



PROTOCOLO DE

Enfermagem

NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MÓDULO **4**

Atenção à Saúde da Criança



Coren^{PR}
Conselho Regional de Enfermagem do Paraná

www.corenpr.gov.br

PROTOCOLO DE
Enfermagem
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MÓDULO **4**

Atenção à Saúde da Criança

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Módulo 4 – Atenção à Saúde da Criança

Publicação do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná para orientar as equipes das Secretarias Municipais de Saúde na construção de protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

COMISSÃO Vera Rita da Maia
ORGANIZADORA Daiane Alves dos Santos
Fabíola Schirr Cardoso
Deliziê Martins
Carmen Cristina Moura dos Santos
Gláucia Buss Guimarães
Karla Crozeta Figueiredo
Ramony Filippini Martins
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
Ester do Nascimento Ribas
Fernando Miguel de Sousa

AUTORES Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
MÓDULO 4 - ATENÇÃO À SAÚDE (Organizadora), Adriana Valango Zani,
DAS CRIANÇAS Angélica Yukari Takemoto, Bianca Machado
Cruz Shibukawa, Bruna Alves de Jesus,
Claudia Silveira Viera, Edilaine Giovanini
Rossetto, Flávia Lopes Gabani , Larissa Silva
Bergantini, Marcela Demitto Furtado,
Mariana Salvadego Aguila Nunes,
Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla,
Roberta Rossa, Rosângela Pimenta Ferrarri,
Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato

Ano da publicação: 2020

Conselho Regional de Enfermagem do Paraná
Rua Prof. João Argemiro Loyola, 74 – Seminário – Curitiba-PR
corenpr.gov.br | faleconosco@corenpr.gov.br
ISBN 978-65-89228-01-1



Conselho Regional de Enfermagem do Paraná

Gestão 2018-2020

Simone Aparecida Peruzzo – Presidente

Vera Rita Da Maia – Secretária

Sidinéia Corrêa Hess – Tesoureira

CONSELHEIROS EFETIVOS

Alessandra Sekscinski

Eziquiel Pelaquine

Marcio Roberto Paes

Maria Cristina Paganini

Marta Barbosa

Tereza Kindra

CONSELHEIROS SUPLENTE

Alessandra Ferla Martins

Amarilis Schiavon Paschoal

Cleonice Diniz da Fonseca Advente

Janyne Dayane Ribas

Junia Selma de Freitas

Katia Mara Kreling Vezozzo

Odete Miranda Monteiro

Ramone Aparecida Przenyczka

Roseli de Jesus Dos Santos

Palavra da presidente

É com muita satisfação que o Coren/PR apresenta à categoria a série de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, resultado do trabalho desenvolvido pelo GT Protocolos, composto por profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde e na área acadêmica, verdadeiras referências em assistência de enfermagem, gestão e ensino.

O GT Protocolos deu continuidade ao trabalho desenvolvido no Paraná pela Comissão Estadual de Atenção à Saúde, estabelecida no Coren/PR em janeiro de 2018, uma resposta às medidas jurídicas adotadas em 2017 que proibiam enfermeiros de requisitarem consultas e exames complementares na Atenção Básica, que ameaçavam restringir a atuação profissional da Enfermagem.

Durante o ano de 2018, a comissão do Coren/PR promoveu o debate interno e com a comunidade sobre a atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, a abrangência dos protocolos de enfermagem, as questões éticas e legais, bem como a autonomia profissional.

Em março de 2019, o Cofen lançou as diretrizes para elaboração de protocolos na Atenção Básica, vindo ao encontro do trabalho que já estava sendo desenvolvido no Paraná. As diretrizes do Cofen consolidaram os trabalhos e o Grupo de Trabalho decidiu elaborar os Protocolos do Paraná por módulos, com apoio das comissões do Coren e de experts, com base em um modelo pré-estabelecido pelo GT.

Foi então designado no Paraná o Grupo de Trabalho Protocolos de Enfermagem (GT Protocolos), que teve a função de elaborar os protocolos propriamente ditos.

Nosso objetivo é oferecer subsídios técnicos à equipe de enfermagem que atua nas Unidades de Atenção Primária com o apoio de documentos que norteiam a assistência, contribuindo com a valorização profissional e com a mudança de processos de trabalho da categoria.

Apropriem-se destes materiais e os utilizem para adaptá-los à realidade dos diferentes municípios. Este instrumento de apoio certamente contribuirá para ampliar a visibilidade da assistência, o protagonismo e liderança da equipe de Enfermagem.

Enf. Ms. Simone Peruzzo
Presidente do Coren/PR

Apresentação

Este documento é iniciativa pioneira do Conselho Regional de Enfermagem – COREN, do Estado do Paraná, com abrangência de orientação da prática da consulta do Enfermeiro em cenário estadual. Integra o macroprojeto do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, intitulado “Diretrizes para Elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais”.

Sua publicação possibilitará que enfermeiros de todo Paraná possam consultá-lo para nortear seu processo de trabalho no cuidado à criança, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Tem como objetivos:

- Contextualizar as condições de saúde da criança mais frequentes na atenção primária e a importância da prevenção e controle desses problemas ainda na infância;
- Indicar os aspectos a serem contemplados na anamnese e exame físico das crianças, nos distintos problemas de saúde e na avaliação do crescimento e desenvolvimento;
- Listar os critérios de diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde prevalentes na infância;
- Apresentar os fluxogramas de atendimento pelo enfermeiro das crianças na puericultura e para avaliar e tratar as principais condições sensíveis à atenção primária, em ações de prática avançada de enfermagem guiadas por protocolos de cuidado.

Entre as contribuições para a prática profissional, este protocolo proporcionará a adoção de práticas baseadas em evidências, levando a uma assistência segura e qualificada às crianças na atenção primária, com repercussões positivas para seu crescimento e desenvolvimento.

Sumário

<i>1. Consulta do Enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança sadia</i>	<i>13</i>
<i>2. Consulta do Enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança com demandas diferenciadas de cuidado</i>	<i>31</i>
<i>3. Avaliação da criança com problemas respiratórios</i>	<i>58</i>
3.1 Dor de ouvido	63
<i>4. Avaliação da criança com problemas de nutrição ou de alimentação</i>	<i>67</i>
<i>5. Avaliação da criança com diarreia e/ou desidratação</i>	<i>78</i>
<i>6. Avaliação da criança com anemia.....</i>	<i>93</i>
<i>7. Avaliação da criança com problemas oculares.....</i>	<i>100</i>
<i>8. Avaliação da criança com problemas dermatológicos.....</i>	<i>107</i>
<i>Referências</i>	<i>113</i>

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Calendário de consultas e avaliação do crescimento e desenvolvimento.....	13
Quadro 2 - Síntese da condução da consulta de puericultura	16
Quadro 3 - Fatores de Risco de acordo com linha guia da atenção materno-infantil Paranaense	19
Quadro 4 - Condutas diante do crescimento da criança.....	20
Quadro 5 - Observação das mamadas	22
Quadro 6 - Esquema alimentar para crianças amamentadas e não amamentadas	23
Quadro 7 - Categorias de pressão arterial em crianças entre 1 e 13 anos.....	24
Quadro 8 - Avaliação do desenvolvimento: orientação para tomada de decisão.....	25
Quadro 9 - Principais queixas clínicas na infância e conduta sugerida na consulta	25
Quadro 10 - Cronograma de consultas à criança de risco	32
Quadro 11 - Avaliação do Recém-nascido e da criança de risco	33
Quadro 12 - Identificar doença grave ou infecção localizada (AIDPI neonatal)	38
Quadro 13 - Plano A desidratação AIDPI neonatal	40
Quadro 14 - Antibióticos, doses, vias de administração, apresentações, frequência e doses para crianças de 2 a 5 kg (menores 2 meses AIDPI neonatal).....	42
Quadro 15 - Como prevenir hipoglicemia segundo AIDPI neonatal	44
Quadro 16 - Dose de acetaminofen (paracetamol), apresentação, frequência e dose para crianças de 2 a 7 kg.....	44
Quadro 17 - Antibiótico e antifúngico oral segundo AIDPI neonatal.....	45
Quadro 18 - Necessidades básicas ao longo do primeiro ano de vida do prematuro	54
Quadro 19 - Medidas do Recém-nascido, de acordo com a idade corrigida	55
Quadro 20 - Sinais de alerta para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.....	55
Quadro 21 - Procedimentos para tosse ou a dificuldade para respirar	59
Quadro 22 - Avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade com sibilância.....	60
Quadro 23 - Manejo de infecção de vias aéreas na atenção primária pelo enfermeiro	62
Quadro 24 - Valores normais para frequência respiratória conforme idade.....	62
Quadro 25 - Processo de Enfermagem na avaliação da otite	64
Quadro 26 - Exemplos de Problemas de Alimentação	68
Quadro 27 - Problemas de Amamentação	69
Quadro 28 - Problemas de Alimentação	70
Quadro 29 - Perguntas sobre atividade física para a criança com peso elevado.....	76
Quadro 30 - Classificação das doenças diarreicas.....	80
Quadro 31 - Principais tipos de bactérias, vírus e parasitas envolvidos nas doenças diarreicas agudas, modos de transmissão, reservatórios e grupos etários	81
Quadro 32 - Manifestações clínicas, período de incubação e duração da doença das principais bactérias, vírus e parasitas envolvidas nas doenças diarreicas agudas.....	83
Quadro 33 - Avaliação do estado de hidratação do paciente e definição do plano de tratamento adequado	86

Quadro 34 - Quantidade de líquido que deve ser oferecido para a criança após cada evacuação diarreica conforme a faixa etária	88
Quadro 35 - Esquemas de Reidratação Endovenosa para crianças com desidratação grave de acordo com a faixa etária.....	89
Quadro 36 - Reduções documentadas na morbimortalidade por pneumonia e diarreia com intervenções selecionadas	91
Quadro 37 - Anamnese e exame físico na avaliação da anemia.....	93
Quadro 38 - Referência para Enfermagem sobre os exames laboratoriais.....	95
Quadro 39 - Consenso sobre o tratamento para anemia ferropriva em crianças.....	98
Quadro 40 - Anamnese e exame físico na avaliação ocular	103
Quadro 41 - Sinais e sintomas das principais etiologias da conjuntivite.....	104
Quadro 42 - Anamnese e exame físico para avaliação de problemas dermatológicos.....	107
Quadro 43 - Identificação e manejo dos principais problemas de pele do Recém-nascido..	109
Quadro 44 - Identificação e Manejo das Principais Dermatoses	110
Quadro 45 - Identificação e Manejo das Principais Infecções Bacterianas.....	111
Quadro 46 - Identificação e Manejo das Ectoparasitoses	112

LISTA DE ALGORITMOS

Algoritmo 1 - Consulta do Enfermeiro na puericultura	30
Algoritmo 2 - Plano C desidratação AIDPI neonatal	41
Algoritmo 3 - Manejo de possível infecção respiratória	61
Algoritmo 4 - Atendimento à criança com Otagia	66
Algoritmo 5 - Consulta de Enfermagem com enfoque na nutrição.....	77
Algoritmo 6 - Consulta do Enfermeiro para avaliação da diarreia e desidratação	85
Algoritmo 7 - Consulta para avaliação da criança com anemia ferropriva	99
Algoritmo 8 - Avaliação de Enfermagem para problemas dermatológicos.....	108

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Conjuntivite	100
Figura 2 – Ilustração e comparação de olho saudável e acometidos por conjuntivites	101
Figura 3 – Hordéolo.....	102

LISTA DE SIGLAS

AIDPI - Atenção Integral as Doenças Prevalentes da Infância
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIG - Peso Adequado para a Idade Gestacional
AINE - Anti-inflamatórios Não Esteroides
APLV - Alergia à Proteína do Leite de Vaca
APS - Atenção Primária à Saúde
Ca - Cálcio
CA - Circunferência Abdominal
CHCM - Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média
CRIANES - Crianças com Necessidades Especiais de Saúde
DDA - Doenças Diarreicas Agudas
DNPM - Desenvolvimento Neuropsicomotor
Est. - Estatura
EV - Endovenoso
FA - Fosfatase Alcalina
FC - Frequência Cardíaca
FR - Frequência Respiratória
GECA - Gastroenterocolite Aguda
GIG - Peso Grande para a Idade Gestacional
HCM - Hemoglobina Corpuscular Média
HDL - High Density Lipoproteins
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IC - Idade Corrigida
IG - Idade Gestacional
IM – Intramuscular
IMC – Índice de Massa Corporal
IRA - Infecções Respiratórias Agudas
IVAS – Infecção das Vias Aéreas Superiores
LC-PUFAS - Long Chain Polyunsaturated Fatty Acids
LDL - Low Density Lipoproteins
MDDA - Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas
MMII – Membros Inferiores
MMSS – Membros Superiores
MRPM – Movimentos Respiratórios Por Minuto
NPT - Nutrição Parenteral Total
O2 – Oxigênio
OMA - Otite Média Aguda
OMS - Organização Mundial de Saúde
PA – Pressão Arterial
PC – Perímetro Cefálico

PEG - Polietilenoglicol
PIG - Peso Pequeno para a Idade Gestacional
PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral á Saúde da Criança
PNSF - Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PVPI - Iodopovidona
RCIU - Restrição de Crescimento Intrauterino
RDW - Amplitude de Distribuição dos Eritrócitos
RGE – Refluxo Gastroesofágico
RN – Recém-Nascido
RNPT – Recém-Nascido Prematuro
SRO - Solução de Reidratação Oral
SUS - Sistema Único de Saúde
T – Temperatura
TEC - Tempo de Enchimento Capilar
UFC - Unidades Formadoras de Colônia
VCM - Volume Corpuscular Médio
VDRL -Venereal Disease Research Laboratory
VM - Ventilação Mecânica

Consulta do Enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança sadia

A consulta do enfermeiro faz parte de suas atividades cotidianas no atendimento à criança na Atenção Primária à Saúde (APS), constituindo-se em momento de obtenção de dados para planejar a atenção à saúde da criança adscrita à unidade e orientar o cuidado. Preconiza-se, no mínimo, oito atendimentos para as crianças menores de cinco anos que não se encontram em situações de risco, alternados entre médico e enfermeiro, conforme quadro 1 abaixo. Para aquelas em situação de risco, o intervalo entre os atendimentos pode variar conforme a avaliação.

Quadro 1. Calendário de consultas e avaliação do crescimento e desenvolvimento

Idade	Avaliação do Crescimento					Dados vitais	Avaliação do DNPM	
	Peso	Est.	IMC	PC	CA		Reflexos	Marcos
1ª semana	x	x	x	x	x	FC, FR, T	Sucção Preen- são palmar e plantar, Pupilar	É característico dormir de 18 a 20 horas ao dia
30 dias	x	x	x	x	x	FC, FR, T	Sucção Preen- são palmar e plantar, Pupi- lar, Moro, Mar- cha Reflexa	Percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.

Idade	Avaliação do Crescimento					Dados vitais	Avaliação do DNPM	
	Peso	Est.	IMC	PC	CA		Reflexos	Marcos
2 meses	x	x	x	x	x	Se necessário	Sucção Preensão palmar e plantar, Pupilar, Moro, Busca, Babinski.	Sorriso social; ampliação do campo de visão.
3 meses	x	x	x	x	x	FC, FR, T	Sucção Preensão palmar e plantar, Pupilar, Moro, Propulsão.	Fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros; visualiza e segue objetos com o olhar.
4 meses	x	x	x	x	x	Se necessário	Preensão plantar, Pupilar, Propulsão.	Vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro. Início da lateralização.
5 meses	x	x	x	x	x	Se necessário	Preensão plantar, Pupilar, Propulsão.	Segura e troca o objeto de mão. Vira de um lado para o outro.
6 meses	x	x	x	x	x	FC, FR, T	Preensão plantar, Pupilar, Propulsão, Paraquedas.	Senta-se com apoio. Desloca-se em superfície lisa.
9 meses	x	x	x	x	x	FC, FR, T	Ações voluntárias.	Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha. Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas. Movimento de pinça.
12 meses	x	x	x	x	x	FC, FR, T	Ações voluntárias	Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio. Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio. Possui a acuidade visual de um adulto.

Idade	Avaliação do Crescimento					Dados vitais	Avaliação do DNPM	
	Peso	Est.	IMC	PC	CA		Reflexos	Marcos
18 meses	x	x	x	x	x	FC, FR, T	Ações voluntárias	Anda sozinho. Pode correr ou subir degraus baixos.
24 meses	x	x	x	x	x	FC, FR, T	Ações voluntárias	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus. Reconhece-se no espelho e brinca de faz de conta. Início do controle de esfíncter. Executa atividades sem perder o equilíbrio.
3 anos	x	x	x	-	x	FC, FR, T, PA	Ações voluntárias	Veste-se com auxílio. Dança, amontoa objetos, reproduz um círculo. Pergunta e compreende a maior parte das palavras e frases. Usa o não.
4 anos	x	x	x	-	x	FC, FR, T, PA	Ações voluntárias	Conta ou inventa pequenas histórias. O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes. Anda na ponta dos pés. Realiza tarefas simples. Imita uma cruz e desenha um boneco com cabeça e tronco. Reconhece três cores. Pergunta os porquês.

Idade	Avaliação do Crescimento					Dados vitais	Avaliação do DNPM	
	Peso	Est.	IMC	PC	CA		Reflexos	Marcos
5 anos	x	x	x	-	x	FC, FR, T, PA	Ações voluntárias	Fala de modo inteligível, sabe a idade e sexo, desenvolvimento motor completo, desenha um boneco completo, copia quadrado e triângulo, conta nos dedos. Adquire motricidade fina. Aparecem os medos. Início da lateralização e compreensão de tempo e espaço.

Legenda: Est. – estatura; IMC – Índice de Massa Corporal; PC – Perímetro Cefálico; CA- Circunferência Abdominal; DNPM – Desenvolvimento neuropsicomotor; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência Respiratória; T- Temperatura; PA – Pressão Arterial. Fonte: (BRASIL, 2012; PARANÁ, s/d).

A consulta deve seguir as etapas mencionadas no Quadro 2, abaixo:

Quadro 2 - Síntese da condução da consulta de puericultura

Etapas da Consulta	Conduta
Acolhimento com escuta qualificada para identificar os motivos do contato da família com a criança	Encaminhar para o atendimento necessário

continua

Etapas da Consulta	Conduta
Entrevista	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Caderneta da Criança; Caderneta de pré-natal da mãe; Resumo de alta hospitalar; Classificar ou confirmar estratificação de risco (conforme Linha Guia); Testes de triagem neonatal (orelhinha, olhinho, coraçãozinho, pezinho); Presença de sintomas e queixas; Planejamento reprodutivo; Rede familiar e social; Condições de moradia e exposições ambientais; História nutricional; Antecedentes clínicos; Imunização; Saúde bucal; Alimentação; Eliminações; Sono e repouso; Antecedentes familiares.
Exames físicos geral e específico	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medidas antropométricas (Quadro 1); Desenvolvimento da criança (Quadro 1); Estado Nutricional; Tônus muscular; Alinhamento e simetria corporal; Cabeça e fontanelas (lambdoide: fechamento média 8 semanas e bregmática: 9 a 18 meses); Olhos; Ouvidos; Nariz; Boca e garganta; Pescoço; Tórax (sistema respiratório e cardiovascular); Abdome (sistema gastrointestinal); Pelve (sistema geniturinário, rastrear criptorquidia); Membros (sistema musculoesquelético, rastrear luxação congênita do quadril, braquicefalia, luxação congênita do pescoço/lesão plexo braquial); Pele e anexos (observar icterícia, dermatites, hidratação).
Exames de Rotina	<p>Solicitação de exames conforme necessidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hemograma VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) Colesterol Triglicerídeos Glicemia

Quadro 5 – Observação das mamadas.	Conduta
Avaliação/Diagnóstico Orientação	<p>De acordo com os dados obtidos nas etapas anteriores e:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A condição de saúde da criança, esclarecendo o diagnóstico à mãe ou responsável, em linguagem de fácil compreensão; • A importância do aleitamento materno exclusivo; • Explicar sobre a imunização e mostrar no cartão da criança o calendário das vacinas, realizar a imunização com a vacina BCG, se ainda não foi feita na maternidade; • Orientar cuidados com a higiene, sono e desenvolvimento normal da criança; • Sinais de alerta e, se presentes, procurar a Unidade de Saúde.; • Importância do acompanhamento de puericultura no 1º ano de vida da criança; • Estimulação adequada, quando necessária, para obtenção dos marcos de desenvolvimento; • Cuidados na prevenção de acidentes; • Importância da construção do vínculo afetivo mãe/cuidador(a) com a criança.
Registrar	As informações obtidas na anamnese e no exame físico, orientações e tratamento no prontuário da criança e na Carteira de Saúde , inclusive os gráficos de crescimento.
Retorno	De acordo com a avaliação e/ou Quadro 1
Consultas subsequentes	<p>Avaliar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intercorrências; • Alimentação; • Diurese e hábito intestinal; • Higiene física / mental; • Situação vacinal; • Exame físico; • Aquisições neuropsicomotoras; • Uso de vitamina e/ou outras medidas terapêuticas instituídas anteriormente; • Presença de risco evolutivo. <p>Orientar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas terapêuticas necessárias; • Conduta alimentar; • Cuidados de higiene; • Imunização; • Estimulação para o desenvolvimento neuropsicomotor; • Prevenção de acidentes. <p>Registrar</p> <ul style="list-style-type: none"> • As informações obtidas na anamnese e exame físico, orientações e tratamento no prontuário da criança na sua Carteira de Saúde, inclusive os gráficos de crescimento.

Para avaliação do risco, o Quadro 3 abaixo descreve a classificação de risco do Estado do Paraná (PARANÁ, 2018).

Quadro 3 – Fatores de Risco de acordo com a Linha Guia da Atenção Materno-Infantil Paranaense (2018)

Classificação	Critérios
Risco habitual	Toda criança que não apresentar condições ou patologias de risco.
Risco intermediário	Filhos de mãe negra e indígena; Filhos de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos; Filhos de mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudos; Filhos de mães com histórico de óbito em gestação anterior (aborto, natimorto ou óbito); Filhos de mães com menos de 20 anos e mais de 3 partos; Filhos de mães que morreram no parto/ puerpério.
Alto risco	Afecções Perinatais; Prematuridade \leq 34 semanas de idade gestacional; Baixo peso ao nascer $<$ 2000g; Asfixia perinatal (APGAR $<$ 7 no 5.º minuto de vida); Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão; Mús-formações congênitas / Cromossopatias / Doenças genéticas; Triagem neonatal positiva; Doenças de transmissão vertical confirmadas (STORCH +ZIKA/HIV); Desnutrição grave; Obesidade; Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

Além dessa classificação, deve-se considerar situações de vulnerabilidade, conforme segue (BRASIL, 2012):

- Criança residente em área de risco;
- Prematuridade (menos de 37 semanas gestacionais);
- Internações/intercorrências;
- Aleitamento materno ausente ou não exclusivo;
- Gestação gemelar;
- Malformação congênita;
- Ausência de pré-natal;
- Problemas familiares (gravidez de alto risco ou eventos traumáticos para a mãe durante a gestação, presença de rupturas e conflitos do casal quando da descoberta da gravidez, separações e lutos na família, mãe em situação de sofrimento agudo ou

diagnóstico de doença mental, parto difícil ou traumático, pais com dificuldades de assumir a parentalidade (tornar-se pai e tornar-se mãe) e famílias com problemas múltiplos (drogadição, alcoolismo, pobreza, condições crônicas) e socioeconômicos;

- Não realização de vacinas;
- Identificação de atraso no desenvolvimento;
- Suspeita ou evidência de violência.

CONDUTAS PARA AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

A avaliação é baseada nas curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), cujos gráficos de crescimento e desenvolvimento permitem acompanhar a antropometria e o desenvolvimento motor, social e cognitivo das mesmas. Os gráficos encontram-se nas carteiras de vacina para registro e orientação do seguimento da criança e família. O desenho da curva de crescimento (ascendente, retilínea ou descendente) orienta a conduta a ser tomada em cada caso. No Quadro 4, a seguir, estão descritas as condutas para avaliação do crescimento.

Quadro 4 - Condutas diante do crescimento da criança

Posição na curva do crescimento por score-z	Impressão diagnóstica	Diagnóstico nutricional (IMC)	Conduta
Entre -2 e +2 e curva ascendente.	Peso/altura adequado para a idade.	Eutrófico $Z \geq -2$ e $+1$	Seguir rotina de consultas conforme calendário.
Entre $Z \geq -3$ e < -2 $Z < -3$	Peso/altura baixo para a idade	Magreza Magreza acentuada	Em menores de 2 anos: <ul style="list-style-type: none"> • Investigar possíveis causas: desmame precoce, alimentação complementar inadequada para a idade, intercorrências clínicas; • Orientar sobre e avaliar a amamentação e a introdução complementar de alimentos; • No período de seguimento, se a criança não ganhar peso (curva reta ou descendente), solicitar avaliação e acompanhamento de outros profissionais da equipe (médico, nutricionista);

continua

Posição na curva do crescimento por score-z	Impressão diagnóstica	Diagnóstico nutricional (IMC)	Conduta
			<p>Agendar o retorno da criança no intervalo máximo de 15 dias.</p> <p>Em maiores de 2 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigar possíveis causas, com atenção especial para a alimentação, intercorrências infecciosas, cuidados com a higiene física e mental da criança (principalmente o afeto e a higiene); • Tratar as intercorrências clínicas, se houver; • Solicitar o acompanhamento multiprofissional se for o caso (curva reta ou descendente); • Agendar nova consulta em intervalo máximo de 15 dias.
<p>Entre +2 e +3 Escore z > +3</p>	<p>Peso/altura acima do esperado para a idade</p>	<p>Obesidade (acima de 5 anos) e sobrepeso (de 0 a 5 anos). Obesidade grave (acima de 5 anos) e obesidade (de 0 a 5 anos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar erros alimentares; • Identificar a dieta da família; • Realizar avaliação clínica da criança (atentar para circunferência abdominal, pressão arterial e solicitar avaliação de perfil lipídico e glicêmico); • Orientar a mãe ou o cuidador sobre a alimentação adequada; • Verificar as atividades de lazer das crianças, o tempo em frente às telas e os games; • Estimular as atividades físicas; • Encaminhar para acompanhamento multiprofissional se for o caso; • Se curva descendente em direção à zona de normalidade (entre -2 e 2), manter acompanhamento e condutas ofertadas.

São ferramentas de suporte para a avaliação clínica da criança os gráficos de peso, estatura, perímetro cefálico e índice de massa corporal para idade, todos disponíveis na caderneta de saúde da criança. Além destas ferramentas, apresentam-se a seguir, quadros de auxílio à avaliação no tocante a alimentação, circunferência abdominal e pressão arterial. Para avaliar a alimentação de acordo com as recomendações, o Quadro 5 apresenta os aspectos que devem ser verificados na amamentação durante a consulta. O Quadro 6 traz a quantidade e volume da dieta láctea para crianças amamentadas e não amamentadas.

Quadro 5 – Observação das mamadas

Sinais de que a amamentação vai bem	Sinais de possível dificuldade na amamentação
Mãe - Parece estar saudável, relaxada e confortável; - Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê.	Mãe - Parece estar mal e deprimida, tensa ou desconfortável; - Sem contato visual com o bebê.
Bebê - Parece saudável, calmo e relaxado; - Procura o peito, se com fome.	Bebê - Parece sonolento ou doente; - Está impaciente ou chorando; - Não procura o peito.
Mamas - Parecem saudáveis; - Sem dor ou desconforto; - Apoiadas com dedos longe (em C).	Mamas - Vermelhas, inchadas ou feridas; - Mamas ou mamilos dolorosos; - Mamas apoiadas com os dedos nas aréolas.
Posição do bebê - Cabeça e tronco do bebê alinhados; - Corpo do bebê bem perto do corpo da mãe; - Nádegas do bebê apoiadas; - Nariz do bebê na altura do mamilo.	Posição do bebê - Bebê com pescoço ou tronco torcidos; - Bebê longe da mãe; - Bebê apoiado pela cabeça ou costas somente; - Nariz do bebê acima ou abaixo do mamilo.
Pega do bebê - Mais aréola acima da boca do bebê; - Boca do bebê bem aberta; - Lábio inferior virado para fora (boca de “peixe”); - Queixo do bebê toca a mama.	Pega do bebê - Mais aréola abaixo da boca do bebê; - Bebê com boca pouco aberta; - Lábios para frente ou para dentro; - Queixo do bebê não toca a mama.
Sucção - Sugadas lentas e profundas, com pausas; - Bochecha redonda durante a mamada; - Bebê solta o peito quando termina a mamada; - Mãe apresenta sinais do reflexo da ocitocina (reflexo de descida do leite).	Sucção - Sugadas rápidas; - Esforço da bochecha durante a mamada; - Mãe tira o bebê do peito; - Mãe sem sinais do reflexo da ocitocina (a estimulação da ocitocina é afetada por sentimentos como preocupação, dor, insegurança, vergonha, afetando a descida do leite).

