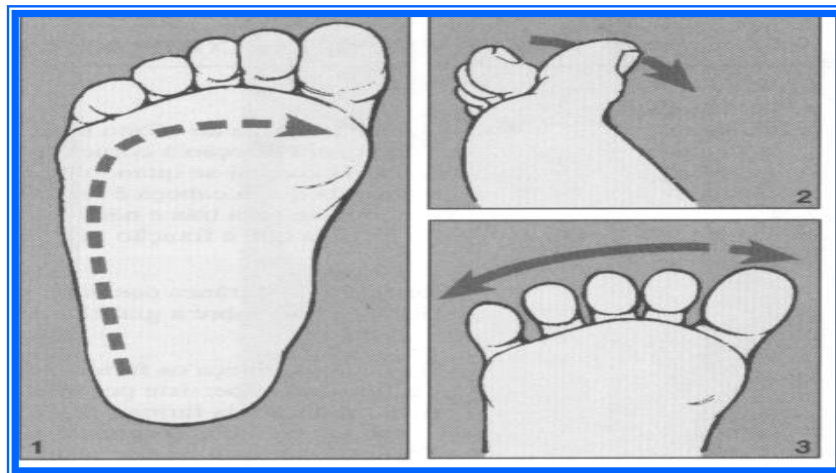
### **Reflexo de preensão**

- tocar as palmas das mãos ou regiões palmares dos pés provoca flexão ou preensão.



### Reflexo de Babinsk

- riscando-se a parte externa da região plantar do pé para cima a partir do calcanhar o polegar exibe dorsiflexão e os demais se hiperestendem desaparece com 1 ano.



### Reflexo de sucção:

- Fazendo-se um estímulo, oferecendo a mama da mãe ou colocando a mão do bebê na boca, o mesmo deverá sugá-la.

**Reflexo de protusão da língua:**

Ao receber estimulação nos lábios, o recém-nascido prepara a língua para a pega na mama da mãe. Tende a desaparecer após os seis meses, assumindo como movimento voluntário.

**Estimulação**

- Coloque o bebê em diversas posições e locais.
- Converse e cante para o bebê.
- Faça-lhe massagens com toques delicados.

**3 a 4 MESES****Decúbito Ventral (barriga para baixo):**

- Início de peso sobre os antebraços e / ou apoiando o peso nos joelhos.



- Rola de decúbito ventral para dorsal, alcança objetos.

**Decúbito Dorsal (barriga para cima):**

- Cabeça mantida na linha média, mãos junta, simetria.
- Eleva a cabeça, cabeça não cai mais.
- Sustenta a cabeça sem desabar, fazem ponte com os quadris em extensão, pés apoiados.
- Levantada pelos braços, ajuda com o corpo;
- Segura e transfere objetos de uma mão para outra;



O bebê está bem mais ativo: olha para quem o observa, acompanha com o olhar e responde com balbucios quando alguém conversa com ele.

Gosta de por as mãos e objetos na boca. Aprecia a companhia da mãe e gosta de trocar de lugar, mas atenção, porque já não fica quieto, pode cair.



### **Orientações**

- Ao falar com o bebê, sorria e faça movimentos com o rosto.
- Coloque objetos coloridos ao seu alcance.
- Continue cantando e conversando com o bebê, colocando-o em diversas posições e locais.
- Coloque a criança em posição de decúbito ventral para estímulo cervical, chamando a atenção da criança à sua frente, fazendo também estimulação visual e auditiva.
- Estimule a criança visualmente (objetos coloridos), em uma distância mínima de 30 cm, realizando pequenos movimentos oscilatórios a partir da linha média.

## 5 a 6 MESES

O bebê sabe quando se dirigem à ele e gosta de conversar. Quando ouve uma voz, procura com o olhar. Olha e pega tudo: cuidado com objetos pequenos para não engasgar. Para que ele se movimente melhor, a mãe ou quem cuida dele, deve colocá-lo no chão.

Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro.

- Senta com apoio;
- Pode ficar em pé com apoio.
- Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro;
- Reconhece pessoas;

### Orientações

- Converse com o bebê, imite os sons emitidos por ele.
- Coloque objetos ao seu alcance para que possa pegá-los.
- Coloque-o em diversos locais planos onde possa rolar.
- Ajude a criança ficar na posição sentada com apoio, para que possa exercitar o controle da cabeça.

## 7 a 9 MESES

Mesmo estando amamentando, o bebê começa a querer provar outros alimentos. Ele gosta de brincar com a mãe e com os familiares. Às vezes, estranha pessoas de fora de casa. Não gosta de ficar só. Já fica sentado e também pode se arrastar ou engatinhar, pode até mesmo tentar se por de pé. É muito curioso, por isso não se deve deixar ao seu alcance: remédios, inseticidas e pequenos objetos. Já fica sentado sem apoio.

### Decúbito Ventral:

- Apoio do peso nas mãos com braços entendidos;
- Postura de 04 pontos (gato);

- Apóia em uma das mãos, alcançando objetos.

**Decúbito dorsal:**

- Segura os pés;
- Deitado reto, simetria do corpo.

**Sentado:**

- Reações de proteção e apoio nos braços (apóia as mãos na superfície quando vai cair);
- Sentado sozinho no chão (com as mãos livres);
- Sentado, vira-se para brincar (pivô);
- Senta-se, inclina para frente e retorna a posição reta sozinho.
- Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça, apoiando-se no antebraço;
- Alcança e pega objetos pequenos;
- Quando colocada em pé, flete as pernas;
- Emite sons, vocaliza.

**Orientações:**

- Coloque o bebê no chão para que possa se movimentar melhor.
- Ofereça objetos que produzam sons para o bebê brincar.
- Deixe que toque e investigue seu próprio corpo.
- Proporcione estímulos sonoros à criança, fora do seu alcance visual para que ela localize o som.
- Estimule a criança lateralmente, visando as mudanças de decúbito, com objetos e atitudes (brinquedos, palmas).

**9 a 12 MESES**

O bebê está crescendo, gosta de imitar os pais, dá adeus, bate palmas.

Fala, pelo menos, uma palavra com sentido e aponta para as coisas que ele quer. Come comida da casa, porém precisa comer mais vezes que um adulto.

- Semi-ajoelhado com apoio nas mãos;
- Marcha de urso (sobre as mãos e pés);
- De barriga para cima apóia o próprio braço e fica sentado.
- Engatinha livremente;
- Gosta de ficar em pé apoiando-se nos móveis ou nas pessoas; ou anda com apoio

### **9 Meses a 1 ano:**

- Deixe o bebê brincar livremente no chão para treinar o engatinhar. Proteja-o de situações perigosas.
- Brinque com o bebê de imitar gestos e sons.
- Não force a criança ficar com pessoas desconhecidas.
- Isso pode deixá-lo inseguro.
- Brinque com a criança de “esconde-achou” utilizando panos encobrendo o rosto do adulto.
- Dê à criança objetos fáceis de serem manuseados, para que ela possa passar de uma mão à outra.
- Mantenha constante diálogo com a criança, introduzindo palavras de fácil sonorização (dá-dá, pá-pá).
- Brinque com a criança através de músicas, fazendo gestos (bater palmas, dar tchau) solicitando a resposta.
- Deixe a criança em local onde ela possa fazer a mudança da posição sentada para a posição de pé com apoio (sofá, cama, cadeira) e, posteriormente, deslocar-se segurando nos móveis.

### **13 a 18 MESES**

A criança está cada vez mais independente: quer comer sozinha e já se reconhece no espelho. Anda alguns passos mas sempre busca o olhar dos pais ou familiares. Fala algumas palavras e, às vezes, frases de duas ou três palavras. Brinca com brinquedos e pode ter um predileto.

**Decúbito Ventral:**

- Sobe engatinhando em cama/mesa, sobe escadas engatinhando para frente e para trás;
- Levanta-se e fica em pé sem apoio.

**Sentado:**

- Senta-se em bancos baixos;
- Passa de sentado para posição de pé;
- Sem segurar, agacha-se ao brincar;
- Faz rabiscos.

**Sentado:**

- Sentado em várias posições (realiza pivô na posição sentada);
- Sentado na cadeira sozinha inclina o tronco à frente.

**Em pé:**

- Fica em pé e segura nos móveis;
- Desloca-se na lateral (anda com apoio);
- Anda sozinho e dá alguns passos e desaba.
- Senta-se sem apoio.
- Arrasta-se ou engatinha.
- Responde diferentemente às pessoas familiares e estranhos.

**19 meses a 2 anos**

A criança já anda com segurança, dá pequenas corridas, sobe e desce degraus baixos/escadas. Brinca com vários brinquedos. Aceita a companhia de outras crianças, porém brinca sozinha. Já tem vontade própria, fala muito a palavra não. Sobe e mexe em tudo: deve-se ter cuidado com o fogo e cabos de panelas.

**Em pé:**

- Em pé inclina-se para baixo e retorna;
- Anda, segurando-se com uma das mãos;
- Ou anda sozinho;
- Carrega um objeto;
- Sobe escadas segurando-se sem alternar passos;



- Faz gestos com a mão e cabeça (de tchau, de não, bate palmas, etc.);
- Emprega pelo menos uma palavra com sentido (mamã, papá).

## **12 A 18 MESES:**

### **1 Ano a 1 ano e 6 meses:**

- Elogie os progressos do bebê, para que ele acredite em si e para fortalecer a sua auto-estima.
- Estimule o bebê a andar livremente.
- Ofereça objetos que ele possa encaixar e empilhar.
- Ensine-lhe o nome das pessoas, objetos e partes do corpo.
- Proporcione o contato da criança com objetos bem pequenos (bago de feijão, de milho, contas) para que ela desenvolva a preensão em pinça (tenha cuidado para que ela não leve o objeto à boca).
- Estimule para que a criança dê tchau, jogue beijos, bata palmas.
- Ensine palavras simples à criança através de rimas, músicas e de sons comumente falados.
- Proporcione oportunidade para que ela possa deslocar-se em pequenas distâncias com segurança para que possa desencadear a marcha livre.

### **1 Ano e 6 Meses a 2 anos:**

- Estimule o bebê a falar, conversando e cantando com ele.
- Brinque com o bebê de esconder e procurar objetos.
- Deixe que tente alimentar-se sozinho.
- Ofereça brinquedos que a criança possa puxar e empurrar.
- Solicite à criança objetos diversos, denominando-os, ajudando a aumentar seu repertório de conhecimento, assim como as funções de dar, pegar, largar e, sempre que possível, demonstrar.
- Brinque com a criança, solicitando que ela ande para frente e para trás (marcha à ré), inicialmente com ajuda.

### 2 a 3 anos

A criança gosta de ajudar a se vestir. Está ficando sabida: dá nomes aos objetos, diz seu próprio nome e fala "meu". A mãe deve começar, aos poucos, a tirar a fralda e ensinar, com paciência, o seu filho a usar o peniquinho. Ela já demonstra suas alegrias, tristezas e raivas. Gosta de ouvir histórias e está cheia de perguntas.

- Diz seu nome e nomeia objetos como sendo seus.
- Fica em pé, chuta bola, arremessa bola, corre, anda, pára e vira-se (pivô), pula no lugar com os 02 pés juntos;
- Reconhece diferença sexual, relaciona partes do corpo.

### ORIENTAÇÕES

- Deixe que a criança brinque de correr, saltar. Observe-a para evitar acidentes. Converse com a criança, deixe-a falar.
- Ofereça papel e lápis grosso para que rabisque livremente. Ofereça jogos de encaixe, bolas, brinquedos de montar.
- Estimule a criança a colocar e tirar suas vestimentas nos momentos adequados, inicialmente com ajuda.
- Realize brincadeiras com objetos que possam ser empilhados, demonstrando.
- Solicite que ela localize figuras de revistas e jogos previamente nominados.
- Brinque de chutar bola (fazer gol).

### 3 a 4 anos

Gosta de brincar com outras crianças. Tem interesse em aprender sobre tudo o que a cerca, inclusive contar e reconhecer as cores. Ajuda a vestir-se e a calçar os sapatos. Brinca imitando as situações do seu cotidiano e os seus pais. Veste-se com auxílio.



- Salta em um pé só;
- Anda de velocípede;
- Sobe escadas alternando os passos;
- Começa a usar tesoura.

#### **4 a 6 anos**

A criança gosta de ouvir histórias, aprender canções, ver livros e revistas.

Veste-se e toma banho sozinha. Escolhe suas roupas, sua comida e seus amigos. Corre e pula alternando os pés. Gosta de expressar as suas idéias, comentar o seu cotidiano e, às vezes, conta histórias.

- Conta ou inventa pequenas histórias.
- Equilibra-se numa das pernas;
- Veste-se sozinho;
- Anda sobre linha reta, anda entre paralelas, passa por cima de bastão, anda para trás;
- Brinca com crianças (simpatia e antipatia);
- Distingue cores e figuras.

#### **• DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM**

Algumas sugestões de diagnósticos de enfermagem relacionados a assistência à saúde da criança.

#### **AMAMENTAÇÃO EFICAZ**

RELACIONADO A:

- Processo de amamentação satisfatório
- Confiança da mãe

- Expressão materna de satisfação com o processo de amamentação
- Capacidade de posicionar o lactante ao seio

#### EVIDENCIADO POR:

- Satisfação da criança após a mamada
- Padrão de peso adequado a idade
- Padrão de eliminação adequado para a idade
- Boa pega e boa sucção

### **AMAMENTAÇÃO INEFICAZ**

#### RELACIONADO A:

- Processo de amamentação insatisfatório
- Pouco reflexo de sucção da criança
- Insatisfação com o processo de aleitamento materno
- Ansiedade ou ambivalência materna
- Expressão materna de satisfação com o processo de amamentação
- Incapacidade de posicionar o lactante ao seio

#### EVIDENCIADO POR:

- insatisfação da criança após a mamada, choro, agitação, inquietação, resistência da criança ou incapacidade de fazer a boa pega
- esvaziamento insuficiente da mama
- mamilos doloridos
- descontinuidade da sucção
- suprimento de leite inadequado real ou percebido; ingestão inadequada
- família que não oferece apoio
- falta de sinais observáveis de liberação de ocitocina
- alimentação suplementar
- prematuridade
- história previa de fracasso na amamentação
- anomalia do peito materno

## AMAMENTAÇÃO INTERROMPIDA

### RELACIONADA A:

- Contra- indicação
- Emprego materno
- Doença da mãe ou criança
- Necessidade de desmame abruptamente

### EVIDENCIADO POR:

- Criança não é amamentada em algumas ou todas as mamadas
- Separação da mãe e da criança
- Falta de conhecimento a respeito de extrair e armazenar o leite materno

- **PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

- **CIPESC**; Intervenções de enfermagem (utilização da Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC- sugestão) com cuidados de enfermagem relacionados ao diagnóstico de enfermagem tendo em vista ao alcance de resultados de enfermagem (utilização da Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC- sugestão);

- Solicitação de exames complementares;
- Terapêutica adequada nos casos de anemia, verminoses, algumas lesões de pele, diarreia, agravos respiratórios e problema de ouvido, conforme os protocolos do ministério da saúde e AIDPI, descritos neste protocolo adiante;
- Referenciar ao médico da equipe, atendimento especializado, serviço de referência ou serviço de maior complexidade, nas seguintes situações:
  - Crianças menores de 02 anos fora da faixa dos percentis ou desvio padrão se não estiver ganhando peso.
  - Crianças menores de 02 anos fora da faixa dos percentis ou desvio padrão
  - Peso muito baixo, sem sinais clínicos de desnutrição.
  - Formas clínicas de desnutrição protéico calórica: marasmo, Kwashiorkor ou formas mistas.
  - Perímetro cefálico fora da faixa dos percentis ou desvio padrão.

- Déficits muito acentuados de estatura, principalmente em crianças com dietas adequadas.
- Persistência do atraso do desenvolvimento psicossocial para idade por mais de 02 consultas (ou ausência do marco no último quadro sombreado da ficha de acompanhamento do desenvolvimento/MS).

## **CONSULTAS SUBSEQUENTES**

### **• ANAMNESE**

- Cumprimentar a mãe/acompanhante/criança cordialmente; Apresentar-se;
- Calcular a idade da criança pela DN e registrar no prontuário;
- Perguntar à mãe/acompanhante sobre o estado da criança;
- Manter contato visual e verbal com a criança;
- Verificar a evolução do peso, altura e perímetro cefálico;
- Verificar as vacinas e orientar sobre o calendário vacinal;
- Investigar a alimentação detalhadamente;
- Avaliar os principais marcos do desenvolvimento infantil (desenvolvimento motor, comunicação expressiva e receptiva, percepção visual e auditiva);
- Avaliar os sinais de perigo e situações de risco;
- Registrar os dados no prontuário e no Cartão da Criança.

### **EXAME FÍSICO:**

- Lavar as mãos com água e sabão e secar em papel toalha;
- Verificar temperatura, peso, altura, perímetro cefálico;
- Realizar exame físico geral da criança;
- Verificar a presença de problemas oculares (catarata, glaucoma, estrabismo, entre outros);
- Identificar lesões sugestivas de maus-tratos e/ou negligência;
- Realizar o exame neurológico;
- Lavar as mãos com água e sabão e secar em papel toalha;
- Registrar o peso, altura e perímetro cefálico nos gráficos do prontuário e no Cartão da Criança;

- Registrar o exame físico no prontuário.

#### **FECHAMENTO DA CONSULTA:**

- Orientar sobre cuidados com a higiene da criança, sono, saúde bucal e meio ambiente;
- Orientar sobre: importância do aleitamento materno exclusivo, imunização, aspectos do desenvolvimento normal da criança, estimulação da criança com brincadeiras e afetividade;
- Orientar para que a mãe/acompanhante possa identificar os sinais de perigo e, na presença destes, procurar a UBS;
- Orientar sobre o acompanhamento da criança pela UBS;
- Solicitar exames complementares, se necessário;
- Realizar prescrições, se necessário;
- Verificar se a mãe/acompanhante compreendeu as orientações;
- Agendar retorno, se necessário;
- Despedir-se da criança/mãe/acompanhante;
- Registrar as informações no prontuário e no Cartão da Criança.

Fonte: Adaptado da Consulta da Criança, PROQUALI, SESA – Ceará, 2000.

### **7.5\_AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO INFANTIL**

Os quadros a seguir apresentam os pontos de corte para a avaliação do crescimento da criança que podem ser avaliados a partir do registro dos dados antropométricos nas curvas disponíveis na Caderneta de Saúde da Criança e pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), do Ministério da Saúde.

#### **QUADRO 2 - Ponte de corte de peso para a idade para crianças menores de 10 anos**

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 97	Escore z > +2	Peso elevado para a idade.
Percentil $\geq$ 3 e 97	Escore z $\geq$ -2 e +2	Peso adequado para a idade.
Percentil $\geq$ 0,1 e < 3	Escore z $\geq$ -3 e < -2	Peso baixo para a idade.
Percentil < 0,1	Escore z < -3	Peso muito baixo para a idade.

Fonte: Brasil, 2008.

**QUADRO 3 -** Ponte de corte de comprimento/altura para a idade para crianças menores de 10 anos

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil $\geq 3$	Escore $z > +2$ Escore $z \geq -2$ e $+2$	Comprimento/altura adequado para a idade.
Percentil $\geq 0,1$ e $< 3$	Escore $z \geq -3$ e $< -2$	Comprimento/altura baixo para a idade.
Percentil $< 0,1$	Escore $z < -3$	Comprimento/altura muito baixo para a idade.

Fonte: Brasil, 2008.

**QUADRO 4 -** Ponte de corte de IMC por idade para crianças menores de 10 anos

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil $> 99,9$	Escore $z > +3$	Obesidade grave (acima de 5 anos) e obesidade (de 0 a 5 anos).
Percentil $> 97$ e $99,9$	Escore $z +2$ e $+3$	Obesidade (acima de 5 anos) e sobrepeso (de 0 a 5 anos).
Percentil $> 85$ e $97$	Escore $z > +1$ e $< +2$	Sobrepeso (acima de 5 anos) e risco de sobrepeso (de 0 a 5 anos).
Percentil $\geq 3$ e $85$	Escore $z \geq -2$ e $+1$	IMC adequado.
Percentil $\geq 0,1$ e $< 3$	Escore $z \geq -3$ e $< -2$	Magreza.
Percentil $< 0,1$	Escore $z < -3$	Magreza acentuada.

Fonte: Brasil, 2008

Vale ressaltar a evolução do ganho de peso, estatura e perímetro cefálico do 1º ao 2º ano de vida, conforme figura abaixo:



**QUADRO 5** - Evolução do ganho de peso, estatura e perímetro cefálico do 1º ao 2º ano de vida

Mês ou ano	Peso (1º ano de vida)
1º trimestre	20 a 30 g/dia
2º trimestre	15 a 20 g/dia
3º trimestre	10 a 14 g/dia
Mês ou ano	Estatura
1º semestre	15 cm
2º semestre	10 cm
1 ano	25 cm
2 anos *	10 a 12 cm
3 a 4 anos	7 cm
Até o início da puberdade	5 a 6 cm
Mês ou ano	Perímetro Cefálico
1º e 2º mês	2 cm/mês
3º e 4º mês	1,5 cm/mês
5º ao 12º mês	0,5 cm/mês
2º ano	0,3 cm/mês

\*(50% da estatura a ser atingida na fase adulta)

Fonte: Rosso et al., 2014.