Fonte: WHO (2011).

Essa avaliação é **obrigatória** na primeira consulta do recém-nascido para que o enfermeiro planeje as intervenções caso encontre dificuldades com o AM. Nas consultas subsequentes deve ser reavaliada, caso a mãe relate dificuldades ou o lactente mostre inadequado ganho ponderal (até sexto mês de vida).

Quadro 6 - Esquema alimentar para crianças amamentadas e não amamentadas

Esquema alimentar para crianças amamentadas				
Do nascimento até os 6 meses	Horário	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Aleitamento materno exclusivo em livre demanda.	Café da manhã	Leite materno por livre demanda	Leite materno por livre demanda	Leite materno por livre demanda
	Lanche	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
	Almoço	Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
	Lanche	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Jantar	Leite materno	Papa salgada	Refeição básica da família
Esquema alimentar para crianças amamentadas				
Do nascimento até completar 4 meses	Horário	Ao completar 4 meses	Ao completar 8 meses	Ao completar 12 meses
Alimentação láctea	Café da manhã	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Lanche	Papa de fruta	Fruta	Fruta
	almoço	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Papa salgada ou refeição básica da família
	Lanche	Papa de fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Jantar	Papa salgada	Refeição básica da família	Refeição básica da família
	Ceia	Leite	Leite	Leite

continua

Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com a idade		
Idade	Volume	Número de Refeições
Até 30 dias	Entre 60 e 120mL	6 a 8
De 30 a 60 dias	Entre 120 e 150mL	6 a 8
De 2 a 4 meses	Entre 150 e 180mL	5 a 6
De 4 a 8 meses	Entre 180 e 200mL	2
Acima de 8 meses	200 mL	2

Fonte: BRASIL (2012).

A verificação da circunferência abdominal como rotina nas consultas deve ser adotada, visto que essa medida prediz risco cardiometabólico precocemente. Assim, a referência para avaliação da **circunferência abdominal** para idade, em menores de cinco anos, deve seguir o cálculo apresentado na fórmula abaixo:

$$\text{Relação Cintura/Estatura} = \frac{\text{Medida da cintura}}{\text{Estatura}}$$

Espera-se que o valor seja igual ou menor que 0,5 (WHO, 2008).

Para verificação da normalidade da pressão arterial, pode-se consultar o Quadro 7 a seguir.

Quadro 7- Categorias de pressão arterial em crianças entre 1 e 13 anos

Classificação da pressão	Crianças entre 1 e 13 anos
Normal	< percentil 90
Elevada	≥ percentil 90 e < percentil 95 ou 120/80 mmHg e < 95 percentil (o que for mais baixo)
Estágio 1 (de hipertensão)	≥ 95 percentil e < 95 percentil + 12 mmHg ou 130/80 mmHg até 139/89 mmHg (o que for mais baixo)
Estágio 2 (de hipertensão)	≥ percentil 95 + 12 mmHg ou ≥ 140/90 mmHg (o que for mais baixo)

Quadro 8 - Avaliação do desenvolvimento: orientação para tomada de decisão

Dados de avaliação	Impressão Diagnóstica	Conduta
Perímetro cefálico < -2 escores Z ou >+2 escores Z. Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior.	Provável atraso no desenvolvimento.	Referir para avaliação neuropsicomotora.
Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a sua faixa etária.	Alerta para o desenvolvimento.	Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. Marcar consulta de retorno em 30 dias.
Todos os marcos para o desenvolvimento estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco.	Desenvolvimento normal com fatores de risco.	Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.
Todos os marcos para a faixa etária estão presentes.	Desenvolvimento normal.	Elogiar a mãe/cuidador. Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.

Fonte: BRASIL (2012).

No Quadro 9, a seguir, descrevem-se as principais queixas clínicas durante a consulta na infância e as condutas sugeridas.

Quadro 9 – Principais queixas clínicas na infância e conduta sugerida na consulta

Achados Clínicos	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Prescrição de Medicamentos
Alergia dermatológica com prurido e/ou inflamação de pele.	Alergia a picada de inseto. Miliária (Brotoeja).	Orientar para não coçar; Controle da alergia; Manter unhas curtas; Orientar quanto ao uso de mosquiteiro e repelente; Evitar agasalhar a criança em excesso, dar banho para refrescar, aplicar compressas de chá de camomila na pele.	Betametasona creme, uma vez ao dia, no local da picada por, no máximo uma semana.

continua

Achados Clínicos	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Prescrição de Medicamentos
Presença de Assaduras.	Dermatite de Fraldas ou Amoniacal.	Orientar o cuidador quanto à higiene e banhos, à troca frequente de fraldas e, caso use fraldas de tecidos, os cuidados com lavagem e secagem das mesmas; Secar bem a região após o banho e a cada troca de fraldas; Evitar o uso de calças plásticas; Expor o períneo ao sol durante o banho de sol diário; Orientar quanto ao uso de sabão neutro em substituição ao uso de amaciantes e sabão em pó.	Óxido de zinco + vitaminas A e D pomada, a cada troca de fraldas.
Introdução alimentar e suplementação vitamínica.	Alteração na dieta de somente leite (materno ou artificial) para complementação da dieta com outros alimentos.	Orientar o cuidador para o preparo adequado dos alimentos conforme idade da criança; Orientar o cuidador no preparo de um prato colorido (alimentos); Orientar o cuidador a preparar um ambiente de refeições agradável; Orientar a criação de rotina para alimentação em família; Orientar a suplementação de vitaminas.	Vitamina A (somente para crianças cujo polivitamínico não contenha vitamina A): Crianças: 6 – 11 meses/100.000 UI/1 dose Crianças: 12 – 59 meses/200.000 UI/ Uma vez a cada 6 meses Administrar de 200 a 400UI/dia de vitamina D a crianças que apresentam os seguintes fatores de risco: prematuridade, pele escura, exposição inadequada à luz solar e filhos de mães vegetarianas estritas que estejam sendo amamentados.

continua

Achados Clínicos	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Prescrição de Medicamentos
			<p>Ferro: RN a termo, Peso adequado p/ IG, em aleitamento materno: 1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 6º mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida. Em fórmula infantil > 500 mL/dia: não recomendado RN prematuro e/ou de baixo peso até 1.500 g: 2 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 30º dia até 1 ano. Após, 1 mg/kg/dia até 2 anos.</p>
Cólica	Cólica Dor aguda	<p>Pegar o bebê no colo, enrolar a criança em uma posição de conforto com uma manta; flexionar as coxas do bebê sobre a barriga (movimento de pedalar bicicleta lentamente); dar um banho morno ou aplicar compressas na barriga; reduzir estímulos para o bebê (muito barulho ou excesso de pessoas); estabelecer uma rotina para banho, sono, passeio e outras atividades; não utilizar chás; não trocar marcas de leite em caso de alimentar com fórmulas; não usar medicamentos por conta própria; pesquisar alimentação da mãe se aleitamento exclusivo, orientar a mãe a observar aumento na presença de cólicas após a ingestão de determinado alimento e a evitá-lo, principalmente a ingestão de leite e seus derivados.</p>	<p>Para bebês amamentados: probiótico <i>Lactobacillus reuteri</i> (cepa DSM 17938), 5 gotas ao dia. A ingestão de 5 gotas fornece 108 UFC (100.000.000 de Unidades Formadoras de Colônia) de <i>Lactobacillus reuteri</i> DSM 17938 vivos. Misturar em leite materno em temperatura ambiente. Não misturar <i>Lactobacillus reuteri</i> com líquidos quentes, pois poderá danificar o Lactobacilo.</p> <p>Para bebês alimentados com fórmula: mudar para uma fórmula hidrolisada.</p>

continua

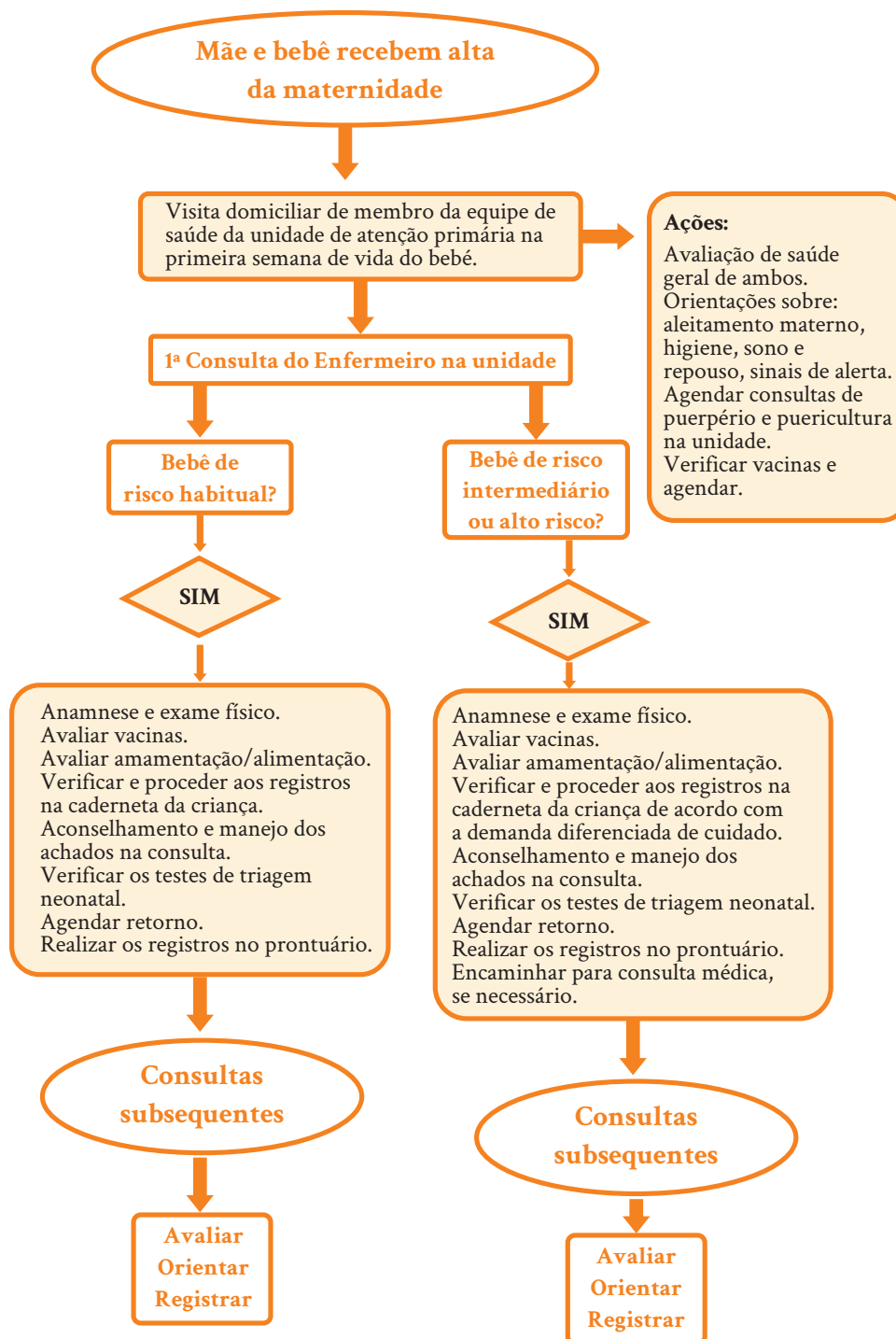
Achados Clínicos	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Prescrição de Medicamentos
Constipação ou Defecação prejudicada.	Obstipação: Quando há ≤ 2 evacuações por semana; ao menos um episódio de incontinência fecal por semana; história de postura retentiva ou retenção fecal voluntária excessiva; história de movimentos intestinais dolorosos; presença de extensa massa fecal no canal retal; história de fezes calibrosas que podem obstruir o vaso sanitário.	Para crianças em alimentação complementar: Orientar dieta rica em fibra, fruta laxativa, verdura crua e cereal integral; Orientar o cuidador sobre o aumento da ingestão hídrica da criança e evitar o consumo de alimentos fermentativos; Estimular a deambulação e a prática de atividades físicas, dentro dos limites de tolerância; Orientar o cuidador a avaliar o acesso da criança ao banheiro, bem como sua privacidade; Orientar o cuidador para estimular a criança a criar o hábito intestinal (rotina).	Supositório de glicentina 1x ao dia, caso as medidas orientadas não deem resultado, para descompactação de fezes acumuladas. Para prevenção de novas retenções: Polietilenoglicol (PEG) 0,5g/Kg/dia e Lactulose 1mL/Kg/dia.
Coriza	Secreção nasal. Congestão nasal.	Orientar o cuidador quanto a higienizar as narinas com lenços descartáveis ou papel higiênico macio.	Solução nasal de soro fisiológico, 3 a 4 vezes ao dia.
Limpeza do Coto umbilical.	Padrão de Higiene do coto umbilical comprometida Granuloma umbilical Integridade cutaneomucosa.	Orientar a mãe/cuidador sobre a higiene. Avaliar sinais de infecção. Examinar e palpar periferia do coto. Encaminhar para avaliação médica se presença de hérnia. Supervisionar queda do coto.	Álcool a 70% no local a cada troca de fraldas. Realizar na unidade de saúde, diariamente, a cauterização com nitrato de prata bastão, se granuloma.
Calendário vacinal incompleto.	Calendário vacinal incompleto. Estado vacinal atrasado.	Avaliar o calendário vacinal e registrar as vacinas faltantes. Relatar reações adversas anteriores. Orientar a mãe/cuidador sobre a importância do calendário vacinal em dia.	Prescrever os imunobiológicos incompletos e encaminhar à sala de vacinas.
Gengiva grossa e/ou coceira na gengiva.	Dentição decídua.	Orientar o cuidador a massagear a gengiva com gaze umedecida com soro fisiológico frio. Orientar uso de mordedor frio. Encaminhar a criança para atendimento odontológico.	Soro Fisiológico.

Achados Clínicos	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Prescrição de Medicamentos
Febre	Hipertermia	<p>Orientar mãe ou cuidador para:</p> <p>Ventilar o ambiente. Vestir roupas leves;</p> <p>Usar compressas mornas a frias na região axilar e inguinal;</p> <p>Verificar a temperatura após aplicar as compressas;</p> <p>Orientar banho morno de imersão por dez minutos;</p> <p>Orientar o cuidador para monitorar quanto o aumento da ingestão de líquidos;</p> <p>Orientar o cuidador a verificar temperatura corporal de seis em seis horas ou quando necessário;</p> <p>Orientar o cuidador para observar o surgimento de sinais e sintomas de alerta;</p> <p>Orientar retorno em 24 horas se a febre persistir.</p>	<p>Dipirona 500mg 1 gota por quilo de peso ou Paracetamol 200mg 1 gota por quilo de peso, via oral, até de 6/6hs.</p>
Mucosa oral alterada	Candidíase oral	<p>Orientar limpeza da cavidade oral da criança com gaze úmida com água, principalmente após a amamentação e antes de administrar a nistatina.</p> <p>Orientar a limpeza das mãos da mãe/cuidador antes de alimentar a criança.</p> <p>Orientar para enxaguar os mamilos e secá-los ao ar após as mamadas.</p> <p>Expor os mamilos à luz por, pelo menos, alguns minutos ao dia.</p> <p>Orientar a limpeza de objetos que podem ser levados a boca pela criança.</p> <p>Eliminar o uso de chupetas e bicos de mamadeira ou fervê-los por 20 minutos pelo menos uma vez ao dia, quando não for possível a sua retirada.</p>	<p>Nistatina via oral, 1 a 2 mL, 3 vezes ao dia, por duas semanas.</p> <p>Podem ser usados também clotrimazol, miconazol ou cetoconazol por duas semanas.</p> <p>Em crianças amamentadas ao seio materno, a mãe também deve receber tratamento tópico na mama.</p> <p>Violeta de genciana a 0,5% pode ser usada nos mamilos da mãe e nas aréolas e na boca da criança uma vez por dia por 3 a 4 dias.</p>

Fonte: Brasil (2012); Brasil (2013); Brasil (2014); Jeremy et al. (2015); Biagioli et al. (2016); Viera et al. (2015); Paraná (2011-2017); Vaz et al. (2017); Fernandes (2019).

Por fim, apresenta-se o algoritmo para a consulta de rotina com o enfermeiro na unidade de saúde.

ALGORITMO 1 – Consulta do Enfermeiro na puericultura.



Consulta do Enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança com demandas diferenciadas de cuidado

Com a redução da mortalidade infantil e sobrevida de crianças de alto risco, surge um grupo específico de crianças sobreviventes com sequelas decorrentes da própria doença ou dos tratamentos a que são submetidas durante a hospitalização. Esse grupo é denominado Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) e elas necessitam de atenção especial dentro das redes de atenção à saúde (ARRUÉ, 2018).

No Brasil, as crianças com necessidades especiais de saúde correspondem a 9,1% da população infantil de até os cinco anos de idade (ROSSETTO et al., 2019). As condições crônicas de saúde, portanto, constituem-se em problemas que requerem tratamento contínuo por tempo prolongado e cuidados permanentes, assim pode-se reduzir a frequência de hospitalizações. Entre as crianças menores de cinco anos, essas doenças crônicas são decorrentes principalmente de sequelas da prematuridade, malformações congênitas e encefalopatia crônica da infância (ROSSETTO et al., 2019).

No eixo estratégico IV da PNAISC, tem-se a diretriz para Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas, que enfatiza ações para o diagnóstico precoce e manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados (BRASIL, 2018).

Para tanto, fazem parte do grupo de CRIANES, que tem como causa de suas necessidades especiais as ocorrências do período neonatal, os recém-nascido de risco. Esse grupo é

formado por qualquer bebê que tenha sido exposto a alguma condição que coloque em risco sua sobrevivência nos primeiros 28 dias de vida, independentemente de sua idade gestacional ou peso ao nascer, que tenha maior chance de mortalidade ou morbidades (BRASIL, 2014).

Essas crianças precisam ter atenção prioritária, devendo ser identificadas imediatamente após a alta hospitalar pela equipe de saúde da atenção primária para acompanhar seu crescimento e desenvolvimento e reconhecer precocemente as dificuldades ou atrasos nesses processos. Para tanto, o calendário de consultas de enfermagem a essas crianças é diferenciado e o profissional deve atentar para aqueles com critérios de alto risco, pois encontram-se mais vulneráveis às complicações ao longo do seguimento na atenção primária, conforme quadro 10 abaixo.

Quadro 10: Cronograma de consultas à criança de risco

Consultas	Período Revisão
Primeira consulta	7 a 10 dias após a alta
Revisões mensais	até 6 meses de idade corrigida
Revisões bimestrais ou trimestrais	6 aos 12 meses idade corrigida
Revisões trimestrais	13 aos 24 meses
Revisões semestrais	2 aos 4 anos
Revisões anuais	dos 4 anos até a puberdade

Fonte: BRASIL (2014).

Nas consultas daqueles nascidos prematuramente, o enfermeiro deverá considerar duas idades, a saber: a idade cronológica (considerada a partir do nascimento) e a idade corrigida (considerada a partir da concepção). Portanto, o enfermeiro deve utilizar a idade corrigida para avaliar o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido prematuro conforme segue (SBP, 2012):

Idade corrigida (IC) = idade cronológica – (40 – idade gestacional ao nascer)

Perímetro cefálico= corrigir até 18 meses.

- Peso = corrigir até 2 anos.
- Estatura (considerar a idade gestacional ao nascer):
 - <24 sem IG = corrigir até 7 anos idade cronológica
 - 24 a 28 sem = corrigir até 5 anos de idade cronológica
 - > 28 sem = corrigir até 3 anos e 6 meses de idade cronológica

- Desenvolvimento neuropsicomotor = corrigir até 7 anos de idade cronológica

Além da idade corrigida, o enfermeiro deve classificar o RN quanto à idade gestacional e peso ao nascer, pois quanto menor a idade gestacional e menor peso, maior será o risco de comorbidades e alterações nos padrões de crescimento e desenvolvimento infantil.

Quanto à idade gestacional:

- RN pré-termo – nascidos até 36 semanas e 6 dias
- Prematuro extremo: nascidos antes de 28 semanas completas
- Muito prematuro: nascidos entre 28 e 32 semanas
- Prematuro moderado e tardio: quando nascem entre 32 e 36 semanas
- A termo: nascidos entre 37 e 41 semanas e 6 dias
- Pós-termo: nascidos com 42 semanas ou mais de gestação

Quanto ao peso ao nascer:

- Extremo baixo peso: abaixo de 1000 gramas
- Muito baixo peso: 1000 a 1500 gramas
- Baixo peso: de 1500 a 2500 gramas

A **classificação do peso x idade gestacional** também é um dado importante a se registrar, visto que nascer com peso adequado a idade gestacional se configura em fator protetor para comorbidades e alterações de crescimento.

Peso Adequado para a Idade Gestacional (AIG) – peso ao nascer entre os percentis 10 e 90.

Peso Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) – abaixo do percentil 10.

Peso Grande para a Idade Gestacional (GIG) – acima do percentil 90.

Para avaliar a criança quanto a possíveis complicações, descreve-se as mais usuais no Quadro 11 abaixo.

Quadro 11: Avaliação do Recém-nascido e da criança de risco

Problemas	Achados clínicos/principais comprometimentos	Fatores de risco	Orientação
Problemas respiratórios do RN	Broncodisplasia pulmonar, IVAS frequentes, asma, apneia da prematuridade. Sinais: apneia, cianose, tosse, coriza, taquipneia, batimento de aletas nasais.	IG menor de 28 semanas. Extremo e muito baixo peso ao nascer PIG. Maior tempo de hospitalização. Ventilação mecânica.	Manter a imunização em dia; lavar as mãos com frequência; evitar lugares com aglomeração de pessoas e contato com pessoas doentes; proteger do fumo passivo, e; manter o aleitamento materno pelo maior tempo possível; encaminhar para acompanhamento com especialistas (alergistas, fisioterapeuta respiratório);diante sinais de sofrimento respiratório, estabilizar o quadro e encaminhar para pronto atendimento imediatamente.

Problemas	Achados clínicos/principais comprometimentos	Fatores de risco	Orientação
Problemas visuais e auditivos	Retinopatia da prematuridade; deficiência visual ou cegueira; deficiência auditiva ou surdez.	PIG, IG <28 semanas, peso inferior a 1.500 gramas, uso de oxigenioterapia, transfusão sanguínea, uso de medicamentos ototóxicos, tempo prolongado de internamento.	Encaminhar para acompanhamento com especialistas (otorrinolaringologista, oftalmologista, fonoaudiólogo).
Problemas gastrointestinais	Refluxo Gastroesofágico (RGE) - intolerância ou aversão à alimentação, baixo ganho de peso, regurgitação frequente, apneia, dessaturação, bradicardia, irritabilidade e desconforto pós-prandial. Diarreia – avaliar sinais de desidratação (presença de dois dos seguintes sinais: letargia ou inconsciência; inquietude ou irritabilidade; olhos fundos, sinal da prega cutânea, sucção débil ou ausente), identificar sinais de perigo.	Displasia broncopulmonar Uso sonda gástrica maior tempo RN abaixo de 1500 gramas.	Acompanhamento pelo pediatra e/ou especialista; avaliar uso de medicamentos para RGE; para RNPT acima de 32 semanas de IG, orientar uso de dispositivos que elevam a cabeça do bebê no berço; indicar alimentação em menor volume e mais frequente. Se desidratação: encaminhar urgentemente para um hospital, com a mãe e/ou profissional de saúde, administrando soro oral com frequência até chegar ao serviço de referência. Dar líquidos para desidratação grave (Plano C AIDPI, Algoritmo 2). Sem desidratação: dar líquidos para prevenir a desidratação em casa (plano A – AIDPI, Quadro 13); orientar em quais situações deverá voltar para reavaliação imediata; orientar a mãe quanto a medidas preventivas e sinais de perigo que requerem retorno imediato; orientar a mãe a reconhecer os sinais de perigo e as medidas preventivas. Se a diarreia continuar, retornar em dois dias. Diarreia por mais de sete dias ou com sangue: encaminhar urgentemente ao hospital, com a mãe e/ou profissional de saúde, oferecendo soro oral no caminho.

continua

Problemas	Achados clínicos/principais comprometimentos	Fatores de risco	Orientação
Alterações metabólicas	Doença metabólica óssea Anemia da prematuridade Perfil lipídico e glicêmico acima da referência.	IG < 28 semanas, menor de 1.500 gramas, Ventilação Mecânica (VM) prolongada, Nutrição Parenteral Total (NPT) prolongada, uso de diuréticos, uso de corticoides, displasia broncopulmonar; entre seis e 12 semanas de vida, pode haver parada de crescimento, craniotabes e até fraturas espontâneas nas formas mais graves. Alteração de marcadores bioquímicos séricos (redução do cálcio e fósforo e aumento da fosfatase alcalina). Colesterol total com ou sem jejum: < 170mg/dl; Colesterol HDL com ou sem jejum: >45mg/dl; LDL com ou sem jejum: <110mg/dl Triglicérideo com jejum: < 75mg/dl; sem jejum: < 85mg/dl; Glicemia: com jejum: <100 mg/dl.	Solicitar Fosfatase Alcalina (FA) e Cálcio (Ca) a cada 21 dias até completar 40 semanas de IG corrigida e FA mensalmente, até 48 semanas de IG corrigida. Após, fazer controle a cada 3 meses e até 1 ano de idade corrigida. Suplementação de cálcio e fósforo após a alta (até 40 semanas de idade gestacional corrigida): Cálcio: 100-160 mg/Kg/dia Fósforo: 95-108 mg/Kg/dia por 100 Kg cal. Reposição de vitamina A e D: Polivitamínico (solução oral) - 12 gotas VO 1x/dia. Ferro: - nascidos acima de 1.500g: a partir de 30 dias de vida = 2 mg/kg/dia durante 1 ano, e 1 mg/kg/dia por mais 1 ano. - nascidos entre 1.500g e 1.000g: 3 mg/kg/dia durante 1 ano e mais 1 mg/kg/dia entre 1 e 2 anos de idade. - nascidos com menos de 1.000g: 4 mg/kg/dia durante 1 ano, e 1 mg/kg/dia por mais 1 ano. Zinco: iniciar com 36 semanas de idade corrigida – 0,5-1mg/dia por seis meses (formular 10 mg/mL e adicionar à dieta). Solicitar aos 12 meses, 24 e 48 meses de idade corrigida: hemograma, glicose, colesterol fracionado e triglicédeos.
Sinais de infecção	Ver avaliação quadro AIDPI neonatal para identificar doença grave ou infecção (Quadro 12).	IG nascimento menor de 32 semanas, peso ao nascer abaixo de 1500 g, anemia da prematuridade.	Para menores de dois meses, não perder tempo fazendo exames ou outros procedimentos; iniciar o tratamento com antibiótico parenteral e medicação de urgência, quando indicado.

continua

Problemas	Achados clínicos/principais comprometimentos	Fatores de risco	Orientação
Alterações crescimento	Ganho insuficiente na 1ª semana após alta hospitalar. Ganho ponderal inferior ao longo do seguimento Estatura abaixo do esperado.	Presença de morbidades, RN com peso ao nascer menor 850g, IG menor que 28 semanas, Displasia broncopulmonar, nascer PIG, hospitalização prolongada, dificuldade de interação materno-infantil.	<p>Avaliar o peso de 1-2 dias após a alta hospitalar (usar curvas de avaliação crescimento apropriadas a IG menor de 40 semanas) e comparar com o peso da alta hospitalar; avaliar a adequação da dieta pelo número de fraldas trocadas (6 a 8/dia);</p> <p>Curvas Fenton indicadas para menores de 32 semanas de IG e utilizadas até 50ª semanas pós-concepção. Curva e o cálculo dos escores Z e dos percentis podem ser acessados no endereço: https://www.ucalgary.ca/fenton/2013chart.</p> <p>As curvas do Intergrowth são mais indicadas para RNPT maiores de 32 semanas de IG e podem ser usadas até 64 semanas pós-concepção. Acesso das curvas: https://intergrowth21.tghn.org/articles/new-intergrowth-21st-international-postnatal-growth-standards-charts-available.</p> <p>O escore Z e percentil podem ser calculados em http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/en/ManualEntry.</p> <p>A partir das 65 semanas de pós-concepção, utilizar as curvas do cartão de saúde da criança.</p>

continua

Problemas	Achados clínicos/principais comprometimentos	Fatores de risco	Orientação
Alterações desenvolvimento inicial da alimentação	<p>Alterações motoras orais (sucção, respiração, mastigação, deglutição e fonoarticulação) e/ou de alimentação, disfagia, aspiração, reflexo de vômito acentuado à alimentação, vômitos, diarreia, déficit no crescimento, demora na alimentação.</p> <p>A incoordenação entre a deglutição e a respiração pode apresentar tosse ou engasgo, aspiração silente sem sinais evidentes; sinais sugestivos de dificuldades alimentares: refeições ou mamadas prolongadas; recusa alimentar por um mês ou mais; refeições estressantes; alimentação inadequada e não evoluir nas texturas alimentares.</p>	<p>Uso de sonda gástrica e VM prolongada, menor peso e IG ao nascer, atraso na estimulação oral, desmame precoce.</p>	<p>Em caso das disfunções orgânicas, deve ser encaminhada para avaliação especializada;</p> <p>estimular a manutenção do aleitamento materno (promove desenvolvimento adequado das estruturas necessárias à função alimentar);</p> <p>introduzir alimentos de consistência pastosa e espessa ao iniciar a alimentação complementar (promove amadurecimento do Sistema Estomatognático);</p> <p>oito meses idade corrigida - introdução da consistência sólida (alimentos amassados e/ou picados em pequenos pedaços);</p> <p>12 meses idade corrigida – manter leite materno (preferencialmente) e alimentos da família.</p>
Desordens do humor materno e autoeficácia para cuidado	<p>Relatos de tristeza, ansiedade, choro sem motivo, medo de cuidar do RN, não assume o cuidado após um mês da alta hospitalar, sem sinais de vínculo com RN, sinais e rejeição.</p>	<p>Avaliar até o sexto mês após o parto; avaliar habilidades e capacidade mãe/pai para cuidar do RN.</p>	<p>Avaliar níveis de autoeficácia materna (escala de avaliação descrita à frente);</p> <p>identificar as necessidades emocionais da mãe/pai;</p> <p>encaminhar para avaliação especializada conforme necessidade.</p>

Fonte: SBP (2012); Parkinson et al. (2013); Brasil (2014); Scartezini et al. (2017).

Quadro 12 – Identificar doença grave ou infecção localizada (AIDPI neonatal)

Avaliar	Classificar	Tratar
<p>Se houver ao menos um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bebê “não vai bem” • Recusa alimentar • Vômitos repetidos • Temperatura axilar <36° ou >37,5°C • Convulsões • Letargia/inconsciência ou flacidez • Tiragem subcostal acentuada • Apneia • Batimentos de asas nasais • Gemido, estridor ou sibilância • Cianose central • Palidez intensa • Icterícia até região abaixo do umbigo ou de aparecimento antes de 24 horas de vida • Manifestações de sangramento: equimoses, petéquias e/ou hemorragias • Secreção purulenta no umbigo (com eritema que se estende para a pele) ou secreção purulenta no ouvido • Distensão abdominal • Peso <2.000 g • Frequência respiratória >60 ou <30 mrpm • Pústulas ou vesículas na pele (muitas ou extensas) • Enchimento capilar lento (>2 seg) • Anomalias congênitas maiores. 	<p>Doença Grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar urgentemente ao hospital, segundo as normas de estabilização e transporte. • Administrar a primeira dose dos antibióticos recomendados (Quadro 14) • Administrar oxigênio se houver cianose central • Prevenir hipoglicemia (Quadro 15) • Dar acetaminofen para febre >38°C (Quadro 16) • Prevenir hipotermia • Recomendar à mãe que continue a amamentação, sempre que possível.

continua

Avaliar	Classificar	Tratar
<p>Se houver ao menos um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secreção purulenta conjuntival • Umbigo eritematoso com secreção purulenta sem estender-se para a pele • Pústulas na pele (poucas ou localizadas) • Placas brancas na boca 	<p>Infecção Localizada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrever antibiótico ou nistatina via oral, quando indicados. • Tratar os mamilos e aréola da mãe em caso de monilíase (ver Quadro 17). • Aplicar tratamento local (Quadro 17). • Orientar a mãe a tratar as infecções locais em casa (uso antitérmico, antibiótico ou antifúngico oral). • Orientar a mãe quanto a medidas preventivas e sinais de perigo que requerem retorno imediato. • Aconselhar a mãe a prosseguir com o aleitamento materno exclusivo, sempre que possível. • Reavaliar a criança em dois dias.
<p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nenhum dos sinais anteriores. 	<p>Sem doença Grave Ou Infecção Localizada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar a mãe a prosseguir com o aleitamento materno exclusivo, sempre que possível. • Nenhum tratamento adicional. • Orientar a mãe quanto a medidas preventivas e sinais de perigo que requerem retorno imediato. • Orientar a mãe quanto ao retorno para nova consulta.

Fonte: BRASIL (2014).

Quadro 13 – Plano A desidratação (AIDPI neonatal)

Orientar a mãe sobre as regras do tratamento no domicílio: aumentar a ingestão de líquidos, continuar oferecendo o seio, observar sinais e sintomas que indiquem necessidade de retorno imediato e retornar para reavaliação na data agendada

1. Aumentar a ingestão de líquidos (tanto quanto a criança queira tomar):

- Amamentar a criança com frequência e durante mais tempo, em cada mamada.
- Se a criança é exclusivamente amamentada, oferecer Solução de Reidratação Oral (SRO) e água pura, além do leite materno.
- Se a criança não é exclusivamente amamentada, continuar oferecendo o peito, oferecer SRO e água pura e orientar a alimentação.

ENSINAR A MÃE COMO PREPARAR E ADMINISTRAR O SRO.

DISPONIBILIZAR À MÃE DOIS PACOTES DE SRO PARA USAR EM CASA

Mostrar à mãe a quantidade de SRO que deve ser dada à criança, além do leite materno: 50 a 100 mL depois de cada evacuação.

Orientar a mãe a:

- Oferecer a solução à criança com um copinho, em goles pequenos e frequentes.
- Se a criança vomitar, esperar 10 minutos. Continuar depois, porém, mais lentamente.
- Seguir oferecendo mais líquidos que o usual até que cesse a diarreia.

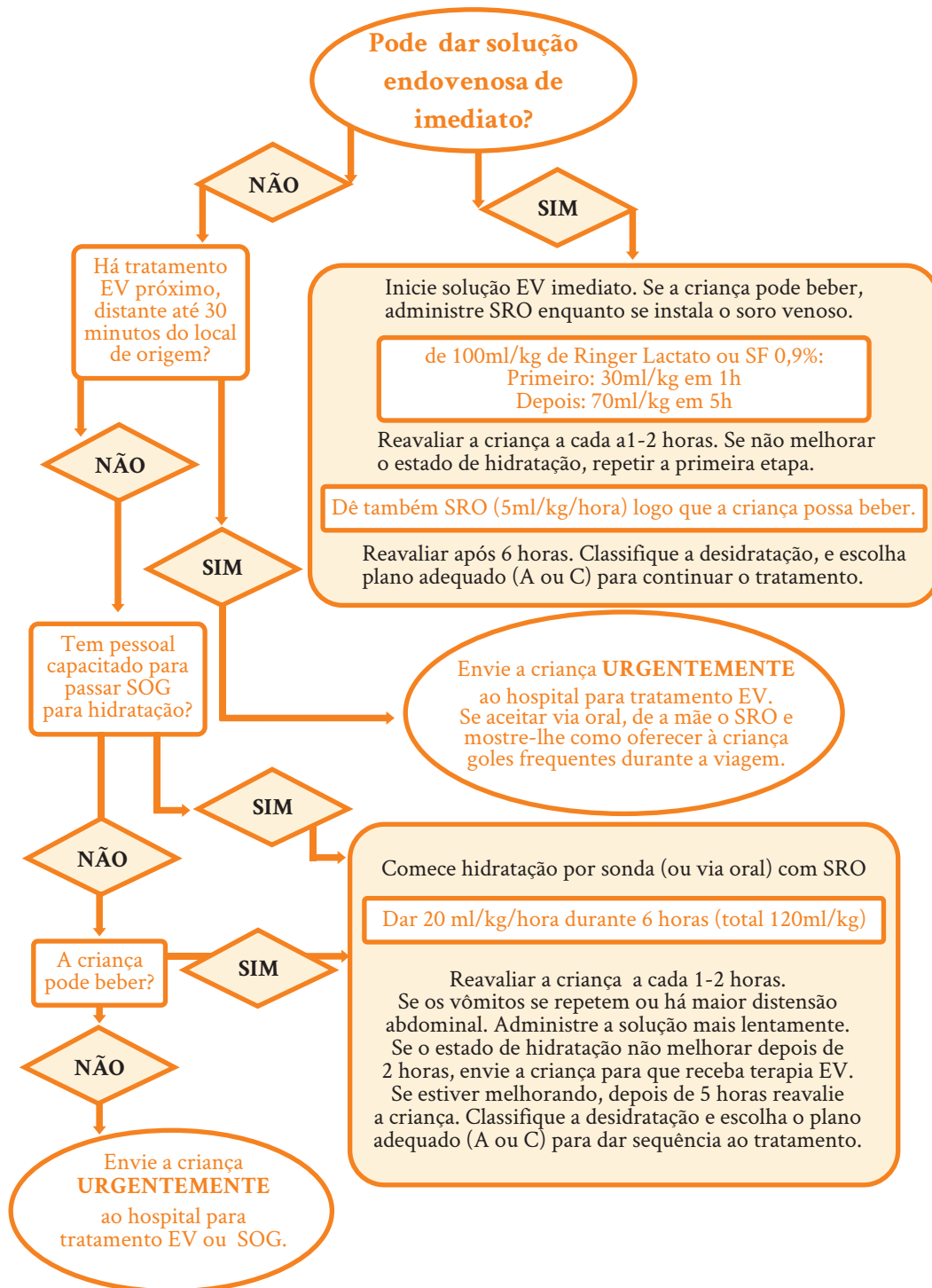
2. Continuar alimentando a criança.

3. Retornar

- Imediatamente, se a criança apresentar sinais de perigo (Quadro 8)
- Em dois dias para reavaliação

Fonte: BRASIL (2014).

Algoritmo 2– Plano C desidratação AIDPI neonatal



Fonte: BRASIL (2014, p. 180).

NOTA: Toda criança menor que dois meses, classificada como desidratação, deve ser referida para um hospital ou ficar em observação por, no mínimo, seis horas após a reidratação, para se ter a segurança de que a mãe/cuidador possa manter a hidratação em casa pela oferta de SRO.

Quadro 14: Antibióticos, doses, vias de administração, apresentações, frequência e doses para crianças de 2 a 5 kg (menores 2 meses AIDPI neonatal)

Penicilina G Cristalina Dose: 100.000 UI/kg/dia EV ou IM				
Para um frasco de 5.000.000 UI adicionar 8 mL de água destilada = 10 mL, logo 1mL = 500.000 UI				
Peso	Dose (mL)			Frequência
	a	b	c	
2,0	0,2	0,13	0,1	a. <1 semana a cada 12 horas. b. 1 – 3 semanas a cada 8 horas. c. >3 semanas a cada 6 horas.
2,5	0,25	0,16	0,12	
3,0	0,3	0,2	0,15	
3,5	0,35	0,23	0,17	
4,0	0,4	0,26	0,2	
4,5	0,45	0,3	0,22	
5,0	0,5	0,33	0,25	
Ou Ampicilina Dose: 100 mg/kg/dia EV ou IM				
Para um frasco de 500 mg, adicionar 5 mL de água destilada = 5 mL, logo 1mL = 100 mg			Para um frasco de 1 g, adicionar 10 mL de água destilada = 10 mL, logo 1 mL = 100 mg	
Peso	Dose (mL)			Frequência
	a	b	c	
2,0	1,0	0,7	0,5	a. <1 semana a cada 12 horas. b. 1 – 3 semanas a cada 8 horas. c. >3 semanas a cada 6 horas.
2,5	1,25	0,85	0,6	
3,0	1,5	1,0	0,75	
3,5	1,75	1,2	0,9	
4,0	2,0	1,4	1,0	
4,5	2,25	1,5	1,1	
5,0	2,5	1,6	1,25	

continua

ou Penicilina G Procaína Dose: 50.000 UI/kg/dia IM			
Para um frasco de 400.000 UI*, adicionar 2 mL de água destilada = 2 mL, logo 1 mL contém 200.000 UI de Penicilinasendo: 50.000 UI de Penicilina Cristalina e 150.000 UI de Penicilina Procaina.			
Peso	Dose (mL)	Frequência	
2,0	0,5	A cada 24 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		
Associado à Gentamicina Dose: 4 mg/kg/dia IM			
Para uma ampola de 80 mg (2 mL) adicionar 2 mL de água destilada = 4 mL, logo 1 mL = 20 mg		Para uma ampola de 40 mg (1 mL) Adicionar 1 mL de água destilada = 2 mL, logo 1 mL = 20 mg	
Peso	Dose (mL)	Frequência	
2,0	0,4	<37 semanas a cada 36 horas	
2,5	0,5		
3,0	0,6		
3,5	0,7	>37 semanas a cada 24 horas	
4,0	0,8		
4,5	0,9		
5,0	1,0		
ou à Amicacina Dose: 15 mg/kg/dia IM			
Para uma ampola de 100 mg (2 mL) 1 mL = 50 mg		Para uma ampola de 500 mg (2 mL) 1mL = 250 mg	
Peso	Dose (mL)		Frequência
	50 mg/mL	250 mg/mL	
2,0	0,6	0,12	<7 semanas a cada 36 horas
2,5	0,7	0,15	
3,0	0,9	0,18	
3,5	1,0	0,21	>37 semanas a cada 24 horas
4,0	1,2	0,24	
4,5	1,35	0,27	
5,0	1,5	0,30	

Quadro 15: Como prevenir hipoglicemia segundo AIDPI neonatal

Hipoglicemia
<p>Se a criança não consegue sugar o peito vigorosamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe dar o peito com uma frequência maior. <p>Se a criança não consegue sugar o peito, mas pode deglutir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar leite materno ordenhado ou outro leite. • Se não for possível, dar à criança de 30 a 50 mL de água com açúcar antes de ser transferida. Para preparar a água com açúcar, dissolver quatro colheres de chá de açúcar (20 g) em um copo com 200 mL de água. <p>Se a criança não consegue deglutir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar 50 mL de leite ou água com açúcar por sonda orogástrica. • Se for possível, administrar solução endovenosa com soro glicosado a 10% (80 – 100 mL/kg/dia).

Fonte: BRASIL (2014).

Quadro 16 – Dose de acetaminofen (paracetamol), apresentação, frequência e dose para crianças de 2 a 7 kg

Acetaminofen: Dose: 12 mg/Kg/dose				
Peso	Dose (mL)			Frequência
	100 mg/mL	200 mg/mL	300 mg/mL	
2,0	4	2	1	A cada 8 horas
3,0	6	3	2	A cada 6 horas
4,0	8	4	3	
5,0	12	6	4	
6,0	14	7	5	
7,0	16	8	6	

Fonte: BRASIL (2014).

Quadro 17: Antibiótico e antifúngico oral segundo AIDPI neonatal

Cefalexina			Nistatina		
Dose: 50 mg/kg/dia. Via oral Apresentação: 250 mg/5 mL (1mL = 50 mg)			Dose: 100.000 UI/mL de 6/6 horas Apresentação: 100.000 UI/mL (1mL = 100.000 UI)		
Peso (Kg)	Dose (mL)	Frequência	Peso (Kg)	Dose (mL)	Frequência
2,0	0,5	A cada 6 horas	2,0	1,0	A cada 6 horas
2,5	0,6		3,0	1,0	
3,0	0,7		4,0	1,0	
3,5	0,9		5,0	1,0	
4,0	1,0		6,0	1,0	
4,5	1,1		7,0	1,0	
5,0	1,2		8,0	1,0	

Fonte: BRASIL (2014).

Para avaliar a percepção das mães quanto a sua confiança em prover o cuidado ao filho prematuro em casa, o enfermeiro pode utilizar-se da Escala de avaliação da autoeficácia, apresentada na sequência, autorizada pelas autoras para constar deste protocolo. Tal escala tem uma pontuação mínima de 36 pontos e máxima de 252 pontos; quanto maior for a pontuação, maior será a autoconfiança materna para o cuidado. Portanto, o enfermeiro deverá propor intervenções quando os escores forem baixos. Sempre que o enfermeiro, durante a consulta, perceber que a mãe não demonstra confiança no cuidado, sugere-se aplicar a escala de avaliação da autoeficácia a seguir, cujo resultado orientará as ações para promoção de confiança materna no cuidado ao bebê prematuro.

INSTRUMENTO PRETERM PARENTING & SELF-EFFICACY CHECKLIST – VERSÃO BRASILEIRA.

© Pennell C, Whittingham K, Boyd R, Sanders M, Colditz P. Prematurity and parental self-efficacy: The Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. Elsevier: Infant Behav Dev. 2012; 35(4):678–88. *Adaptação para língua portuguesa brasileira por Mendes CQS, Balieiro MMFG, Mandetta MA, Tsunemi MH. Cross-cultural adaptation of the Preterm Parenting & Self-efficacy Checklist. Rev Bras Enfer. 2019;72. (Prelo)*

Este questionário tem como objetivo coletar informações sobre como você se sentiu realizando tarefas específicas como novo (a) pai/mãe. Por favor, reserve um tempo para lembrar como foi para você quando trouxe seu bebê pela primeira vez para casa. Por gentileza, leia e responda às perguntas com atenção.

Pais e mães de bebês prematuros: por favor, respondam às perguntas com base no seu último bebê prematuro.

Pais e mães de bebês nascidos em tempo certo: por favor, respondam às perguntas com base no seu último bebê nascido em tempo certo.

Selecione um número de 1 a 5, indicando o que melhor exprime a sua experiência como pai/mãe/responsável de recém-nascido prematuro.

1. O quanto você se sentiu confiante ao dar o banho no seu bebê?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

2. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

3. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao dar o banho no seu bebê?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

4. O quanto você se sentiu confiante para acalmar o seu bebê?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

5. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

6. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em acalmar o seu bebê?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)

3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

7. O quanto você se sentiu confiante em alimentar o seu bebê?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

8. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

9. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao alimentar o seu bebê?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

10. O quanto você se sentiu confiante ao cuidar da saúde e das necessidades médicas do seu bebê (p.ex., dar medicamentos, comparecer às consultas médicas)?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

11. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante

2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

12. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao cuidar da saúde e das necessidades médicas do seu bebê (p.ex., dar medicamentos, comparecer às consultas médicas)?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

13. O quanto você se sentiu confiante em empregar métodos seguros para colocar o bebê para dormir (prevenindo morte súbita do lactente)?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

14. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

15. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em empregar métodos seguros para colocar o bebê para dormir (prevenindo morte súbita do lactente)?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

16. O quanto você se sentiu confiante ao trocar a fralda do seu bebê?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

17. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

18. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao trocar a fralda do seu bebê?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

19. O quanto você se sentiu confiante em ser capaz de aplicar técnicas de ressuscitação em seu bebê?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

20. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

21. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em ser capaz de aplicar técnicas de ressuscitação em seu bebê? (Se aplicável)

1. Nada bem-sucedido(a)
 2. Raramente bem-sucedido(a)
 3. Às vezes bem-sucedido(a)
 4. Na média
 5. Um pouco bem-sucedido(a)
 6. Bem-sucedido(a)
 7. Muito bem-sucedido(a)
- Não aplicável

22. O quanto você se sentiu confiante em seu conhecimento sobre questões relacionadas à segurança do bebê (viagem, posicionamento, etc...)?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

23. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

24. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao usar métodos de segurança para o bebê?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

25. O quanto você se sentiu confiante ao lidar com a agitação e o choro do seu bebê?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

26. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

27. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao lidar com a agitação e o choro do seu bebê?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

28. O quanto você se sentiu confiante em entender os sinais do seu bebê?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

29. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

30. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em entender os sinais do seu bebê?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

31. O quanto você se sentiu confiante em continuar cuidando de seus outros filhos e ajudá-los a se ajustar ao novo bebê e às necessidades dele? (Se aplicável)

1. Nada confiante
 2. Não confiante
 3. Não muito confiante
 4. Inseguro
 5. Um pouco confiante
 6. Confiante
 7. Muito confiante
- Não aplicável

32. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê? (Se aplicável)

1. Nada importante
 2. Não importante
 3. Não muito importante
 4. Inseguro
 5. Um pouco importante
 6. Importante
 7. Muito importante
- Não aplicável

33. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em continuar cuidando de seus outros filhos e ajudá-los a se ajustar ao novo bebê e às necessidades dele? (Se aplicável)

1. Nada bem-sucedido(a)
 2. Raramente bem-sucedido(a)
 3. Às vezes bem-sucedido(a)
 4. Na média
 5. Um pouco bem-sucedido(a)
 6. Bem-sucedido(a)
 7. Muito bem-sucedido(a)
- Não aplicável

34. O quanto você se sentiu confiante em ser capaz de cuidar do seu bebê junto com o(a) seu (sua) companheiro(a)? (Se aplicável)

1. Nada confiante
 2. Não confiante
 3. Não muito confiante
 4. Inseguro
 5. Um pouco confiante
 6. Confiante
 7. Muito confiante
- Não aplicável

35. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê? (Se aplicável)

1. Nada importante
 2. Não importante
 3. Não muito importante
 4. Inseguro
 5. Um pouco importante
 6. Importante
 7. Muito importante
- Não aplicável

36. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em ser capaz de cuidar do seu bebê junto com o(a) seu(sua) companheiro(a)? (Se aplicável)

1. Nada bem-sucedido(a)
 2. Raramente bem-sucedido(a)
 3. Às vezes bem-sucedido(a)
 4. Na média
 5. Um pouco bem-sucedido(a)
 6. Bem-sucedido(a)
 7. Muito bem-sucedido(a)
- Não aplicável

Avaliar a autoconfiança materna para o cuidado contribuirá para promover o crescimento e desenvolvimento mais adequado do RNPT. Visto que, a menor autoeficácia materna para o cuidado pode comprometer esse processo. Salienta-se que o RNPT tem diferente recuperação de seu crescimento quando comparado ao RN nascido a termo. A aceleração da velocidade de crescimento (*catch up*) ocorre nos primeiros meses de Idade Corrigida (IC). Primeiramente ocorre rápido aumento do Perímetro Cefálico entre 6 e 12 meses de IC, seguido de aceleração no comprimento e peso ao longo do primeiro ano de vida.

No entanto, somente entre os 2 e 3 anos de idade que o RNPT alcançará a equivalência ao RN a termo, da normalidade nas curvas de crescimento, do comprimento e do peso, respectivamente. Há que se atentar para aqueles nascidos com peso abaixo de 1.000 gramas, pois esses podem alcançar as curvas de crescimentos dentro da normalidade mais tardiamente. Ainda, os prematuros PIG apresentarão peso e altura baixas para a idade até os 4 anos, em comparação àqueles que não tiveram restrição de crescimento intraútero, condição que ainda os predispõe à obesidade na adolescência.

Para promover o crescimento adequado dos RNPT, a SBP (2012) orienta como atender as necessidades básicas no primeiro ano de vida, descritas no Quadro 18:

Quadro 18: Necessidades básicas ao longo do primeiro ano de vida do prematuro

Oferta	Quantidade
Hídrica	150-200 mL/kg/dia
Calórica	120- 130 cal/kg/dia
Proteica	2,5-3,5 g/kg/dia
Lipídica	6,0-8,0 g/kg/dia
Carboidratos	10-14 g/kg/dia

Fonte: SBP (2012).

A manutenção do aleitamento materno exclusivo é essencial para o melhor desenvolvimento do RNPT, pois favorece o ganho harmônico de peso, é fator protetor para o não desenvolvimento da síndrome *like* na infância e metabólica mais tardiamente. Contudo, caso haja necessidade de complementar com fórmulas adequadas ao prematuro, a oferta inicial de 200 mL/kg/dia no primeiro semestre é suficiente para o aporte calórico e proteico indicado.

Para as crianças prematuras com Displasia Broncopulmonar (DBP) a SBP (2012) orienta que devem ser administradas fórmulas com maior concentração de proteína, minerais e oligoelementos, associado de LC-PUFAS (*Long chain polyunsaturated fatty acids*), pelo menos até 52 semanas de idade corrigida, uma vez que essa patologia exige restrição hídrica. Assim, o preparo indicado é:

Uma medida do pó em 25 mL de água fervida, ao invés dos 30 mL recomendados pelo fabricante = densidade calórica 20% maior e com volume 150 mL/kg/dia para oferta calórica de 120 Kcal/kg/dia.

O início da alimentação complementar de RNPT deve considerar sua idade corrigida para se ter maturidade neurológica e prontidão do sistema estomatognático. Portanto, para os RNPT em aleitamento materno exclusivo, a alimentação complementar deve ser iniciada aos 6 meses de idade corrigida, para aqueles em aleitamento artificial, este início pode ser com 3 meses de idade corrigida.

O RNPT deve, até os 3 anos de idade corrigida, alcançar sua total velocidade de crescimento (*catch up*), ou seja, estar na curva de referência entre escores Z -2 a +2 como descrito do Quadro 19, a seguir.

Quadro 19 – Medidas do Recém-nascido, de acordo com a idade corrigida para alcançar os valores de referência da idade cronológica (estar na curva de referência entre escores Z -2 a +2)

Medidas	Idade corrigida
Perímetro cefálico	entre 6 e 12 meses
Estatura	Em torno 2 anos
Peso	Próximo aos 3 anos

Fonte: SBP (2012).

A alteração no crescimento é evidenciada quando a curva de crescimento por pelo menos duas avaliações consecutivas não se aproxima dos escores mínimos da normalidade (permanece abaixo do escore -2), apresentando achatamento ou padrão descendente; requerem investigação. Constituem-se em grupos de maior risco para falha, os nascidos com peso < 850 g e IG < 28 semanas, bem como os portadores de displasia broncopulmonar e os nascidos PIG.

Deve-se estar atento também para os nascidos prematuros que apresentam maior *catch-up* nos primeiros anos de vida, principalmente em relação ao peso, ultrapassando o escore Z estabelecido para o perímetro cefálico e o comprimento, uma vez que essas crianças terão maior risco de desenvolver hipertensão arterial, diabetes tipo II e doença cardiovascular na adolescência ou adulto jovem. Devendo-se, portanto, atentar para essa aceleração nas curvas de crescimento e mensurar a pressão arterial (a partir de um ano de idade corrigida) e fazer o controle de glicemia, colesterol e triglicérides anualmente para propor precocemente intervenções dietéticas nos casos de desvios nutricionais.

No quadro 20, a seguir, apresentam-se os sinais de alerta para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor das crianças com demandas diferenciadas de cuidado.

Quadro 20 - Sinais de alerta para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor

Período	Sinais de alerta
1º trimestre	Pouco interesse aos estímulos visuais e auditivos; Mãos cerradas com polegar incluso; Hipertonia ou hipotonia de MMSS e/ou MMII; Reflexos exacerbados ou ausentes ou assimétricos.
2º trimestre	Controle ineficaz de cabeça; Ausência de fixação ocular; Assimetria corporal; presença de reflexos primitivos; Hipertonia de MMII e MMSS; hiperextensão de cabeça e tronco; Comprometimento no rolar; pouca interação com o meio social; Pouca movimentação espontânea; dificuldade na exploração do ambiente e do próprio corpo; Ausência de balbucio; Pouca interação com o meio social.