### 7.5.1. AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO NA CRIANÇA PREMATURA OU COM RESTRIÇÃO DO CRESCIMENTO INTRAUTERINO

O acompanhamento do crescimento de crianças pré-termo ou com baixo peso para a idade gestacional demanda um cuidado maior, pois elas não tiveram seu crescimento intrauterino satisfatório (BRASIL, 2012).

O acompanhamento ideal das crianças pré-termo exige a utilização de curvas específicas ou que se corrija a idade cronológica até que completem 2 anos de idade para a utilização das curvas-padrão sugeridas pela OMS. A idade corrigida (idade pós-concepção) revela o ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade. Considerando-se que o ideal seria nascer com 40 semanas de idade gestacional, deve-se descontar o número de semanas que faltaram para o feto atingir essa idade gestacional (RUGOLO, 2005), ou seja,

para uma criança nascida com 36 semanas, o peso aos 2 meses será registrado na idade de um mês.

As curvas de crescimento intrauterino são as mais recomendadas para o acompanhamento de crianças prematuras e existem pelo menos 25 curvas desse tipo disponíveis. Porém, é necessário um estudo multicêntrico para a construção de uma curva-padrão para a avaliação do crescimento pós-natal dos prematuros na tentativa de superar os problemas encontrados nas curvas existentes até o momento (CARDOSO-DEMARTIN *et al.*, 2011).

### **7.5.2. CONDUTAS RECOMENDADAS PARA ALGUMAS SITUAÇÕES DE CRESCIMENTO DA CRIANÇA ATÉ 05 ANOS**

**Condição do Crescimento:** risco de sobrepeso e obesidade

Conduta

- Verificar a existência de erro alimentar, orientar a mãe para uma alimentação mais adequada de acordo com as normas para a alimentação da criança sadia, excetuando-se bebês em aleitamento materno exclusivo. Dieta com restrição calórica só são recomendadas para criança a partir dos 4 anos com peso/altura.
- Verificar e estimular a atividade física regular principalmente criança acima de 4 anos.
- Marcar retorno para 30 dias

**Condição do Crescimento Satisfatório**

Conduta

- Parabenizar a mãe sobre o crescimento satisfatório da criança.
- Marcar retorno de acordo com o calendário mínimo de consultas.

**Condição do Crescimento Horizontal ou descendente – Alerta**

Conduta

- Investigar possíveis intercorrências que possam justificar a diminuição da velocidade do crescimento e registrá-las no cartão.

- Investigar possíveis causas com atenção especial para desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado com a criança e afeto, informar a mãe.
- Tratar as intercorrências presentes conforme AIDPI e presentes no protocolo de enfermagem.

Marcar retorno para 30 dias.

**Condição do Crescimento-** Formas clínicas de desnutrição protéico calórica: marasmo, Kwashiorkor ou formas mistas.

Conduta - Referir imediatamente para serviços de maior complexidade ou serviços de referência.

**Condição do Crescimento** Criança entre o Desvio Padrão -3 e -2, Horizontal ou descendente

- Conduta-Investigar possíveis causas com atenção especial para desmame, alimentação, intercorrências infecciosas, formas de cuidado com a criança, afeto, higiene e informar a mãe.
- Tratar as intercorrências presentes conforme AIDPI e presentes no protocolo de enfermagem.
- Orientar a mãe sobre alimentação especial visando o ganho de peso.
- Encaminhar para o serviço social se disponível.
- Encaminhar para a avaliação médica.
- Realizar nova consulta em intervalo máximo de 15 dias

**Condição do Crescimento:** Criança Abaixo do Desvio Padrão -3 (Ascendente, horizontal ou descendente)

Conduta

- Investigar possíveis causas com atenção especial para desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado com a criança e afeto, informar a mãe.
- Tratar as intercorrências presentes conforme AIDPI e presentes no protocolo de enfermagem.

- Encaminhar para o serviço social se disponível.
- Ensinar a mãe a preparar e oferecer à criança uma dieta hipercalórica e hiperproteica. (Conduta ver AIDPI)
- Tratar a desnutrição em casa ou encaminhar para avaliação médica para investigar outras causas.
- Encaminhar para a avaliação médica.
- Realizar nova consulta em intervalo máximo de 15 dias.

### **7.5.3. Avaliação do Perímetro cefálico:**

Importante variável para avaliar crescimento da cabeça/cérebro de crianças nos dois primeiros anos de vida devendo ser cuidadosamente acompanhado pela gravidade das condições associadas à alteração de seu padrão, haja vista que o diagnóstico precoce pode ser decisivo para o sucesso da abordagem terapêutica.

Mensuração do Perímetro Cefálico (P.C) mede-se o PC colocando uma fita métrica acima das sobrancelhas, contornando a cabeça até as 02 proeminências ósseas na região occipital. Essa medida deve ser feita a cada consulta de Puericultura. Em crianças a termo, o PC de nascimento é em torno de 34 a 35 cm. Em crianças pré-termo, o PC de nascimento é em torno de 33 cm.

O aumento médio é de:

- No 1º trimestre: 02 cm por mês
- No 2º trimestre: 01 cm por mês
- No 3º trimestre: 0,5 cm por mês
- No 4º trimestre: 0,5 cm por mês

O perímetro adequado situa-se entre o desvio padrão -2 e + 2 (faixa normalidade – respectivamente Percentil 10 e Percentil 90), conforme quadro.

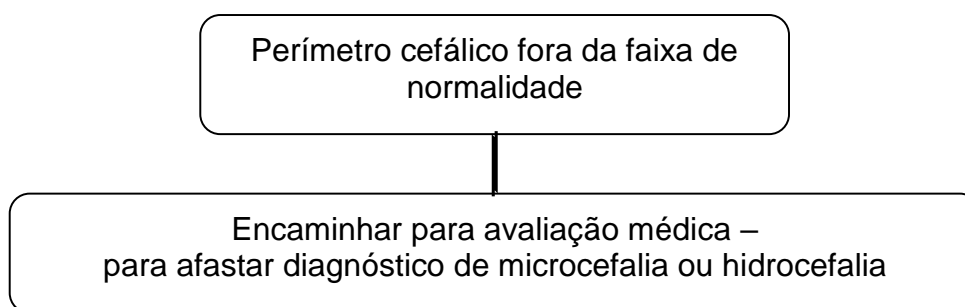
**QUADRO 6- Perímetro cefálico de 0 a 2 anos em centímetros.**

Idade (meses)	P 10 ( cm)	P 90 ( cm)	Idade (meses)	P 10 (cm)	P 90 (cm)
Nascimento	33,0	36,0	9 meses	43,3	46,3
1 mês	35,5	39,0	10 meses	43,8	46,6
2 meses	37,5	40,9	11 meses	44,4	47,0
3 meses	38,8	42,1	12 meses	45,0	47,5
4 meses	39,5	43,0	15 meses	45,5	48,3
5 meses	40,8	43,8	18 meses	46,0	49,1
6 meses	41,5	44,5	21 meses	46,5	49,8
7 meses	42,2	45,2	24 meses	47,0	50,5
8 meses	43,0	46,0	-	-	-

Fonte: NCHS, 1997 (Nacional Center for Health Statistics)

O PC tem que ser verificado e comparado com os meses anteriores, observando a evolução do crescimento.

#### Fluxograma 5- Perímetro Cefálico



Fonte: Elaboração própria.

#### 7.5.4- Avaliação da Estatura/idade

O ganho de estatura é um bom parâmetro para avaliação do crescimento da criança por ser acumulativo, progressivo e não sofrer regressões, mas é lento para refletir o problema agudo de saúde e nutrição da criança, devendo ser utilizadas técnicas de medição antropométrica descrita abaixo:

##### **Crianças até os 2 anos:**

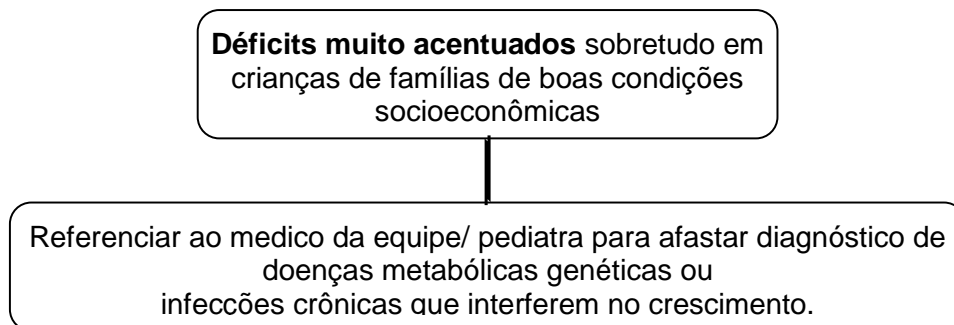
- medição em plano horizontal, em colchão firme, com o auxílio do antropômetro (Anexo );
- a cabeça deverá estar no mesmo eixo do tronco, evitando-se lateralizações, flexões e extensões do pescoço;
- os pés deverão estar em posição plantar, evitando ficar na ponta dos pés;

##### **Crianças após os 2 anos:**

- medição em plano vertical, com o auxílio de régua, apoiando em 4 pontos – calcanhares, nádegas, costas e cabeça;
- a cabeça deverá estar num plano onde a porção superior da implantação da orelha e o canto externo do olho, esteja num ângulo reto com o plano vertical;

O acompanhamento da criança pode indicar **Déficits de estatura** sendo necessário investigar causa (dieta insuficiente em quantidade e/ou qualidade e história de infecções de repetição no passado ou ainda persistente no presente) e estabelecer conduta - orientação alimentar e cuidados gerais, objetivando a recuperação total ou parcial deste déficit.

### Fluxograma 6- Estatura/idade.



Fonte: Elaboração própria.

## 7.6. CONDUTAS RECOMENDADAS PARA ALGUMAS SITUAÇÕES DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA ATÉ 05 ANOS

Como roteiro de observação e identificação de crianças com prováveis problemas de desenvolvimento, incluindo alguns aspectos psíquicos, utilizar a ficha "Acompanhamento do desenvolvimento" adotado pelo Ministério da saúde consultar caderno de atenção básica de saúde da criança/MS (BRASIL, 2002).

1. **Presença da resposta esperada para a idade:** a criança está se desenvolvendo bem e o profissional de saúde deve seguir o calendário de consulta.
2. **Falha em alcançar algum marco do desenvolvimento para a idade:** antecipar a consulta seguinte; investigar a situação ambiental da criança, relação com a mãe, oferta de estímulos. Orientar a mãe para brincar e conversar com a criança durante os cuidados diários e realizar os estímulos conforme a etapa funcional ou do desenvolvimento.
3. **Persistência do atraso por mais de duas consultas ou ausência do marco no último quadro sombreado:** referenciar a criança para o médico ou pediatra ou serviço de maior complexidade.

A linha guia Saúde da Criança do Estado de Minas Gerais (2005) publica uma avaliação simplificada, acoplada a uma proposta de conduta que visa avaliar o marco principal de cada área do desenvolvimento (motor, adaptativo, linguagem e pessoal-social) da Escala de Denver e considera o percentil 90 para cada idade para a aquisição das habilidades (quando a maioria das crianças já adquiriu essas habilidades).

### Vigilância do desenvolvimento da criança de 0 a 9 anos

PERGUNTAR E OBSERVAR	
Até 2 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• observa rosto da mãe/observador</li> <li>• segue objeto na linha média</li> <li>• reage ao som</li> <li>• eleva a cabeça</li> </ul>
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• olha sua própria mão</li> <li>• segura objetos</li> <li>• ri, emitindo sons</li> <li>• sentado, sustenta a cabeça</li> </ul>
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tenta alcançar brinquedo</li> <li>• leva objetos à boca</li> <li>• volta-se para o som</li> <li>• vira-se sozinho</li> </ul>
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• brinca de escondeu-achou</li> <li>• transfere objetos de uma mão para outra</li> <li>• duplica sílabas (mama, papa)</li> <li>• senta sem apoio</li> </ul>
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mostra o que quer</li> <li>• segura objetos pequenos com "pinça"</li> <li>• imita sons de fala</li> <li>• anda com apoio</li> </ul>
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• joga bola com observador ou pessoa</li> <li>• rabisca espontaneamente</li> <li>• diz uma palavra</li> <li>• anda sem apoio</li> </ul>
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pega objeto quando solicitado</li> <li>• retira e coloca objeto pequeno em caixa</li> <li>• diz três palavras</li> <li>• anda para trás</li> </ul>
2 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• retira uma vestimenta</li> <li>• constrói torre com três cubos</li> <li>• aponta partes do corpo</li> <li>• chuta a bola</li> <li>• lava e seca as mãos</li> </ul>
3 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• imita uma linha vertical</li> <li>• compreende duas ações</li> <li>• sobe escada</li> <li>• veste-se sozinha</li> </ul>
4 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• copia um círculo</li> <li>• define três objetos pelo uso</li> <li>• equilibra em um pé por 2 segundos</li> <li>• escova os dentes sem ajuda</li> </ul>
5 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• copia uma cruz</li> <li>• define 5 objetos</li> <li>• agarra uma bola</li> <li>• canta músicas</li> </ul>
6 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• copia quadrado</li> <li>• define 7 objetos</li> <li>• ultrapassa obstáculos</li> <li>• conhece manhã e tarde</li> </ul>
7 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• copia losango</li> <li>• desenha homem com 12 detalhes</li> <li>• amarra sapatos</li> <li>• lê bem (veja escolaridade)</li> </ul>
8 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• descreve bem as palavras, além do uso</li> <li>• não troca letras</li> <li>• diz o dia, mês e ano</li> <li>• diz ordem dos meses</li> </ul>
9 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• faz sentença com três palavras dadas</li> <li>• faz contas complexas</li> </ul>

CLASSIFICAR O DESENVOLVIMENTO		DECIDIR
Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes.	Desenvolvimento normal.	Elogiar a mãe e orientar para continuar estimulando seu filho.
Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária.	Possível atraso no desenvolvimento.	Orientar a mãe sobre a estimulação do filho. Marcar retorno com 30 dias.
Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária anterior.	Atraso no desenvolvimento.	Referir para avaliação neuropsicomotora.

Fonte: Escala de Denver II – adaptada e Publicação da Secretaria Municipal de Saúde de Belém, *Manual para Vigilância do Desenvolvimento da Criança de 0 a 2 anos de Idade na Atenção Primária à Saúde*, 2000.



Este capítulo de Alimentação Saudável foi baseado nos documentos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2010; BRASIL, 2014) e COREN (2014).

## **ALEITAMENTO MATERNO**

O aleitamento materno exclusivo é o modo ideal de nutrir a criança até os 6 meses de idade. A OMS, em 2001, recomendou o aleitamento exclusivo nos primeiros 6 meses de vida e, a partir dessa idade, a complementação do leite materno com outros alimentos para suprir o aumento das necessidades energéticas e de minerais da criança.

No entanto, o leite materno ainda pode ser mantido até os 2 anos de idade, como parte da dieta da criança, conforme a situação de cada família, porque ainda continua garantindo aporte adequado de cálcio e de proteínas

Apesar das inúmeras vantagens e dos conhecimentos científicos sobre o aleitamento materno, o desmame ainda é precoce em muitos países.

As vantagens da amamentação natural são bastante conhecidas, tanto para a criança, como para a mãe. A amamentação:

- atende as necessidades nutricionais do bebê;
- protege a criança contra doenças, em especial as infecciosas, num período de imaturidade do sistema imunológico, como são os três primeiros meses de vida;
- protege a criança contra doenças alérgicas;
- é prática, pois o leite está pronto e pode ser dado em qualquer hora ou lugar, o que torna praticamente nulo o risco de contaminação no preparo e manuseio de utensílios;
- proporciona condições ideais para a comunicação e troca de afeto entre mãe e filho:
- protege a mãe de hemorragias após o parto e, portanto, da anemia e diminui a ocorrência de câncer de mama e de ovário;
- proporciona maior espaçamento entre as gestações, por inibir a ovulação, desde que o aleitamento seja exclusivo no primeiro semestre de vida do bebê. Este efeito contraceptivo diminui com a redução do ritmo de sucção e a introdução de novos alimentos.

## Recomendações Alimentares para crianças menores de 2 anos

A prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança deve ser recomendada por todos os profissionais de saúde como importante estratégia para a promoção da saúde da população infantil. Além disso, o Ministério da Saúde recomenda a adequação das práticas da alimentação complementar ao leite materno, também a partir dessa idade (BRASIL, 2010).

Em 2010, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a implantação da Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS) que divulgou uma versão atualizada dos “Dez passos para uma alimentação saudável”.

Em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o MS recomenda a operacionalização dos “Dez passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos”, sintetizados no Quadro 06.

### **QUADRO 6** - Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de dois anos

Passo 1 - Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
Passo 2 - Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.
Passo 3 - Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.
Passo 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.
Passo 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; iniciar com a consistência pastosa (papas/purês) e,

gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.
Passo 6 - Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
Passo 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
Passo 8 - Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
Passo 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.
Passo 10 - Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

De forma resumida, o Quadro 7 apresenta o esquema alimentar recomendado pelo MS para os dois primeiros anos de vida de crianças que amamentam. Esse esquema mostra que o aleitamento materno deve ser continuado, porém, a partir dos seis meses de vida, devem ser introduzidos novos alimentos. Importante ressaltar que a introdução deve ser gradual, respeitando as particularidades de cada criança.

Desde as primeiras refeições não é recomendado processar os alimentos no liquidificador ou passá-los na peneira.

**QUADRO 7.** Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida de crianças que recebem leite materno

Do nascimento até completar 6 meses	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Aleitamento materno exclusivo sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda	Leite materno sob livre demanda
	Papa de fruta	Papa de fruta	Papa de fruta
	Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta, pão simples, tubérculo ou cereal
	Leite materno	Papa salgada	Refeição básica da família

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

Os alimentos complementares, especialmente preparados para a criança, são chamados de alimentos de transição. A partir dos 8 meses, alguns alimentos que fazem parte da refeição básica da família já podem ser oferecidos à criança (arroz, feijão, carne cozida, legumes). Importante estarem amassados ou desfiados e que não tenham sido preparados com excesso de temperos ou condimentos (BRASIL, 2012).

Com a introdução dos alimentos complementares é importante que a criança receba água nos intervalos. Para garantir o aporte de nutrientes, a papa salgada deve conter um alimento de cada grupo, desde a primeira oferta. Ressalta-se a importância da carne para prevenir a anemia. Os grupos de alimentos são apresentados no Quadro 8.

**QUADRO 8** - Grupos de alimentos a serem utilizados no preparo das papas salgadas.

Grupo de alimentos	Exemplos
Cereais, tubérculos	arroz, aipim/mandioca/macaxeira, batata-doce, macarrão, batata, cará, farinhas, batata-baroa e inhame
Leguminosas	feijões, lentilha, ervilha seca, soja e grão-de-bico
Legumes, verduras e Frutas	folhas verdes, laranja, abóbora/jerimum, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate e manga
Carnes ou ovo	frango, peixe, pato, boi, ovo, miúdos e vísceras

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

Os familiares da criança que está iniciando a alimentação complementar deverão ser informados pelo profissional de saúde que é normal a criança recusar determinados alimentos e, por isso, deverão ser oferecidos novamente em outras refeições. Lembrar que são necessárias em média oito a dez exposições a um novo alimento para que ele seja aceito pela criança.

**QUADRO 9**- Consistência e quantidade de alimentos recomendadas para crianças nos dois primeiros anos de vida, segundo a faixa etária.

Idade	Consistência	Quantidade
A partir de 6 meses	Alimentos bem amassados	Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa e aumentar a quantidade conforme aceitação
A partir dos 7 meses	Alimentos bem amassados	2/3 de uma xícara ou tigela de 250 ml
9 a 11 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	3/4 de uma xícara ou tigela de 250 ml

12 a 24 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	Uma xícara ou tigela de 250 ml
---------------	---	--------------------------------

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

Outro aspecto que merece destaque refere-se às recomendações gerais às famílias de crianças pequenas, com dificuldades de adaptação ou recusa na introdução de outros alimentos descrita no Quadro 10 (BRASIL, 2010).

**QUADRO 10-** recomendações gerais às famílias de crianças pequenas, com dificuldades de adaptação ou recusa na introdução de outros alimentos.