Período	Sinais de alerta
3º trimestre	Dificuldade de equilíbrio do tronco sentado; Persistência dos reflexos primitivos; Marcha em tesoura; Pouca movimentação espontânea; Alterações de tônus musculares MMSS e MMII; Aos 9 meses: PC anormal está associado a pior prognóstico de desenvolvimento.
4º trimestre	Dificuldade para engatinhar e/ou se deslocar em busca de um objeto; pobre exploração do ambiente; Dificuldade de sustentação de peso nos MMII na postura em pé; marcha em tesoura; Sinais de alteração do tônus muscular (hipotonia, hipertonia, distonia); Ausência da linguagem monossilábica; Melhor definição das alterações dos trimestres anteriores.
2 anos	Atraso na aquisição da marcha e da fala.
3 anos	Transtornos da comunicação e da conduta; Hiperatividade.
5 anos	Dificuldade na comunicação e atenção; Dificuldade no equilíbrio.
7 anos	Dificuldade na percepção do esquema corporal, coordenação, atenção e aprendizagem; Problemas comportamentais.

Fonte: SBP (2012).

Durante a consulta de seguimento atentar para os seguintes SINAIS DE ALERTA (SBP, 2012):

- Ganho ponderal insuficiente ou perda > que 10% após a alta, na primeira semana de vida;
- Aumento do PC proporcionalmente menor que o peso e comprimento;
- RNPT que não apresentam “catch-up” expressivo ao fim do 1º ano;
- Aumento do PC > 1,75 cm por semana:
 - Mudança de coloração da pele;
 - Pausas respiratórias;
 - Desconforto respiratório;
 - Hipoatividade e/ou irritação intensa;
 - Regurgitação frequente/vômitos;
 - Diminuição ou recusa da dieta.

A paralisia cerebral é considerada marcador de desfechos neurológicos gerais em associação com prematuridade, afetando cerca da metade das crianças com alterações neurológicas. Seguido da leucomalácia periventricular e hidrocefalia. Ainda, as crianças nascidas prematuras

podem sofrer déficits motores, comportamentais e prejuízos no desempenho escolar, bem como distúrbios de ajustes sociais na idade escolar.

Dessa forma, o seguimento do RNPT ao longo dos primeiros cinco anos de vida se faz essencial para promover todo seu potencial de crescimento e desenvolvimento e reduzir ou amenizar as possíveis sequelas advindas da prematuridade.

Avaliação da criança com problemas respiratórios

As doenças respiratórias são um dos principais problemas de saúde pública entre os menores de cinco anos. Podem se iniciar já nos primeiros dias de vida e incluem, além de infecções, doenças alérgicas como a asma. Em média, as crianças menores de cinco anos têm de quatro a oito Infecções Respiratórias Agudas (IRA) por ano, podendo chegar a dez episódios naquelas que permanecem em instituições de cuidado, como os centros de educação infantil (BRASIL, 2017).

O que mais deve nos preocupar na avaliação da criança com problemas respiratórios são as pneumonias, devido a sua letalidade, pois 80% das mortes por IRA têm como causa a pneumonia. Em nossa realidade, a pneumonia geralmente é causada por bactérias, sendo mais comuns o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) e o *Haemophilus influenzae*. Entretanto, em países que introduziram no calendário básico de imunização as vacinas Hib e Pneumocócica, como o Brasil, ocorrem em menor frequência (BRASIL, 2017).

A maioria das crianças doentes que vão para os serviços de saúde, apresenta infecções respiratórias sem gravidade. Contudo, se não forem tratadas a tempo, podem evoluir para infecções mais graves, como pneumonia e septicemia. Desse modo, é essencial distinguir, entre as crianças com IRA, aquelas que têm alta probabilidade de ter pneumonia, e classificar a gravidade da doença, a fim de definir o uso de antibióticos e a necessidade de hospitalização.

Os sinais que devem ser pesquisados imediatamente são tosse ou dificuldade para respirar, que quase sempre estão presentes diante da suspeita de pneumonia. Deve-se avaliar conferindo: há quanto tempo a criança está com tosse ou dificuldade para respirar; se a criança apresenta sibilância; se tem respiração rápida, tiragem subcostal e estridor. As condutas a serem tomadas estão retratadas no quadro 21, a seguir.

Quadro 21 - Procedimentos para tosse ou a dificuldade para respirar

Avaliar	Classificar	Tratar
Um dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none"> • Qualquer sinal geral de perigo: a criança não consegue beber nem mamar no peito; vomita tudo o que ingere; teve convulsões ou movimentos anormais (< 72h); está letárgica ou inconsciente; apresenta tempo de enchimento capilar (TEC) > 2 seg.; apresenta batimento de asa do nariz e/ou gemência; • Tiragem subcostal; • Estridor em repouso. 	Pneumonia grave ou doença muito grave	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado (AIDPI); • Tratar a criança para evitar hipoglicemia; • Referir urgentemente ao hospital; • Oxigênio, se disponível.
Respiração rápida	Pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> • Dar um antibiótico recomendado durante sete dias. • Aliviar a tosse com medidas caseiras. • Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente • Marcar o retorno em dois dias.
Nenhum dos sinais acima	Não é Pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> • Aliviar a tosse com medidas caseiras • Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente • Seguimento em cinco dias, se não melhorar • Se tosse há mais de 14 dias, realizar investigação
Obs: se tiver sibilância, classificar e tratar antes a sibilância. Em seguida, voltar para classificar a tosse ou dificuldade para respirar, exceto em caso de sibilância grave ou doença muito grave.		

Fonte: BRASIL (2017).

Na presença de sibilância, o Quadro 22 a seguir demonstra a avaliação e o tratamento indicado.

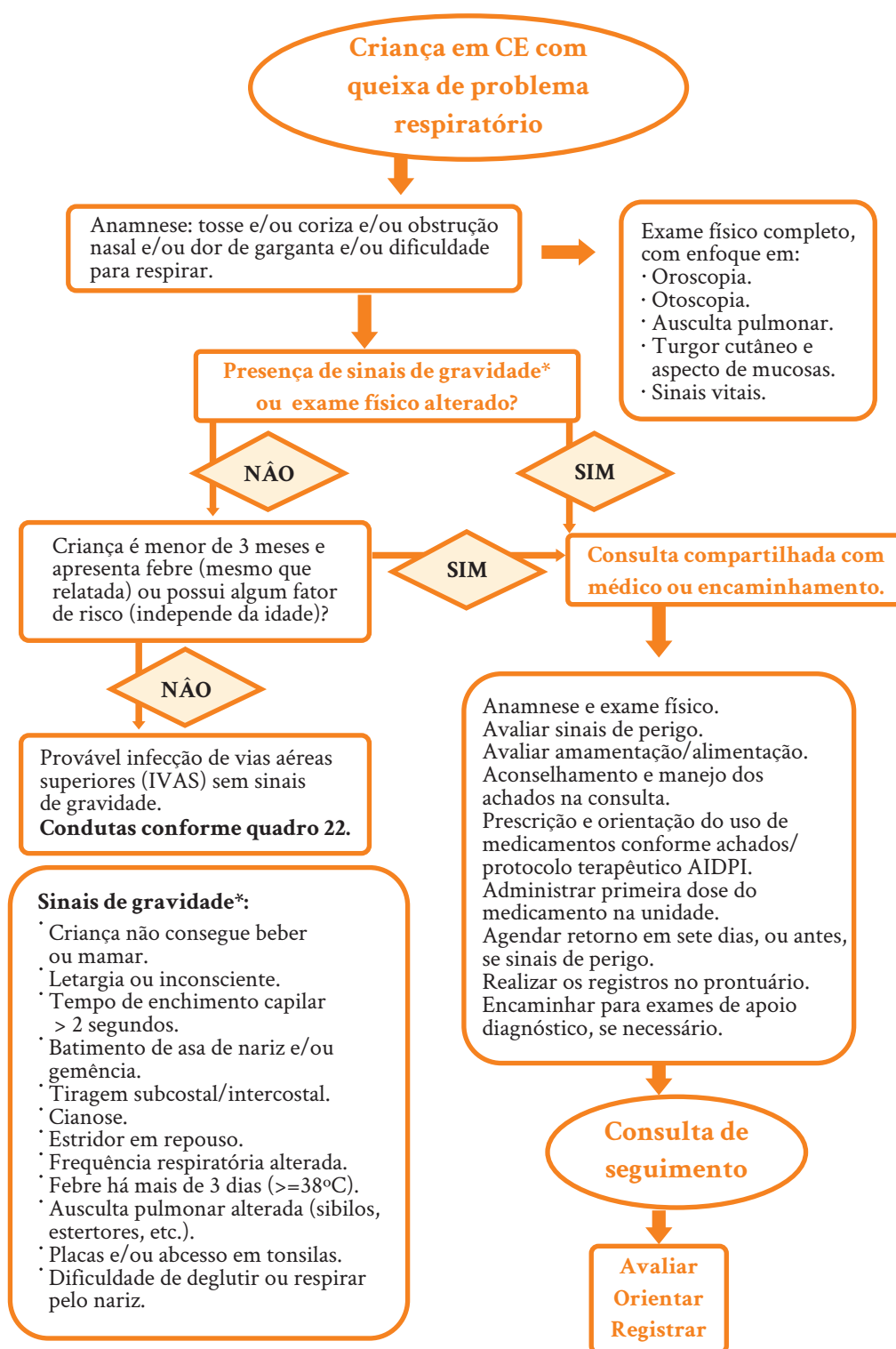
Quadro 22 - Avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade com sibilância

Avaliar	Classificar	Tratar
<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letargia ou sempre agitada. <p>Estridor em repouso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fala frases incompletas (palavras isoladas); no lactente: choro curto ou não consegue chorar. • Tiragem subcostal. • Saturação de O₂ ≤ 90% em ar ambiente (se disponível). 	<p>Sibilância grave ou doença muito grave.</p>	<p>Referir imediatamente</p> <p>Tratamento prévio ao encaminhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigênio. • Beta-2 agonista por via inalatória. • Primeira dose do corticoide. • Primeira dose do antibiótico.
<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nível de consciência normal com períodos de agitação. • Fala entrecortada ou choro entrecortado. • Tiragem subcostal. • Respiração rápida. • Saturação de O₂ de 91 a < 95% em ar ambiente. 	<p>Sibilância moderada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar beta-2 por via inalatória (até 3x, a cada 20 minutos). • Administrar corticoide oral. <p>Se não melhorar: referir, após dar a primeira dose do antibiótico injetável e O₂, se possível.</p> <p>Se melhorar: avaliar e classificar a tosse e dificuldade para respirar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento domiciliar com beta-2 por via inalatória (cinco dias). • Corticoide por via oral (três dias). • Dar orientações à mãe para o controle da asma e quando retornar imediatamente. • Marcar o retorno em dois dias.
<ul style="list-style-type: none"> • Não há sinais suficientes para classificar como sibilância grave ou moderada. • Saturação de O₂ ≥ 95% em ar ambiente. 	<p>Sibilância leve.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento domiciliar com beta-2 agonista por via inalatória (cinco dias). • Se estiver em uso de beta-2 há 24 horas ou mais: prescrever corticoide por via oral (três dias). • Dar orientações à mãe para o controle da asma e quando retornar imediatamente. • Seguimento em dois dias, se não melhorar ou se estiver usando corticoide.

Fonte: BRASIL (2017).

A seguir, apresenta-se o Algoritmo 3 para manejo de possível infecção respiratória.

Algoritmo 3 – Manejo de possível infecção respiratória



Fonte: Elaborado pelas autoras.

O manejo das infecções de vias aéreas requer algumas orientações e quando não grave, condutas para alívio dos sintomas, conforme Quadro 23, a seguir.

Quadro 23: Manejo de infecção de vias aéreas na atenção primária pelo enfermeiro

Cuidados de Enfermagem	Conduta farmacológica
<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar ingestão de água e outros líquidos (sucos e sopas; criança em aleitamento materno, aumentar o número e intensidade das mamadas); - Vaporização em domicílio (vapor d'água do chuveiro, inalador, etc.); - Remover umidade/mofo/bolor da casa; - Manter a casa ventilada; - Estimular a lavagem frequente das mãos da criança; - Não fumar na presença da criança; - Orientar sinais de gravidade* e procurar a unidade de saúde ou emergência imediatamente; - Promover higiene nasal com SF a 0,9%; - Evitar aglomerações (avaliar exposição em escolas, creches, centros de educação infantil). 	<p>Paracetamol 200 mg/mL (gotas). Posologia: 1 gota/kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre.</p> <p>OU</p> <p>Dipirona 500 mg/mL (gotas). Posologia: 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre. SF a 0,9% para instilar nas narinas (1mL em cada narina).</p>

Fonte: Florianópolis (2018).

Apresenta-se o Quadro 24, a seguir, com parâmetros normais para a frequência respiratória, conforme idade.

Quadro 24 – Valores normais para frequência respiratória conforme idade

Idade	Frequência respiratória normal
De 0 a 2 meses	Até 60mrm*
De 2 a 11 meses	Até 50mrm
De 12 meses a 5 anos	Até 40mrm
Fonte: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2007).	
Idade	Definição de respiração rápida
2 meses a menor de 12 meses	50 ou mais por minuto
1 ano a menor de 5 anos	40 ou mais por minuto
<i>Fonte: Brasil (2017).</i>	

Legenda:

* mrm = movimentos respiratórios por minuto.

3.1 DOR DE OUVIDO (OTALGIA)

Possui inúmeras etiologias, por exemplo: cera de ouvido impactada, inflamações e suas complicações. A desordem é maior quando a otalgia é secundária, ou seja, quando a fonte de dor está localizada em outra região do corpo como, por exemplo, a orofaringe. Casos como esse devem ser percebidos como sinal de alerta, pois pode ser causada pela disseminação da doença primária na parafaringe (BANDUROVÁ; PLZÁK; BOUCEK, 2019).

3.1.1 Otite média aguda (OMA) -

É a inflamação com coleção de líquido na orelha média, que leva à infecção bacteriana. Resultado geralmente atribuído a complicações de gripe ou resfriado, associadas às alterações imunológicas provocadas por vírus, que antecedem à obstrução da tuba auditiva (OLIVEIRA, 2019). “A contaminação do ouvido médio pode ocorrer por refluxo, aspiração durante o choro, espirro, assoar o nariz e deglutição quando o nariz está obstruído” (CONLON, 2018, p. 645).

A OMA é a principal causa de uso de antimicrobianos em crianças, sendo que os casos com crianças menores de seis meses ou associado à presença de otorréia ou febre acima de 39°C são considerados graves (OLIVEIRA, 2019).

População - bebês e crianças até 4 anos de idade.

Sinais clínicos - À otoscopia, observa-se abaulamento do tímpano, hiperemia, secreção na orelha média associada à otalgia ou febre, coriza, obstrução nasal ou tosse. Em lactentes, os sintomas são mais inespecíficos: letargia, irritabilidade, choro inconsolável, dificuldade de mamar ou dormir e febre ($T \uparrow 39^\circ\text{C}$ = otite média grave). Crianças maiores podem relatar perda auditiva, sensação de peso ou pressão no ouvido (“ouvido tampado ou cheio”). A presença de dor à compressão do tragus é incomum na otite média (OLIVEIRA, 2019).

3.1.2 Otite média com efusão -

Efusão serosa ou otite serosa na orelha média, afebril e indolor. Em 40% dos casos os sintomas podem persistir por até 30 dias e em 20% dos casos por até dois meses, porém, ao persistir por mais de 30 dias, considera-se crônica (OLIVEIRA, 2019).

Sinais clínicos - afebril e indolor, tímpano retraído, audição reduzida podendo prejudicar o desenvolvimento da linguagem oral, queixa de sensação de peso no ouvido, ouvido cheio, ouvido entupido, zumbidos (OLIVEIRA, 2019).

3.1.3 Otite externa -

Infecção do conduto auditivo externo e da região auricular, comumente causada por fungos ou bactérias. É geralmente associada à natação, dermatite seborreica/eczematosa ou à manipulação do conduto auditivo com objetos diversos (OLIVEIRA, 2019).

Sinais clínicos - Dor espontânea ou à manipulação da orelha pela mastigação ou compressão do tragus, que pode ser intensa. Não há otorréia, exceto se associada à otite média supurada, afebril. Edema importante do conduto ou descamação. Nas formas crônicas há prurido e manipulação repetida da orelha (OLIVEIRA, 2019).

Quadro 25 - Processo de Enfermagem na avaliação da otite

Anamnese	Exame físico
<ul style="list-style-type: none"> • Dor de ouvido, otorréia, perda auditiva, uni ou bilateral. • Observe a postura, posição e tipos de movimento corporal, pois a criança com problema auditivo pode inclinar de modo característico, a cabeça para ouvir melhor. • Sintomas gerais (febre, irritabilidade, agitação noturna, dor abdominal, vômitos, diarreia, diminuição na ingestão de líquidos e alimentos, sonolência). • Sintomas de uma infecção respiratória superior (tosse, coriza, dor de garganta). • Gravidade, duração e evolução dos sintomas. • Episódios anteriores de OMA nos últimos 12 meses. • Presença de tubo de ventilação na membrana do tímpano. 	<p>Examinar obrigatoriamente ambos os tímpanos (remover, se necessário, o cerume ou detritos; não fazer lavagem do canal auditivo) e inspecionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspecto da membrana timpânica: cor, injeção vascular e grau de transparência; • Posição do tímpano: normal, abaulamento ou retraído; • Presença de otorréia, perfuração da membrana timpânica, tubo de ventilação; • Em crianças aparentemente doentes ou em risco de complicações, observe evidência de mastoidite (borda da orelha mais afastada da cabeça, intumescimento da região, dor à pressão na região do mastoide) ou meningite (rigidez de nuca, diminuição do nível de consciência).
<p>Fatores de risco para complicações: idade inferior a seis meses, anormalidades anatômicas na área de otorrinolaringologia, como a síndrome de Down ou fenda palatina, operações de ouvido na história prévia, e sistema imunológico comprometido.</p>	
<p>Diagnósticos de enfermagem – CIPE</p> <p>a. Dor Definição operacional: Percepção: aumento de sensação desagradável no corpo, relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento auto protetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo de percepção, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação, e perda de apetite.</p> <p>b. Infecção Definição operacional: Processo Patológico: Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antígeno-anticorpo.</p>	

continua

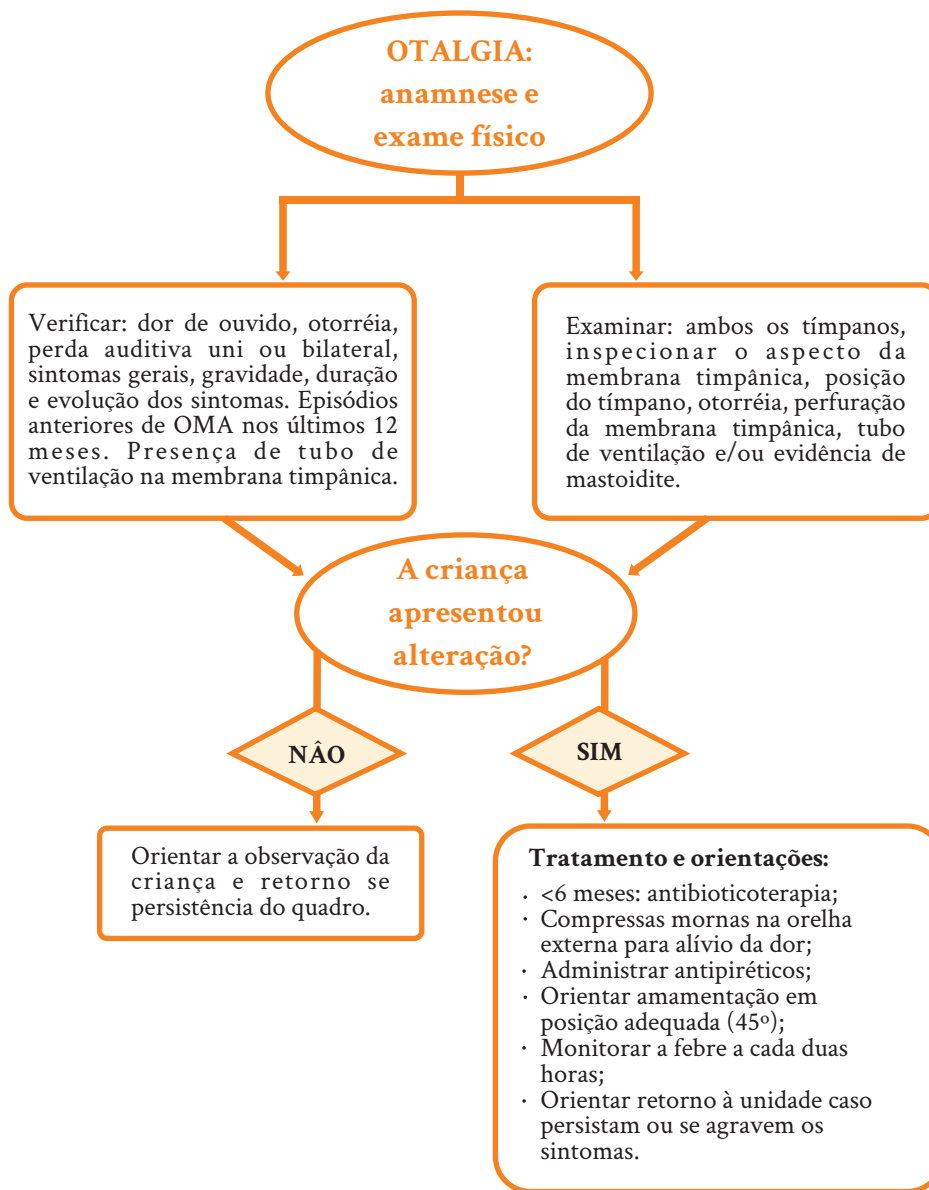
Anamnese	Exame físico
<p>c. Termorregulação prejudicada</p> <p>Definição operacional: elevação anormal da temperatura corporal, alteração no ponto de controle do termostato interno, associada a aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso cheio ou pulso fraco, inquietação, cefaleia ou confusão; a elevação brusca da febre é acompanhada de calafrios, tremores, sensação de frio, pele seca e pálida; a termorregulação é acompanhada de pele ruborizada, quente e sudorese.</p>	
<p>Prescrições de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aliviar a dor conforme prescrição de analgésicos e aplicação de compressas mornas ou frias no pavilhão auricular externa; • Avaliar frequência, intensidade e localização da dor; • Orientar sobre regime terapêutico; • Facilitar a drenagem de secreção; • Trocar as gazes frequentemente caso exsudato abundante e aplicar produtos à base de vaselina para prevenir umidade local; • Manter o conduto auditivo limpo e seco; • Segurar a criança na vertical durante a alimentação; • Estimular aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade; • Incentivar o contato físico durante a alimentação com mamadeira desestimulando o apoio das mamadeiras - evitar acúmulo de leite na cavidade oral na posição supina; • Manter ambiente ventilado/arejado para reduzir a temperatura do ambiente; • Vestir roupas leves e expor a pele ao ar; • Aplicar compressas úmidas e geladas nas áreas de grande circulação sanguínea (p.ex axilar; femoral; cervical) por 20 minutos; • Monitorar a febre de 2/2h. Se febre após 30 minutos da compressa gelada ou do antipirético, monitorar a temperatura corporal; • Mediar conforme prescrição médica; • Manter as vacinações atualizadas; • Observar sinais de: apatia, fraqueza, fadiga e tremor. 	

Fonte: Elaborado pelas autoras com base em Cipe (2016); Garcia (2018); Conlon (2018); Merck; Mcelfresh (2018).

Tratamento

- Lactentes menores de seis meses devem ser tratadas com antibioticoterapia devido a sistema imune imaturo e potencial para infecção bacteriana.
- Administrar antipiréticos (acetaminofeno e os medicamentos anti-inflamatórios não esteroides - AINE).

Algoritmo 4- Atendimento à criança com Otolgia



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Avaliação da criança com problemas de nutrição ou de alimentação

O perfil de saúde e o estado nutricional, em especial entre as crianças menores de 2 anos de idade, estão intimamente ligados ao consumo alimentar. Práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida estão relacionadas à morbidade de crianças, caracterizada por doenças infecciosas, afecções respiratórias, cárie dental, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes como as de ferro, zinco e vitamina A. No Brasil, 50% das crianças menores de dois anos apresentam anemia por deficiência de ferro, e 20% têm hipovitaminose A. A articulação das ações de promoção do aleitamento materno, com aquelas da promoção da alimentação complementar saudável, pode contribuir para reverter esse cenário, diminuindo a ocorrência de mortes em crianças menores de cinco anos em todo o mundo (BRASIL, 2017).

O país está aquém das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) no tocante às práticas alimentares em menores de um ano: alta prevalência do uso de água, chás e outros leites nos primeiros meses de vida, consumo de comida salgada entre três e seis meses; consumo de bolachas/salgadinhos, refrigerantes e café entre crianças de 9 e 12 meses de vida (71,7%, 11,6% e 8,7%) demonstram que, além da introdução precoce de alimentos, observa-se consumo de alimentos não recomendados para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2009).

As crianças menores de seis meses que recebem com exclusividade o leite materno começam a desenvolver a capacidade de autocontrole da ingestão muito cedo, aprendendo a distinguir as sensações de fome, durante o jejum e de saciedade, após a alimentação. Essa capacidade permite à criança, nos primeiros anos de vida, assumir autocontrole sobre o volume de alimento que consome e os intervalos entre as refeições, segundo suas necessidades.

A seguir, no Quadro 26, são citados exemplos das diferenças entre o que se recomenda e o que é praticado pela família, configurando o que se chama problemas de alimentação.

Quadro 26- Exemplos de Problemas de Alimentação

Alimentação atual da criança	Alimentação recomendada
Uma criança de 3 meses recebe leite materno, água e chá nos intervalos.	Uma criança de 3 meses deve receber apenas leite materno, sem outro alimento ou líquido adicional.
Uma criança de 18 meses ingere refeições três vezes ao dia, não tem o hábito de beber água, mas toma refrescos adoçados e outros tipos de bebidas lácteas industrializadas e adocicadas nos intervalos.	Uma criança de 2 anos deve receber pelo menos três refeições ao dia e dois lanches nutritivos entre as refeições, tendo como base os alimentos in natura ou minimamente processados. Deve ser estimulada a beber água boa de beber nos intervalos.
Uma criança de 8 meses ainda é alimentada predominantemente com leite materno.	Uma criança de 8 meses deve receber também porções suficientes de alimento complementar nutritivo três vezes ao dia, tendo como base os alimentos in natura ou minimamente processados.
Uma criança com 4 anos leva como lanche escolar salgadinhos fritos ou industrializados e suco de caixinha ou refrigerantes.	Recomenda-se oferecer a qualquer criança lanches nutritivos e saudáveis, como frutas da estação, cereais, tubérculos, evitando alimentos ultra processados.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2017).

Muitos fatores sociais e do ambiente em volta da criança podem influenciar na sua alimentação, no seu cuidado e no resultado do seu crescimento. Por isso, é primordial determinar as causas mais importantes do problema para uma criança em particular, antes de orientar. É possível que a família não tenha comida suficiente ou que o motivo seja a ausência de um adulto responsável que cuide da criança etc. Dessa forma, nem sempre aconselhar a mãe a dar a alimentação adequada vai solucionar o problema.

Conhecer os problemas possibilita o profissional de saúde ajudar a acompanhante entender e identificar ações positivas a serem tomadas. Da mesma forma, as causas de peso elevado não estão apenas relacionadas com causas dietéticas; outros fatores dentro do ambiente familiar podem estar originando o problema. Por exemplo: uma família com muitas ocupações pode recorrer a alimentos de fácil preparo e de conteúdo energético alto.

É possível que a criança não possa brincar ao ar livre com segurança e, portanto, permaneça por muito tempo vendo televisão ou brincando com videogame ou no computador. Resolver o problema de peso elevado necessitará abordar as causas originadas no ambiente familiar, assim como as causas dietéticas imediatas. Ou seja, além de indicar as diferenças sobre as recomendações a respeito da alimentação a partir das respostas das mães, podem existir

outros problemas associados. Nos Quadros 27 e 28, a seguir, selecionou-se alguns problemas de alimentação e de amamentação, considerados mais comuns.

Quadro 27- Problemas de Amamentação

Problema/definição	Causas	Prevenção e manejo
Ingurgitamento mamário Descida do leite que fica acumulado na mama, podendo haver distensão e febre.	Leite em abundância, mamadas infrequentes, sucção ineficaz.	AME em livre demanda; Suporte emocional; Massagem e ordenha; Compressas frias após as mamadas; Uso de analgésico e anti-inflamatórios, se necessário.
Trauma mamilar Eritema, edema, fissuras.	Pega ou posicionamento incorreto.	AME em livre demanda; Identificar a causa e corrigir; Ordenha de alívio antes da mamada; Uso de diferentes posições para amamentar; Passar LM na aréola e mamilos; após amamentação; Uso de concha protetora; Uso de analgésico e anti-inflamatórios, se necessário.
Mastite Inflamação em um ou mais segmentos da mama, que pode progredir para infecção bacteriana.	Mamadas com horários restritos, longo período de sono do bebê à noite, não esvaziamento completo da mama, sucção débil, etc.	Identificar a causa e corrigir; Suporte emocional; Esvaziar a mama com ordenha; Não interromper a amamentação, se possível; Usar sutiã de sustentação; Antibioticoterapia, se necessário; Uso de analgésico e anti-inflamatórios, se necessário.
Abcesso Dor intensa, febre, mal-estar, calafrios, presença de área de flutuação à palpação local.	Mastite não tratada ou tratamento ineficaz.	Suporte emocional; Drenagem cirúrgica; Esvaziar a mama com ordenha; Não interromper a amamentação, se possível; Antibioticoterapia; Uso de analgésico e anti-inflamatórios.
Pouco leite Menor produção de leite	Ansiedade materna, mamadas pouco frequentes, pega incorreta, suplementação com outros leites, uso de chupeta ou mamadeira.	Massagear a mama antes da mamada; Aumentar a frequência das mamadas; Corrigir pega e posicionamento; Oferecer as duas mamas em cada mamada; Suspender uso de chupeta e mamadeira; Translactação com leite materno; Alimentação balanceada da mãe; Aumento na ingestão de líquidos; Ambiente tranquilo para amamentar; Suporte emocional.

Quadro 28 - Problemas de Alimentação

Problemas	Cuidado/ atenção	O que fazer
Dificuldades com o aleitamento materno	Dificuldades com o aleitamento materno	Observe uma mamada sem oferecer ajuda prévia. Verifique a posição e a pega durante a amamentação e corrija se necessário. Escute atentamente sobre o desejo e as crenças da mãe/família sobre o AM. Elogie seus esforços e dedicação.
Uso de mamadeira	Sugar uma mamadeira pode confundir a criança com a maneira de sugar no peito, além de prejudicar o desenvolvimento neuromotor da criança. A utilização da mamadeira pode atender a uma demanda de reduzir o trabalho e o tempo gasto com o momento de oferecer o alimento para a criança.	Desencoraje o uso conscientizando-a sobre o alto risco de líquidos residuais, acúmulo e proliferação de germes nocivos gerando doenças para o seu filho. Oriente sobre a higienização adequada das mamadeiras e utensílios da criança pequena. Conversar sobre o tempo gasto e o vínculo desenvolvido durante o momento de alimentação.
Alimentação diluída	Algumas formas de alimentos oferecidos à criança (sopinhas, mingaus ralos e sucos), podem apresentar baixa consistência pela alta quantidade de água, e, portanto, ter uma baixa quantidade de energia (baixa densidade energética), não se constituindo, assim, em alimentos adequados. Diluição de leite em pó inadequada pode estar relacionada à economia financeira.	Preferir a oferta de frutas ao invés de sucos antes de um ano de idade. Oferecer os alimentos bem cozidos e amassados preferencialmente, as sopas. Explicar o conceito de densidade energética dos alimentos, de forma simplificada, e os males causados pela diluição do leite em pó inadequada.
Ausência de alimentação ativa	As crianças pequenas necessitam, geralmente, de um estímulo e de ajuda para comer a quantidade que necessitam, mesmo que já comam sozinhas.	É importante que um adulto acompanhe a sua refeição e a ajude a comer, se necessário. Separar a refeição em um prato individual. Oferecer quantidades pequenas de alimentos por refeição, mas aumentando a frequência durante o dia.

continua

Problemas	Cuidado/ atenção	O que fazer
Dietas monótonas	<p>É frequente a mãe oferecer o mesmo tipo de alimento à criança durante as diferentes refeições do dia e por vários dias, como por exemplo, as papas congeladas ou alimentos misturados.</p> <p>Uma preocupação frequente das mães é com a quantidade de alimentos que a criança costuma aceitar, a qual frequentemente não corresponde às expectativas maternas, embora seja adequada para a idade.</p> <p>É muito comum as mães não terem uma referência sobre a quantidade mínima de alimento necessária para a introdução de alimentos sólidos.</p>	<p>É importante variar os tipos e as cores dos alimentos e as formas de preparo das diferentes refeições do dia, além de ser oferecidos separadamente.</p> <p>Deve-se respeitar a aceitação da criança, mas sem deixar de oferecer alimentos.</p> <p>A criança não deve ser forçada a comer, pois aumenta o estresse e diminui ainda mais o seu apetite.</p> <p>Não apressar a criança. As refeições devem ser momentos tranquilos e felizes, sem conflitos.</p> <p>Ela pode comer um pouco, brincar e comer novamente. É necessário ter paciência e bom humor.</p> <p>Alimentar a criança tão logo ela demonstre fome. Se a criança esperar muito ela pode distrair-se e perder o interesse pela refeição.</p>
Alimentação durante a doença	<p>Algumas mães têm receio de alimentar a criança doente. Geralmente oferecem uma alimentação que consideram mais leve, justamente no período que há necessidade de maior aporte calórico e de nutrientes.</p> <p>A criança doente geralmente aceita mal a alimentação em função da falta de apetite, ou por apresentar dor de garganta, ulcerações na boca, náuseas ou dor abdominal.</p> <p>Depois de uma doença, a boa alimentação ajuda a compensar a perda de peso e prevenir a desnutrição.</p>	<p>Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, garantindo que as suas necessidades nutricionais sejam supridas pela alimentação. A alimentação habitual deve continuar sendo oferecida.</p> <p>Se a criança estiver sendo amamentada no peito, aumentar a frequência da oferta de leite materno, pois a criança doente se cansa mais e precisa ser amamentada mais vezes.</p> <p>Se a criança já estiver recebendo a alimentação da família, usar comidas de sua preferência e de consistência pastosa (purês/papas de frutas ou salgadas, mingaus de cereais ou farinhas), que são de mais fácil aceitação, variadas e apetitosas, para encorajá-la a comer tanto quanto possível.</p> <p>Oferecer pequenas porções com maior frequência, evitando monotonia de sabor e textura, respeitando a aceitação da criança.</p> <p>Aumentar a quantidade de líquidos durante a doença.</p> <p>Limpar o nariz obstruído, caso esteja atrapalhando a alimentação.</p>

Problemas	Cuidado/ atenção	O que fazer
Oferta de ultra processados e difícil acesso a alimentos in natura e minimamente processados.	Ultra processados são encontrados em toda parte, sempre acompanhados de propaganda, descontos e promoções, enquanto alimentos in natura ou minimamente processados nem sempre são comercializados em locais próximos às casas das pessoas.	Orientar as compras em mercados, feiras livres, onde são comercializados alimentos in natura ou minimamente processados. Se possível, orientar sobre horta doméstica, que pode oferecer, a baixo custo, quantidade razoável de alimentos in natura.
Publicidade de alimentos.	Mais de dois terços dos comerciais sobre alimentos veiculados na televisão se referem a ultra processados. A população é levada a acreditar que eles têm qualidade superior aos demais alimentos ou que tornarão as pessoas mais felizes, atraentes, fortes, saudáveis e socialmente aceitas. Informações incorretas ou incompletas atingem, principalmente, crianças e jovens.	Pais e educadores devem esclarecer às crianças de que a função da publicidade é aumentar a venda de produtos, e não informar corretamente ou educar as pessoas. Limitar o tempo de tela (principalmente TV) diminuirá a exposição das crianças a propagandas e, ao mesmo tempo, ajudará a torná-las mais ativas. Dar exemplo às crianças e adolescentes, comendo à mesa, longe de televisão, computador ou celular.

Fonte: Brasil (2019).

No que diz respeito à alimentação, cabe salientar que, a partir dos dois anos de idade, a criança tem o apetite reduzido, pois há uma desaceleração na velocidade do seu crescimento. Torna-se mais seletiva na ingestão dos alimentos, porém, não tem habilidade de escolher uma alimentação balanceada e adequada ao seu crescimento e desenvolvimento, apresentando grande senso de imitação. Por esse motivo, os pais e/ou cuidadores devem estar atentos para auxiliar a criança na ingestão de alimentos que ela goste e que sejam nutritivos e que mesmo com a menor ingestão diária, ela obtenha aporte energético necessário para suas necessidades básicas.

Criança de Baixo Peso

Se a mãe oferecer leite quando a criança não tem vontade de comer especificamente aquele alimento, a criança ficará satisfeita e saciada. A dieta monótona, geralmente o leite, pode favorecer deficiência de nutrientes específicos em crianças acima de 6 meses tais como: ferro, vitamina A, vitamina B12, ácido fólico, zinco etc.

Nesse caso, a mãe precisa oferecer à criança alimentos de sua preferência desde que sejam saudáveis. A recomendação é oferecer cinco refeições ao dia. Se não aceitar bem a comida, acrescentar mais calorias aos líquidos de preferência da criança.

Limitar as mamadas ao peito para 3x/dia se estiver mamando demais e comendo pouco. A criança necessita de uma dieta variada para garantir uma nutrição adequada. O consumo de uma variedade de alimentos em quantidades adequadas é essencial para a manutenção da saúde e do crescimento da criança. Para ingerir uma dieta variada, além da disponibilidade dos alimentos, é fundamental a formação dos hábitos alimentares.

Conduta para recuperar o peso:

- Quando não amamentar, oferecer leite de vaca integral com 1 colher de sopa de óleo.
- Orientar a mãe a introduzir alimentos gradualmente, em pequenas quantidades, semi-pastosos no início e de alta densidade.
- Introduzir os alimentos um a um com intervalo de 2 a 3 dias, observando aceitação da criança. Oferecer à criança alimentos de sua preferência.
- Os alimentos devem ser bem cozidos e amassados com garfo, não devem ser triturados ou peneirados.
- Os alimentos incluídos nas refeições devem ser variados e intercalados; acrescentar óleos. Introduzir novos alimentos diariamente.
- Oferecer a alimentação em ambiente calmo, sem chantagens ou ameaças.
- Nunca forçar a criança a se alimentar.
- Deixar a criança estabelecer o quanto comer e o ritmo da alimentação.
- Deixe a criança participar ativamente desse processo, dando-lhe uma colher.
- Permitir que a criança explore os alimentos com as mãos, textura, cheiro e paladar.
- Tranquilizar a mãe em relação à alimentação da criança porque a ansiedade dos pais pode dar origem a problemas alimentares na infância.

Ganho de peso insuficiente

Se perda de peso > 10% na primeira semana de vida ou se peso/idade na curva de peso está abaixo de -2 escores Z ou tendência horizontal, ou em declínio, ou baixo ganho ponderal (< 600g/mês) no primeiro trimestre de vida, referir para consulta com pediatra. Avaliar a alimentação da criança e as possíveis causas do peso baixo e orientar a alimentação adequada.

- Aconselhar a mãe que dê o peito sempre que a criança quiser e pelo tempo que quiser, de dia e de noite, ao menos 8 vezes ao dia.
- Se a criança tem pega incorreta ou não mama bem, orientar a mãe quanto à pega e posição corretas.
- Se recebe outros alimentos ou líquidos, aconselhar a mãe que lhe dê o peito mais vezes, e vá reduzindo os outros alimentos e líquidos até eliminá-los completamente, e desencorajar o uso de mamadeira.
- Se a criança não se alimenta ao peito, encaminhar para orientação sobre aleitamento materno e possível relactação.

- Iniciar suplemento vitamínico, se recomendado.
- Caso necessário, orientar a mãe sobre o preparo correto dos outros leites e a usar o copinho.
- Seguimento: retornar em dois dias e depois fazer seguimento do peso no 7º dia.
- Se a mãe apresentar algum problema nas mamas, orientar o tratamento.

Retorno com problemas de alimentação e/ou nutrição

Depois de 2 dias: reavaliar a alimentação. Perguntar sobre qualquer problema de alimentação detectado na primeira consulta. Aconselhar a mãe sobre qualquer problema novo ou persistente. Recomendar que não faça mudanças importantes na alimentação, e que retorne com a criança. Se o peso da criança menor de 2 meses é baixo para a idade, agendar para voltar de cinco a sete dias depois, para detectar se a criança aumentou de peso. Se acreditar que a alimentação não vai melhorar ou se a criança menor de 2 meses está perdendo peso, referir ao pediatra e/ou serviço social.

Peso elevado para a idade

A obesidade e o sobrepeso são importantes preocupações em saúde pública devido à associação com o aumento de risco para algumas doenças, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes e doenças coronarianas, entre outras. Uma criança com um dos pais obeso, tem 40% de probabilidade de ter sobrepeso; se ambos os pais são obesos, a probabilidade aumenta para 70%. Converse com a mãe (pai) a respeito das causas de peso elevado. Ao conhecer as razões pelas quais uma criança está com esses problemas, você poderá expressar o seu conselho de maneira mais pertinente. Para ajudar a resolver a questão de peso elevado, você terá que abordar as causas originadas no ambiente familiar, assim como as causas dietéticas imediatas. Precisar ser particularmente sensível se a própria mãe (pai) tem sobrepeso. Durante a entrevista, foque na alimentação da criança e nos padrões de atividades físicas, e não na situação dos pais. Entretanto, dê-se conta de que os próprios responsáveis podem necessitar modificar seus hábitos alimentares.

Durante a entrevista, você identificará com a mãe (pai) as possíveis causas de peso elevado. Foque nas consideradas mais importantes e pergunte à mãe (pai) sua opinião sobre quais seriam, de maneira que você possa conhecer as causas que ela reconhece. Em seguida, pergunte o que a mãe (pai) pensa que pode fazer para ajudar o (a) filho (a). Discuta acerca do que é factível e sobre quem poderá ajudar. Elogie mãe (pai) por práticas positivas que esteja seguindo para resolver a dificuldade. Motive os pais para que adotem um estilo de vida saudável, incluindo hábitos de alimentação adequados, atividades físicas e interação positiva durante a alimentação familiar.

A melhor forma de estimular a criança a um estilo de vida saudável é por meio do modelo de comportamento desejável dos pais. Ao final, é importante estabelecer um tempo razoável para a próxima consulta e definir uma meta geral sobre a melhora do crescimento da criança. Estabeleça metas para poucas ações (duas a três) que possam ser adotadas pela mãe (pai) para ajudar a criança. Essas ações devem ser revisadas na próxima consulta. Elogiar sempre a mãe (pai) quando as ações forem cumpridas. Anotar cada ação para serem discutidas nas consultas de seguimento.

*Não se recomenda perda de peso em uma criança com peso elevado, ao contrário, recomenda-se diminuir a velocidade do ganho de peso enquanto está crescendo em tamanho linear. Deve-se discutir o ganho de peso mais lento, de maneira que alcance um peso para altura mais adequado.

Criança com Sobrepeso

A alimentação da criança deve ser saudável, adequada e equilibrada para a idade em horários previamente estabelecidos. O excesso de alimentos calóricos pode favorecer a obesidade. Observar se há consumo ilimitado de produtos industrializados, doces (calorias vazias) e fora de horário. A obesidade infantil está relacionada com a obesidade dos adultos. Essa é uma boa oportunidade de rever os hábitos alimentares de toda a família para promover a saúde para todos. A obesidade infantil pode provocar doenças como: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, entre outras.

Propor novas formas de alimentação diversificada considerando a cultura e as condições socioeconômicas da família. Orientar o controle dos horários das refeições e quantidade de alimentos ingeridos em cada refeição. Evitar guloseimas e “beliscar” fora de hora. Aumentar a oferta de fibras (frutas, verduras e legumes). Verificar possibilidade de encaminhamento da criança e responsável à psicologia e nutricionista. Na alimentação complementar da criança NÃO se recomenda colocar chocolate e açúcar no leite, pois só oferecem calorias vazias contribuindo para excesso de peso e obesidade.

Se as crianças foram classificadas com PESO ELEVADO, orientar a mãe (pai) ou o acompanhante quanto à alimentação, recomendar e estimular a prática de atividade física regular. Discutir com a mãe (pai) o que é possível fazer em relação aos principais problemas identificados e estabelecer metas a serem alcançadas. Além de uma alimentação adequada, estimular a prática de atividades físicas, respeitando as preferências da criança. Marcar a próxima consulta em 14 dias e avaliar a prática de atividade física, conforme perguntas do Quadro 29.

Quadro 29 – Perguntas sobre atividade física para a criança com peso elevado

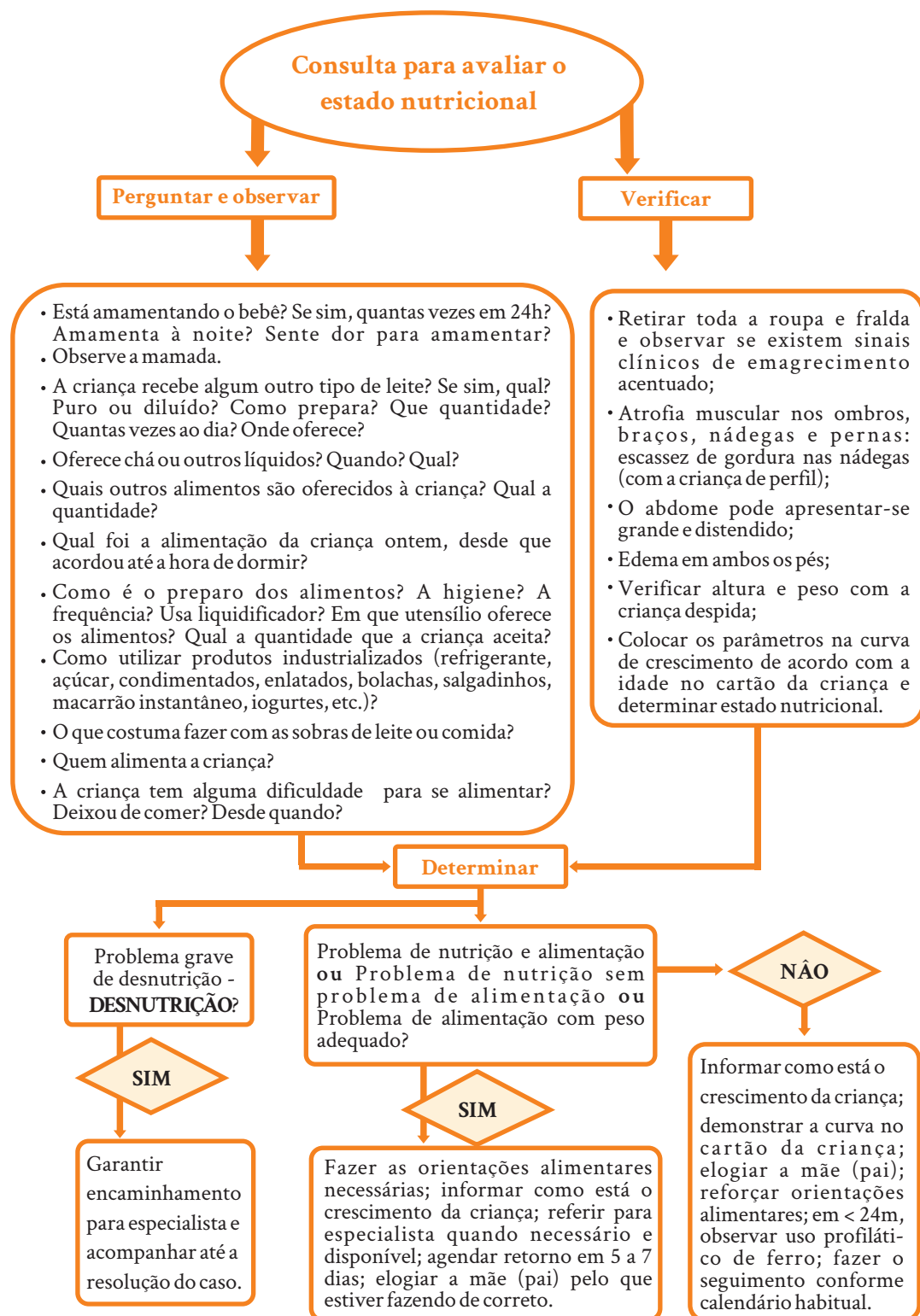
Fazer perguntas sobre a frequência com que pratica atividade física para toda criança com peso elevado para idade :
Quantas vezes por semana pratica atividade física? Por quanto tempo? • Permanece quanto tempo por dia assistindo televisão ou utilizando videogame, computador ou telefone?
Identificar problemas em relação à prática de atividade física
<ul style="list-style-type: none">• É importante que a criança realize atividades aeróbicas por, no mínimo, 60 minutos, pelo menos quatro vezes por semana.• O tempo de atividades sedentárias, tais como assistir à televisão, utilizar jogos eletrônicos ou computador, seja limitado a duas horas diárias.

Fonte: BRASIL (2017).

Práticas adequadas de higiene dos alimentos complementares e da rotina alimentar são importantes componentes para a prevenção e redução da incidência e morbidade das doenças diarreicas e suas conseqüentes repercussões negativas para o estado nutricional das crianças, quando se inicia a complementação e até que possam receber a mesma alimentação da família.

O AIDPI Criança (2017) propõe avaliar problemas relacionados com a alimentação, bem como classificar o estado nutricional da criança em tempo oportuno de procura pelo serviço de saúde. A partir dessa proposta, apresenta-se o Algoritmo 5, para auxiliar na avaliação e identificação de problemas de alimentação e nutrição das crianças.

Algoritmo 5 – Consulta de Enfermagem com enfoque na nutrição



Fonte: AIDPI Criança (2017).

Avaliação da criança com diarreia e/ou desidratação

Atualmente, no âmbito mundial, a diarreia é a segunda causa de morte de crianças menores de 5 anos, uma perda de cerca de 1,5 milhão de vidas a cada ano. Um agravo que mata mais do que a AIDS, malária e sarampo, juntos. Até 2025, a Organização Mundial de Saúde estima que a diarreia continue sendo uma das principais causas de mortes em crianças nessa faixa etária em todo o mundo (WHO; UNICEF, 2013).

No cenário brasileiro, a doença diarreica em menores de 5 anos, continua sendo importante causa de morbimortalidade, mesmo sendo considerada evitável por manter relação direta com as precárias condições de vida e saúde dos indivíduos, em consequência da falta de saneamento básico, de desastres naturais (estiagem, seca e inundação), da diversidade regional e da desnutrição crônica, e do restrito acesso a serviço de saúde. Entre outros fatores, a alergia ao leite de vaca, intolerância à lactose e glúten, uso de medicamentos, em especial, antibióticos e intoxicações (SBP, 2017; BRASIL, 2017).

Até 2035, todos os países, inclusive o Brasil, têm o compromisso de reduzir a mortalidade infantil para 20 mortes ou menos por 1.000 nascidos vivos e também, a incidência de diarreia grave em 75% em comparação com os índices de 2010.

Entre as principais intervenções eficazes a serem realizadas pelo enfermeiro e equipe de saúde, no âmbito da atenção primária para a redução da morbimortalidade infantil são (WHO, 2013; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018; BRASIL, 2019):

- Promover e incentivar a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses e continuação da amamentação com alimentação complementar apropriada que reduz o aparecimento e a gravidade de diarreia;
- Aumentar a cobertura de vacinação, em especial, contra o rotavírus que reduz substancialmente a carga de doenças e mortes causada por esses agentes infecciosos;

- Utilizar as diretrizes padronizadas para identificação e tratamento de diarreia na comunidade, em unidades de saúde da atenção primária e em hospitais de referência, como aqueles para a gestão integrada de doenças prevalentes na infância (AIDPI);
- Prover a disponibilidade do soro de reidratação oral (SRO), particularmente de baixa osmolaridade;
- Implementar o uso de zinco que reduz a gravidade e a duração da diarreia;
- Implementar o uso da suplementação de vitamina A, conforme preconizado no Guia alimentar para crianças até 2 anos, conforme Quadro 9 deste protocolo;
- Desenvolver atividades inovadoras de criação de demanda para alcançar mudança de comportamento e sustentar, a longo prazo, ações preventivas juntamente com líderes da comunidade, Pastoral da Saúde e outras organizações;
- Fazer valer a prática da lavagem das mãos pelos profissionais e comunidade, sem exceção;
- Acesso à água potável, saneamento básico e práticas de higiene, proporcionam saúde, benefícios econômicos e sociais.

Ressalta-se que, tais intervenções jamais devem ser interrompidas e podem ser desenvolvidas a pequeno, médio e longo prazo (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019; WHO, 2013). Pois, embora essas intervenções sejam comprovadamente eficazes, estudos apontam que a sua implementação permanece muito baixa, pois apenas 39% das crianças com menos de seis meses são amamentadas exclusivamente e têm acesso a cuidados adequados. Além disso, apenas 35% das crianças acometidas pela diarreia recebem terapia de reidratação oral (WHO, 2013).

MANEJO DA DOENÇA DIARREICA E DESIDRATAÇÃO

A diarreia se caracteriza pela diminuição da consistência das fezes, aumento do número de evacuações, com fezes aquosas e, em alguns casos, há presença de muco e sangue (disenteria). São autolimitadas, com duração de até 14 dias. Podem ser classificadas em três tipos: diarreia sem desidratação, diarreia com desidratação e diarreia com desidratação grave (BRASIL, 2017).

Tem como sinônimos os termos gastroenterite aguda, gastroenterocolite aguda (GECA), dor de barriga, disenteria, desarranjo, destempero, entre outras (BRASIL, 2017).

Devido ao desequilíbrio entre absorção e excreção de líquidos e eletrólitos, as principais consequências e complicações da diarreia são a desidratação grave e o distúrbio hidroeletrólítico, podendo ocorrer o óbito, principalmente quando associados à desnutrição (WHO, 2013; BRASIL, 2017).

Para tanto, na vigência da doença diarreica, o enfermeiro deve avaliar rigorosamente a criança e todos os aspectos que a envolvem no intuito de imediatamente classificar e implementar as intervenções de acordo com o Plano de Ação específico, segundo o manual do AIDPI.

Com relação à classificação da diarreia, a *World Health Organization* (WHO, 2013), bem como o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), definem três tipos, descritos a seguir no Quadro 30.

Quadro 30 - Classificação das doenças diarreicas

Diarreia aguda aquosa	Diarreia aguda com sangue (disenteria)	Diarreia persistente
Início abrupto, com duração de até 14 dias, com grande perda de fluidos que pode causar desidratação.	Diarreia com presença de sangue nas fezes.	Evacuações líquidas por 14 dias ou mais. Pode causar desnutrição e desidratação.

Fonte: Adaptado da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017.

Vale referir que a classificação da doença diarreica (BRASIL, 2014), especificamente nas crianças **menores de 2 meses**, tem as seguintes características:

- **Diarreia aguda:** episódio que dura menos de 7 dias e pode provocar desidratação e levar a morte da criança.
- **Diarreia prolongada:** episódio que pode persistir durante 7 dias ou mais e ocasionar problemas nutricionais que contribuem para a mortalidade.
- **Diarreia com sangue (disenteria):** apresenta sangue nas fezes, com ou sem muco, tendo como causa mais comum a doença hemorrágica do recém-nascido secundária à deficiência de vitamina K, a enterocolite necrosante e outros problemas de coagulação, como a coagulação intravascular disseminada.

Nas crianças com mais de 15 dias de vida, o sangue nas fezes pode ser secundário a fissuras anais ou pela alimentação com leite de vaca. A disenteria não é comum nessa idade, porém, em casos suspeitos, deve-se pensar em *Shigella* e dar um tratamento adequado.

No Quadro 31, os agentes etiológicos de origem infecciosa são as bactérias e suas toxinas, vírus e parasitos e toxinas naturais que têm como reservatório, humanos, primatas, animais domésticos, aves, bovinos, suínos, roedores e outros e acometem diferentes grupos etários, em especial às crianças.

Quanto ao modo de transmissão é específico para cada agente etiológico e pode acontecer de forma direta ou indireta (BRASIL, 2017):

- **Transmissão direta** pessoa a pessoa (por ex., mãos contaminadas) e de animais para pessoas.
- **Transmissão indireta** ingestão de água e alimentos contaminados e contato com objetos contaminados (por ex., utensílios de cozinha, acessórios de banheiros, equipamentos hospitalares).