- Separar a refeição em um prato individual para ter certeza do quanto a criança está realmente ingerindo.
- Estar presente junto às refeições mesmo que a criança já coma sozinha e ajudá-la se necessário.
- Não apressar a criança. Ela pode comer um pouco, brincar e comer novamente. É necessário ter paciência e bom humor.
- Alimentar a criança tão logo ela demonstre fome. Se a criança esperar muito, ela pode perder o apetite.
- Evitar forçar a criança a comer para não aumentar estresse e diminuir mais o apetite. Fazer das refeições momentos tranquilos e felizes.

### **Recomendações para as crianças que não recebem leite materno**

A proteção à amamentação e a orientação apropriada sobre alimentação devem estar entre as prioridades de ação dos profissionais de saúde que trabalham com a população infantil.

## FÓRMULA INFANTIL

Diante da impossibilidade do aleitamento materno, é recomendado que crianças menores de seis meses de vida sejam alimentadas com fórmulas infantis para lactentes e as de seis a doze meses com formulas de seguimento para lactentes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2008).

Apesar de proporcionar o conteúdo nutricional necessário, as fórmulas não são estéreis e estão sujeita às mesmas preocupações de segurança, como cuidados com a higiene na preparação e abastecimento de água potável. Esses cuidados devem ser ainda maiores nos primeiros seis meses de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Se a criança é alimentada com fórmula infantil, a introdução de outros alimentos deve ser feita a partir dos seis meses de vida e deve seguir as mesmas orientações sobre a introdução da alimentação complementar para crianças amamentadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). O quadro 11 apresenta o esquema alimentar para crianças em uso de fórmula.

**QUADRO 11** – Esquema alimentar para crianças não amamentadas e alimentadas com fórmula infantil.

Do nascimento até completar 6 meses	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Alimentação láctea	Alimentação láctea	Alimentação láctea	Alimentação láctea
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
	Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
	Papa de fruta Alimentação láctea	Papa de fruta Alimentação láctea	Frutas ou cereal ou tubérculo Alimentação láctea
	Alimentação láctea	Papa salgada	Refeição básica da família
		Alimentação láctea	Alimentação láctea

Fonte: BRASIL (2010c).

### Diluição e preparo de leite artificial

Nos casos em que há necessidade de se orientar o preparo das fórmulas lácteas e diluições de leite (Quadro 12), tais orientações devem ser feitas de forma individualizada e por um profissional qualificado (BRASIL, 2012).

**QUADRO 12.-** Volume e número de refeições lácteas por faixa etária no primeiro ano de vida.

<b>Idade</b>	<b>Volume*</b>	<b>Número de refeições por dia</b>
Até 30 dias	60 a 120 ml	6 a 8
De 30 a 60 dias	120 a 150 ml	6 a 8
De 2 a 4 meses	150 a 180 ml	5 a 6
De 4 a 8 meses	180 a 200 ml	2 a 3
Acima de 8 meses	200 ml	2 a 3

Fonte: BRASIL, 2012.

\* Valores aproximados de acordo com a variação do peso corporal do lactente nas diferentes idades. Recomenda-se, após os quatro meses, oferecer o leite e outros alimentos.

Para o preparo do leite de vaca integral em pó, deve-se diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária, conforme as quantidades descritas no Quadro 13.



**QUADRO 13.** Preparo do leite de vaca integral em pó e fluido

<b>Tipo de leite</b>	<b>Preparo</b>
Leite em pó integral	1 colher rasa das de sobremesa para 100ml de água fervida
	1½ colher rasa das de sobremesa para 150ml de água fervida
	2 colheres rasas das de sobremesa para 200ml de água fervida
Leite integral fluido	2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida
	70ml de leite + 30ml de água = 100ml
	100ml de leite + 50ml de água = 150ml
	130ml de leite + 70ml de água = 200ml

Fonte: BRASIL, 2010. Adaptado.

#### Recomendações

- o preparo de leites artificiais nunca deve ser coletivo;
- o leite de vaca integral diluído a 10% ou 2/3 pode necessitar de acréscimos calóricos pela adição de 5% de açúcar, 3% de amido (farinha de milho, aveia, arroz) e 3% de óleo vegetal (BRASIL, 2012).
- não oferecer o mel de abelha para crianças até 1 ano de idade devido ao risco de transmissão do botulismo, que é causado por uma bactéria chamada *Clostridium botulinum*, risco que existe principalmente devido à deficiência de fiscalização nas propriedades produtoras do mel in natura.

Os profissionais de saúde devem orientar as mãe e cuidadores quanto aos procedimentos de diluição do leite de vaca adequado para a idade, a correção da deficiência de ácido linoléico e a suplementação com vitamina C e ferro.

O leite deve ser diluído em 2/3 ou 10%, até os quatro meses de idade da criança, devido ao excesso de proteína e eletrólitos que fazem sobrecarga renal. Com a diluição, há diminuição de energia e ácido linoléico, sendo necessário o

acréscimo de 3% de óleo (1 colher de chá de óleo = 27 calorias) para cada 100ml para melhorar sua densidade energética.

Desta forma, não há necessidade de adição de açúcares e farinhas, alimentos não recomendados para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2010c).

Após completar quatro meses de idade o leite integral líquido não deverá ser diluído e nem acrescido do óleo, já que nessa idade a criança não amamentada receberá outros alimentos (BRASIL, 2010c).

### **Diluição do leite de vaca integral para crianças menores de quatro meses**

#### **QUADRO 14– Alimentação de crianças com leite de vaca.**

##### **· Crianças menores de quatro meses**

- Diluir o leite de vaca integral.
- A partir do segundo mês de vida, oferecer suplementação de vitamina C (30 mg/dia).
- Se a criança não estiver em aleitamento materno exclusivo, a suplementação profilática de ferro (1 mg de ferro elementar por kg de peso/dia) poderá ser realizada a partir dos quatro meses de idade, juntamente com a introdução dos alimentos complementares, até a criança completar 24 meses.
- Oferecer água entre as refeições.

##### **· Crianças maiores de quatro meses**

- A partir do quarto mês de vida não é mais necessário diluir o leite de vaca integral
- A partir do quarto mês de vida deve-se iniciar a introdução dos alimentos complementares.
- Oferecer água entre as refeições.
- O consumo máximo de leite não deve ultrapassar 500ml por dia.

As recomendações anteriores, relativas à consistência, quantidade e tipo de alimentos a serem ofertados para crianças que amamentam, também devem ser seguidas para aquelas que não amamentam, com exceção a época de

introdução desses alimentos, conforme destacado no **Quadro XX** (BRASIL, 2010).

**QUADRO 15-** Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida de crianças que não recebem leite materno

Nascimento até completar meses	Ao completar 4 meses	Ao completar 8 meses	Ao completar 12 meses
Alimentação láctea	Alimentação láctea	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de fruta	Fruta	
	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Papa salgada ou refeição básica da família
	Papa de fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
	Leite	Leite	Leite

Fonte: BRASIL, 2010.

### Recomendações para crianças de 2 a 10 anos

A promoção da alimentação saudável é fundamental durante a infância, quando os hábitos alimentares estão sendo formados. É importante que a criança adquira o hábito de realizar as refeições com sua família, em horários regulares (BRASIL, 2012).

Para as crianças maiores de 2 anos, algumas recomendações gerais foram feitas pelo Ministério da Saúde, as quais estão sintetizadas nos “Dez passos para uma alimentação saudável para crianças de 2 a 10 anos”,

encontrados na atual Caderneta de Saúde da Criança - Passaporte da Cidadania e apresentados no **Quadro 16**.

**QUADRO 16.** Dez passos para uma alimentação saudável para crianças de 2 a 10 anos.

Passo 1 – Oferecer alimentos variados, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia.

Passo 2 – Incluir diariamente alimentos como cereais (arroz, milho), tubérculos (batatas), raízes (mandioca/macaxeira/aipim), pães e massas, distribuindo esses alimentos nas refeições e lanches da criança ao longo do dia. Dar preferência aos alimentos na sua versão integral e na sua forma mais natural.

Passo 3 – Oferecer legumes e verduras nas duas principais refeições do dia; oferecer também, diariamente, 2 frutas nas sobremesas e lanches.

Passo 4 – Oferecer feijão com arroz todos os dias ou, no mínimo, cinco vezes por semana. Logo após a refeição, oferecer ½ copo de suco de fruta natural ou ½ fruta que seja fonte de vitamina C, como limão, laranja, acerola e outras para melhorar o aproveitamento do ferro pelo corpo e prevenir anemia.

Passo 5 – Oferecer leite ou derivados (queijo e iogurte) 3 vezes ao dia. Se a criança ainda estiver sendo amamentada, não é necessário oferecer outro leite. Carnes, aves, peixes ou ovos devem fazer parte da refeição principal da criança. Além das carnes, oferecer à criança vísceras e miúdos (fígado, moela), que também são fontes de ferro, pelo menos uma vez por semana.

Passo 6 – Evitar alimentos gordurosos e frituras; preferir alimentos assados, grelhados ou cozidos. Retirar a gordura visível das carnes e a pele das aves antes da preparação para tornar esses alimentos mais saudáveis.

Passo 7 – Evitar oferecer refrigerantes e sucos industrializados ou com muito açúcar, balas, bombons, biscoitos recheados, salgadinhos. Esses alimentos podem ser consumidos no máximo 2 vezes por semana, em pequenas quantidades. Uma alimentação muito rica em açúcar e doces aumenta o risco de obesidade e cáries.

Passo 8 – Diminuir a quantidade de sal na comida; não deixar o saleiro na mesa. Evitar temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos como mortadela, presunto, salsicha, linguiça e outros, pois contêm muito sal.

Passo 9 – Estimular a criança a beber no mínimo 4 copos de água durante o dia. Suco natural de fruta também é uma bebida saudável, mas só deve ser oferecido após as principais refeições, para não tirar a fome da criança.

Passo 10 - Incentivar a criança a ser ativa e evitar que ela passe mais do que 2 horas por dia assistindo TV, jogando videogame ou brincando no computador. É importante sair para caminhar com ela, levá-la para andar de bicicleta, passear com o cachorro, jogar bola, pular corda, ou seja, fazer alguma atividade física.

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança – Passaporte da Cidadania, 2009.  
Adaptado.

Importante orientar que a criança deve se alimentar juntamente com os outros membros da família, seguindo os mesmos horários. Além disso, não se deve substituir o almoço e o jantar por mamadeiras de leite ou por outros produtos lácteos. É importante também não recompensar as crianças com sobremesa ou guloseimas (BRASIL, 2012).

Para o ambiente escolar, foram instituídas diretrizes nacionais para a promoção da Alimentação Saudável nas escolas de Educação Infantil, Fundamental e nível Médio nas redes públicas e privadas (BRASIL, 2006).

Os profissionais de saúde que atuam em parceria com as escolas devem assumir o papel de colaborar na implementação dos “Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas”:

- reforçar a abordagem da promoção da saúde e da alimentação saudável nas atividades curriculares da escola;
- restringir a oferta, a promoção comercial e a venda de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal;

- desenvolver opções de alimentos e refeições saudáveis na escola. Aumentar a oferta e promover o consumo de frutas, legumes e verduras, com ênfase nos alimentos regionais;
- desenvolver um programa contínuo de promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerando o monitoramento do estado nutricional dos escolares, com ênfase em ações de diagnóstico, prevenção e controle dos distúrbios nutricionais.

### **7.8. SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO**

A deficiência de ferro é a carência nutricional mais comum e a causa mais frequente de anemia em todo o mundo. É muito comum nos primeiros anos de vida devido a aspectos peculiares do metabolismo do ferro e da alimentação nessa faixa etária (BRASIL, 2013).

A anemia ferropriva ocasiona danos cerebrais irreversíveis, devido a profundos efeitos causados no sistema nervoso central, além da perda de produtividade, está intimamente ligada a quantidade insuficiente de ferro na dieta para satisfazer as necessidades nutricionais individuais e a estados de desnutrição, apesar de poder se manifestar também em indivíduos que não se enquadram nesta classificação, podendo inclusive estar associada a indivíduos com obesidade (BRASIL, 2013; WONG, 1999).

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) consiste na suplementação profilática de ferro para todas as crianças de 06 a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal, independentemente idade gestacional até o terceiro mês pós-parto, e na suplementação de gestantes com ácido fólico (BRASIL, 2013).

Seguem abaixo as recomendações da suplementação de acordo as recomendações (BRASIL, 2013):

**QUADRO 17-** Recomendações da suplementação.

<b>Situação</b>	<b>Recomendação</b>
Recém-nascido a termo, de peso adequado para idade gestacional em aleitamento materno	1 mg/kg peso/dia a partir do sexto mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida.
Recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso até 1.500 g	2 mg/kg peso/dia durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g	3 mg/kg peso/dia durante um ano. Posteriormente, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1.000 g	4 mg/kg peso/dia durante um ano. Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

As crianças em aleitamento materno exclusivo só devem receber suplementos a partir do sexto mês de idade. Se a criança não estiver em aleitamento materno exclusivo, a suplementação poderá ser realizada a partir dos quatro meses de idade, juntamente com a introdução dos alimentos complementares (BRASIL, 2013). O quadro a seguir segue as orientações.

**QUADRO 18-** Orientações para a mãe/família.**Orientações para a mãe/família**

Administrar o suplemento no mesmo horário, entre as refeições (mínimo de 30 minutos antes da alimentação), de preferência com suco de fruta (ex.: laranja, caju, acerola) quando não em AME.

Ocorrência de possíveis efeitos adversos (ex.: fezes escurecidas, diarreia).

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

**7.9. SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A**

A deficiência de Vitamina A é um dos principais problemas nutricionais decorrentes da ingestão irregular e inadequada que pode levar a cegueira noturna, ressecamento da conjuntiva, ressecamento da córnea, lesão da córnea e cegueira irreversível, deficiência no crescimento, comprometimento do sistema

imunológico predispondo a processos infecciosos e conseqüentemente contribuem para o aumento das taxas de mortalidade infantil (BRASIL, 2013).

No Brasil, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi instituído por meio da Portaria nº nº 729, de 13 de maio de 2005 cujo objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar).

Os suplementos de vitamina A possuem duas concentrações: as cápsulas de 100.000 UI (amarela) e 200.000 UI (vermelha) diluída em óleo de soja e acrescida de vitamina E sendo administradas pela via oral. Não devem ser administradas pelas vias intramuscular e endovenosa (BRASIL, 2013).

Os suplementos não devem ficar expostos à luz do sol e claridade e nem refrigerados. Devem ser mantidos em locais frescos e arejados (BRASIL, 2013).

**FIGURA 5-** Vitamina A.



Fonte: CGAN/DAB/SAS.

A suplementação da vitamina A deve seguir o calendário de administração abaixo:

IDADE	DOSE	FREQUÊNCIA
Crianças: 6 – 11 meses	100.000 UI	Uma dose
Crianças: 12 – 59 meses	200.000 UI	Uma vez a cada 6 meses

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005.



De acordo Brasil (2013), o intervalo seguro entre uma administração e outra é de, no mínimo, quatro meses. Vale destacar, que o enfermeiro pode utilizar o intervalo mínimo de 4 meses visando garantir a administração de duas doses no ano para crianças maiores de 1 ano.

Após a realização da suplementação deve-se registrar na Caderneta de Saúde da Criança a data e a dose da vitamina A administrada e agendar o retorno da criança na unidade de saúde, reforçando junto a mãe ou responsável pela criança sobre a importância desta suplementação.

**OBSERVAÇÃO:** Ressalta-se que não é recomendada a suplementação da criança que faz o uso diário de polivitamínico com vitamina A ou qualquer outro suplemento isolado de vitamina A (Protovit, Grovit, etc.) (BRASIL, 2013).

Cuidados ao administrar a megadose de vitamina A (Brasil, 2013):

- Verifique o rótulo do frasco para confirmar a dose de vitamina A contida em cada cápsula (100.000 UI ou 200.000 UI).
- Verifique a data de validade do suplemento e descarte as cápsulas vencidas registrando a perda no sistema de gestão do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.
- Para abrir, torça a ponta da cápsula e puxe para cima. Não use alfinetes para abri-las ou outros objetos perfurocortantes, evitando, assim, ferir os dedos e contaminar o produto.
- Caso a criança cuspa o produto, não se deve administrar outra cápsula. Coloque as cápsulas usadas no recipiente apropriado para descarte.

### **ATENÇÃO!**

**NA FALTA DE QUALQUER MEGADOSE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, NÃO SE DEVE DOBRAR A DOSE DE 100.000 UI PARA 200.000 UI OU ENTÃO DAR SOMENTE UMA GOTA DE 200.000 UI EM SUBSTITUIÇÃO À DOSE DE 100.000 UI.**

Fonte: Ministério da Saúde, 2013

A seguir será apresentado o o Fluxo da suplementação de Vitamina A do município de Montes Claros

### **FLUXOGRAMA 7 - FLUXO DA SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

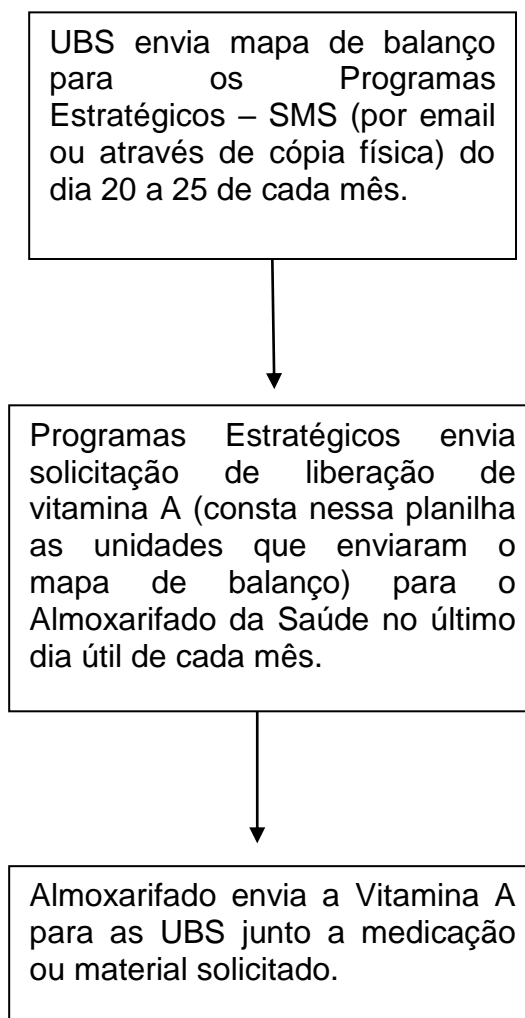
**Público: Crianças de 6 a 59 meses de idade**

**Conduta:**

- Crianças 6 – 11 meses: cápsula 100.000 UI – 1 dose no período

- Crianças 12 – 59 meses: cápsula 200.000 UI – 1 dose a cada 6 meses

\*\*\* Crianças que estão recebendo o suplemento NUTRISUS não devem receber a vitamina A durante o período de uso do suplemento.



**OBS:** Para as solicitações fora do prazo estabelecido (20 a 25 de cada mês) será necessário enviar um memorando justificando a solicitação fora do prazo. O memorando deve ser enviado aos Programas Estratégicos por email ou em cópia física. Deve ser enviado também cópia do memorando para a coordenação de Atenção Primária.

Email: [vitaminaamoc@yahoo.com.br](mailto:vitaminaamoc@yahoo.com.br)

- As unidades não devem fazer solicitação de vitamina A diretamente ao almoxarifado, uma vez que só serão atendidas as solicitações via Programas Estratégicos.

## 7.10. SUPLEMENTAÇÃO VITAMINA D

A vitamina D é o hormônio responsável por fixar o cálcio nos ossos permitindo que a massa óssea seja feita de maneira adequada prevenindo a ocorrência de osteopenia/osteoporose na fase adulta e também a fratura de quadril no idoso. Na infância, a insuficiência desta vitamina pode interferir na estatura da criança (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA) (SBP).

A SBP recomenda a suplementação profilática de 400 UI/dia a partir da primeira semana de vida até os 12 meses, e de 600 UI/dia dos 12 aos 24 meses, inclusive para as crianças em aleitamento materno exclusivo, independentemente da região do país. Para os recém-nascidos pré-termo, a suplementação oral de vitamina D (400 UI/dia) deve ser iniciada quando o peso for superior a 1500 g.

### SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Fatores prejudiciais a biodisponibilidade dos carotenóides são a má absorção de gordura e os parasitas intestinais, como *Ascaris lumbricoides* e *Giardia lamblia*.