A contaminação pode ocorrer em toda a cadeia de produção alimentar, desde as atividades primárias até o consumo (plantio, transporte, manuseio, cozimento, acondicionamento). Os manipuladores de alimentos e locais de uso coletivo, tais como escolas, creches, hospitais, hotéis, restaurantes e penitenciárias, apresentam maior risco de transmissão. Ratos, baratas, formigas e moscas também contaminam alimentos e utensílios (BRASIL, 2017).

Quadro 31 - Principais tipos de bactérias, vírus e parasitas envolvidos nas doenças diarreicas agudas, modos de transmissão, reservatórios e grupos etários.

Agente etiológico	Grupo etário	Modo de transmissão e principais fontes	Reservatório
Bactérias			
<i>Bacillus cereus</i>	Todos	Alimentos	Ambiente e alimentos
<i>Staphylococcus aureus</i>	Todos	Alimentos	Humanos e animais
<i>Campylobacter spp</i>	Todos	Fecal-oral, alimento, água, animais domésticos	Aves, bovinos e ambiente
<i>Escherichia coli</i> enterotoxigênica (ETEC)	Todos	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa	Humanos
<i>Escherichia coli</i> enteropatogênica	Crianças	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa	Humanos
<i>Escherichia coli</i> êntero-hemorrágica	Todos	Fecal-oral, alimento, pessoa a pessoa	Humanos
<i>Salmonella</i> não tifoide	Todos, principalmente crianças	Fecal-oral, alimento, água	Aves, mamíferos domésticos e silvestres, bem como répteis
<i>Shigella spp</i>	Todos, principalmente crianças	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa	Primatas
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Todos	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa, animal doméstico	Suínos
<i>Vibrio cholerae</i>	Todos, principalmente adultos	Fecal-oral, alimento, água	Ambiente
Vírus			
Astrovírus	Crianças e idosos	Fecal-oral, alimento, água	Provavelmente humanos
Calicivírus	Todos	Fecal-oral, alimento, água, nosocomial	Provavelmente humanos
Adenovírus entérico	Crianças	Fecal-oral, nosocomial	Provavelmente humanos
Norwalk	Todos	Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa	Humanos
Rotavírus grupo A	Crianças	Fecal-oral, nosocomial, alimento, água, pessoa a pessoa	Humanos

Agente etiológico	Grupo etário	Modo de transmissão e principais fontes	Reservatório
Vírus			
Rotavírus grupo B	Todos	Fecal-oral, água, pessoa a pessoa	Humanos
Rotavírus grupo C	Todos	Fecal-oral	Humanos
Parasitas			
<i>Balantidium coli</i>	Indefinido	Fecal-oral, alimentos, água	Primatas, roedores e suínos
<i>Cryptosporidium</i>	Crianças e adultos com aids	Fecal-oral, alimentos, água, pessoa a pessoa, animais domésticos	Humanos, bovinos, outros animais domésticos
<i>Entamoeba histolytica</i>	Todos, principalmente adultos	Fecal-oral, alimentos, água	Humanos
<i>Giardia lamblia</i>	Todos, principalmente crianças	Fecal-oral, alimentos, água	Humanos, animais selvagens e domésticos
<i>Cystoisospora belli</i>	Adultos com aids	Fecal-oral	Humanos

Fonte: CDC (1990), com adaptações (BRASIL, 2017).

No Quadro 32, verifica-se que cada agente etiológico apresenta o período de transmissibilidade e duração da doença. Vale ressaltar que a suscetibilidade é maior em crianças, em especial os menores de 1 ano com desmame precoce e desnutridos, bem como imunodeprimidas (portadores de HIV/aids, neoplasias ou que receberam transplantes de órgãos) e idosos (BRASIL, 2017). Nesse aspecto, o enfermeiro precisa identificar a configuração familiar em que a criança está inserida para avaliar, planejar e intervir em todos os grupos etários e, assim, interromper a cadeia de transmissibilidade e manter o ambiente seguro, visto que em muitas famílias o cuidador é o avô/avó ou outro membro adulto.

Quanto ao quadro clínico, além do aumento do número de evacuações (3 episódios no período de 24 horas), com alteração da consistência das fezes, geralmente amolecidas ou aquosas, também deve-se atentar para a presença de sangue ou muco, dor abdominal, febre, náusea e vômito, com duração de 2 a 14 dias e, conseqüentemente, manifestações leves até graves, com desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos (BRASIL, 2017).

Quadro 32 - Manifestações clínicas, período de incubação e duração da doença das principais bactérias, vírus e parasitas envolvidas nas doenças diarreicas agudas

Agente etiológico	Manifestações clínicas da Diarreia	Febre	Vômito	Período de incubação	Duração da doença
Bactérias					
<i>Bacillus cereus</i>	Geralmente pouco importante	Rara	Comum	1 a 6 horas	24 horas
<i>Staphylococcus aureus</i>	Geralmente pouco importante	Rara	Comum	1 a 6 horas	24 horas
<i>Campylobacter</i>	Pode ser disentérica	Variável	Variável	1 a 7 dias	1 a 4 dias
<i>Escherichia coli</i> enterotoxigênica (ETEC)	Aquosa, pode ser profusa	Variável	Eventual	12 horas a 3 dias	3 a 5 dias
<i>Escherichia coli</i> enteropatogênica	Aquosa, pode ser profusa	Variável	Variável	2 a 7 dias	1 a 3 semanas
<i>Escherichia coli</i> enteroinvasiva	Pode ser disentérica	Comum	Eventual	2 a 3 dias	1 a 2 semanas
<i>Escherichia coli</i> êntero-hemorrágica	Inicia aquosa, com sangue a seguir	Rara	Comum	3 a 5 dias	1 a 12 dias
<i>Salmonella</i> não tifoide	Pastosa, aquosa, às vezes, com sangue	Comum	Eventual	8 horas a 2 dias	5 a 7 dias
<i>Shigella</i>	Pode ser disentérica	Comum	Eventual	1 a 7 dias	4 a 7 dias
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Mucosa, às vezes, com presença de sangue	Comum	Eventual	2 a 7 dias	1 dia a 3 semanas
<i>Vibrio cholerae</i>	Pode ser profusa e aquosa	Geralmente afebril	Comum	5 a 7 dias	3 a 5 dias
Vírus					
Astrovírus	Aquosa	Eventual	Eventual	1 a 14 dias	1 a 14 dias
Calicivírus	Aquosa	Eventual	Comum em crianças	1 a 3 dias	1 a 3 dias
Adenovírus entérico	Aquosa	Comum	Comum	7 a 8 dias	8 a 12 dias
Norwalk	Aquosa	Rara	Comum	18 horas a 2 dias	12 horas a 2 dias

Agente etiológico	Manifestações clínicas da Diarreia	Febre	Vômito	Período de incubação	Duração da doença
Virus					
Rotavírus grupo A	Aquosa	Comum	Comum	1 a 3 dias	5 a 7 dias
Rotavírus grupo B	Aquosa	Rara	Variável	2 a 3 dias	3 a 7 dias
Rotavírus grupo C	Aquosa	Ignorado	Ignorado	1 a 2 dias	3 a 7 dias
Parasitas					
<i>Balantidium coli</i>	Eventual com muco ou sangue	Rara	Dor	Ignorado	Ignorado
<i>Cryptosporidium</i>	Abundante e aquosa	Eventual	Cãibra eventual	1 a 2 semanas	4 dias a 3 semanas
<i>Entamoeba histolytica</i>	Eventual com muco ou sangue	Variável	Cólica	2 a 4 semanas	Semanas a meses
<i>Giardia lamblia</i>	Incoercíveis fezes claras e gordurosas	Rara	Cãibra/ Distensão	5 a 25 dias	Semanas a anos
<i>Cystoisospora belli</i>	Incoercível	Ignorado	Ignorado	2 a 15 dias	2 a 3 semanas

Fonte: CDC (1990), com adaptações (BRASIL, 2017).

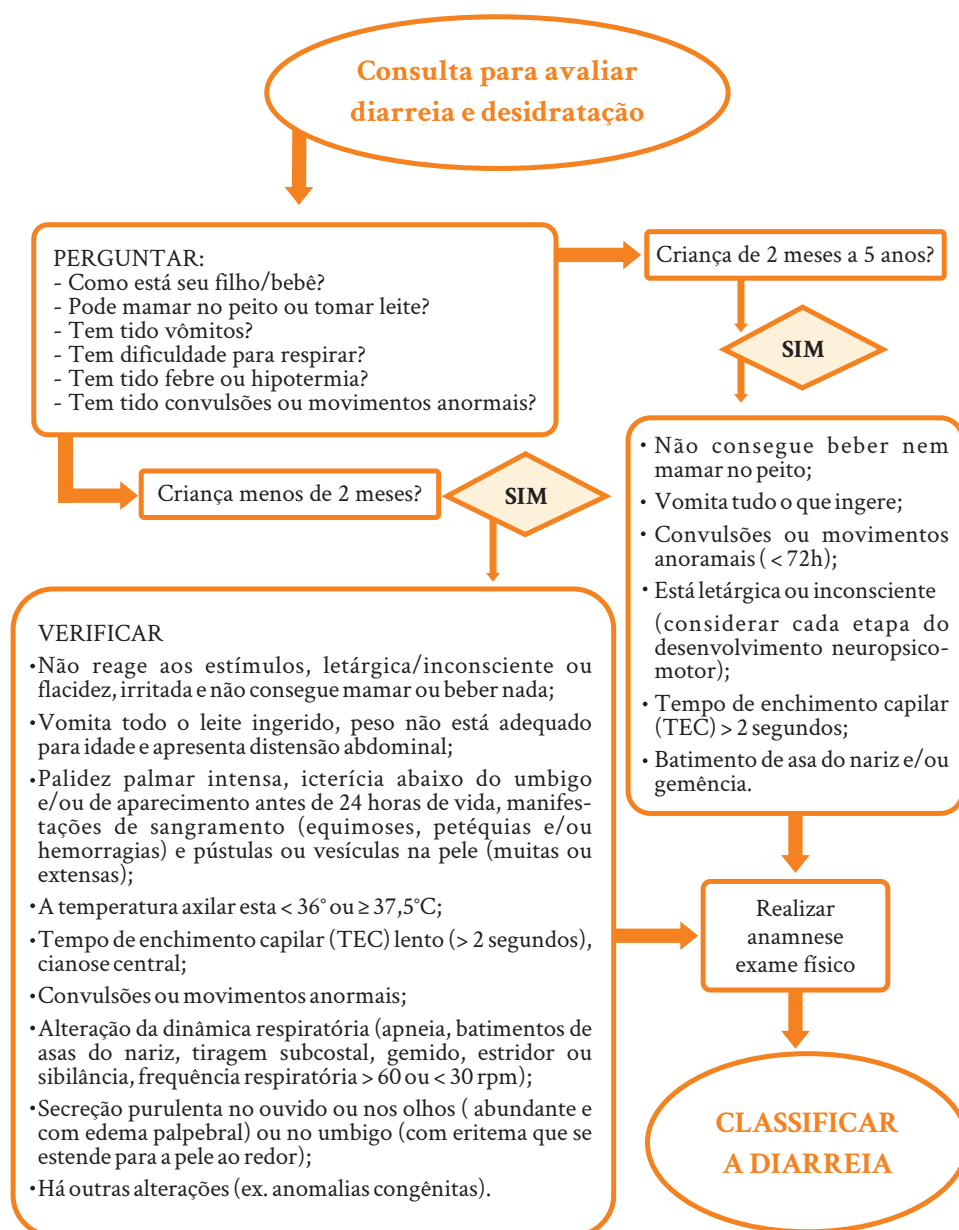
Considerando que a doença diarreica pode evoluir para a desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos, o tratamento deve ser imediato para que não ocorra mortes por choque hipovolêmico e/ou hipopotassemia (níveis baixos de potássio). O nível de potássio no sangue é de 3,6 a 5,2 mmol/L, eletrólito fundamental para o funcionamento adequado das células nervosas e dos músculos, especialmente as células do músculo cardíaco.

Nos casos crônicos ou com episódios repetidos, podem acarretar desnutrição crônica, com retardo do desenvolvimento ponderoestatural em crianças (BRASIL, 2017; WHO, 2013).

Com relação à criança doente, o enfermeiro sempre deve adotar medidas de avaliação geral para identificar se existem **sinais gerais de perigo** (BRASIL 2014; BRASIL, 2017), pois ao identificar pelo menos um sinal de risco, referenciar URGENTEMENTE ao hospital, se na Unidade de Saúde tiver disponíveis antibióticos injetáveis e oxigênio, prover infusão precoce de líquidos ou outros tratamentos que podem salvar a vida da criança enquanto aguarda transporte para o hospital.

A consulta do enfermeiro para avaliação da diarreia está descrita no Algoritmo 6.

Algoritmo 6 – Consulta do Enfermeiro para avaliação da diarreia e desidratação



Fonte: adaptado de BRASIL (2017; 2018).

Após realizar a anamnese e classificar a diarreia (aguda, aguda com sangue/disenteria, persistente) o passo seguinte é a realização do exame físico, identificando-se os sinais e sintomas da desidratação (avaliação do estado de hidratação da criança) no Quadro 33.

Quadro 33 - Avaliação do estado de hidratação do paciente e definição do plano de tratamento adequado

Sinais clínicos	Sem desidratação	Desidratação	Desidratação grave
Observe os sinais			
Estado geral	Bem alerta	Irritado, inquieto	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normalmente, sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber
Explore			
Sinal da prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente*
Decida			
	A criança está SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais a criança está COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais incluindo pelo menos um dos destacados* a criança está COM DESIDRATAÇÃO GRAVE (com ou sem choque hipovolêmico).
Trate			
	USE PLANO A	USE PLANO B	USE PLANO C
	<ul style="list-style-type: none"> • O tratamento é domiciliar. • Orientar os pais sobre os cuidados para prevenir a desidratação e desnutrição: <ol style="list-style-type: none"> 1. Oferecer mais líquidos que o habitual: líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou SRO após cada evacuação diarreica (Quadro 5). 	<ul style="list-style-type: none"> • O tratamento é na Unidade de Saúde. 1. Administrar o SRO via oral: <ul style="list-style-type: none"> - A quantidade da solução ingerida dependerá da sede da criança. - Deve-se administrar continuamente, até que desapareçam os sinais e sintomas de desidratação. - Apenas como orientação inicial, a criança deverá receber de 50 a 100 mL l/kg para serem administrados no período de 4 a 6 horas (vide Quadro 5). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar a desidratação antes de referir à criança a não ser que esta se enquadre em outra classificação grave. • Referir URGENTEMENTE ao hospital. • A reidratação deve ser feita imediatamente por via endovenosa em duas fases e em todas as faixas etárias, sendo a fase rápida e a fase de manutenção e reposição (Quadro 6) - descritos o volume e tempo de administração para cada fase.

Sinais clínicos	Sem desidratação	Desidratação	Desidratação grave
Trate			
	USE PLANO A	USE PLANO B	USE PLANO C
	<ul style="list-style-type: none"> - Não utilizar refrigerantes ou energéticos nem adoçar o chá ou suco. 2. Manter a alimentação habitual <ul style="list-style-type: none"> - continuar o aleitamento materno; 3. Se a criança não melhorar em 2 dias ou apresentar qualquer um dos sinais e sintomas abaixo levá-la imediatamente ao serviço de saúde: <ul style="list-style-type: none"> - piora da diarreia; - vômitos repetidos; - muita sede; - recusa de alimentos; - sangue nas fezes; - diminuição da diurese. 4. Orientar os pais para: <ul style="list-style-type: none"> - reconhecer os sinais de desidratação; - preparar e administrar o SRO; - praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água, higienização dos alimentos). 5. Administrar zinco de 10 a 14 dias: em <6 meses = 10mg/dia; em >6 meses = 20 mg/dia. <ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre quando retornar imediatamente. - Agendar retorno em 5 dias. 	<p>2. Durante a reidratação, reavaliar a criança quanto aos sinais de hidratação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilizar o Plano A. - Se continuar desidratado após o período de 4 horas, repetir o Plano B por mais 2 horas e reavaliar, ou indicar a sonda nasogástrica para reidratação via sonda. Se a criança evoluir para desidratação grave, seguir o Plano C. <p>3. Durante a permanência da criança na US os pais devem ser orientados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reconhecer os sinais de desidratação; - preparar e administrar o SRO; - manter o aleitamento materno e a alimentação habitual; - praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água, higienização dos alimentos). <p>4. Se a criança ficar hidratada ao retornar ao domicílio, orientar os pais a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - administrar zinco oral de 10 a 14 dias: em <6 meses = 10mg/dia; em >6 meses = 20 mg/dia. - Informar sobre quando retornar imediatamente. - Agendar retorno em 5 dias ou menos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a criança continuamente. Se não houver melhora da desidratação, deve-se aumentar a velocidade de infusão. • Quando a criança conseguir ingerir líquidos, geralmente duas a 3 horas após o início da reidratação endovenosa, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação endovenosa. • Interromper a reidratação por via endovenosa somente se a criança puder ingerir SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de acordo com a faixa etária, dependendo do volume das evacuações. • Lembrar que a quantidade do SRO a ser ingerida deve ser maior nas primeiras 24 horas de tratamento; • Observar a criança por pelo menos 6 horas; • As crianças que estiverem sendo hidratadas por via endovenosa devem permanecer na US até que estejam hidratadas e conseguindo manter a hidratação por via oral.

O Quadro 34, apresenta a quantidade de líquido a ser oferecido à criança após cada evacuação e pode ser efetivado no tratamento descrito nos planos do AIDPI.

Quadro 34 - Quantidade de líquido que deve ser oferecido para a criança após cada evacuação diarreica conforme a faixa etária.

Faixa etária	Volume
Menores de 1 ano	50-100mL
De 1 a 10 anos	100-200mL
Maiores de 10 anos	Quantidade que a criança aceitar

Fonte: Adaptado da Sociedade Brasileira de Pediatria (2017).

Preparo do Soro Caseiro pelo pais: deverão dispor dos seguintes ingredientes, e se possível, oferecer a colher dosadora e demonstrar a medida correta do sal e açúcar para que não ocorra complicações:

- 1 litro de água filtrada e fervida
- 1 colher de chá de sal
- 2 colheres de açúcar

Essa solução deve ser mantida na geladeira e utilizada no período máximo de 24 horas. Outras orientações importantes durante o episódio da doença diarreica são:

- O estímulo e a manutenção do aleitamento materno, bem como da alimentação habitual;
- A prática de medidas de higiene pessoal (lavagem das mãos adequadas) e domiciliar (tratamento da água e higienização dos alimentos);
- A administração do Zinco 1 x ao dia de 10 a 14 dias com a seguinte dosagem: crianças menores de 6 meses de vida = 10mg/dia; crianças maiores de 6 meses = 20mg/dia.
- Se a criança não melhorar em 2 dias ou em caso de piora da diarreia, vômitos repetidos, muita sede, recusa alimentar, sangue nas fezes e diminuição da diurese, deve ser levada **imediatamente** ao serviço de saúde;
- Jamais deixar os pais/responsáveis saírem da Unidade de Saúde sem reconhecer os sinais de desidratação e informar qual serviço de saúde de referência que deverão buscar urgentemente.

No Quadro 35, a seguir, apresenta-se o esquema de reidratação endovenosa para crianças com desidratação grave de acordo com a faixa etária.

Quadro 35 - Esquemas de Reidratação Endovenosa para crianças com desidratação grave de acordo com a faixa etária

FASE RÁPIDA – menores de 5 anos (FASE DE EXPANSÃO)		
Solução	Volume	Tempo de administração
Soro fisiológico 0,9%	Iniciar com 20mL/kg. Repetir essa quantidade até que a criança esteja hidratada, reavaliando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrada.	30 minutos
	Para recém-nascidos e cardiopatas graves, começar com 10mL/kg	
FASE RÁPIDA – maiores de 5 anos (FASE DE EXPANSÃO)		
Solução	Volume total	Tempo de administração
1º Soro fisiológico 0,9%	30mL/kg	30 minutos
2º Ringer-lactato ou solução polieletrólítica	70mL/kg	2 horas e 30 minutos
Fase de manutenção e reposição para todas as faixas etárias		
Solução	Volume em 24 horas	
Soro glicosado 5% + soro fisiológico 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção) +	Peso até 10kg	100mL/kg
	Peso de 10 a 20kg	1.000mL + 50mL/kg de peso que exceder 10kg
	Peso acima de 20kg	1.500mL + 20mL/kg de peso que exceder 20kg
Soro glicosado 5% + soro fisiológico 0,9% na proporção de 1:1 (reposição) +	Iniciar com 50mL/kg/dia. Reavaliar essa quantidade, de acordo com as perdas do paciente.	
KCl 10%	2mL para cada 100mL de solução da fase de manutenção.	

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS EM CASO DE DISENTERIA E/OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA:

➤ Crianças com sangue nas fezes

Em caso positivo e com comprometimento do estado geral, deve-se avaliar o estado de hidratação do paciente e reidratá-lo de acordo com os planos A, B ou C. Após a reidratação, iniciar a antibioticoterapia (BRASIL, 2017).

➤ *Tratamento em crianças*

O tratamento em crianças deve ser feito com ciprofloxacino, em dose de 15 mg/kg a cada 12 horas, com duração de 3 dias. Como tratamento alternativo, pode-se usar ceftriaxona, em dose de 50 a 100 mg/kg, por via intramuscular, uma vez ao dia, por 2 a 5 dias (BRASIL, 2017).

Os pais devem ser orientados para administrar líquidos e manter a alimentação habitual da criança caso o tratamento seja realizado no domicílio. A criança deverá ser reavaliada após 2 dias. Caso seja mantida a presença de sangue nas fezes após 48 horas do início do tratamento, encaminhar para internação hospitalar (BRASIL, 2017).

➤ *Observações quanto ao uso de medicamentos em crianças com diarreia*

- **Antibióticos** devem ser usados somente para casos de diarreia com sangue (disenteria) e com comprometimento do estado geral ou em casos de cólera grave. Em outras condições os antibióticos são ineficazes e não devem ser prescritos (BRASIL, 2017).
- **Antiparasitários** devem ser usados somente para (BRASIL, 2017):
 - Amebíase quando o tratamento de disenteria por *Shigella sp* fracassar, ou em casos nos quais se identifiquem nas fezes trofozoítos de *Entamoeba histolytica* englobando hemácias;
 - Giardíase quando a diarreia durar 14 dias ou mais, se forem identificados cistos ou trofozoítos nas fezes ou no aspirado intestinal.

➤ *Vigilância epidemiológica das doenças diarreicas agudas (DDA)*

A Vigilância Epidemiológica das DDA (BRASIL, 2017), composta também pela Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA), regulamentada pela Portaria nº 205 de 2016, é do tipo sentinela, a qual permite monitorar somente a ocorrência dos casos notificados em unidades de saúde eleitas sentinelas pela vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde, com o intuito principal de acompanhar a tendência e a detecção de alterações no padrão local das doenças diarreicas agudas de forma a identificar, em tempo oportuno, surtos e epidemias.

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS QUANTO AS INTERVENÇÕES EFICAZES PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS DIARREICAS.

Quadro 36 - Reduções documentadas na morbimortalidade por pneumonia e diarreia com intervenções selecionadas

Intervenções para proteger	
Aleitamento materno exclusivo por 6 meses.	10,5 vezes maior risco de morte por diarreia (BLACK et al., 2008); não amamentar associado ao aumento de 165% na incidência de diarreia em crianças de 0 a 5 meses (BHUTTA et al., 2013); a amamentação não exclusiva resultou em risco excessivo de incidência de diarreia (RR 1,26 - 2,65), prevalência (RR 2,15 - 4,90), mortalidade (RR 2,28 - 10,52) e mortalidade por todas as causas (RR 1,48 - 14,40) em bebês de 0 a 5 meses (LAMBERTI et al., 2011).
Amamentação continuada de 6 a 23 meses.	Risco 2,8 vezes maior de morte por diarreia, se não amamentada (BLACK et al., 2008); não amamentar associado a 32% de aumento da incidência de diarreia em lactentes de 6 a 23 meses (BHUTTA et al., 2013); não amamentar resultou em risco excessivo de incidência de diarreia (RR 1,32) em bebês de 6 a 11 meses e prevalência (RR 2,07), mortalidade (RR 2,18) e mortalidade por todas as causas (RR 3,69) em bebês de 6 a 23 meses (LAMBERTI et al., 2011).
Alimentação complementar adequada entre crianças de 6 a 23 meses, incluindo ingestão adequada de micronutrientes.	Redução de 6% em todas as mortes de crianças, incluindo pneumonia e diarreia (JONES et al., 2003). Suplementação de vitamina A redução de 23% na mortalidade por todas as causas (BEATON et al., 1993).
Intervenções para prevenir	
Vacinação contra Rotavírus.	Redução de casos de infecções muito graves em 74% (MUNOS et al., 2010).
Lavar as mãos com sabão.	31% de redução do risco de diarreia (CAIRNCROSS et al., 2010); Redução de 48% no risco de diarreia (BLACK et al., 2008).
Saneamento melhorado.	Redução do risco de diarreia em 36% (BLACK et al., 2008).
Maior quantidade de água.	Redução do risco de diarreia em 17% (recomenda-se reconhecer uma quantidade mínima de pelo menos 25 litros por pessoa por dia) (CAIRNCROSS et al., 2010).
Tratamento de água doméstico e seguro armazenamento (para garantir água potável).	31 - 52% de redução do risco de diarreia (reduções maiores realizadas quando usadas corretamente e exclusivamente por populações vulneráveis) (BHUTTA et al., 2013; CLASEN et al.; 2007).

continua

Intervenções para tratar	
Aumentar o acesso aos recursos apropriados cuidados através de casos baseados na comunidade manejo da pneumonia/diarréia.	O cuidado de diarréia com SRO e zinco reduziu as mortes diarréicas entre menores de cinco anos em 93% (MUNOS; WALKER; BLACK, 2010).
SRO	A SRO reduz a mortalidade por diarréia em 69% com a cobertura atual ou 93% se 100% da cobertura (MUNOS; WALKER; BLACK, 2010).
Zinco	O zinco para o tratamento da diarreia reduz a mortalidade por 23% (FISCHER WALKER; BLACK, 2010); 14 - 15% redução na incidência de diarreia (NIESSEN et al., 2009).

Fonte: Adaptado (WHO e UNICEF, 2013).

Avaliação da criança com anemia

A anemia é considerada, mundialmente, a carência nutricional de maior amplitude, com alta prevalência em todas as parcelas da sociedade. Gestantes e menores de 2 anos são os mais atingidos (BRASIL, 2009; WHO, 2008). No Brasil, dados da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde apontam que entre crianças menores de cinco anos sua prevalência é de 20,9%, aumentando para 24,1% em menores de dois anos (BRASIL, 2009).

Vale destacar a íntima relação entre anemia e o desenvolvimento infantil. Crianças que apresentaram anemia em seus anos iniciais, mesmo após tratamento, têm maior chance de apresentar baixo desempenho escolar no decorrer da vida (BRASIL, 2009). Também pode estar associada ao baixo rendimento em adultos, o que favorece a continuidade da pobreza entre as gerações, além de dificultar o progresso de uma nação (BRASIL, 2013).

No Quadro 37, a seguir, apresenta-se a anamnese e exame físico para investigar a anemia.

Quadro 37 - Anamnese e exame físico na avaliação da anemia (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; SBP, 2018; FLORIANÓPOLIS, 2018).