## 7.11. IMUNIZAÇÕES

### CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO ADOTADO PELO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS 2017

IDADE	VACINAS
Nascimento	BCG/ Hepatite B1
2 meses	Pentavalente, Anti-Pólio (VIP), Pneumo 10 e Rotavírus
3 meses	Meningo C
4 meses	Pentavalente, Anti-Pólio (VIP), Pneumo 10 e Rotavírus
5 meses	Meningo C
6 meses	Pentavalente, Anti-Pólio (VIP)
9 meses	Febre amarela
12 meses	Tríplice viral; Pneumo 10; Meningo C
15 meses	Pólio (VOP – 1 Reforço), DTP (1 Reforço), Tetraviral (Tríplice Viral + Varicela), Hepatite A
4 anos	DTP (2-Reforço), Pólio (VOP – 2 Reforço)
9 anos	HPV

**ATENÇÃO-** Vacina Meningo C, Pneumo 10, Hepatite A, Tetraviral podem ser aplicadas até aos 4 anos.

#### OBSERVAÇÕES

- Atentar para a formação da cicatriz da BCG, caso não ocorra, reaplicar aos 06 meses.
- Vacina contra Hepatite B: o intervalo mínimo entre a 1ª e a 2ª dose é de 30 dias. Entre a 2ª e a 3ª doses é de 60 dias, e entre a 1ª e a 3ª é de 6 meses. Não existe intervalo máximo entre as doses.

- DPT: a idade máxima para sua aplicação é de 6 anos, 11 meses e 29 dias. O reforço com dupla adulto (dT) deve ser feito de 10 em 10 anos, a partir do segundo reforço da DPT.
- Vacina contra Febre Amarela: pode ser aplicada a partir de 6 meses de vida em área de circulação do vírus de Febre Amarela.
- Estabelecer intervalo de 15 dias entre a vacina tríplice viral e a vacina contra febre amarela, se não forem aplicadas ao mesmo tempo.
- Mesmo que já tenha tido doenças como sarampo, coqueluche, difteria, tétano ou poliomielite, a criança deverá completar o esquema com todas as vacinas, pelas seguintes razões:
  - Sarampo e coqueluche, apesar de determinarem imunidade permanente, podem ser confundidas com outras doenças; desta forma, sem comprovação laboratorial, não é justificável dispensar a aplicação da vacina;
  - A poliomielite produz imunidade permanente apenas para o tipo específico de vírus que a causou; assim, a criança poderia ter novamente a doença, ocasionada por um dos outros dois tipos de vírus.
- As reações pós-vacinais devem ser investigadas e notificadas em Formulário de Reação Adversa Pós-vacina (formulário próprio), que deve ser encaminhado ao SINAN/ Vigilância Epidemiológica. Em caso de evento local grave relacionado a BCG, encaminhar ao ambulatório de Tisiologia (Policlínica Dr. Carlos José do Espírito Santo) para avaliação, com ficha de eventos adversos preenchida.

### **CONTRAINDICAÇÕES GERAIS**

- Processo febril agudo, se associado a uma doença grave;
- Alergia de natureza anafilática a um componente da vacina ou após uma dose anterior da mesma;
- Vacinas de bactérias ou vírus vivos não devem ser administradas em pessoas:
  - Com imunodeficiência congênita ou adquirida.
  - Com neoplasias;

- Em tratamento com corticóides em doses imunossupressoras: 2 mg/kg/dia de prednisona para crianças com peso até 10 kg, ou mais de 20 mg por dia, em crianças maiores, por mais de duas semanas;
- Em tratamento com outras terapêuticas imunodepressoras, como quimioterapia e radioterapia.

### **FALSAS CONTRAINDICAÇÕES:**

- Doença aguda leve, com febre baixa;
- O uso de antimicrobianos;
- Reação local a uma dose prévia;
- História pregressa da doença contra a qual se vai vacinar, exceto varicela;
- Desnutrição;
- Vacinação contra raiva;
- Doença neurológica estável;
- Tratamento com corticóides, em doses não imunossupressoras;
- Alergias (exceto de natureza anafilática a algum componente da vacina);
- Gravidez da mãe ou de outro contato domiciliar;
- Prematuridade ou baixo peso ao nascimento. No caso da vacina BCG, recomenda-se aguardar até a criança atingir 2.000 g de peso, o mesmo ocorrendo com a vacina contra hepatite B, caso a mãe não seja HbsAg positiva.

### **ADIAMENTO DA VACINAÇÃO**

- As vacinas devem ser adiadas:
- Até a recuperação de doenças agudas graves;
- Um mês após o término de corticoterapia em dose imunossupressora;
- Três meses após suspensão de outros medicamentos imunossupressores;
- Após transplante de medula óssea, as vacinas vivas devem ser adiadas por dois anos e as outras, por um ano;

- A interferência entre as vacinas vivas ainda é controversa. A recomendação atual é que se dê um intervalo mínimo de duas semanas entre a administração de vacinas virais vivas, exceto a da poliomielite;
- Uso de hemoderivados. Ocorre interferência na soroconversão de vacinas vivas atenuadas.
- Em geral, recomenda-se:
  - Entre o uso prévio de imunoglobulina e a administração de vacinas de vírus vivos um intervalo de três meses;
  - Entre vacina de vírus vivos e a administração posterior de imunoglobulina um intervalo mínimo de duas semanas;
  - Quando a imunoglobulina for administrada via endovenosa, os intervalos vão variar dependendo da dose, de 8 a 11 meses;
  - Após a administração de concentrado de hemácias, deve-se aguardar 5 meses;
  - Após o uso de sangue total, aguardar 6 meses;
  - Após plasma ou plaquetas, 7 meses.

## **EVENTOS ADVERSOS AS VACINAS**

### **BCG:**

- úlcera com diâmetro maior que 1 cm;
- abscesso subcutâneo frio;
- abscesso subcutâneo quente;
- linfadenopatia regional supurada;
- cicatriz quelóide;
- reação lupóide.
  - em pele;
  - osteoarticulares;
  - em linfonodos ou em órgãos do tórax ou do abdômen;
  - lesões generalizadas.

**Tríplice bacteriana - DPT:**

- casos com abscessos ou outras reações locais muito intensas (edema e/ou vermelhidão extensos, limitação de movimentos acentuada e duradoura);
- o aumento exagerado de determinada(s) reação(ões) locais, associada(s) eventualmente a erros de técnica ou a lote vacinal (“surtos”).
- temperatura axilar igual ou superior a 39,5°C, nas primeiras 48 horas após a vacina;
- episódio hipotônico-hiporresponsivo e colapso circulatório com estado de choque;
- convulsão;
- encefalopatia;
- reações de hipersensibilidade.

**Dupla Adulto - dT:**

- Síndrome de Guillain-Barre.

**Tríplice Viral:**

- abscessos ou outras reações locais muito intensas (edema e/ou vermelhidão extensos, limitação de movimentos acentuada e duradoura);
- notificar também - o aumento exagerado de determinada(s) reação (ões) local, associada (s) eventualmente a erros de técnica ou lote vacinal (“surtos”) ;
- manifestações relativas ao sistema nervoso;
- púrpura trombocitopênica;
- reações articulares;
- parotidite.

**Vacina Oral contra a Poliomielite:**

- poliomielite aguda associada com a vacina.



**Vacina Contra a Febre amarela:**

- encefalite

**Vacina Contra Meningococo C:**

- “síndrome de reação sistêmica precoce” (SRSP) o aparecimento dentro de 3 horas após a aplicação da vacina de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tremores, calafrios, febre, cefaléia intensa, vômitos, sonolência, prostração, cianose perioral ou de dedos;
- Episódio Hipotônico-Hiporresponsivo (EHH);
- manifestações neurológicas;
- manifestações hematológicas;
- manifestações de hipersensibilidade.

**7.12. ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA  
– AIDPI**

O objetivo da estratégia AIDPI não é estabelecer um diagnóstico de uma determinada doença, mas identificar sinais clínicos que permitam a avaliação e classificação e realizar assistência requerida: encaminhamento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados e vigilância no domicílio (BRASIL, 2017).

Os enfermeiros capacitados para a aplicação da estratégia AIDPI estão habilitados a implementar todas as ações preconizadas inclusive as terapias medicamentosas contempladas no manual de quadro de procedimentos, uma vez que se trata de atenção à criança.

As condutas de atenção integrada incluem como tratar crianças doentes que chegam à atenção básica; entretanto não inclui todas as doenças que acometem essa faixa etária e sim as doenças prevalentes que contribuem para o aumento da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2017).

A estratégia AIDPI Criança (Criança de 2 meses a 5 anos) é apresentada em uma série de quadros que mostram a sequência e a forma dos procedimentos a serem adotados pelos profissionais de saúde, que descrevem os seguintes passos (ver manual de quadros do AIDPI Criança):

1. Avaliar e Classificar a criança doente de 02 meses a 05 anos de idade.
2. Tratar.
3. Aconselhar a mãe/pai ou responsável pelo cuidado.
4. Consulta de retorno.
5. Avaliar o desenvolvimento
6. Prevenção da violência

- **AIDPI contempla alguns aspectos segundo Brasil (2017):**

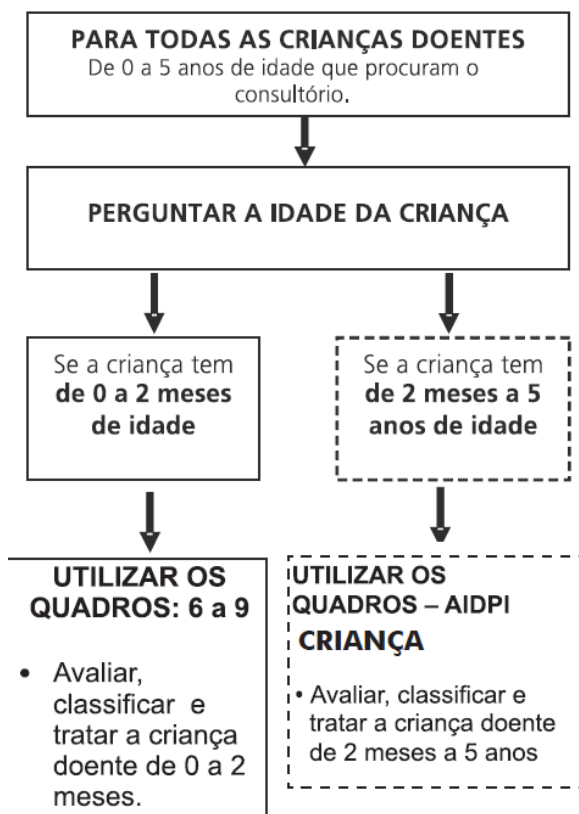
- Sinais gerais de perigo
- Tosse ou dificuldade para respirar
- Sibilância
- Diarreia
- Febre
- Problema no ouvido
- Dor de garganta
- Desnutrição
- Anemia ou outros problemas de crescimento

A estratégia AIDPI Neonatal (Lactentes de 0 a 2 meses) assemelha-se ao AIDPI Infantil, que descrevem os seguintes passos (ver manual de quadros do AIDPI Neonatal- BRASIL, 2014):

1. Avaliar e Determinar o risco antes da gestação.
2. Avaliar e Determinar o risco durante a gestação.
3. Avaliar e Determinar o risco durante o parto.
4. Avaliar a Necessidade de Reanimação.
5. Avaliar o Risco ao Nascer.
6. Avaliar e Classificar a Criança Doente de 0 a 2 meses de idade:
  - Determinar se existe doença grave ou infecção localizada;
  - Determinar se tem diarreia
  - Avaliar problemas de nutrição
  - Vigilância do desenvolvimento.
7. Tratar a criança.

## 8. Orientar a mãe.

A Seleção dos quadros apropriados para o manejo de casos teve ser de acordo com o fluxograma disposto em Brasil (2014, p. 18).

**FLUXOGRAMA 8-** Manejo das crianças doentes.

No conjunto das ações são enfatizadas as práticas de cuidados no consultório e domiciliares que visam a prevenção do agravamento dos quadros e favorecendo a recuperação da saúde.

O manual de quadros de conduta que subsidiam as ações das estratégias AIDPI Criança e AIDPI Neonatal devem ser utilizados em todos os atendimentos de enfermagem que envolvem assistência às crianças.

O atendimento de crianças doentes apresentando doenças prevalentes (sinais e sintomas principais) podem ser tratadas conforme a Estratégia AIDPI descritas no Manual de Quadro de Condutas, em que devem ocorrer com o uso

desse referido Manual e com o preenchimento dos Formulários de Registros de Casos, sendo que o formulário deve ser anexado ao prontuário da criança.

### **7.13. INTERCORRÊNCIAS COMUNS NA INFÂNCIA**

#### **7.13.1. ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO**

A anemia refere-se a uma condição caracterizada pela redução da massa de eritrócitos/ contagem de hemácias ou da concentração de hemoglobina abaixo dos níveis mínimos normais para a idade e sexo; decorrente de baixa produção por carência nutricional (ferro, ácido fólico, vitamina B12) ou depressão medular, ou aumento da destruição das hemácias (anemias hemolíticas por hemoglobinopatia, defeitos na membrana ou mecanismos autoimune) ou por hemorragias internas ou externas (OLIVEIRA, 2011; WONG, 1999).

Em decorrência da redução da contagem de hemácias ou da concentração de hemoglobina, a capacidade de oxigênio do sangue está diminuída consequentemente redução da disponibilidade de oxigênio disponível nos tecidos (WONG, 1999).

Dentre os vários tipos de anemia, a anemia por deficiência de ferro é um considerada um grave problema de saúde pública, representando a deficiência nutricional de maior magnitude no mundo, com elevada prevalência em todos os segmentos sociais, acometendo principalmente crianças menores de dois anos de idade e gestantes. No Brasil, acomete em torno de 25% (vinte e cinco por cento) das crianças menores de 2 (dois) anos, chegando a mais de 50% (cinquenta por cento) dependendo da região (BRASIL, 2014porta; BRASIL, 2013).

A anemia por deficiência de ferro pode instalar-se em qualquer indivíduo que não receba a quantidade adequada desse nutriente na dieta ou que tenha dificuldades em sua absorção, em que os principais fatores de risco responsáveis pela ocorrência da anemia na criança são a prematuridade ou baixo peso ao nascer, hemorragia perinatal, clampeamento precoce do cordão umbilical, gemelaridade, anemia materna, ausência de aleitamento na primeira hora de vida, introdução precoce de leite de vaca e/ou alimentos semisólidos,

alimentação à base de leite de vaca/ cabra ou fórmula não enriquecida com ferro, baixo peso, dieta prolongada com mamadeira, perda gastrointestinal, carência nutricional com consumo deficiente de carne ou alimentos que contenham vitamina C, não uso de sulfato ferroso profilático, infecções frequentes e infestações parasitárias, especialmente ancilostomíase (GOIAS, 2014; OLIVEIRA, 2011; BRASIL, 2013).

Os principais sinais e sintomas apresentados são a palidez (palmar, conjuntiva ocular e oral), dificuldade de concentração/memorização, irritabilidade, adinamia, fraqueza, desânimo, intolerância ao esforço, mau desempenho escolar e físico, dificuldade de ganhar peso e alteração do apetite e também pode ser notada a vontade de comer terra ou gelo (COREN, 2014; OLIVEIRA, 2011).

A deficiência de ferro tem como consequência o comprometimento do sistema imune aumentando a predisposição a infecções; aumento do risco de doenças; aumento da mortalidade materna e infantil; redução da função cognitiva, do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor com repercussões em todos os ciclos vitais; diminuição da capacidade de aprendizagem idade escolar e menor produtividade na fase adulta (BRASIL, 2013; BRASIL, 2012).

Essa anemia é apontada como um dos fatores determinantes do atraso no desenvolvimento infantil, que repercute no baixo rendimento escolar, na menor produtividade na vida adulta e, assim, contribui com a transmissão intergeracional da pobreza e com implicações para o desenvolvimento nacional (BRASIL, 2014 porta; BRASIL, 2013; BRASIL, 2012).

Dessa forma, é essencial a identificação precoce da anemia que pode ser feita através da observação da pele e mucosas, uma vez que a palidez cutâneo-mucosa cujo diagnóstico é confirmado através da determinação da concentração de hemoglobina sanguínea, sendo este um indicador de fácil operacionalização e baixo custo (BRASIL, 2004; OLIVEIRA, Xxx).

É fundamental que o profissional de saúde saiba observar sinais de palidez palmar que segundo Brasil (2004) e Coren (2014) podem ser realizados:

- Inspeccionando a palma da mão da criança mantendo-a aberta, caso esteja pálida, a criança será identificada por palidez palmar leve, se for grande a intensidade que pareça branca, a palidez palmar será considerada grave.
- Associar a cor da palma da mão da criança com a cor da palma da mão de sua mãe ou de uma pessoa da mesma raça.
- Em caso de dúvidas, solicitar hemograma para definição de condutas.

Conforme proposta do AIDPI (BRASIL, 2004), a palidez palmar é sinal de alta especificidade e sensibilidade de anemia, podendo com base nesse sinal o profissional pode iniciar o tratamento conforme manual de conduta.

Entretanto a dosagem de hemoglobina pode ser solicitada para o estabelecimento da classificação, em que os valores normais para crianças de seis meses a seis anos são de **11 g/dl** (Organização Mundial da Saúde, 1997 in São Paulo, 2016; COREN, 2014). No quadro a seguir estão descritos os níveis para cada faixa etária.

**QUADRO 19-** Níveis de hemoglobina usados para definir anemia por faixa etária.

Grupos Etários	Hemoglobina abaixo de (g/dL)	Hematócrito abaixo de (%)
Crianças de 6 meses a 5 anos	11	33
Crianças de 5 anos a 11 anos	11,5	34
Crianças de 12 anos a 13 anos	12	36

Fonte: BRASIL, 2012.

Outra classificação distingue os níveis de gravidade da anemia, segundo valores de hemoglobina para menores de 6 anos, conforme quadro abaixo.

**QUADRO 20-** Classificação quanto à gravidade.

<b>Classificação</b>	<b>Nível de Hb (g/dl)</b>
Anemia leve	9 a 11
Anemia Moderada	7 a 9
Anemia Grave	menor que 7
Anemia Muito Grave	Menor que 4

Fonte: BRASIL, 2007

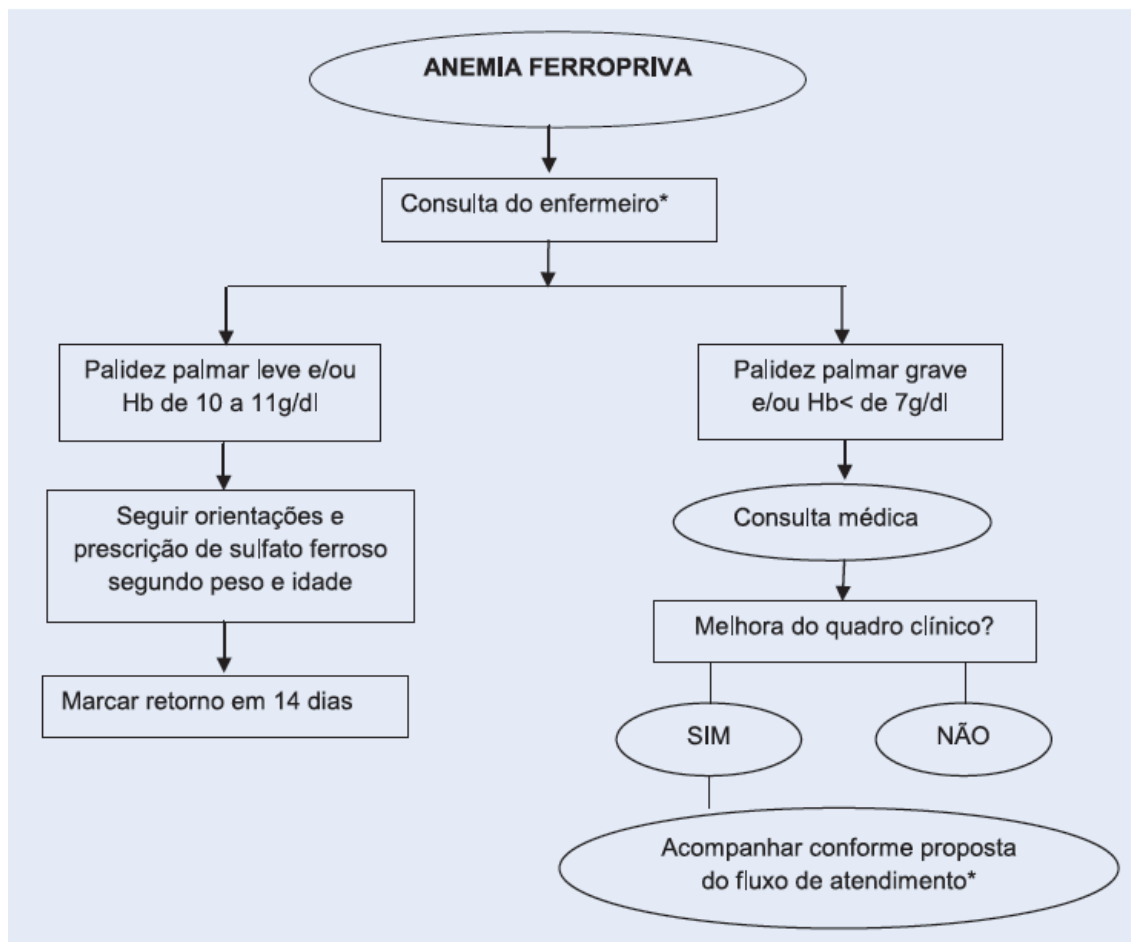
**CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Recomendar ingestão de alimentos fontes de ferro heme: carnes vermelhas, principalmente vísceras (fígado e miúdos), carnes de aves, suínos, peixes e mariscos. E também alimentos fontes de ferro não heme: hortaliças folhosas verde-escuras e leguminosas, como o feijão e a lentilha.

- Orientar a ingestão na mesma refeição de alimentos que melhoram a biodisponibilidade da absorção de ferro, como os ricos em vitamina C (ácido ascórbico), disponível em frutas cítricas (como: laranja, acerola, limão e caju), os ricos em vitamina A disponível em frutas (como: mamão e manga) e as hortaliças (como: abóbora e cenoura).
- Evitar alimentos que reduzem a absorção do ferro pelo organismo, orienta-se a não oferecer a criança chá preto ou mate, café e refrigerante próximo as refeições.
- Associar o Sulfato Ferroso a sucos ricos em vitamina C e administrando 30 minutos antes das refeições.
- Orientar a higiene oral após o uso de Sulfato Ferroso.
- Alertar para a mudança de coloração das fezes.

O cuidado da criança portadora de Anemia Ferropriva deve ser de acordo com o Fluxograma 9 embasado no documento do COREN (2014) .

### FLUXOGRAMA 9- cuidado da criança portadora de Anemia Ferropriva.



Fonte: COREN, 2014.

### Tratamento Medicamentoso

Prescrever Sulfato ferroso com Dose: **3 mg de ferro/kg/dia**. Oferecer uma dose por dia, nos intervalos das refeições preferencialmente 30 minutos antes da refeição, acompanhada de suco de frutas cítricas (BRASIL, 2017). Não exceder 60 mg/dia. Orientar a escovar os dentes após o uso do sulfato ferroso.

Caso ocorra baixa aderência por desconforto gástrico ou intestinal, reduzir a dose à metade e oferecer duas vezes ao dia preferencialmente as refeições (BRASIL, 2004).

A dosagem de Sulfato Ferroso para tratamento encontra-se descrita no Quadro 21



**QUADRO 21-** Dose do Sulfato Ferroso para Tratamento de Anemia.

IDADE OU PESO	SULFATO FERROSO 3 mg/Kg/dia 1 ml=25 mg de Ferro Elementar
2 a 3 meses ( 4 < 6 kg)	15 gotas ou 0,7 ml/dia
4 a 11 meses (6 <10 Kg)	20 gotas ou 1 ml/dia
1 a 2 anos (10 < 14 Kg)	30 gotas ou 1,5 ml/dia
3 a 4 anos (14 <19 kg)	40 gotas ou 2 ml/dia

Fonte: BRASIL, 2017

### 7.13.2. AFECÇÕES CUTÂNEA-MUCOSAS

Este capítulo teve como bases literárias as seguintes publicações: BRASIL (2014), BRASIL (2014a), SÃO PAULO (2016), COREN (2014), COREN (2012), OLIVEIRA (2011), WONG (1999).

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

As doenças que acometem a pele podem estar restritas a ela ou, por vezes a pele expressa sinais e sintomas como a primeira manifestação tardia de doenças sistêmicas.

Não menos importante é lembrar que o exame físico da pele deve ser feito sob iluminação adequada, preferencialmente sob luz natural e quando não for possível sob luz fluorescente. Deve-se valorizar sinais com alteração da cor (acromia, hipocromia, eritema.), com alteração da espessura (atrofia, hiperkeratose), a presença ou ausência de sintomas como prurido, dor e ardor. Todos são elementos auxiliares na consequente instituição da terapêutica adequada.

#### ➤ OBJETIVOS

- Informar a população sobre as afecções cutânea – mucosa forma de contágio e como preveni-las.

- Identificar na população os riscos potenciais para as afecções cutâneas mucosas.
- Identificar e tratar os indivíduos acometidos pelas afecções cutâneas mucosas.

### ➤ **POPULAÇÃO ALVO**

População em geral para Escabiose e demais afecções cutâneas de mucosas, descritas neste protocolo, na faixa etária de 0 a 5 anos.

### ➤ **PROCEDIMENTOS**

#### **Práticas Educativas**

Para o controle das afecções cutâneas mucosas, as práticas educativas são fundamentais para estabelecer medidas que contribuem para a prevenção de novas contaminações.

As medidas de controle das afecções cutânea mucosas podem acontecer de forma individual ou coletiva.

### ➤ **CONSULTA DE ENFERMAGEM**

#### **ANAMNESE**

Embora o exame clínico seja fundamental, algumas informações específicas na história do paciente são importantes e devem ser determinadas sempre que possível. São elas:

- Duração do problema (tempo de evolução)
- Início (aparência)
- Curso (como progrediu, alterações na aparência, tamanho, cor, etc)
- Localização (área do corpo acometida)
- Sintomas associados (prurido, ardência, dor.)
- História pregressa (alergias, atopia, alterações endócrinas, doenças auto-imunes, etc.)
- História Familiar (atopia, psoríase, malignidade, etc.)
- Ocupação profissional, hobbies, atividades temporárias.

- Tratamentos Tópicos prévios ou materiais utilizados (esteróides, antipruriginosos, anestésicos, antibióticos, colírios, cosméticos, maquiagem, tintura de cabelo, hidratantes, etc.), luvas, calçados de borracha ou outros fatores que possam desencadear ou modificar a aparência das lesões.
- Tratamentos Sistêmicos (fármacos que possam desencadear reações medicamentosas).

## **EXAME FÍSICO**

Para o exame dermatológico, o paciente deve sempre ser examinado por inteiro e com boa iluminação, preferencialmente sob a luz do dia. Além da pele, as membranas mucosas, unhas e pelos devem ser examinados rotineiramente a procura de alterações como:

- Alterações de Cor (Hipocromia, acromia, hipercromia, icterícia, eritema, cianose, rubor, etc.)
- Formações Sólidas (pápula, nódulo, placa, vegetação, verrucosidade, etc.)
- Coleções líquidas (vesículas, bolha, pústulas, abscesso, hematoma)
- Alterações de espessura (queratose, liquenificação, edema infiltração esclerose, e atrofia)
- Perdas e reparações (escamas, erosão, ulceração, ulcera, crosta, fissura, escara, cicatriz)

### **➤ DERMATITE DE FRALDAS OU DERMATITE AMONIACAL**

Dermatite de contato por irritação primária, caracterizada por irritação na pele, causada por contato com urina e fezes retidas pelas fraldas, uso de produtos químicos (amaciante, sabão, sabonete, água sanitária e talcos), troca infrequente das fraldas e má higiene.

As lesões variam de eritematosas exsudativas a eritematosas papulosas e descamativas nas áreas convexas da região delimitada pelas fraldas. Frequentemente surge infecção secundária por fungos ou bactérias como

*Bacillos faecalis*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Stafilococcus* e *Streptococcus*. O uso de pós, óleos, sabões e pomadas irritantes agravam o quadro clínico.

Existem três formas de apresentação e características de dermatite segunda as causas descritas no Quadro 22.

**QUADRO 22-** Formas de apresentação e características de dermatite segunda as causas.

<b>Forma de Apresentação</b>	<b>Causas</b>	<b>Características</b>
Moniacal	Urina, fricção, umidade, microorganismo, fezes e irritantes químicos	Erupção inflamatória
Monilíase	Fungo monília que prolifera em ambiente úmido, presença de fezes e urina	Pele avermelhada com ou sem pontos esbranquiçados
Candidíase	Fungo cândida	Pele avermelhada com ou sem pontos esbranquiçados

Fonte: COREN, 2014, p.56.

### **Cuidados de enfermagem**

Embasado no COREN (2014) e BRASIL (2016):

- Orientar quanto a retirar o excesso de sabão, água sanitária e amaciantes ao realizar a limpeza das roupas;
- Orientar a lavar as fraldas de tecido preferencialmente com sabão de coco, enxaguar bem e passar bem com o ferro;
- Manter a área seca e limpa orientando a trocar a fralda logo que ficar molhada,
- 
- Orientar a realizar a limpeza da região genital após as eliminações, sempre que a criança urinar ou evacuar, procurar lavar bem com água morna ou utilizar fralda umedecida, evitando uso de sabonete e lenço umedecido assim como produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza da pele);

- Orientar a expor área afetada ao sol em horário apropriado (até as 9:00 horas da manhã e após 17:00 horas), visando facilitar a cicatrização. Observar horários de verão;
- Usar amido de milho (maisena) na água do banho e/ ou fazer pasta (diluir em água até obter consistência cremosa) para uso local, retirar cuidadosamente todo o resíduo após cada troca de fralda, preferencialmente utilizando algodão umedecido ou lavar o local.
- Prescrever: Nistatina tópica na região das fraldas após cada troca de fraldas durante cinco dias. Usar creme à base de oxido de zinco. Ou Miconazol creme (2%, 30g) após cada troca de fralda de 7 a 10 dias
- Marcar Retorno com 5 dias, caso haja melhora do quadro, elogiar a mãe e parar o uso de Nistatina. Em caso da ausência de melhora do quadro clínico, encaminhar para consulta médica.
- Orientar a retornar a unidade de saúde, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

### ➤ IMPETIGO OU IMPETIGEM

Doença comum na infância, causada por *Stafilococcus aureus* ou *Streptococcus beta hemolítico* com alta transmissibilidade.

**Impetigo bolhoso:** vesículas e bolhas desenvolvem-se em pele normal, sem eritema ao redor. As lesões se localizam no tronco, face, mãos, áreas intertriginosas, tornozelo ou dorso dos pés, coxas e nádegas. O conteúdo seroso ou seropurulento desseca-se, resultando em crosta amarela que caracteriza o Impetigo. A lesão inicial é referida como bolha de queimadura de cigarro.

**Impetigo não-bolhoso:** inicia-se com lesões eritematosas seguida da formação de vesículas e pústulas que se rompem formando áreas erosadas com as típicas crostas amareladas. Localiza-se, preferencialmente, na face, braços, pernas e nádegas. É comum lesões satélites por autoinoculação. As lesões duram dias ou semanas, quando não tratadas podem envolver a derme o que constitui o ectima, com ulceração extensa e crosta hemorrágica.

**Implementação:**

- Os enfermeiros poderão prescrever o tratamento descrito abaixo, apenas no caso das crianças apresentar pequenas pústulas na pele em número reduzido (**menor que 5**) conforme recomendação de AIDPI Neonatal (BRASIL, 2014)
- A mãe deve: (2 a 3 vezes ao dia)
  - Lavar as mãos
  - Retirar o pus e crostas lavando suavemente com água e sabão preferencialmente sabão antisséptico.
  - Secar a região
  - Lavar as mãos
  - Aplicar antibiótico tópico 3 vezes ao dia (mupirocina ou neomicina + bacitracina )
  - Lavar as mãos.
  - Não usar pós, cremes, corantes e loções.

Marcar retorno em 2 dias para avaliar se houve melhora do quadro.

**Conduta no retorno:**

- Examinar as pústulas da pele. São muitas e extensas?
- Se as pústulas na pele seguem piorarem, referir a consulta médica ou ao hospital.
- Se as pústulas na pele seguem igual, referir a consulta médica.
- Se o pus e/ou a hiperemia ou as pústulas melhorarem, aconselhar a mãe que continue tratando a infecção localizada em casa por 7 dias ou regresso das lesões.

**OBSERVAÇÃO** - Caso as pústulas sejam grandes e/ou numerosas (maior que 5) ou apresentar linfadenomegalia, febre, infecções no couro cabeludo, pela dificuldade do uso de cremes ou pomadas no local, faringite associada, acometimento de estruturas mais profundas (tecido subcutâneo, fascia muscular), encaminhar para avaliação médica.

## ➤ ESCABIOSE OU SARNA

Doença dermatológica altamente infecciosa causada por um ácaro (*Sarcoptes scabie*) cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos nos quais deposita seus ovos. É transmitida por contato direto ou indireto com roupa de cama e relações sexuais. O tempo de incubação entre 24 horas até 6 semanas.

As áreas preferenciais da pele onde se visualizam essas lesões são: regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas, cotovelos, região periumbilical, sulco interglúteo, órgãos genitais externos nos homens, couro cabeludo, palmas das mãos e planta dos pés.

O prurido é intenso e maior durante à noite, por ser o período de produção e deposição de ovos. Crianças imunodeprimidas estão mais susceptíveis a infecção, a apresentação de lesões com crostas ou generalizadas.

Crianças menores de 2 anos encaminhar para Consulta médica.

### Cuidados de Enfermagem

- Orientar sobre transmissibilidade, prevenção, higiene pessoal e identificar contatos.
- O tratamento é aplicação por via tópica na pele limpa, seca e fria (Permetrina creme 5% (50 mg/mL) e Lidano 1% loção ou creme) que deve ser preparada na hora do uso ou via oral (Ivermectina).

Via oral Ivermectina, dose única aproximadamente 200 mcg por kg de peso corporal a partir dos 5 anos de idade ou 15 Kg de peso, repetir a dose após 1-2 semanas (BRASIL, 2016). Consulte a Tabela a seguir para orientar-se em relação à dosagem

### QUADRO 23 – Dosagem de Ivermectina

PESO CORPORAL (kg)	DOSE ORAL ÚNICA
15 a 24	½ comprimido
25 a 35	1 comprimido
36 a 50	1 ½ comprimidos

51 a 65	2 comprimidos
66 a 79	2 ½ comprimidos
≥ 80	200 mcg/kg

Fonte: WONG, 1999.

- Tratamento Tópico:
  - Loção de permetrina a 5% Aplicar a solução com auxílio de algodão 1 vez ao dia durante 7 dias em todo o corpo do pescoço para baixo, inclusive palmas e planta dos pés (BRASIL, 2016); Após a aplicação roupas limpas devem ser vestidas. Remover o medicamento com banho no dia posterior à aplicação preferencialmente depois de 8 a 14 horas; Não utilizar na área próxima dos olhos, mucosas e couro cabeludo; Uma segunda aplicação pode ser necessária 7-10 dias após o primeiro tratamento, se as lesões originais não forem curadas, ou caso novas lesões na pele aparecem.
- Lavagem e troca diária das roupas, roupas de cama, objetos pessoais em temperatura mínima de 60C;
- As roupas, toalhas, travesseiros e roupas de cama, devem ser trocados e posteriormente bem lavados, secados ao sol e passados com ferro bem quente. As roupas que não puderem ser lavadas devem ser colocadas em saco plástico bem fechado por uma semana (pois os ácaros não sobrevivem por mais de cinco dias fora do corpo humano);
- As unhas do usuário devem ser aparadas para reduzir as lesões ao coçar.
- Os pacientes podem apresentar prurido persistente após o tratamento. Isto raramente é sinal de falha no tratamento e não é uma indicação para a reaplicação do produto.
- Orientar que o prurido pode persistir até 1 semana após o tratamento encaminhar para consulta médica caso seja necessário associar anti-histamínico.
- Todos os membros infectados de uma família devem ser tratados ao mesmo tempo.



- Crianças menores de dois anos devem ser encaminhadas para atendimento médico;
- Evitar o uso de bebida alcoólica durante o tratamento;
- Marcar retorno em 7 dias, no retorno caso haja melhora do quadro clínico dá alta do tratamento. Caso não apresentou melhora ou piorou encaminhar a avaliação médica.
- 

#### ➤ **PEDICULOSE**

É a infestação por parasitas (piolhos) que acomete a cabeça (*Pediculus humanus capitis*), o corpo (*Pediculus humanus corporis*), ou a área genital (*Phthirus pubis*). A transmissão ocorre de uma pessoa para outra e por meio de objetos pertencentes a essa pessoa. O tempo de incubação é de 8 a 10 dias.

A fêmea vive em média 1 mês no hospedeiro humano. As fêmeas põem ovos (lêndeas) na junção de um eixo capilar próximo a pele, porque precisam de ambiente quente. Os ovos se rompem em 7 a 10 dias (WONG, 1999)

As crianças em fase escolar são as mais sujeitas a infestações e se não forem tratadas, podem apresentar prejuízo no desempenho escolar e na saúde (coceira, noites mal dormidas) e, em casos mais graves, a anemia provocada pelo parasita.

Para o tratamento, são utilizados os mesmos medicamentos tópicos usados na escabiose que é aplicação por via tópica (Permetrina Loção 10 mg/mL (1%) e Lidano 1% loção ou creme).

Atenção: Crianças menores de 2 anos de idade devem ser tratadas apenas com a remoção manual ou utilização do pente fino.

#### Cuidados domiciliares

- Orientar a mãe a inspecionar a cabeça da criança e usar pente fino para remoção das fêmeas e das lêndeas, trocar roupas de cama e pessoais regularmente, assim como dos demais membros da família;
- Instruir a criança a não compartilhar escovas de cabelo ou bonés de colegas de Escola;

- Lavar o cabelo com xampu de sua preferência, enxágue-o e enxugue com a toalha.
- Agitar bem o frasco de Permetrina Loção 10 mg/mL (1%) e aplicar nos cabelos ainda úmidos, cobrindo todo o couro cabeludo, esfregando abundantemente em toda a extensão, principalmente atrás das orelhas e na nuca. Garanta que todo o couro cabeludo ficou bem encharcado para não afetar o tratamento.
- Deixe o produto agir por 10 minutos.
- Remoção das lêndeas manualmente umedecendo os cabelos com vinagre morno diluído em partes iguais em água (1:1).
- Passe o pente fino para a remoção dos piolhos e das lêndeas.
- Enxágue o cabelo com água e enxugue com a toalha.

Em geral uma única aplicação é suficiente. Se ainda houver piolhos e lêndeas após 9 dias da primeira aplicação, aplicar o medicamento pela segunda vez (BRASIL, 2016).

Em caso de lactentes menores de 2 meses aplicar vaselina que age como agente oclusivo (BRASIL, 2016).

#### ➤ **DERMATITE SEBORREICA**

Lesão eritemato descamativa, papulosa, não pruriginosa podendo apresentar, de forma focal ou generalizada, em couro cabeludo, em face, pescoço, axilas, áreas flexoras, atrás das orelhas e área de fraldas. Podem evoluir para lesões pós-inflamatórias pigmentadas.

Orientações de Enfermagem:

- Passar vaselina ou óleo mineral no couro cabeludo uma vez ao dia, deixar por 1 hora e retirar seborreia com escova ou pente fino delicado.
- Lavar a cabeça com sabonete neutro.
- Retornar a unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

- Casos mais intensos conforme Brasil (2016, p.270) pode ser prescrito Hidrocortisona 1% creme por curto periodo associado a cetoconazol 2% xampu.

### ➤ **INTERTRIGO**

Trata-se de uma infecção de pele causada pelo mesmo fungo responsável pela candidíase (*Candida albicans*). Esse fungo se aloja na pele sem causar nenhuma alteração, com o objetivo de alimentar da queratina para manter-se ativo. No entanto, nas áreas sujeitas a atritos (dobras da pele, axilas, virilhas e nuca), sob o efeito do calor e da umidade, pequenas fissuras podem servir de porta de entrada para a infecção por esse fungo.

A irritação da pele pode ser causada pela urina e pelas fezes nas fraldas, favorecendo o desenvolvimento do fungo e de eritema intenso nas áreas de dobras cutâneas, de aspecto úmido e descamativo a qual se propaga com lesões eritemato-vesicopustulosas na periferia (lesões satélites). As vesículas rompem-se, unem-se, e assim, novas placas se formam intensificando o quadro. Nesse caso, o melhor método de prevenção e manter as dobras da pele seca e evitar uso de tecidos sintéticos.

### **Recomendações**

Lavar a região íntima da criança com água e sabão neutro após ter urinado e/ou evacuado.

Enxaguar bem a pele da criança principalmente na região das dobras e coloque outra fralda.

Trocar a roupa da criança após transpiração ou banho no mar ou piscina.

Dar preferência por roupas de algodão.

### ➤ **MILIÁRIA (BROTOEJA)**

Lesão eritematosa microvesicular, pruriginosa, apresenta-se devido ao calor excessivo e umidade ou a substancias que podem obstruir os poros, tais como cremes, talcos ou óleos.

**QUADRO 24-** Formas de apresentação e características de miliária segundo localização

<b>Formas de Apresentação</b>	<b>Característica</b>	<b>Localização</b>
Cristalina	Pequenas vesículas de coloração clara e pruriginosas	Pescoço e axilas
Rubra	Vesícula em base eritematosa, pápulas e prurido	Regiões cobertas por roupas, tais como: tronco e braços
Profunda	Pápulas rosadas com pouco ou nenhum prurido	Tronco

Fonte: COREN, 2014.

Orientações de Enfermagem para Miliária sem Sinais de infecção:

- Usar roupas leves.
- Lavar as roupas novas antes de usa-las e evitar amaciantes, talcos, cremes e perfume.
- Realizar banhos frequentes na criança com sabonetes neutros.
- Enxaguar a criança após o banho com 1 litro de água contendo 2 colheres (sopa) de amido de milho 3 vezes ao dia ou aplicar o amido de milho diretamente na pele como se fosse talco ou aplicar pasta d'água 3 vezes ao dia após o banho, caso as lesões sejam das formas rubra e/ou profunda.
- Retornar a unidade, caso haja piora do quadro clínico ou dúvidas.