Anamnese	<ul style="list-style-type: none">✓ Identificação de fatores de riscos ambientais e familiares: inadequação de saneamento básico (água e esgoto), higiene pessoal, ambiental e alimentar precárias, baixo nível socioeconômico e instrucional.✓ Antecedentes gestacionais: anemia materna, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), baixo peso ao nascer (< 2.500 gramas), prematuridade (IG < 37 semanas), clampeamento precoce do cordão umbilical.✓ Condição nutricional: peso e comprimento/estatura para a idade de acordo com as curvas de crescimento. Atenção aos casos de desnutrição e obesidade.✓ Desenvolvimento neuropsicomotor e compatibilidade com achados esperados para a idade.
----------	--

<p>Anamnese</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aleitamento materno: duração, idade do desmame e forma de uso de fórmulas infantis ou leite de vaca <i>in natura</i> (início da introdução, diluição, frequência e volume das mamadas por dia). ✓ Alimentação: início e forma que aconteceu a introdução alimentar, rotina alimentar da criança e da família, alimentos introduzidos, formas de preparo, aceitação da criança, dificuldades vivenciadas na alimentação e formas de enfrentamento familiar. ✓ Alergias alimentares: deficiências enzimáticas e alergias que interfiram na absorção de macronutrientes (exemplos: alergia à proteína do leite de vaca (APLV), deficiência de lactase e dissacaridasas). ✓ Deficiências de micronutrientes e vitaminas: zinco, cobre, selênio, vitamina A, vitamina D, vitamina E, vitamina K, vitamina B12 e ácido fólico. ✓ Histórico vacinal da criança de acordo com o Programa Nacional de Imunizações. ✓ História de parasitose intestinal: principalmente presença de <i>Áscaris lumbricoides</i>, <i>Strongyloides stercoralis</i>, <i>Necator americanus</i> e <i>Ancylostoma duodenale</i>. ✓ Uso de suplemento profilático de ferro: início do uso, dose, forma e frequência de administração. ✓ Diagnóstico de malária (anemia hemolítica). ✓ Presença de sinais e sintomas específicos (abaixo). ✓ Identificação de sinais de gravidade (abaixo). ✓ Impressão inicial da criança durante a consulta de enfermagem. 	
<p>Exame físico</p>	<p>Sinais e sintomas</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anorexia; ✓ Pica: ingestão de substâncias não alimentares (papel, amido, gelo, argila, terra, giz). ✓ Irritabilidade; ✓ Cansaço; ✓ Síncope; ✓ Fraqueza muscular; ✓ Sonolência; ✓ Apatia; ✓ Diminuição na discriminação e identificação de odores. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Palidez da face, das palmas das mãos e das mucosas conjuntival e oral; ✓ Desenvolvimento neuropsicomotor inadequado; ✓ Baixo rendimento escolar; ✓ Sinais de sangramento; ✓ Infecções de repetição; ✓ Cáries dentárias; ✓ Alterações audiovisuais; ✓ Unhas quebradiças e rugosas.
	<p>Sinais de gravidade</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alterações dos sinais vitais: taquicardia, taquipneia, hipotensão, distermias; ✓ Uso de musculatura acessória durante a respiração: retrações de fúrcula, subcostal, intercostal e esternal, batimento de aletas nasais; ✓ Letargia, irritabilidade excessiva, rebaixamento do nível de consciência; ✓ Síncopes; ✓ Alterações cardíacas (presença de sopros à ausculta); ✓ Esplenomegalia. 		

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nas referências citadas.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A prevalência de anemia ferropriva ainda é grave problema de saúde pública na infância, estando essa condição clínica subdiagnosticada nos serviços de saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; SBP, 2018). Médicos pediatras nem sempre conseguem absorver a elevada demanda por consultas individuais, o que pode restringir acesso aos exames diagnósticos necessários para definição do estágio da deficiência de ferro de crianças, em especial naquelas com menos de dois anos de idade.

Essa realidade pode ser contornada quando há adoção de parcerias junto aos enfermeiros que atuam na APS, possibilitando diagnóstico precoce e intervenções preventivas em tempo hábil, conforme protocolos pré-definidos e validados. A seguir, apresenta-se um compilado de recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP; 2108) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014), para definição do estágio da deficiência de ferro de acordo com exames laboratoriais.

Quadro 38 - Referência para Enfermagem sobre os exames laboratoriais

Estágio da deficiência de ferro	Definição	Exame laboratorial de referência
Depleção de ferro (1º estágio)	Diminuição dos depósitos de ferro no fígado, baço e medula óssea.	Ferritina sérica: para avaliar as reservas de ferro armazenadas nos tecidos. Valores inferiores a 12µg/L são fortes indicadores de depleção das reservas corporais de ferro em crianças menores de 5 anos, e inferiores a 15µg/L para crianças entre 5 e 12 anos. Espera-se que a criança tenha valores acima de 30µg/dL. Valores intermediários devem ser avaliados após suplementação com ferro.
Deficiência de ferro (2º estágio)	Progressão do estágio da deficiência, sendo utilizada para diagnóstico a própria redução do ferro sérico, aumento da capacidade total de ligação da transferrina e a diminuição da saturação da transferrina.	Ferro sérico: relevante no diagnóstico quando seus valores se encontram menores que 30mg/dL. Transferrina: >250-390µg/dL. Saturação da transferrina: <16%. (os três exames acima não são obrigatórios).

continua

Estágio da deficiência de ferro	Definição	Exame laboratorial de referência
<p style="text-align: center;">Anemia ferropriva (3º estágio)</p>	<p>Diminuição sanguínea da hemoglobina e hematócrito, e alterações hematimétricas (volume corpuscular médio -VCM, hemoglobina corpuscular média - HCM, concentração de hemoglobina corpuscular média - CHCM e amplitude de distribuição dos eritrócitos -RDW).</p>	<p>Hemoglobina: valores menores de 11g/dL (crianças de 6 a 60 meses), 11,5g/dL (crianças de 5 a 11 anos) e 12g/dL (crianças entre 12 e 14 anos). Hematócrito: valores abaixo de 33% (crianças de 6 a 60 meses) e 34% (crianças de 5 a 11 anos).</p>
<p>Observações importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> *A concentração de ferritina é influenciada pela presença de doenças hepáticas e processos infecciosos e inflamatórios, devendo ser interpretada com cautela. * A redução no número de leucócitos (leucopenia) e o aumento na contagem do número de plaquetas (plaquetose) também podem ser indicativos do quadro de anemia e devem ser considerados. *A contagem dos reticulócitos se relaciona à eritropoiese (processo que corresponde à formação dos eritrócitos), uma vez que o volume de hemoglobina presente nos reticulócitos representa o volume de ferro disponível para a eritropoiese e é um indicador precoce da anemia ferropriva e déficit de hemoglobinização. A referência para crianças do seu valor relativo é de 0,5% a 2%, e do valor absoluto de 25000-85000/mm³, devendo este último ser utilizado por ser mais fidedigno. *A avaliação clínica não é suficiente para detecção precoce dos casos, uma vez que os sinais clínicos se tornam visíveis apenas depois da condição instalada ou quadro de deficiência já intenso, com consequências graves e de longa duração. 		
<p>Segundo a SBP (2018): “Os exames laboratoriais de rotina para diagnóstico e para a profilaxia da anemia são preferencialmente o hemograma completo (com parâmetros hematimétricos), contagem de reticulócitos e ferritina. O uso da ferritina como marcador da fase de depleção é essencial, porque, quando há intervenção nesta fase, os resultados são de possível profilaxia dos déficits cognitivos. A proposta do consenso é que haja uma triagem de exames já em crianças a partir dos 12 meses de vida.</p>		

TRATAMENTO

A suplementação profilática é demonstrada como suficiente para elevar a concentração de hemoglobina e estoques de ferro, contribuindo para a redução do risco de anemia (SBP, 2018). É uma medida com boa relação de custo efetividade e, no Brasil, o desenvolvimento dessas ações profiláticas ocorrem desde 2005 por meio do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) (BRASIL, 2013).

O PNSF recomenda que a suplementação profilática de ferro ocorra para todas as crianças a partir de seis meses até 24 meses de idade, com base em recomendações da SBP de 2012.

Contudo, recente consenso da SBP (2018) recomenda que seu início seja aos três meses de idade, sendo mantida pelo menos até o segundo ano de vida, independente do regime de aleitamento.

As novas recomendações para profilaxia estão listadas abaixo, inclusive aquelas específicas para tratamento de anemia diagnosticada, e para crianças prematuras (< 37 semanas) e nascidas com baixo peso (< 2.500 gramas).

Sugere-se que a prescrição profilática de ferro seja realizada pelo profissional Enfermeiro (COFEN, 1997), respaldada em protocolos nacionais, estaduais e/ou municipais, com objetivo de garantir o efetivo acesso universal das crianças ao medicamento, assim como a continuidade do tratamento, por meio do acompanhamento realizado em consultas de puericultura, haja vista a segurança terapêutica já consolidada em literatura e o caráter de urgência pediátrica.

Já o tratamento, pautado pela confirmação diagnóstica, deve ser instituído pelo profissional Médico. Segundo a SBP (2018), o planejamento terapêutico da anemia ferropriva depende, além de possíveis correções alimentares, da identificação etiológica, com correção da causa primária e suplementação de ferro oral (dose de 3 a 5mg de ferro elementar/kg/dia, fracionado ou em dose única, antes das refeições, por três a seis meses). A dose de ferro depende do sal utilizado na suplementação, e sua escolha deve ser pautada nos padrões de absorção de cada sal, no grau de resposta em relação ao tempo, e na menor ocorrência de efeitos colaterais.

Contudo, uma vez identificadas crianças com potencial diagnóstico de anemia, por meio dos sinais e sintomas listados acima, o Enfermeiro deverá adiantar a solicitação de exames laboratoriais (COFEN, 1997), devendo a criança ser encaminhada para consulta médica na vigência de alterações nos parâmetros de referência, que devem estar listados pelos laboratórios responsáveis pelas análises do sangue.

A monitorização do quadro deve ser realizada pelos parâmetros laboratoriais de reticulócitos, hemograma completo a cada 30 a 60 dias, e dosagem de marcadores do estoque de ferro-ferritina, com 30 e 90 dias. O tratamento deve durar até a reposição dos estoques de ferro, quase sempre por volta dos seis meses de tratamento (SBP, 2018).

A SBP reforça a não utilização do leite de vaca antes do primeiro ano de vida. Dessa forma, a criança menor de um ano que recebe leite de vaca in natura, ou fórmula inadequada, precisa passar por avaliação médica precoce para adequação das necessidades de suplementação por estar vulnerável às deficiências nutricionais (SBP, 2018).

O tratamento pode ter baixa adesão devido aos efeitos adversos causados pela suplementação com sais ferrosos (por exemplo, sulfato ferroso). Essas manifestações são caracterizadas por náuseas, vômitos, gosto metálico, pirose, dispepsia, plenitude ou desconforto abdominal, diarreia e obstipação. Por sofrer influência dos componentes dietéticos, a suplementação com sais de ferro deve ser realizada longe das refeições, recomendando-se a tomada em jejum, 1h antes das refeições ou antes de dormir. Outros sais de ferro podem ser mais bem tolerados e podem sofrer menos influências dietéticas, contudo não estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; SBP, 2018).

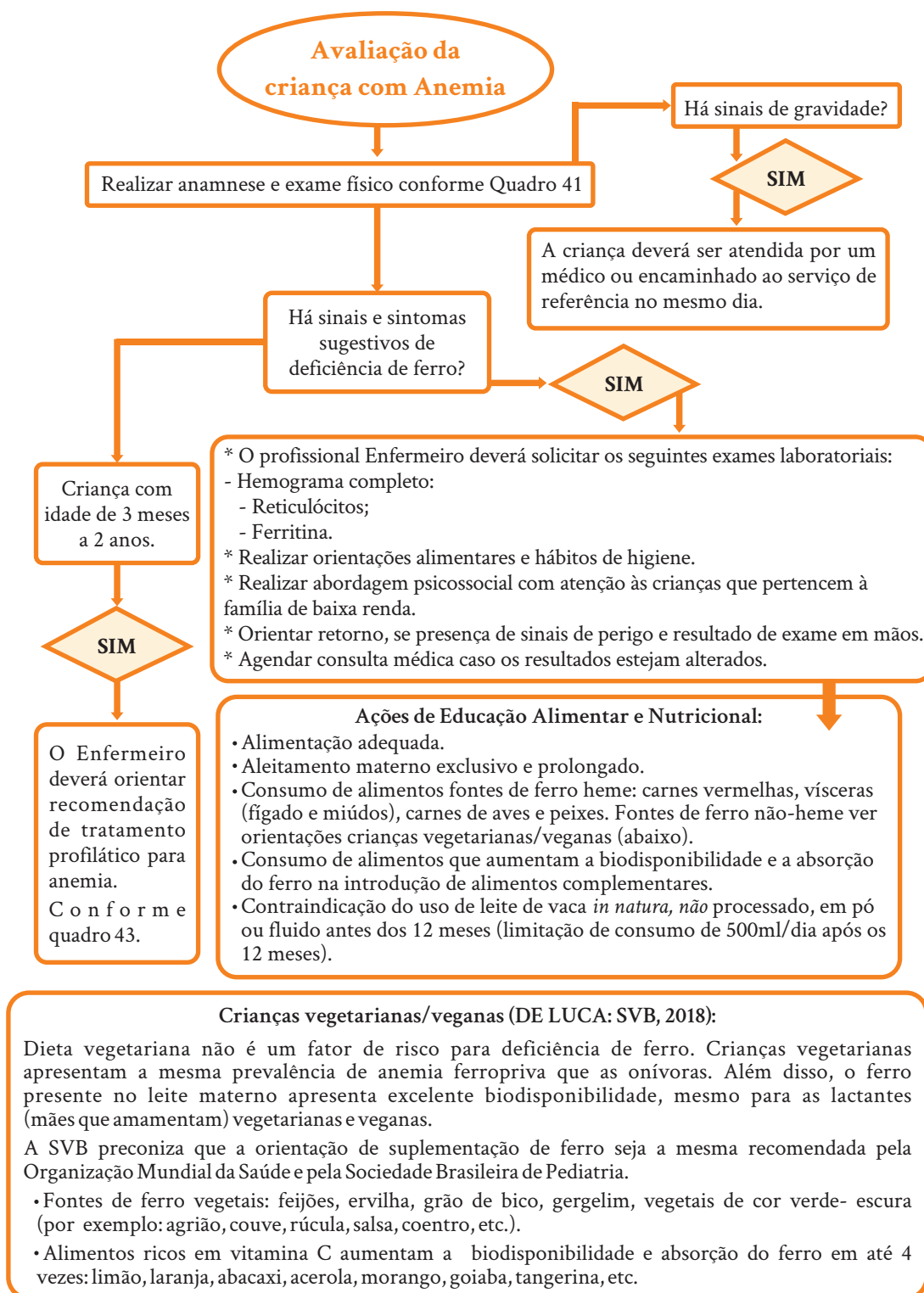
Quadro 39 – Consenso sobre o tratamento para anemia ferropriva em crianças

Consenso sobre anemia ferropriva: Sociedade Brasileira de Pediatria (2018)	
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em aleitamento materno exclusivo ou não.	1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida.
Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em uso de menos de 500mL de fórmula infantil por dia.	1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida.
Recém-nascidos a termo com peso inferior a 2500g.	2 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos pré-termo com peso entre 2500 e 1500g.	2 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este prazo, 1mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos pré-termo com peso entre 1500 e 1000g.	3 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos pré-termo com peso inferior a 1000g.	4 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/dia mais um ano.

Fonte: SBP (2018).

A seguir, apresenta-se o algoritmo da consulta do Enfermeiro à criança para avaliação da anemia ferropriva.

Algoritmo 7 - Consulta para avaliação da criança com anemia ferropriva



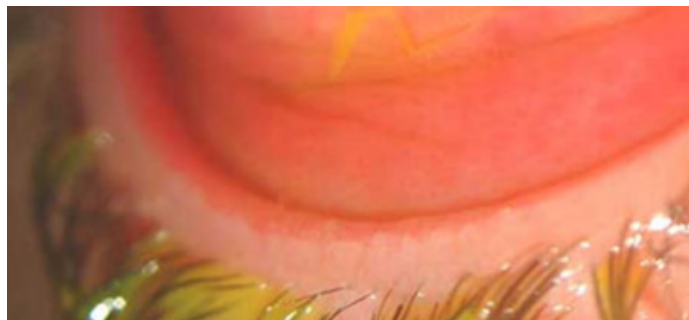
Fonte: elaborado pelas autoras.

Avaliação da criança com problemas oculares

Os problemas oculares são comuns na infância. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018), a APS deve assegurar às pessoas atendimento oftalmológico com o propósito de prevenir e detectar problemas visuais promovendo tratamento e reabilitação, pois se não tratados adequadamente poderão causar cegueira e/ou deficiência visual. Embora as conjuntivites e as xeroftalmias (olho seco) não afetem a visão, são situações de grande procura de atendimento nos serviços de saúde e não devem ser negligenciados.

FOCO DA PRÁTICA

Conjuntivite (Figura 1) - inflamação da conjuntiva, parte branca dos olhos, ocorre a partir de uma variedade de causas normalmente relacionadas à idade. Os vírus, as bactérias, os fatores alérgenos ou corpos estranhos são as causas mais comuns em crianças. A conjuntivite aguda mais frequente nas crianças é a bacteriana. O diagnóstico é feito principalmente a partir das manifestações clínicas, embora as culturas de drenagem purulenta possam ser necessárias para identificar a causa específica (HOCKENBERRY, 2018).



Sinais clínicos (HOCKENBERRY, 2018, p. 172)

Conjuntivite bacteriana (“olho rosa”)

- Drenagem purulenta
- Formação de crosta nas pálpebras, principalmente ao acordar
- Conjuntiva inflamada
- Pálpebras inchadas

Conjuntivite viral

- Geralmente ocorre com infecção do trato respiratório superior
- Drenagem serosa (aquosa)
- Conjuntiva inflamada
- Pálpebras inchadas

Conjuntivite alérgica

- Prurido
- Secreção aquosa e espessa, fibrosa
- Conjuntiva inflamada
- Pálpebras inchadas

Conjuntivite causada por corpo estranho

- Lacrimejamento
- Dor
- Conjuntiva inflamada
- Geralmente apenas um olho afetado

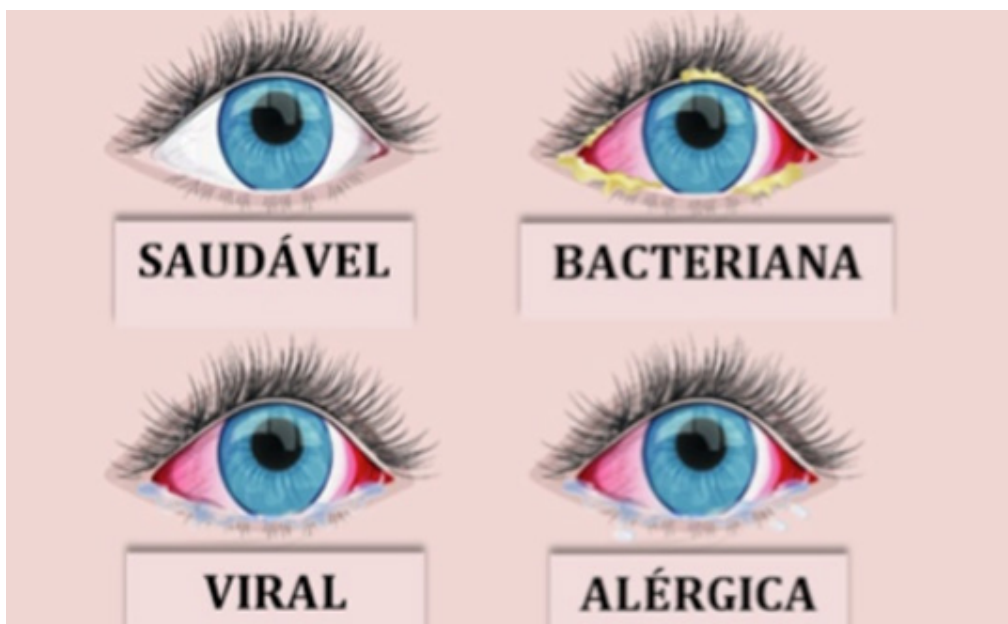


Figura 2. Ilustração e comparação de olho saudável e acometidas por conjuntivites.
Fonte: QUECK, 2020.

Hordéolo (terçol)

O Hordéolo ou terçol, trata-se de um abscesso agudo, geralmente causado por *Staphylococcus* que infecta o folículo capilar dos cílios, podendo ser interno (no interior da pálpebra) ou externo (no exterior da pálpebra, próximo aos cílios). Conforme imagem abaixo (Figura 3).



Figura 3. Hordéolo (PEREIRA, 2020)

Sinais Clínicos:

Os sintomas mais comuns incluem eritema, edema e dor nas pálpebras. Pode haver lacrimejamento, fotofobia e sensação de corpo estranho. Normalmente, uma pequena pústula amarelada se desenvolve (BRAGG; LE; LE, 2020).

Processo de Enfermagem

O enfermeiro deve levantar as informações no Quadro 40, a seguir na consulta de Enfermagem para conjuntivite (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2019).

Quadro 40– Anamnese e exame físico na avaliação ocular (ALFONSO; FAWLEY; LU, 2015; AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2019).

Anamnese	Exame físico
<p>Observe a postura, posição e os tipos de movimento corporal, pois a criança com problema ocular pode inclinar a cabeça, de forma característica, para ver melhor.</p> <p>Sinais e sintomas oculares (prurido, secreção, irritação, dor, hiperemia, fotofobia, turvação visual, diminuição da acuidade visual).</p> <p>Duração e tempo de curso dos sintomas.</p> <p>Apresentação unilateral ou bilateral dos sinais e sintomas.</p> <p>Características da secreção (purulenta, mucoserosa, ausente).</p> <p>Exposição recente a uma pessoa infectada (familiares, colegas), investigar possível surto no ambiente escolar.</p> <p>Lesões ou trauma (mecânico, químico).</p> <p>Uso de lentes de contato (tipo de lente, higiene e esquema de uso).</p> <p>Existência de comorbidade (infecção respiratória superior, otite média bacteriana, etc.).</p> <p>Histórico ocular (por exemplo, episódios prévios de conjuntivite e cirurgia oftalmológica prévia).</p> <p>Em se tratando de Hordéolo (terçol).</p> <p>Dor ocular e se os movimentos extraoculares estão intactos e indolores.</p> <p>Se há redução da acuidade visual.</p> <p>Se há histórico de corpo estranho ou trauma.</p> <p>Problemas de visão, tais como fotofobia ou muito lacrimejamento.</p> <p>Se tem hordéolos com frequência.</p> <p>Se houve piora do hordéolo ou não houve melhora após sete dias de tratamento.</p>	<p>Ao executar o exame físico, o enfermeiro deve-se atentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pele: sinais de rosácea, eczema, seborreia; • Anormalidades das pálpebras e anexos: edema, descoloração, mau posicionamento, frouxidão, ulceração, nódulos, equimose, neoplasia. • Conjuntiva: hiperemia (difusa ou localizada), hemorragia subconjuntival, quemose (inchaço da conjuntiva), massas, secreção (aspecto, quantidade, coloração, presente unilateral ou bilateralmente).

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O Quadro 41, abaixo, demonstra as principais diferenças entre a conjuntivite viral e bacteriana, visando auxiliar o enfermeiro na distinção do quadro do paciente.

Quadro 41 - Sinais e sintomas das principais etiologias da conjuntivite.

Sintomas	Conjuntivite bacteriana	Conjuntivite viral
Aparência da secreção ocular	Purulenta ou mucopurulenta	Mucosserosa
Presença de eritema (vermelhidão)	Moderada a severa	Suave a moderada
Prurido	Nenhum a suave	Suave a moderado
Acometimento bilateral	Inicialmente unilateral	Raro
Presença de coinfeção do trato respiratório superior	Raro	Comum

Fonte: adaptado de ALFONSO; FAWLEY; LU (2015).

Inspeção de estruturas externas (FOOTE, 2018):

- Olhos abertos - pálpebra superior deve cair perto da íris superior;
- Olhos fechados - as pálpebras deverão cobrir completamente a córnea e a esclera;
- Examine a conjuntiva palpebral - deve ser rosa e brilhante;
- Observar estrias amarelas ao longo da borda - são as glândulas sebáceas ou meibomianas;
- Localizar o ponto lacrimal entre a borda interna das pálpebras superior e inferior. Atentar qualquer lacrimejamento, secreção ou inflamação do aparelho lacrimal;
- Junção da córnea e esclera (conjuntiva bulbar) deve ser transparente;
- Córnea deve ser clara e transparente;
- Comparar o tamanho, forma e movimento das pupilas (redondas, claras e iguais), devem contrair à medida que a luz se aproxima;
- Observar se o edema está localizado além da pálpebra (Hordeólo).

Inspeção de estruturas internas (FOOTE, 2018):

- Distrair a criança para realizar o exame oftalmoscópico;
- Observar por meio do oftalmoscópio o fundo vermelho, inspecionar os vasos sanguíneos, mácula ou disco óptico (área onde os vasos sanguíneos e as fibras ópticas se localizam no olho);
- Observar o alinhamento ocular.

Diagnósticos de enfermagem (CIPE, 2016):

a. Dor

Definição operacional: Percepção: aumento de sensação desagradável no corpo; relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento auto protetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo de percepção, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação, e perda de apetite.

b. Infecção

Definição operacional: Processo Patológico: Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antígeno-anticorpo.

c. Edema

Definição operacional: Retenção de Líquidos: Condição de excessiva acumulação de líquidos orgânicos nos espaços teciduais; retenção de líquidos com tumefação dos tecidos periféricos dos membros inferiores na posição de pé, tumefação da região lombar na posição supina, edema central acompanhado de respiração superficial, alteração do padrão respiratório ou sons respiratórios anormais.

a. Ferida traumática

Definição operacional: Ferida: Solução de continuidade inesperada de tecido na superfície do corpo, associada à lesão mecânica devido à agressão ou acidente; lesão irregular da pele, mucosa ou tecido, tecido doloroso e magoado, drenagem e perda de soro e sangue; associada a tecido pouco limpo, sujo ou infectado.

Prescrições de enfermagem (HOCKENBERRY, 2018):

Conjuntivite viral e bacteriana

- Remover secreções acumuladas limpando do canto interno para baixo e para fora;
- Avaliar frequência, intensidade e localização da dor;
- Evitar esfregar os olhos;
- Realizar compressas e lavagem ocular com gaze estéril 4x/dia ao dia, no mínimo;
- Arejar bem o ambiente;
- Usar lenços de papel no contato com os olhos;
- Lavar seguidamente as mãos da criança;
- Usar toalhas e roupas de cama individuais;
- Afastamento escolar por cinco dias ou quando melhorar secreção ocular;
- Retornar se piora nos sintomas e/ou início de secreção purulenta.

Hordéolo

- Realizar compressas com água filtrada morna ou soro fisiológico e gaze estéril 2-4x/dia deixando sobre o olho de 10 a 15 minutos, para que a secreção seja drenada espontaneamente; não furar ou espremer a pústula;
- Realizar a massagem com a ponta dos dedos sobre a gaze durante 10 minutos;
- Reforçar para não furar ou espremer o terçol;
- Realizar higiene ocular frequentemente para prevenir o aparecimento de novas lesões;
- Retornar em situações de piora do quadro ou sem melhora após 7 dias de tratamento; extensão além da pálpebra; olho vermelho ou febre; problemas de visão, tais como fotofobia ou muito lacrimejamento ou aparecimento de infecções secundárias e hordéolos de repetição para encaminhamento médico.

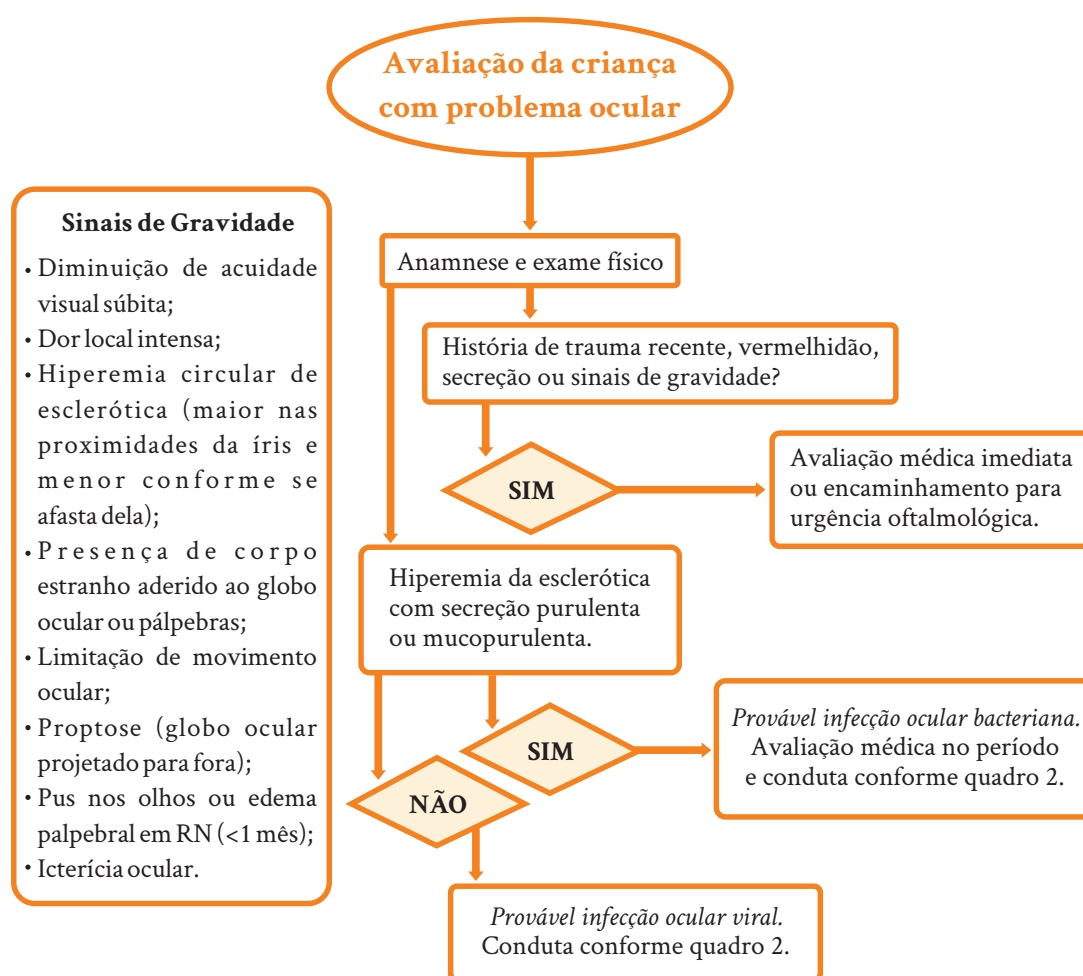
Tratamento (FOOTE, 2018; OLIVEIRA, 2018, p.165):

Queixas de diminuição da visão, dor, fotofobia, exoftalmia (olhos protuberantes), redução da mobilidade ocular, ulceração da córnea e padrões incomuns de inflamação encaminhar imediatamente para um oftalmologista.