Retorno com 7 dias, se houve melhora do quadro, alta do episódio. Caso tenha piora, encaminhar para avaliação médica.

➤ **CÓLICA DO RECÉM-NASCIDO/CÓLICA INFANTIL**

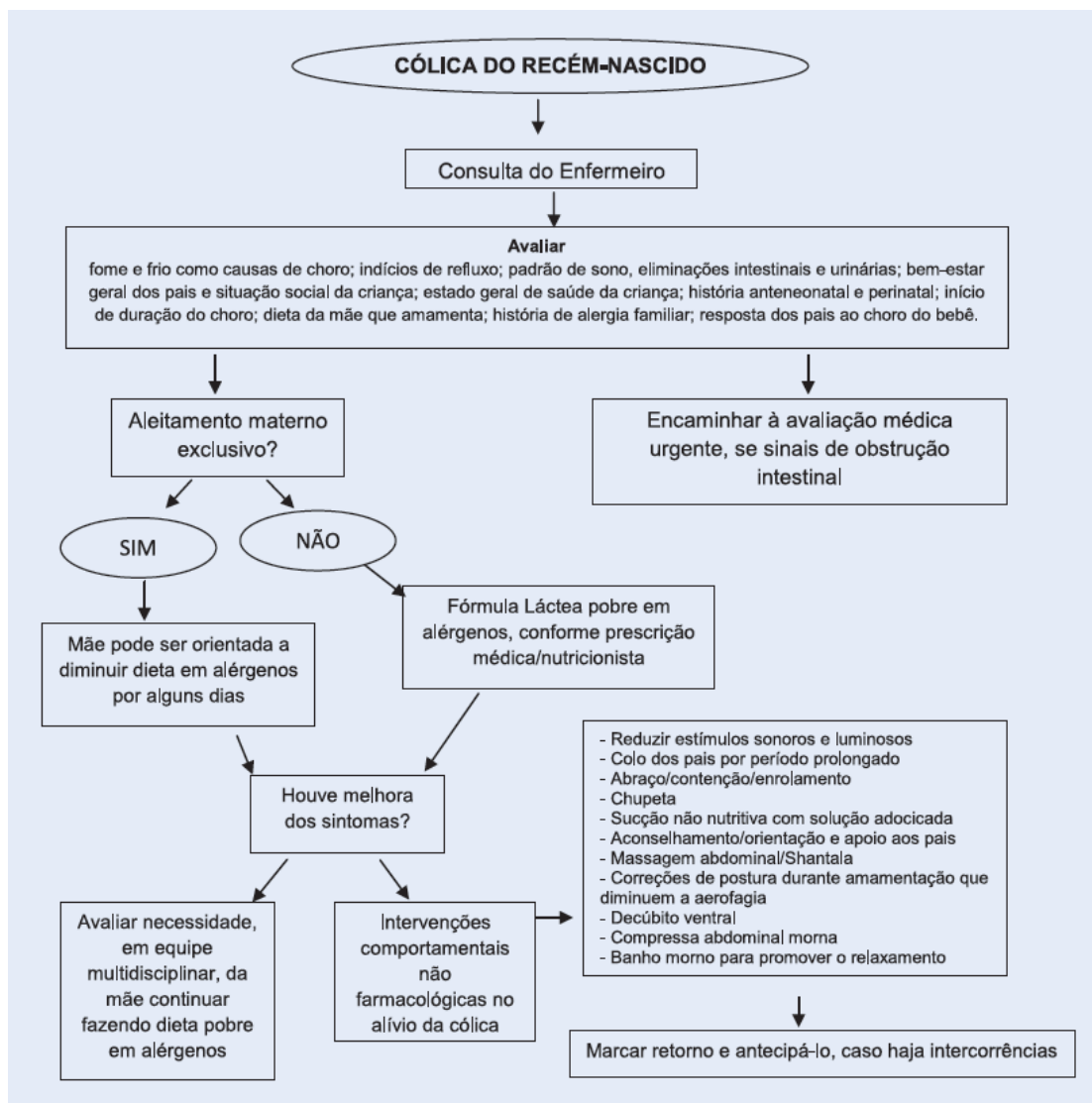
A cólica infantil afeta crianças nas primeiras semanas de vida com regressão espontânea antes do sexto mês de vida. Caracterizada por choro excessivo, em tom alto e gritante, ataques de irritabilidade e angústia, rubor facial, flexão das pernas, arqueamento das costas, punhos cerrados, eliminação de flatus, abdome rígido e dificuldade para se acalmar. Geralmente o choro tem

duração de 3 horas, por pelo menos 3 vezes na semana, durante pelo menos 3 semanas nos primeiros 3 ou 4 meses de vida

#### Cuidados de enfermagem

- Colocar a criança em decúbito dorsal apoiada sobre os braços, massagear o abdome com movimentos circulares e depois aplicar compressa morna (orientar bem o responsável sobre o uso da compressa)
- Crianças em Aleitamento Misto ou Desmamadas avaliar e orientar sobre a diluição e preparo do leite; frequência e consistência das evacuações; sobre a possibilidade de resgatar o aleitamento materno.
- Se a criança apresentar distensão abdominal associado a choro persistente quadro febril ou gemência encaminhar para consulta médica.

## QUADRO 25- Abordagem frente a cólica do recém-nascido.



Fonte: COREN, 2014, p. 60

### ➤ MONILÍASE ORAL

A abordagem de Monilíase foi fundamentada nos documentos do Coren (2014), Rio de Janeiro (2013) e Brasil (2014a). A monilíase é causada pelo fungo *Candida Albicans*, naturalmente presente na boca também conhecida por “sapinhos”.

O aumento desse fungo leva ao desenvolvimento da candidíase oral, caracterizada pelo aparecimento de placas brancas com aspecto de queijo,

cremosas, sobre a língua, a mucosa oral, o palato e outras superfícies da cavidade oral. Tem como consequência o surgimento da esofagite e suas complicações, como a disfagia, dificuldades com a alimentação do bebê e da criança e odinofagia.

O tratamento recomendado é 1,0 ml de Nistatina Suspensão Oral 100.000UI/ML. O uso é diário, sendo aplicado 4 vezes ao dia, de 6 em 6 horas, na mucosa oral por oito dias.

Orientações de enfermagem:

- Lavar as mãos antes de iniciar o tratamento.
- Limpar a região oral com dedo indicador envolvendo-o em fralda limpa e umedecida com a solução de solução bicarbonatada durante 7 a 10 dias preferencialmente 4 vezes ao dia, aguardar 10 minutos.
- Preparo da solução bicarbonatada: 1 copo americano (200ml) com água (fervida e já fria) e 1 colher de chá de bicarbonato de sódio. Essa higiene oral deve ser feita antes da mamada, assim como do seio materno, antes e após cada oferta ao bebê.
- Agitar bem o frasco antes de aplicar a nistatina na boca da criança.
- Aplicar 1 ml de Nistatina 100.000 Ui/ml (metade 0,5 ml em cada região da mucosa oral) a cada 6 horas na boca da criança por 8 dias ou até 48 horas após o desaparecimento dos sintomas segundo Brasil (2016).
- Tratar seus mamilos com Nistatina local, a cada 6 horas.
- Remover, quando possível, bicos de mamadeiras, chupetas, mordedores e outros. Caso não seja possível, suspende-os ou lava-os com água e sabão e ferver por 15 minutos.
- Lavar sempre as mãos antes e após contato com a criança, antes e após higienizar as mamas.
- Orientar as mães que estão amamentando quanto à higiene rigorosa das mamas e mãos antes e após a amamentação.
- Agendar retorno após 2 dias.

Segundo Brasil (2014) na consulta de retorno

Examinar a criança. Verificar se tem úlceras ou placas brancas na boca (monilíase oral).

Reavaliar a alimentação.

Em seguida determinar se tem problema de alimentação ou de nutrição.

Reavaliar os mamilos da mãe

Tratamento no Retorno conforme Brasil (2014):

Se a Candidíase piorou ou se a criança tem problema com a pega no seio, referir ao hospital.

Se a Candidíase melhorou e se a criança está se alimentando bem, continuar com a nistatina até terminar os 5 dias restantes de tratamento.

Aconselhar a mãe como cuidar de seus mamilos e a manter o tratamento.

## **FLUIDIFICAÇÃO DE SECREÇÕES**

A umidificação reduz a inflamação local, mantém as mucosas úmidas e fluidifica as secreções.

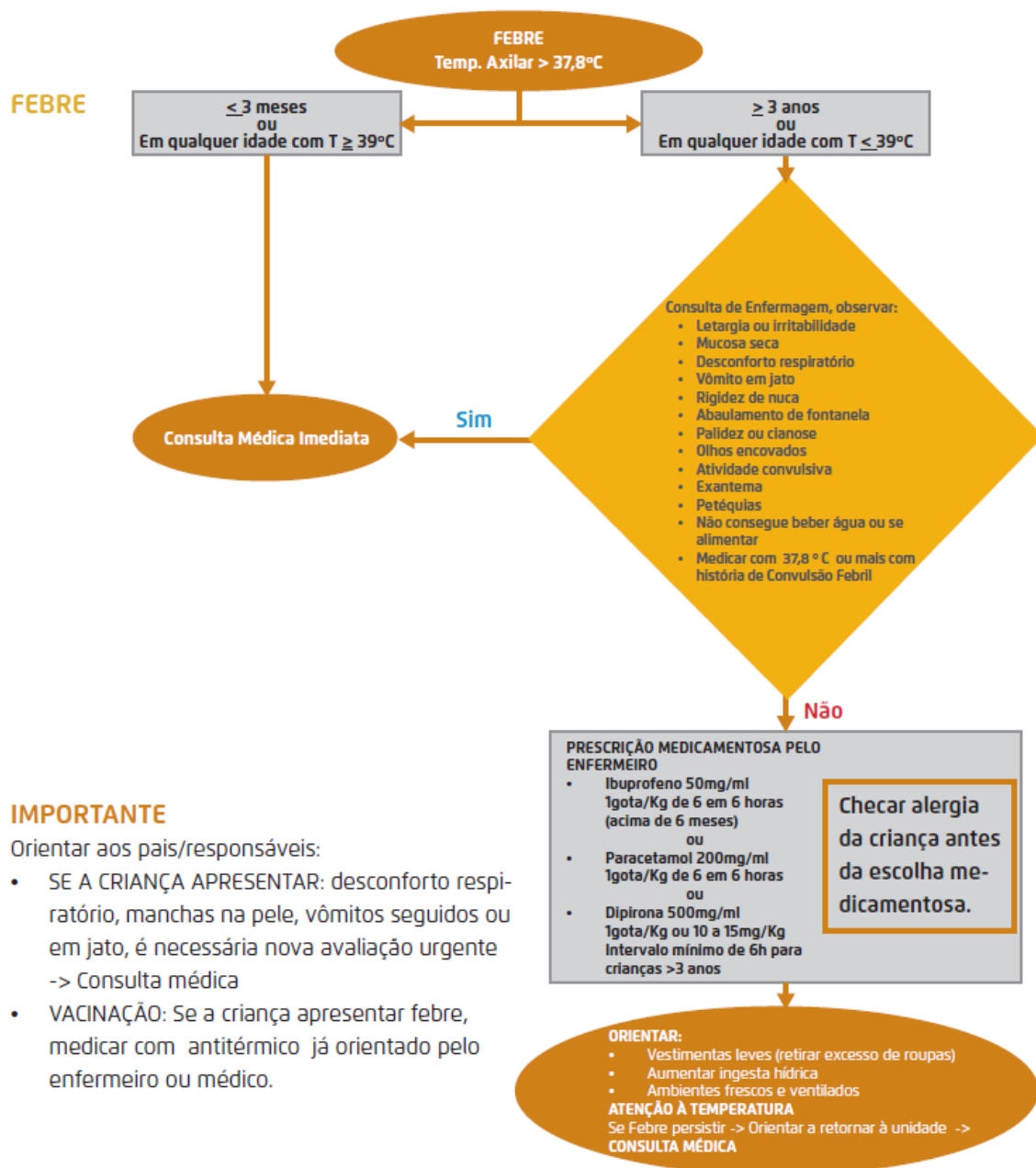
### **Implementação:**

- Aumentar a oferta de líquidos.
- Utilizar vapor, abrindo o chuveiro quente até formar uma nuvem de vapor e manter a criança nesse ambiente por 10 a 15 minutos.
- Vaporização com aparelhos elétricos à noite.
- Inalação utilizando-se 3 a 5 ml de soro fisiológico.
- Contraindicar o uso de qualquer tipo de vasoconstrictor nasal.



### 7.13.3. FEBRE

Durante a assistência de enfermagem, o profissional ao prestar o cuidado a crianças com febre pode seguir as condutas preconizadas no manual de procedimentos da Estratégia AIDPI (BRASIL, 2017) e/ou seguir o Fluxograma 10- Febre, proposto pela Prefeitura de São Paulo (2016) na página 75.



#### IMPORTANTE

Orientar aos pais/responsáveis:

- SE A CRIANÇA APRESENTAR: desconforto respiratório, manchas na pele, vômitos seguidos ou em jato, é necessária nova avaliação urgente -> Consulta médica
- VACINAÇÃO: Se a criança apresentar febre, medicar com antitérmico já orientado pelo enfermeiro ou médico.

**PRINCIPAIS ANTITÉRMICOS UTILIZADOS EM CRIANÇAS E MODO DE USAR<sup>4,6</sup>**

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
Dipirona	Solução oral (gotas): 500 mg/ml 20 gotas = 1 ml 1 gota = 25 mg	Primeira via de escolha, exceto se vômitos ou rebaixamento do nível de consciência. Dose: 1 gota/kg/dose Intervalo: até de 6/6h
	Solução injetável: 500 mg/ml	Segunda via de escolha (preferir via oral). Administração intravenosa ou intramuscular. Para menores de 1 ano, apenas intramuscular. Dose: 0,03 ml/kg/dose Intervalo: até de 6/6 horas
Paracetamol	Solução oral (gotas): 200 mg/ml 15 gotas = 1 ml 1 gota = 25 mg	10-15 mg/kg/dose = 1 gota/kg/dose Intervalo: até de 6/6h máx. 75 mg/kg/dia
Ibuprofeno	Gotas: 50 mg/ml 1 gota = 5 mg	5-10 mg/kg/dose = 1-2 gotas/kg/dose Intervalo: até de 6/6h máx. 40mg/kg/dia não utilizar em suspeita de arbovirose

Fonte: BRASIL, 2016, p. 172

#### 7.13.4. DOENÇAS PARASITÁRIAS E INFECCIOSAS

As doenças parasitárias são um dos principais problemas de saúde pública e atingem principalmente as famílias de baixa renda, causando desnutrição, anemia e hipoproteïnemia; podendo comprometer a capacidade produtiva dos indivíduos, em virtude do desânimo, astenia, baixo desempenho escolar.

##### **Cuidados de Enfermagem**

- Informar a mãe ou acompanhante sobre as doenças parasitárias, formas de contágio e como preveni-las;

-Para o controle das doenças parasitárias, as medidas de educação sanitária são fundamentais, esclarecendo como são contraídas as enteroparasitoses, quais os efeitos produzidos por estas no organismo, a importância do tratamento precoce e como evitá-las.

As medidas de controle seguintes devem ser plenamente difundidas:

- uso de calçados;
- lavagem de verduras e frutas antes do consumo;

- fervura e/ou filtragem da água usada na alimentação;
- cocção adequada da carne de bovinos e suínos;
- lavagem das mãos antes das refeições;
- unhas limpas e curtas;
- higiene pessoal;
- proteção de alimentos contra poeira, moscas e outros animais;
- construção e uso de latrinas;
- abolição do costume de defecar no solo.

## **CONSULTA DE ENFERMAGEM**

### **HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

#### **ANAMNESE:**

A entrevista e o exame físico do cliente são importantes determinantes das doenças infecciosas. Para que sejam relevantes e orientem um tratamento eficaz, devem contemplar algumas questões fundamentais:

- O cliente possui história de infecções anteriores? Fez algum tipo de tratamento? Há quanto tempo?
- Presença de febre? Há quantos dias?
- Presença de diarreia ou constipação intestinal? Há quanto tempo? Quantas evacuações diárias? Qual o aspecto das fezes? Existe sangue ou muco nas fezes? Eliminação de vermes?
- Presença de dor abdominal e/ou gástrica?
- Presença de náuseas ou vômitos? Há quanto tempo? Quantos episódios/dia?
- Irritabilidade ou problemas do sono?
- Prurido anal?

- anorexia?
- Manifestações respiratórias?
- Questiona-se também sobre condições sócio-econômicas e ambientais, condições de moradia e higiene pessoal e dos alimentos, bem como origem e tratamento da água de consumo.

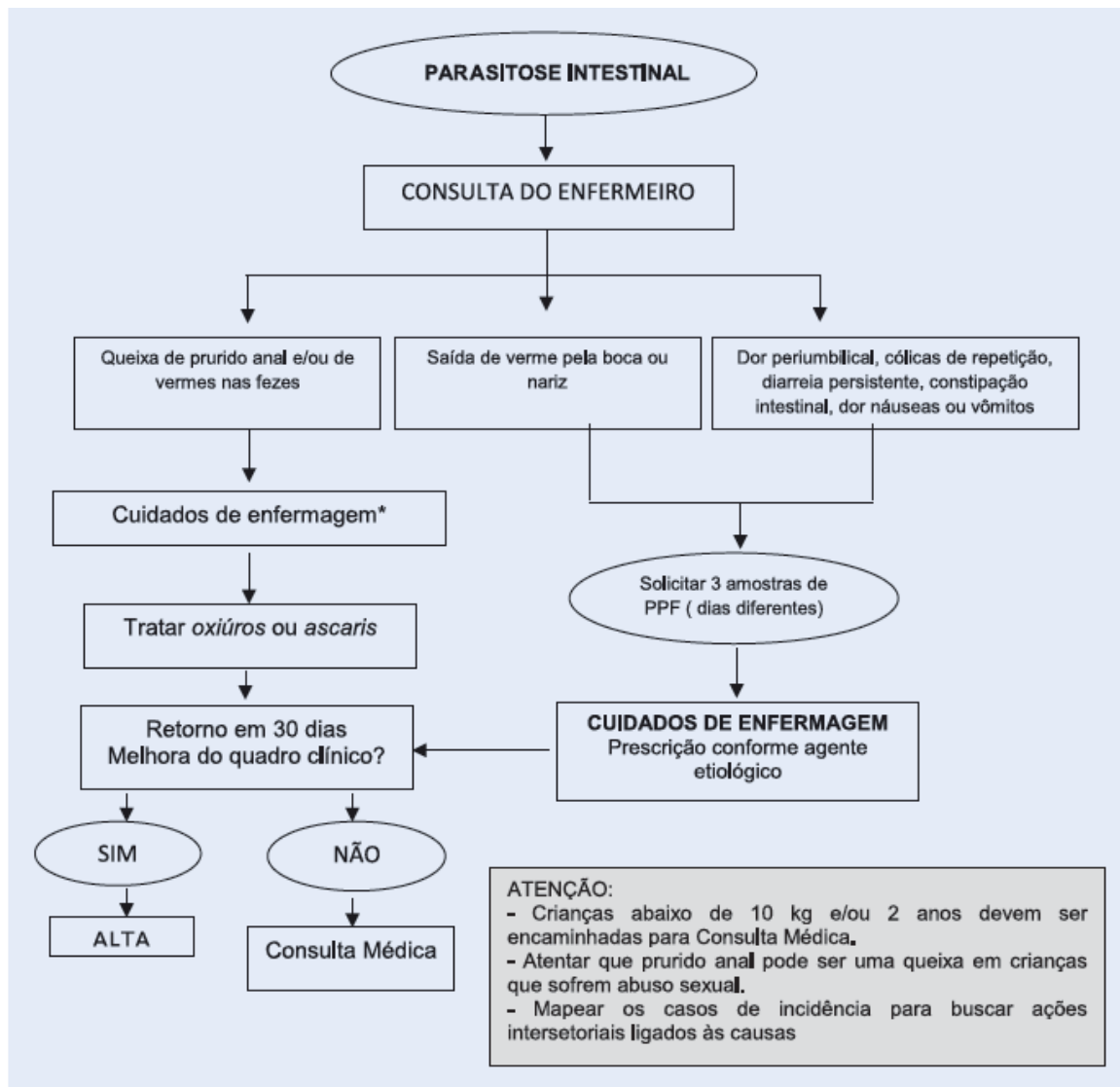
### **EXAME FÍSICO:**

Realiza-se o exame físico completo, dando ênfase nos seguintes aspectos:

- Perda de peso;
- palidez associada a anemia;
- Febre;
- Prostração;
- Exame do abdome (distensão, presença de massas e/ou flatulência)

A seguir apresenta-se o Fluxograma para Abordagem Parasitose Intestinal embasado no Coren (2014).

## FLUXOGRAMA 11- Abordagem Parasitose Intestinal



Fonte: COREN, 2014, p. 66.

### Cuidados de Enfermagem \*

- Beber água tratada ou fervida e lavar bem os alimentos e deixa-los de molho em água com hipoclorito 2,0% (duas gotas por litro) por 30 minutos e lavar novamente.

- Comer carne bem cozida ou assada.
- Manter as mãos limpas e as unhas curtas e lavar as mãos antes de preparar os alimentos, de todas as refeições e após cada evacuação.
- Proteger os alimentos contra poeira, moscas e outros animais.
- Manter os pés limpos e calçados.

- Manter vasos sanitários e fossas sempre cobertos e higienizados.

### **SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS:**

O diagnóstico laboratorial das parasitoses intestinais pode ser feito através da pesquisa de larvas, cistos ou ovos dos parasitas nas fezes do portador. O enfermeiro pode solicitar exames de E.P.F. e EPF M.I.F 3 amostras caso necessário.

Para uma boa identificação do parasita, é necessário que a colheita do material obedeça aos seguintes critérios:

- Não iniciar o tratamento antes da colheita do material. Alguns fármacos podem interferir na realização do exame;
- O material deve ser armazenado na geladeira;
- O tempo de exame recomendado para os espécimes sólidos é de 24 horas, porém, a preservação permanente pode ser feita com a solução de mertiolato-iodo-formaldeído (MIF)
- O tipo de recipiente e volume do material devem ser considerados.

## PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

<b>DOENÇA</b>	<b>Idade/ Peso</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Posologia</b>	<b>Observação</b>
<b>Ascaridíase</b>	Acima de 10 Kg  Acima de 02 anos	Mebendazol 20 mg/ml ou 100mg/5ml  Albendazol 400 mg	5 ml 2x/dia VO por 3 dias.  1 cp dose única Mastigar ou Triturar o comprimido e oferecer com comida ou 10 ml via Oral dose única.	Repetir após 3 semanas
<b>Ancilostomíase</b>	Acima 10 Kg	Mebendazol 20 mg/ml	5 ml 2x/dia VO por 3 dias.	Repetir após 3 semanas
<b>Amebíase</b>	Acima de 2 anos	Metronidazol	35mg/kg/dia 3x/dia nos casos leves por 5 dias. Extra intestinal ou sintomático 50 mg/kg/dia por 10 dias.	Efeito Colateral: náuseas, cefaleia, gosto metálico, vomito, diarreia, erupção, ataxia, leucopenia, convulsões.
<b>Enterobíase ou Oxiuríase</b>	Dose crianças independente do peso e da idade	Mebendazol 20 mg/ml	5 ml 2x/dia VO por 3 dias.	Repetir após 3 semanas. Tratar todas as crianças da casa.

<b>Estrongiloidíase</b>	Acima de 2 anos	Albendazol 400 mg	1 cp dose única	Repetir após 3 semanas
<b>Giardíase</b>	Acima de 2 anos	Metronidazol	15mg/kg/dia (máximo 250mg) VO 2x/dia por 5 dias.	cefaleia, gosto metálico, vomito, diarreia, erupção, ataxia, leucopenia, convulsões.
<b>Tricocefalíase</b>	Acima de 2 anos	Albendazol 400 mg	1 cp dose única ou 10 ml via Oral dose única.	Repetir após 14 dias s/n Efeitos: dor abdominal, cefaleia, diarreia, vomito
<b>Teníase</b>	Acima de 2 anos	Mebendazol 20 mg/ml ou Albendazol 400 mg	10 ml 2x/dia por 3 dias ou 1 cp VO dose única	Tratar todas as crianças da casa.

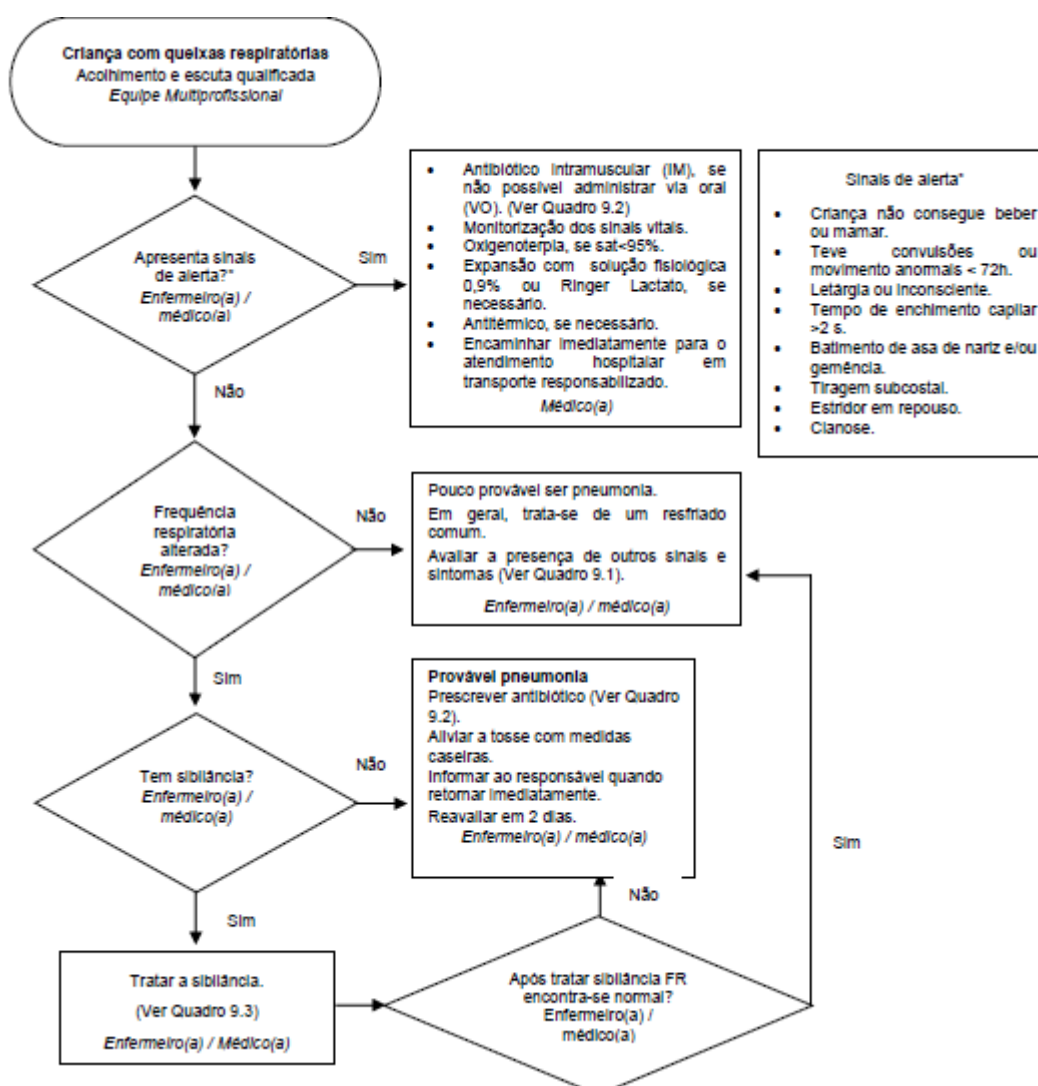


## 8. DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

As doenças respiratórias representam um dos principais problemas de saúde pública entre os menores de 5 anos. Estima-se que crianças menores de 5 anos tenham de 4 a 8 infecções respiratórias aguda (IRA) por ano sendo que cerca de 2% a 3% desses episódios evoluem para pneumonia que representa 80 % das morte por IRA (BRASIL, 2016;BRASIL, 2017).

O enfermeiro com capacitação pelo AIDPI pode adotar as condutas preconizadas ou pode seguir as recomendações propostas pelo Protocolo de Atenção Básica: Saúde da Criança (BRASIL, 2016) pagina 237-239.

### FLUXOGRAMA 12 - Atenção à crianças com queixa respiratória na atenção básica.



Fonte: Brasil, 2016, p. 137

O quadro a seguir descreve o manejo dos problemas respiratórios conforme Brasil (2016, p. 238-239).

CRIANÇA COM CORIZA OU CATARRO NASAL		
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Rinorreia aquosa, obstrução ou prurido nasal, espirros em salvas, prurido ocular, hiperemia conjuntival e lacrimejamento, perda do paladar e do olfato (raro); sem febre – quadro subagudo/crônico. <b>Pensar em rinite alérgica</b></p>	<p>- Controle ambiental: identificar e afastar desencadeantes é o tratamento mais eficaz. - Tratamento medicamentoso: <u>Anti-histamínico HI oral:</u> <u>Loratadina:</u> solução de 1 mg/1ml ou comprimido: 10 mg. - Crianças entre 2 e 12 anos: - abaixo de 30 kg: 5 ml (5 mg) ou 1 comprimido. - Acima de 30 kg: 10 ml (10 mg) ou 1 comprimido. <u>Dexclorfeniramina:</u> xarope de 2 mg/ 5 ml ou comprimido: 2 mg - Crianças de 2 a 6 anos: 1,25 ml ou ¼ comprimido a cada 8 horas. Máximo de 3 mg/dia. - Crianças de 6 a 12 anos: 2,5 ml ou ¼ comprimido a cada 12 horas. Máximo de 6 mg/dia. <u>Corticoide Inalatório Oral:</u> <u>Beclometasona:</u> spray: 50 mcg/dose. - Crianças entre 6 e 12 anos: - 1 dose/narina a cada 12 horas. - Crianças maiores de 6 anos: - 1 a 2 doses/narina a cada 12 horas.</p> <p>- No caso de situações em que seja necessária correção cirúrgica, encaminhar.</p>	Médico(a)
<p>Rinorreia anterior ou posterior, com obstrução ou congestão nasal, acompanhado de pressão ou dor facial e comprometimento do olfato. <b>Pensar em rinossinusite infecciosa</b> Classificar: - Aguda: 4 semanas ou menos. - Subaguda: 4 a 12 semanas. - Crônica: 12 semanas ou mais. - Aguda recorrente: 4 ou mais episódios/ano.</p>	<p><u>Identificar sinais de gravidade:</u> - Febre acompanhada de secreção nasal purulenta. - Dor facial ou de dente moderada a intensa. - Edema periorbital com duração de pelo menos 3 a 4 dias. - Agravamento dos sintomas após 3 a 5 dias. - Ausência de melhora após 7 a 10 dias. <u>Estimar, clinicamente, a etiologia:</u> - Rinossinusite viral aguda: sintomas com menos de 10 dias de evolução viral (maior parte dos casos). - Rinossinusite bacteriana aguda: sintomas com mais de 10 dias e menos que quatro semanas). (Ver Quadro Rinossinusites Aguda) <u>Orientar responsáveis para medidas de desobstrução dos óstios dos seios paranasais</u>, para alívio dos sintomas, erradicação do agente etiológico e evitar complicações (Ver Quadro Rinossinusites Aguda). <u>Referenciar para otorrinolaringologista e/ou emergência nas seguintes situações:</u> imunocomprometido, suspeita de complicação (celulite facial, celulite orbital ou abscesso, infecção intracraniana); déficit de nervos cranianos, refratária ao tratamento normal com antibiótico; quadro recorrente (quatro ou mais episódios por ano), suspeita de processo imunológico ou alérgico para a condição, comorbidades (ex.: asma, pólipos nasais).</p>	Enfermeiro(a) / médico(a)
<p>Início súbito, com rinorreia hialina ou mucoide, obstrução nasal, espirros e irritação na garganta. Podem ocorrer: tosse e febre, hiperemia de mucosa nasal, orofaringe e membranas timpânicas. *Depois dos primeiros dias, é comum a secreção nasal ficar</p>	<p>Prescrever antitérmicos e analgésicos se dor ou febre (paracetamol, dipirona, ou ibuprofeno). Ingestão hídrica adequada.<sup>10,13</sup> Inalação de vapor-d'água.<sup>10,13</sup> Lavagem nasal com solução salina (pode ser feita através de seringa de 5 ml ou spray vaporizador, três vezes por dia), <u>utilizar soluções salinas isotônicas (0,9%) ou hipertônicas (ate 3%)</u>. -Devem ser evitados em lactentes, pelo risco de intoxicação, o corticosteroide intranasal e anti-histamínicos (caso haja rinite alérgica associada; se não houver, não está indicado, por levarem</p>	

<p>mais espessa e esverdeada, em decorrência da destruição de células epiteliais e de neutrófilos, <b>o que não deve ser, precipitadamente, interpretado como infecção bacteriana.</b></p> <p>Os sintomas do resfriado comum são mais intensos até nos primeiros três dias e costumam regredir por volta do 7º ao 10º dia, podendo persistir tosse por alguns dias.</p> <p><b>Pensar em resfriado comum (viral)</b></p>	<p>a ressecamento de mucosa e espessamento da secreção).</p>	
<p>Caso os sintomas persistam após 7 a 10 dias ou há piora após o quinto dia de evolução. Além dos sintomas virais, podem ocorrer: congestão facial; rinorreia purulenta, descarga pós-nasal, pressão e dor facial (em peso, não pulsátil e pior com a inclinação da cabeça para frente), dor de dente na região maxilar (dor referida), distúrbios do olfato.</p> <p><b>-Crianças, em especial lactentes e pré-escolares, esse diagnóstico é mais raro e as crianças têm sintomas menos específicos; os seios paranasais mais acometidos são os maxilares e os etmoidais. Esses seios estão presentes ao nascimento; os seios esfenoidais se formam por volta dos 5 anos e os frontais por volta de 7-8 anos; a sinusite de seios frontais é incomum em menores de 10 anos.</b></p> <p><b>Pensar em infecção bacteriana de vias aéreas</b></p>	<p>- Agentes etiológicos mais comuns são o <i>Streptococcus pneumoniae</i> e <i>Haemophilus influenzae</i>.</p> <p>1) Todos os medicamentos e medidas usadas na rinossinusite aguda viral.</p> <p>2) Nos imunocompetentes não graves:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento de primeira linha: aguardar em vigilância ativa por até 10 dias ou iniciar imediatamente antibióticos e terapia de suporte.</li> <li>• Tratamentos adjuntos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Antibioticoterapia.</li> <li>Analgésicos/antipiréticos.</li> <li>Corticoide intranasal.</li> <li>Soro fisiológico intranasal.</li> </ul> </li> </ul> <p>3) Nos imunocomprometidos ou com doença grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tratamento de primeira linha:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Amoxicilina 50 mg/kg/dia a cada 8 horas por 10 a 14 dias OU Amoxicilina 80 mg/kg/dia a cada 12 horas por 10 a 14 dias.</li> </ul> </li> <li>Encaminhar para o otorrinolaringologista e/ou serviço de urgência e emergência</li> <li>Terapia de suporte (semelhante à usada nos imunocompetentes não graves).</li> </ul>	
<p>Obstrução nasal e roncos durante o sono, boca aberta ou entreaberta, lábios ressecados, língua rebaixada e hipotônica, nariz achatado e narinas pequenas, prurido nasal e ocular, espirros em salva, rinorreia serosa ou seromucosa, corpos estranhos nasais e polipose nasal, protrusão da arcada dentária superior e mordida cruzada e podem apresentar sonolência, apneia obstrutiva do sono e déficit de atenção:</p> <p><b>Pensar em respirador bucal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aconselhar e acompanhar estimulando o padrão de respiração nasal; alimentação e higienização adequadas para manutenção dos dentes decíduos.</li> <li>- Referenciar para cirurgião-dentista na necessidade de correção de hábitos bucais.</li> <li>- Referenciar ao otorrinolaringologista e/ou fonoaudiólogo com a finalidade de evitar quadros de repetição das lvas (médico(a)).</li> </ul>	<p>Médico(a) / enfemeiro</p>

Tratamento preconizado

Pneumonia não grave – tratamento ambulatorial <sup>11</sup>				
Esquema de Antibiótico Oral (VO)				Quem faz?
Peso em kg	AMOXICILINA* Dose: 250/5 ml ou 50 mg/kg/dia Dar de 12/12h	AMOXICILINA + CLAVULONATO** Dose: 250/5 ml ou 50 mg/kg/dia Dar de 12/12h	ERITROMICINA** Dose: 250/5 ml ou 50 mg/kg/dia Dar de 6/6h	Enfermeiro(a) / médico(a)
4 a 7	2,5 a 3,5 ml	2,5 a 3,5 ml	1,05 a 1,5 ml	
8 a 11	4,0 a 5,5 ml	4,0 a 5,5 ml	2,0 a 2,5 ml	
12 a 15	6,0 a 7,5 ml	6,0 a 7,5 ml	3,0 a 3,5 ml	
16 a 19	8,0 a 9,5 ml	8,0 a 9,5 ml	4,0 a 4,5 ml	
20 a 24	10,0 a 12,0 ml	10,0 a 12,0 ml	5,0 a 6,0 ml	
*Amoxicilina: antibiótico de primeira linha. Deve ser usado se estiver disponível. **Amoxicilina + Clavulonato e Eritromicina: antibióticos de segunda linha: devem ser usados, exclusivamente, quando a Amoxicilina não estiver disponível, ou quando a criança tem alergia ao antibiótico de primeira linha ou se a doença da criança não responde ao antibiótico de primeira linha.				
Analgésico/antitérmico para a febre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) <sup>11</sup>				Quem faz?
Peso em kg	PARACETAMOL 200 mg/ml 1 gota/kg/dose de 6/6h, se necessário	DIPIRONA 500 mg/ml 1 gota/kg/dose de 6/6h, se necessário	IBUPROFENO 50 mg/ml* 2 gotas/kg/dose de 8/8h, se necessário	Enfermeiro(a) / médico(a)
4 a 7	4 a 7 gotas	2 a 4 gotas	8 a 14 gotas	
8 a 11	8 a 11 gotas	4 a 6 gotas	16 a 22 gotas	
12 a 15	12 a 15 gotas	6 a 8 gotas	24 a 30 gotas	
16 a 19	16 a 19 gotas	8 a 10 gotas	32 a 38 gotas	
20 a 24	20 a 24 gotas	10 a 12 gotas	40 gotas	
*O ibuprofeno só deve ser usado em maiores de 6 meses e excluído o diagnóstico de dengue. Dose máxima em crianças: 200 mg/dose.				

Fonte: BRASIL, 2016, p.241.

## 9. SIBILÂNCIA

A sibilância é comum nas crianças, pode ocorrer durante um quadro infeccioso das vias respiratórias e em outras situações, o aparecimento relaciona-se às alterações funcionais decorrentes do processo inflamatório crônico, tais como a hiper-reatividade brônquica e a obstrução ao fluxo aéreo (bronco-obstrução, formação crônica de rolhas de muco, edema e alterações estruturais das vias aéreas) (BRASIL, 2017).

O enfermeiro deve seguir as recomendações estabelecidas pelo AIDPI no manual de quadro de procedimento descrito em BRASIL (2017) após avaliar e classificar a sibilância deve proceder o tratamento preconizado.

## 10. DOR DE GARGANTA

As Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS) são causas importantes de demanda às unidades de saúde na faixa etária pediátrica. Entre as IVAS, encontramos muito frequentemente as tonsilites, que se apresentam como queixa de dor de garganta (BRASIL, 2017).

O AIDPI recomenda que uma criança com dor de garganta se avalie verificando: Se há sinais gerais de perigo; Presença de gânglios cervicais e. Alteração ao exame da orofaringe (BRASIL, 2017).

O enfermeiro deve seguir as recomendações estabelecidas pelo AIDPI no manual de quadro de procedimento descrito em BRASIL (2017) após avaliar e classificar a dor de garganta deve proceder o tratamento preconizado.

## 11. INFECÇÃO NO COTO UMBILICAL

Durante a consulta de enfermagem do Recém-nascido é fundamental avaliar o coto umbilical, que refere-se a parte do cordão umbilical que fica anexa ao abdome. O cordão umbilical é recoberto pela geleia de Wharton sendo inicialmente gelatinoso, depois desidrata e progressivamente, mumificando e costuma desprender-se do corpo em torno do sexto ao décimo quinto dia.

Nesse processo evolutivo é importante pesquisar a presença de secreção purulenta e/ou eritema sem estender-se para a pele ao redor da implantação umbilical.

Cuidados de enfermagem:

- Realizar higiene diária com água e sabão, enxaguar e secar bem.
- Aplicar álcool 70% com cotonete ou gaze limpa após cada troca de fralda e após o banho, no mínimo 3 vezes ao dia.
- Procurar atendimento mediante sinais de infecção (secreção purulenta, odor fétido, vermelhidão na pele ao redor do umbigo).
- Caso apresente Sinais de Infecção, o enfermeiro pode seguir as condutas preconizadas pelo Manual de AIDPI Neonatal (2014) ou referir para avaliação médica.



- Tratamento recomendado pelo AIDPI- Prescrever Cefalexina (250mg/5ml ) na Dose: 50mg/Kg/dia Via oral de 6 em 6 horas por 7 dias.

<b>CEFALEXINA</b>		
Dose: 50mg/Kg/dia Via oral Apresentação: 250mg/5ml 1mL = 50mg		
<b>Peso (Kg)</b>	<b>Dose (mL)</b>	<b>Frequência</b>
2,0	0,5	A cada 6 horas
2,5	0,6	
3,0	0,7	
3,5	0,9	
4,0	1,0	
4,5	1,1	
5,0	1,2	

Fonte: BRASIL, 2014, p.23.

Não cobrir o coto umbilical com faixas.

- Não utilizar outros produtos como: pomadas, talcos, moedas etc.
- Fazer o seguimento em 2 dias

Caso exista a presença de Granuloma, o enfermeiro pode realizar a Cauterização com Nitrato de Prata 2%, em bastão, 1 vez ao dia, durante 1 minuto, protegendo a região periumbilical (COREN, 2014). Outra alternativa é referir para Avaliação Médica.

## 12. VULVOVAGINITE

Vulvovaginite caracteriza-se por prurido vulvar, ardência ao urinar, presença de secreção amarelada em vulva (que suja a calcinha). O protocolo de São Paulo (2016) recomenda as seguintes orientações:

- Higiene adequada após micção com papel higiênico e lavagem após defecação;
- Lavar as mãos antes e após a higiene da região vulvar e anal;
- Lavar calcinha da criança separadamente das roupas íntimas dos adultos;
- Fazer uso de calcinha de algodão;

- Evitar uso de calças jeans ou de difícil ventilação, principalmente no calor;
- Passar a ferro o fundo das calcinhas; secar ao sol;
- Não usar talco;
- Antes do banho de assento realizar higiene íntima com sabonete neutro em pouca quantidade, enxaguar bem e secar delicadamente;
- Fazer banho de assento durante 20 minutos 2 a 3 vezes ao dia por 5 a 7 dias e após o banho não enxaguar somente secar.

**BANHO DE ASSENTO** - Vinagre branco: diluir 2 colheres de sopa em cada litro de água.

**Observação:** Caso haja hiperemia, corrimento branco tipo coalhada, disúria não indicar banho de assento com Vinagre.

### 13. REDE DE PROTEÇÃO E CUIDADO

Rede de proteção é um conjunto de ações integradas e intersetoriais para prevenir a violência, principalmente a doméstica, intrafamiliar e sexual, e proteger a criança e o adolescente em situação de risco para a violência.

Trata-se de uma ação intersetorial integrada pela Secretarias Municipais de Ação Social e Trabalho, Saúde e Educação, assim como pelo Conselho Tutelar, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e outras organizações a fins. Tem como objetivos:

- Tornar visível a violência que se pratica contra crianças e adolescentes, estimulando a notificação dos a casos;
- Capacitar os profissionais para a percepção da violência e para o desenvolvimento do trabalho integrado e intersetorial
- Oferecer às vítimas, os autores da violência e às famílias o atendimento necessário para ajudar na superação das condições geradoras de violência, bem como na sequela dela resultantes.

- Diminuir a reincidência da violência pelo acompanhamento e monitoramento dos casos
- Desenvolver ações voltadas para a prevenção da violência, com o envolvimento da comunidade.

A rede deve adotar, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei 8069/1990), o princípio da Doutrina da proteção integral, na qual todas as políticas públicas promovidas pelo Estado sob a égide da proteção integral recebem a incumbência de serem intersetoriais para possam atingir todas as relações jurídicas das quais as crianças e os adolescentes sejam sujeitos. Estas políticas são classificadas em: Básicas (prevenção primária) Art. 4º ECA; Protetivas (prevenção secundária) Art 23, 34, 101, 129 do ECA e Sócio-educativas (prevenção terciária) Art. 112 e 129 do ECA.

## FLUXO DE ATENÇÃO EM CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA OU ADOLESCENTE

Nos casos suspeitos de violência contra a criança ou o adolescente, a situação deverá ser avaliada sistematicamente, sempre que possível com a presença de mais um profissional.

O histórico e a presença de um ou mais sinais de alerta levam a uma avaliação global da situação, podendo afastar ou manter a suspeita. Quando a suspeita se mantiver. É o momento em que se deve incluir a criança ou o adolescente na Rede de Proteção, preenchendo a Notificação Obrigatória (NO) em três vias.

Durante o preenchimento da NO, é avaliada a gravidade da situação, para que a criança ou o adolescente e seus familiares sejam encaminhados para o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), afim de que a situação seja revertida ou estabilizada. Nesta avaliação verifica-se se há necessidade de contatar o conselho tutelar de imediato. (Vide Fluxo de atendimento em anexo). As ações serão acompanhadas e monitoradas pela



Rede local em suas reuniões mensais, a qual realizará a avaliação global da situação.

Para que haja uma visão global da situação, apresenta-se um conjunto de procedimentos a serem consultados e utilizados pelas equipes das Unidades Notificadoras, de acordo com a gravidade do caso:

#### **CASOS LEVES:**

- Realizar abordagem da criança ou do adolescente, valorizando o acolhimento, a escuta e o diálogo.
- Abordar se possível os pais e os responsáveis da criança ou do adolescente, seguindo os padrões éticos do acolhimento.
- Conforme análise da situação, realizar orientações aos familiares, devidamente registradas.
- Nas unidades educacionais, avaliar a necessidade de orientações aos professores que atuam com a criança ou o adolescente e os demais profissionais das escolas, sempre observando o sigilo.
- Em caso de confirmação da suspeita, estabelecer o nível de gravidade da situação (Vide a classificação da situação em anexo)
- Inserir a criança ou o adolescente na Rede de proteção, preencher o NO.
- Encaminhar a criança ou o adolescente aos serviços disponíveis da rede (Saúde, Educação e Ação Social), conforme a necessidade.

#### **CASOS MODERADOS:**

Adotar os mesmos procedimentos referentes aos casos leves acrescidos dos itens abaixo: Em caso de necessidade contactar imediatamente o Conselho Tutelar.

- Inserir a criança ou o adolescente em espaços de atendimento de serviços e programas, de forma prioritizada

## CASOS GRAVES

Adotar os mesmos procedimentos referentes aos casos leves e moderados, acrescidos dos itens abaixo:

- Em situações de emergência, procurar garantir a proteção da criança ou do adolescente até que os serviços pertinentes prestem o devido atendimento e encaminhamento do caso.
- Encaminhar família, para Delegacia de Polícia para lavrar boletim de ocorrência e ser encaminhado ao Instituto Médico Legal para exame de corpo de delito.
- Contatar imediatamente o Conselho Tutelar, encaminhando em caráter de emergência a ficha de notificação (1ª via branca) através de fax ou de veículo da respectiva secretaria da unidade notificadora.
- Contatar via telefone o CREAS (dias úteis), encaminhando em caráter de emergência a ficha de notificação (2ª via amarela) através de fax ou de veículo da respectiva secretaria da unidade notificadora.
- Nos casos de violência sexual ocorridas até 72 horas as crianças ou os adolescentes devem ser encaminhados para um dos hospitais de referência, caso a violência tenha ocorrido a mais de 72 horas as mesmas devem ser encaminhadas para as Unidades de Saúde conforme anexo deste protocolo
- Inserir o caso para discussão da Rede nas próximas reuniões ordinárias e extraordinárias.

## ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Atendimento nos Casos de Agressão Ocorrida até 72 Horas a) Atendimento na Unidade de Saúde

- Realizar a contracepção de emergência o mais precocemente possível nas pacientes em idade fértil que não estejam usando um contraceptivo eficaz ou na impossibilidade de avaliar o método contraceptivo em uso.
- Providenciar o transporte imediato da vítima ao hospital de referência

- Orientar os familiares para não higienizar a criança ou o adolescente e não trocar a sua roupa.
- Preservar a criança e o adolescente impedindo que repitam o relato da agressão, permitindo que eles relatem apenas o que julgar importante.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

BRASIL, Ministério de Saúde. *Vitamina A Mais: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Condutas Gerais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.28p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: Manual Quadro de Procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde *Portaria nº 2.436 de 21 de outubro de 2017*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da Atenção básica: Saúde da Criança*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 729, de 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras

providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 92, 16 maio 2005. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS – 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação- Geral de Atenção Especializada. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Organização Pan-Americana da

Saúde. Manual AIDPI Neonatal: quadro de procedimentos. 5. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 32 p. Disponível em :< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_triagem\\_auditiva\\_neonatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf)>. Acesso em: 02-03-2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:< [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_saude\\_ocular\\_infancia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_saude_ocular_infancia.pdf)>. Acesso em: 04-03-2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Incorporação das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde de 2006 e 2007 no SISVAN. Disponível em: Acesso em 06 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Editora MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Unicef. Cadernos de Atenção Básica: Carências de Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Manual de Normas para Saúde da Criança na Atenção Primária. Fortaleza: SESA, 2002.34 fs.

BRASIL. Portal Brasil. Saúde. Teste do Coraçõzinho agora é obrigatório no SUS. Triagem Neonatal. 2014. Disponível em:< <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/06/teste-do-coracaozinho-agora-e-obrigatorio-na-triagem-neonatal-do-sus>>. Acesso em: 04-03-2017.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.977, DE 12 DE SETEMBRO DE 2014 DISPOE SOBRE A *Atualiza as diretrizes nacionais do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)*.

CARDOSO-DEMARTIN, A. A. et al. Crescimento de crianças nascidas prematuras. Arq Bras Endocrinol Metab vl.55 n.8 São Paulo Nov. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302011000800006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302011000800006). Acesso em 06 de março de 2017.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado Manual de Normas para Saúde da Criança na Atenção Primária Fortaleza: SESA, 2002.34 fs.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. *Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para a atenção básica*. Belo Horizonte: 2012.

DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA E NEONATOLOGIA DA SBP. Diagnostico precoce de cardiopatia congenita: oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal. Disponível em:< <http://www.sbp.com.br/pdfs/diagnostico-precoce-oximetria.pdf>>. Acesso em: 04-03-2017.

Disponível em:< <http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2015/02/Protocolo-de-Enfermagem-2015.pdf>> . Acesso em 03-03-2017.

DIVULGAÇÃO E TREINAMENTO DO TESTE DO REFLEXO VERMELHO EM RECÉMNASCIDOS COMO ESTRATÉGIA POLÍTICA EM DEFESA DA SAÚDE OCULAR INFANTIL NO CEARÁ [Categoria: INCORPORAÇÃO DE CONHECIMENTOS CIENTÍFICOS AO SUS]. Disponível em:< [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2009/pedro\\_magalhaes.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2009/pedro_magalhaes.pdf)>. Acesso em: 05-03-2017.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária em Evidencias*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Saúde da Criança**: protocolo. Londrina, PR: [s.n], 2006. 70 p.

Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde./ Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. 4. ed. -São Paulo: SMS, 2015.

MATTEI DA, TAGLIART MH, MORETTO EFS. O enfermeiro na equipe de saúde da família. *RECENF* v.11, n.3, p. 308-317, 2005.

MINAS GERAIS. Programa de Triagem Neonatal de Minas Gerais. Conteúdo Técnico e Científico – Seção 02.Normas Técnica para coleta, armazenamento e envio das amostras. Belo Horizonte: Nupad/ UFMG, 2013. Disponível em: <[http://www.nupad.medicina.ufmg.br/arquivos/02\\_PTNUMG\\_Normas\\_Tecnicas\\_para\\_Coleta\\_Armazenamento\\_e\\_Envio\\_de\\_Amostras.pdf](http://www.nupad.medicina.ufmg.br/arquivos/02_PTNUMG_Normas_Tecnicas_para_Coleta_Armazenamento_e_Envio_de_Amostras.pdf)>. Acesso em: 05-03-2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à Saúde da Criança. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224p.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de assistência à saúde na rede municipal de Montes Claros - atenção básica*. Montes Claros, 2006.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2013.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2015.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de. *Blackbook Pediatria*. 4 ed. Belo Horizonte: Black Book Editora, 2011.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes. *Manual de referencia em pediatria*. 2. ed. Belo Horizonte: Ed. Copyright, 2002.

PINTO, J A. et al, Roteiro de estudo semiologia pediátrica ii . Belo Horizonte, Janeiro 2001

COREN GOIAS. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás Organizadores Rosso, C. F, W. et al. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014. 336 p. il.

RUGOLO, L. M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, mar. 2005. Acesso: em 06 de março de 2017.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. *Tratado de enfermagem medico cirúrgica* 9. ed. Guanabara koogan, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. Deficiência de vitamina D em crianças e adolescentes. Brasília: 2014.

SOUZA, M.T et al. *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. *Einstein*. 2010, n.8, p.102-6.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

VASCONSELOS, Josilene de Melo Buriti et al. Exame Físico na Criança: Um Guia para o Enfermeiro R. Bras. Enferm., Brasília, v. 52, n.4, p. 529-538, out/dez. 1999

WONG, Donna L. *Whaley e Wong Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.



FONSECA, Gildete Soares; FERNANDES, Duval Magalhães. Montes Claros espaço de emigração e imigração intermunicipal na microrregião de Montes Claros. Trabalho apresentado no XVI Seminário sobre a Economia Mineira, realizado em Diamantina (Minas Gerais), de 16 a 20 de setembro de 2014. Disponível em: <<http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2014/site/arquivos/montes-claros-espaco-de-emigracao-e-imigracao-intermunicipal-na-microrregiao-de-montes-claros.pdf>> Acesso em: Agosto/2017.

IBGE-CIDADES. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>> Acesso em: Agosto/2017.

CASTELLO BRANCO, M. L. G. Algumas considerações sobre a identificação das cidades médias. SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. (org) Cidades médias: espaços em transição. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 89-112.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/)> Acesso em: Agosto/2017.











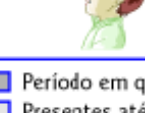
FRANÇA, Iara Soares de. Indicadores sociais e econômicos para uma leitura do processo de fragmentação do espaço urbano e desigualdade social na cidade média de Montes Claros/MG. 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/jairo.nascimento.SMSAU/Downloads/51-100-1-SM.pdf>> Acesso em: Agosto/2017.

SANTOS, Luíz Filipe Rodrigues dos; Santos, Maria Santana Silva; Santos, Thaís Pereira dos; Desigualdades socioeconômicas em Montes Claros-MG: breves apontamentos. V Congresso em Desenvolvimento Social, 2016. Disponível em: <[http://www.congressods.com.br/anais/gt\\_02/DESIGUALDADES%20SOCIOECONOMICAS%20EM%20MONTES%20CLAROS.pdf](http://www.congressods.com.br/anais/gt_02/DESIGUALDADES%20SOCIOECONOMICAS%20EM%20MONTES%20CLAROS.pdf)> Acesso em: Setembro/2017.

ADHB - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em:  
<[http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/montes-claros\\_mg](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/montes-claros_mg)> Acesso em:  
Setembro/2017.

PNAD (Pesquisa Nacional : Disponível em:  
<[https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa\\_resultados.php?i  
ndicador=1&id\\_pesquisa=149](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149)> Acesso em: Setembro/2017.

## ANEXO A

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

■ Período em que 90% das crianças adquirem o marco

■ Presentes até o 4º mês

P = presente; A = ausente; NV = não verificado

Elaborado por Brant, J. A. C.; Jerusalinsky, A. N. e Zannon, C. M.L.C.

### **Peso Crianças de 0 a 23 meses**

Técnicas de medição:

1. Colocar a balança pediátrica em superfície plana em altura que permita uma boa visualização da escala, destravar e tarar a balança antes de toda e qualquer pesagem.

2. As balanças suspensas devem ser penduradas em local seguro e em altura que permita uma boa visualização da escala, normalmente na altura dos olhos do profissional de saúde, tarar a balança antes de toda e qualquer pesagem.

3. A criança deve estar descalça, despida ou, no caso de frio, com roupas muito leves, sem touca, protetores ou enfeites de cabeça. O cabelo deve estar solto.

4. Para a balança pediátrica:

- Com o auxílio da mãe ou acompanhante, colocar a criança no centro da balança pediátrica, deitada ou sentada.

Movimentar o cursor maior (quilogramas) sobre o suporte aproximando- a do número de quilos esperados para a idade. Movimentar o cursor menor (gramas) fazendo o ajuste até o ponteiro atingir o equilíbrio.

- Ler o peso da criança e anotá-lo, imediatamente, na ficha de registro.

5. Para as balanças suspensas

- Com o auxílio da mãe, colocar a criança no suporte.

- Movimentar a peça ao longo do suporte até atingir o equilíbrio (balanças de braço) ou ler o peso diretamente no relógio (balanças tipo relógio).

- Ler o peso e anotá-lo, imediatamente, na ficha de registro.

6. Com o auxílio da mãe ou acompanhante, retirar a criança da balança.

7. Anotar o peso na curva de crescimento no Cartão da Criança e interpretar a evolução

8. Informar o peso da criança e a evolução do crescimento para a mãe ou acompanhante.



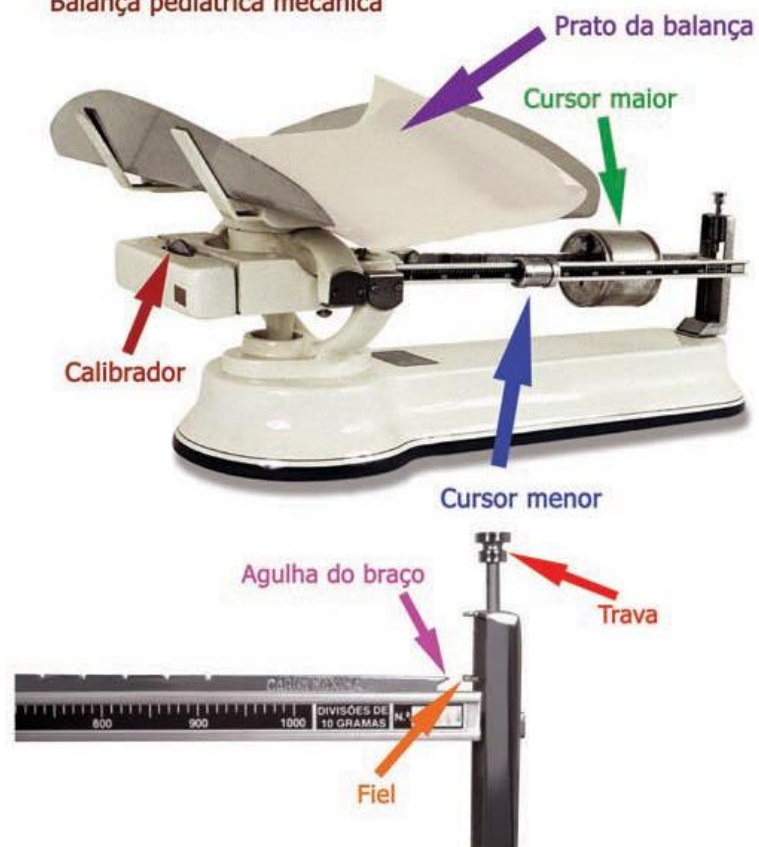
### **Crianças de 24 a 72 meses**

1. Colocar a balança de plataforma em superfície plana em altura que permita uma boa visualização da escala, destravar e ajustar a tara da balança antes de toda e qualquer pesagem.
2. As balanças suspensas devem ser penduradas em local seguro e em altura que permita uma boa visualização da escala, normalmente na altura dos olhos do profissional de saúde, tarar a balança antes de toda e qualquer pesagem.
3. A criança deve estar descalça, com roupas muito leves, sem protetores ou enfeites de cabeça. O cabelo deve estar solto.
4. Explicar para a criança o que será feito e porquê.
5. Para a balança plataforma:
  - Colocar a criança, em pé, no centro da plataforma.
  - Movimentar o cursor maior (quilogramas) sobre o suporte aproximando-a do número de quilos esperados para a idade. Movimentar o cursor menor (gramas) fazendo o ajuste até o ponteiro atingir o equilíbrio.
  - Ler o peso da criança e anotá-lo, imediatamente, na ficha de registro.
6. Para as balanças suspensas:
  - Com o auxílio da mãe, colocar a criança no suporte.
  - Movimentar a peça ao longo do suporte até atingir o equilíbrio (balanças de braço) ou ler o peso diretamente no relógio (balanças tipo relógio).
  - Ler o peso e anotá-lo, imediatamente, na ficha de registro.
7. Retirar a criança da balança.
8. Anotar o peso na curva de crescimento do Cartão da Criança e interpretar a evolução.
9. Informar o peso da criança e a evolução do crescimento para a mãe ou acompanhante.

## ANEXO C

Pesando crianças menores de 2 anos ou com até 16 kg

Balança pediátrica mecânica



## ANEXO D

## MODELO ANTROPÔMETRO

Medindo crianças menores de 2 anos

Antropômetro horizontal