Paracetamol 200 mg/mL (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas OU Dipirona 500 mg/mL (gotas) Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas;

Etiologia bacteriana - colírio prescrito “1 a 2 gotas por 48 a 72 horas de uso até melhora evidente e depois a cada 4 a 6 horas até completar 7 dias ou até ocorrer remissão completa dos sintomas”.

Fluxograma 7 - Atendimento à criança com conjuntivite



Fonte: Florianópolis (2018).

Avaliação da criança com problemas dermatológicos

A pele, por ser o maior órgão do corpo humano, corresponde a aproximadamente 20% de toda a massa corporal do indivíduo. Basicamente, sua composição ocorre pela epiderme e pela derme, responsáveis principalmente pela proteção do corpo contra traumatismos, regulação da temperatura corporal, manutenção do equilíbrio hídrico e eletrolítico, percepção de estímulos dolorosos e participação na síntese de vitamina D e função de barreira contra os microorganismos (MANUAL MSD, 2017).

Em crianças, os problemas dermatológicos estão entre as causas mais frequentes de procura dos serviços de saúde na Atenção Básica (BRASIL, 2016; FERREIRA et al., 2019). Na maioria das vezes, os problemas são simples, de evolução favorável e podem ser manejados pelo enfermeiro (BRASIL, 2016). No Quadro 41, verifica-se a identificação das lesões que podem ser encontradas durante a realização dos atendimentos executados pelo enfermeiro.

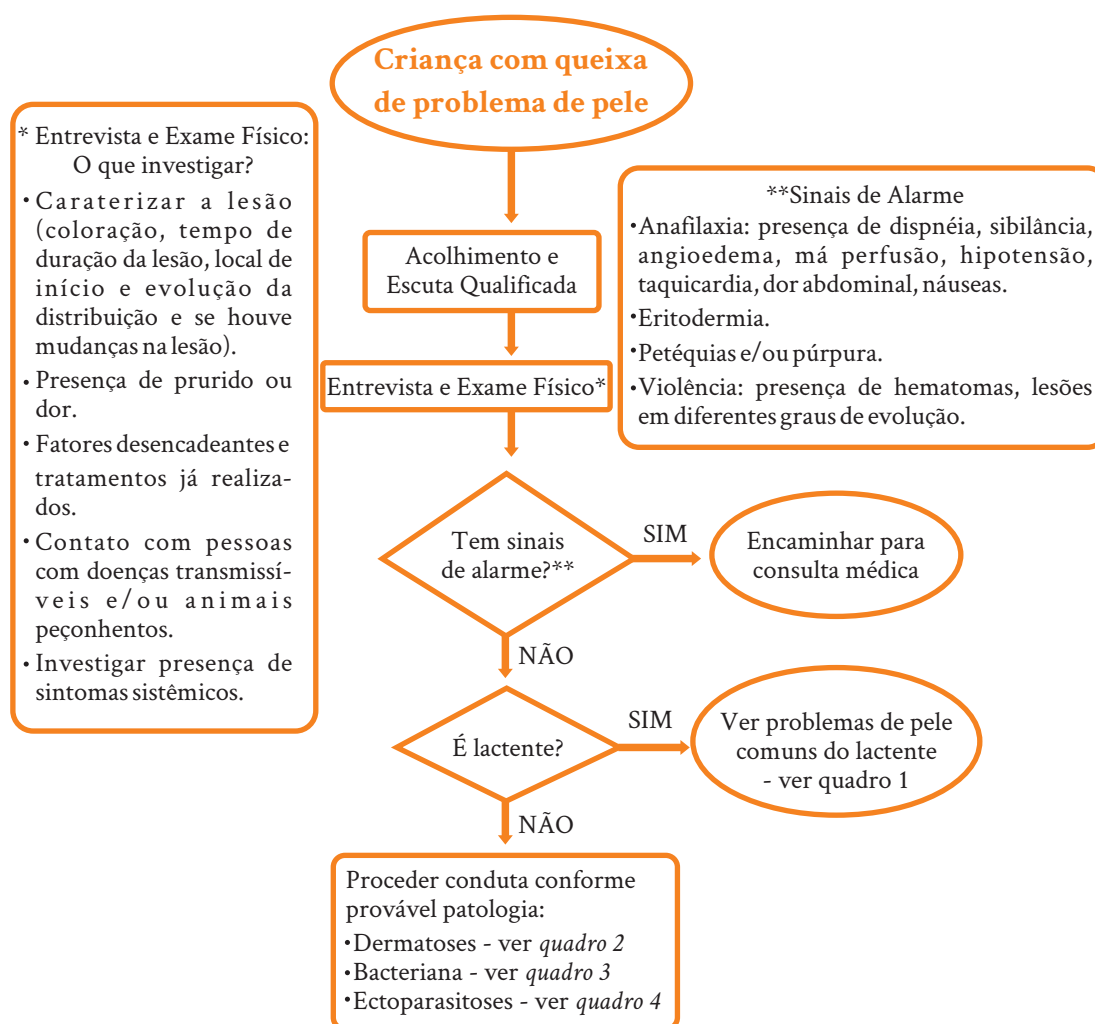
Quadro 42 – Anamnese e exame físico para avaliação de problemas dermatológicos

Anamnese	Exame físico
Atentar para a aparência física, estado nutricional, comportamento, interação familiar. Observar a higiene da criança quanto à limpeza; odor corporal; aspectos dos cabelos, pescoço, unhas, dentes e pés; aspectos das roupas.	Avaliar a pele (cor, textura, temperatura, umidade, turgor, lesões, acne, erupções cutâneas) por meio da inspeção e palpação; Inspeccionar os cabelos e couro cabeludo para higiene geral, lesões, descamações, evidência de infestação e sinais de trauma; Observar crescimento de pelos secundários em crianças na fase da puberdade; Inspeccionar as unhas (cor, forma, textura, qualidade), leitos ungueais, tamanho (curtas e irregulares) e sujidades.

Anamnese	Exame físico
Diagnóstico de enfermagem (CIPE, 2016) a. Dor cutânea Definição operacional: desconforto ligeiro a intenso, resultante de lesão ou doença de pele. b. Ferida Definição operacional: Parte da estrutura corporal comprometida; lesão tecidual habitualmente associado a danos físicos ou mecânicos; formação de crosta e tunelização dos tecidos; drenagem serosa; drenagem sanguínea ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele circundante macerada e anormal; aumento da temperatura da pele; odor; sensibilidade dolorosa aumentada. c. Infecção Definição operacional: Processo Patológico: invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antígeno-anticorpo. d. Infestação por piolhos Definição operacional: infestação	

Fonte: Elaborado pelas autoras.



Algoritmo 8 - Avaliação de Enfermagem para problemas dermatológicos



Quadro 43 – Identificação e manejo dos principais problemas de pele do Recém-nascido

Problema	Identificação	Conduta do Enfermeiro
<p>Miliária Miliária</p>  <p><i>Fonte: Pediatria descomplicada</i></p>	<p>Pequenas pápulas amareladas, menores que 1 mm no nariz, bochechas, e cistos de inclusão com queratina (miliar). Pequenas pápulas – retenção de suor por oclusão das estruturas exócrinas, desencadeada por calor excessivo e umidade (SÃO PAULO, 2003; BRASIL, 2016).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe e/ou cuidador para não tentar retirá-las, nem espreme-las. • Tranquilizar a família. Trata-se de uma alteração benigna e resolve espontaneamente entre 4 e 5 meses de vida. • Orientar o uso de roupas mais leves e evitar o uso de roupas de tecidos irritantes. • Evitar banhos com temperatura elevada (SÃO PAULO, 2003; BRASIL, 2016).
<p>Mancha Mongólica</p>  <p><i>Fonte: lucianamaluf.com.br</i></p>	<p>São manchas hiper pigmentadas, que variam entre cinza, azul acinzentado ou preto acinzentado. Localizam-se principalmente sobre a região glútea, porém, podem surgir em outras regiões. Presente desde o nascimento, de tamanho variável (GUPTA; THAPPA, 2013; BRASIL, 2016).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizar a família. • Explicar que a maioria some até os 5 anos (BRASIL, 2016).

Quadro 44 – Identificação e Manejo das Principais Dermatoses

Problema	Identificação	Conduta do Enfermeiro
<p>Dermatite Amoniacal</p>  <p>Fonte: <i>Pediatria descomplicada</i></p>	<p>A dermatite amoniacal, popularmente conhecida como dermatite de fralda, é uma reação inflamatória causada pelo contato com fezes e urina por longos períodos, gerando a irritação da pele, principalmente na região das genitálias e nádegas (FERNANDES, MACHADO, OLIVEIRA, 2008; FERREIRA, 2007). A umidade causada pelas sujidades favorece o aparecimento das infecções, sendo esse ambiente propício para a contaminação por infecções secundárias, como a candidíase (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2008; FERREIRA, 2007).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe e/ou cuidador: (SÃO PAULO, 2003; BRASIL, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2018). <ul style="list-style-type: none"> » Lavar o local com água morna a cada troca de fralda e secar bem a região das dobras, evitando a umidade da pele. » Trocar as fraldas, com intervalo < 4 horas. » Usar sabonete com pH neutro após evacuações; » Suspender o uso de lenços umedecidos, bem como produtos industrializados (por exemplo: óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele). » Expor a área afetada ao sol uma vez ao dia, entre 5 a 15 minutos. » Aplicar creme de barreira (óxido de zinco, vitamina A e D) a cada troca de fralda. • Não observada melhora, prescrever o uso de nistatina creme após cada troca de fralda, por 5 dias (SÃO PAULO, 2003).
<p>Candidíase das Fraldas</p>  <p>Fonte: <i>msdmanuals.com</i></p>	<p>Trata-se de uma infecção secundária causada pelo fungo <i>Candida albicans</i>, decorrente de uma dermatite anterior (dermatite de fralda). É caracterizada por placas avermelhadas, descamativas e pústulas. Em casos recorrentes, investigar candidíase no trato digestivo e oral (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2009; BRASIL, 2016).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proceder com as mesmas orientações da dermatite amoniacal. • Em casos mais severos, considerar o uso de creme miconazol 2% em todas as trocas de fralda até a melhora do quadro (BRASIL, 2016).

continua

Problema	Identificação	Conduta do Enfermeiro
<p>Dermatite Seborreica</p>  <p>Fonte: <i>drvinciusfiguereado.com.br</i></p>	<p>Doença inflamatória crônica frequente nas primeiras semanas de vida, caracterizando-se pela presença de placas eritematosas e escamas amareladas aderidas à pele, com extensão variada. Atinge principalmente a face, o couro cabeludo, tórax, as axilas e a região inguinal (SAMPAIO et al., 2011; BRASIL, 2016).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizar a família. • Explicar que essa condição tem um ótimo prognóstico. • Pode-se aplicar óleo antes do banho para hidratar as escamas e facilitar a queda natural. • Orientar a não retirar as escamas ativamente para evitar o risco de lesão e infecção secundária. • Em casos mais intensos, recomenda-se o uso de hidrocortisona 1% creme por curto período associado ao cetoconazol 2% xampu (BRASIL, 2016).

Quadro 45 – Identificação e Manejo das Principais Infecções Bacterianas

Problema	Identificação	Conduta do Enfermeiro
<p>Impetigo</p>  <p>Fonte: <i>msdmanuals.com</i></p>  <p>Fonte: <i>outpitying.kwikphp.com</i></p>	<p>A lesão se inicia com mácula eritematosa de 1 a 2 mm que evolui para vesícula ou bolha de parede delgada com aréola eritematosa com líquido fluido amarelado. Pode ocorrer em qualquer parte da pele, sendo mais comum em face. Essas lesões se espalham rapidamente e são altamente contagiosas. Normalmente não causa hipertermia (BRASIL, 2016; RECIFE, 2019).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Romper as vesículas como auxílio de dois cotonetes. • Remover as crostas com sabonete neutro e secar bem. • Aplicar solução de permanganato de potássio (1:10.000 - 1 comprimido de 100 mg diluído em 2 litros de água), em seguida, aplicar neomicina, 4 vezes ao dia, por 7 a 10 dias. • Caso não haja melhora 48 horas após o início do tratamento, encaminhar para avaliação médica (RECIFE, 2019).

Quadro 46 – Identificação e Manejo das Ectoparasitoses

Problema	Identificação	Conduta do Enfermeiro
<p style="text-align: center;">Pediculose</p>  <p><i>Fonte: oglobo.globo.com</i></p>	<p>Causada pela infestação de piolhos e mede cerca de 2 a 4 mm de comprimento e possui coloração marrom claro, dificultando a identificação a olho nu. O diagnóstico é feito com a identificação do parasita, presença de lêndeas (ovos do parasita) e prurido intenso (CUMMINGS; FINLAY; MACDONALD, 2018).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar loção de permetrina 1% no couro cabeludo, incluindo a região retroauricular e nuca. Deixar o produto agir por 5-10 minutos e enxaguar. Repetir este procedimento após 7 dias. • As lêndeas devem ser retiradas com pente fino após aplicação de vinagre 1:1 em água morna. • Orientar a mãe e/ou cuidador: desprezar na privada os piolhos e lêndeas retirados; ferver ou enxaguar com água quente a roupa de cama de quem estiver com a infestação; passar ferro quente; limpar bem as escovas e pentes usados e deixar separados das demais pessoas da casa (RECIFE, 2019).
<p style="text-align: center;">Escabiose</p>  <p><i>Fonte: revista.spdv.com.pt</i></p>	<p>Trata-se de uma patologia contagiosa, transmitida pelo contato direto com o indivíduo infectado ou compartilhamento de roupas e toalhas. Surgimento de pápulas avermelhadas e prurido intenso, principalmente à noite. Em crianças de até 24 meses, as lesões de pele são mais comuns na face, couro cabeludo, região periumbilical, plantar e palmar. A partir dos 2 anos, as lesões são mais comuns no couro cabeludo, axilas, abdome, genitais, glúteo, punhos e interdistais (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar permetrina a 5% em todo o corpo (exceto rosto e região genital), após higiene, à noite, antes de dormir. Repetir este procedimento após 7 dias. • Orientar a mãe e/ou cuidador para a troca e lavagem das roupas e roupas de cama, realizando a lavagem, exposição ao sol e passando-as com ferro quente. <p>Verificar e tratar também os cuidadores e contatos intradomiciliares (RECIFE, 2019).</p>
<p style="text-align: center;">Tungíase</p>  <p><i>Fonte: Brasil (2002)</i></p>	<p>Caracteriza-se com uma ou mais pápulas amareladas com pontos pretos centrais, com prurido intenso. Mais comum em extremidades inferiores: região de calcâneo, interdigital e ungueal (BRASIL, 2016).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar extração da tunga sob uso de assepsia local (álcool 70%, clorexidina ou iodopovidona-PVPI). Utilizar agulha estéril de calibre adequado para o tamanho da lesão. <p>Checar esquema vacinal da criança para prevenção do tétano e, em caso de estar desatualizado, proceder a vacinação (BRASIL, 2016).</p>

Referências

ALFONSO, S.A.; FAWLEY, J.D.; LU, X.A. Conjunctivitis. *Prim Care*, v. 42, n. 3, p. 325-345, set. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26319341>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Conjunctivitis Preferred Practice Pattern®. *Ophthalmology*, v. 126, n.1, p.P94-P169., jan. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30366797>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

BANDÚROVÁ, V.; PLZÁK, J.; BOUCEK, J. Differential diagnosis of ear pain. *Cas Lek Cesk*, v. 158, n.6, p.231-34, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31931581>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

BEATON et al. Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of Young child morbidity and mortality in developing countries– Nutrition policy discussion paper, n. 13. *State of the Art Series*. Geneva. Administrative Committee on Coordination / Subcommittee on Nutrition, p.166, agos. 1993. Disponível em: <https://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/Policy_paper_No_13.pdf>.

BHUTTA et al. Interventions to address diarrhoea and pneumonia deaths equitably: what works and at what costs? *The Lancet*, v. 381, n. 9875, p. 1417-1429, abr 2013. DOI: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60648-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60648-0)>.

BIAGIOLI E, TARASCO V, LINGUA C, MOJA L, SAVINO F. Pain-relieving agents for infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 9. Art. No.: CD009999. DOI: 10.1002/14651858.CD009999.pub2.

BLACK et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*. v. 371, n. 9608, p. 243-260, jan 2008. DOI: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61690-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61690-0)>.

BRAGG, K.J.; LE, P.H.; LE J.K. **Hordeolum**. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, jan, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441985/>> Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 9 - Dermatologia na Atenção Básica**. Brasília 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 07 de abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de quadros de procedimentos: AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 74 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Quadro de Procedimentos: AIDPI Neonatal**. 5ª ed. Brasília, p. 40, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde. Coordenação de Rejane Silva Cavalcante et al. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Manual AIDPI Neonatal / Atendimento à Criança menor de 2 meses**. 5 ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 228 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde da criança** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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. 184 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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, 2013, 24p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. **Anemia por deficiência de ferro**, 2014. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/15/Anemia-por-Deficiencia-de-Ferro.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – 2. ed. atualizada [versão eletrônica] – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 151 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1ª ed. Brasília, V. 1, n. 3. p. 219-234, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Doenças Diarreicas Agudas Brasil**. Brasília. set. 2018. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/09/Apresenta----o-DDA-Abril-2018.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. **Calendário Nacional de Vacinação**. 2017b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretariasvs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>>.

CAIRNCROSS et al. Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea. **International Journal of Epidemiology**, v. 39, Supplement 1, p. i193-i205, 2010. DOI: <<https://doi.org/10.1093/ije/dyq035>>.

CHEN, F.V.; CHANG, T.C.; CAVUOTO, K.M. Patient demographic and microbiology trends in bacterial conjunctivitis in children. **J AAPOS**, v. 22, n. 1, p. 66-67, fev. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29247795>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

CIPE. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem** - versão 2016. Edição Portuguesa. Conselho Internacional de Enfermeiros. Genebra: maio 2016.

CLASEN et al. Interventions to improve water quality for preventing diarrhoea: systematic review and metaanalysis. **British Medical Journal**. V.334, n. 7597, p. 782, 2007.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN, n. 195, fev.1997. **Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiros**. Rio de Janeiro: Cofen, 1997. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html>. Acesso em: 05 abr. 2020.

CONLON, P.M. A criança com disfunção respiratória. In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D.; RODGERS, C.C. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 10ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Unidade 9, cap. 21, p. 636-688.

COREN. **Protocolo de enfermagem na atenção básica do Coren-PE / Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco**. — Recife: COREN, 2019.

CUMMINGS, C.; FINLAY, J. C.; MACDONALD, N. E. Infestações por piolhos: uma atualização clínica. *Pediatria e saúde infantil*, v. 23, n. 1, p. 18-24, fev. 2018. Doi:<<https://doi.org/10.1093/pch/pxx165>>.

DE LUCA, F. **Todo bebê nasce vegetariano: guia prático de alimentação saudável para bebês**. 2.ed, 43p. 2018.

DIRETRIZES brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em em pediatria. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33 (Supl. 1S): S 31-S 50, 2007.

FERNANDES, J.D.; MACHADO, M.C.R.; OLIVEIRA, Z.N.P. Fisiopatologia da dermatite da área das fraldas: parte I. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 83, n. 6, p. 567-571, dez. 2008. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0365-05962008000600012>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

FERNANDES, J.D.; MACHADO, M.C.R.; OLIVEIRA, Z.N. P. Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas: parte II. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, p. 47-54, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2020.

FERNANDES, T. F. Suplementação de nutrientes. *Boletim da Sociedade de Pediatria de São Paulo*. Ano 4 | no 5 set/out 2019.

FERREIRA, J. P. et al. *Pediatria: Diagnóstico e tratamento [recurso eletrônico]* – Porto Alegre: Artmed, 2007.

FINNIKIN, S.; JOLLY, K. Nursery sickness policies and their influence on prescribing for conjunctivitis: audit and questionnaire survey. *Br J Gen Pract*, v. 66, n. 650, p.674-679, set. 2016. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27381485>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

FISCHER WALKER, C.L., BLACK, R.E. **Zinc for the treatment of diarrhoea**: effect on diarrhoea morbidity, mortality and incidence of future episodes. *International Journal of Epidemiology*. v. 39, n. Suppl 1, p. i63-i69, 2010.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Protocolo de Enfermagem. **Atenção à demanda de cuidados na criança**, v. 5, 2018, 47p.

FOOTE, J.M. Comunicação e avaliação física da criança e da família. In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D.; RODGERS, C.C. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 10.ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Unidade 2, cap. 4, p. 57-113.

GARCIA, T.R. **Classificação Internacional para Prática da Enfermagem - CIPE®**: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed; 2018.

GUPTA, D.; THAPPA, D. M. Pontos da Mongólia: qual a importância deles? **Revista mundial de casos clínicos**. v. 1, n. 8, p. 230-232, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3856299/>>.

HOCKENBERRY, M.J. Doenças infecciosas e transmissíveis da infância. In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D.; RODGERS, C.C. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 10.ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Unidade 2. cap. 6, p. 150-189. Disponível em: <<https://pediatriadescomplicada.com.br/2017/10/26/pele-do-recem-nascido-o-que-voce-precisa-saber/>>.

JEREMY D. JOHNSON, MD, MPH; KATHERINE COCKER, DO; and ELISABETH CHANG, MD, Tripler Army Medical Center, Honolulu, Hawaii, Am Fam Physician. **Infantile Colic: Recognition and Treatment**. 2015. Oct 1; 92 (7): 577-582. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2015/1001/p577.html>>.

JONES et al. How many child deaths can we prevent this year? **The Lancet**.v. 362, p. 65-71, 2003.

LAMBERTI et al. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. **BioMed Central Public Health**.v. 11, n. Supp3, p. S15, 2011.

MCALINDEN, C.; ANDRADES, M.G.; SKIADARESI, E. Hordeolum: Acute abscesso within na eyelid sebaceous gland. **Cleve Clin J Med**; v. 83, p.05, p.332-4, Mai. 2016. Disponível em: <<https://www.ccjm.org/content/83/5/332#ref-2>> Acesso em: 25 mar. 2020.

MERCK SHARP & DOHME CORP. Manual MSD. **Manual Merck: Estrutura e função da pele**. [Internet]. 2017 Mar [citado em 25 mar 2020]. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/ptbr/casa/dist%C3%BArbios-da-pele/biologia-dapele/estrutura-e-fun%C3%A7%C3%A3o-da-pele>>.

MERCK, T.; McELFRESH, P. Cuidados à criança centrados na família durante doenças e hospitalização. In: In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D.; RODGERS, C.C. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 10.ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Unidade 8, cap.19, p. 554-635.

MOLINARI, L.C.; BOTEON, J.E. **Curso Oftalmologia na Atenção Básica à Saúde** / Luiz Carlos Molinari, Joel Edmur Boteon -- Belo Horizonte : Nescon/UFMG, 2016.

MUNOS M, FISCHER WALKER CL, BLACK RE. The effect of rotavirus vaccine on diarrhoea mortality. **International Journal of Epidemiology**. v. 39, p. i56–i62, 2010.

MUNOS, M. K.; WALKER, C. L. F.; BLACK, R. E. The effect of oral rehydration solution and recommended home fluids on diarrhoea mortality. **International Journal of Epidemiology**, v. 39, Issue suppl_1, abril 2010, p. i75-i87. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/ije/dyq025>>.

NIESSEN et al. Comparative impact assessment of child pneumonia interventions. **Bulletin of the World Health Organization**. v. 87, p. 472-480, 2009.

OLIVEIRA, R.G. **Blackbook pediatria**. 5. ed, Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2019. Rotinas médicas, Otite, p. 417-421.

OLIVEIRA, R.G. **Blackbook pediatria**. 5. ed. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2019. Parte 1 Medicamentos. Tópicos oftalmológicos - Antimicrobianos, p. 165.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à saúde da criança: recém-nascido de risco**. Curitiba: SESA, 2011-2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Caderno atenção à saúde da criança: primeiro ano de vida**. Curitiba: SESA, 2011-2017.

PARKINSON, J.R.C.; HYDE, M.J.; GALE C.; SANTHAKUMARAN, S.; MODI, N. **Preterm birth and metabolic syndrome in adult life: a systematic review and meta-analysis**. *Pediatrics*, abril 2013; 131:1240-63.

PEREIRA, M.M. **Oftalmologia**. Doenças dos olhos. 2020. Portugal. Disponível em: <<https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/oftalmologia/>>. Acesso em: 29 mar.2020.

PROTOCOLO de enfermagem na atenção primária à saúde no estado de Goiás / organização: Claci Fátima Weirich Rosso et al. – 3 ed. – Goiânia: Conselho Regional de Goiás, 2017. 394 p.

QUECK, S. **Pink eye: viral, bacterial and allergic conjunctivitis**. Disponível em:<https://www.leader-call.com/news/local/pink-eye-viral-bacterial-and-allergic-conjunctivitis/article_040d50c6-5bc8-11e9-a2a5-ef5146d31a66.html>. Acesso em: 30 abr. 2020.

ROSSETTO, V. et al. Assistência ao desenvolvimento de crianças com necessidades especiais de saúde em atenção domiciliar no Paraná - Brasil. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e20180067, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000100205&lng=en&nrm=iso>.

SAMPAIO, A.L.S.B. et al. Dermatite seborreica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 6, p. 1061-1074, Dezembro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2020.

SÃO PAULO. **Atenção à Saúde da Criança Protocolo de Enfermagem**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2003.

SILVEIRA, R.C. **Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. 1 ed. Porto Alegre : Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia. **Consenso sobre Anemia Ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica**, n.2, jun. 2018. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21019f-Diretrizes_Consenso_sobre_anemia_ferropriva-ok.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2020.

SCARTEZINI, M.; FERREIRA, C.E.S.; IZAR, M.C.O.; BERTOLUCI, M.; VENCIO, S.; CAMPANA, G.A. et al. **Posicionamento sobre a Flexibilização do Jejum para o Perfil Lipídico** Positioning about the Flexibility of Fasting for Lipid Profiling. *Arq. Bras. Cardiol.* 2017. 108: 3.

SOCIEDADE Brasileira de Pediatria – Departamento de Nutrologia. **Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria**. Departamento Científico de Nutrologia. 3ª. Ed. – São Paulo: SBP. 2019.

SOCIEDADE Brasileira de Pediatria. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria**. Departamento de Nutrologia. – São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Gastroenterologia Pediátrica. **Cólica do lactente**. Disponível em:<<https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-o-bebe/colica-do-lactente/>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Gastroenterologia. **Guia prático de Atualização**. Diarreia aguda; diagnóstico e tratamento. p. 15, 2017.

SOCIEDADE VEGETARIANA BRASILEIRA. Departamento de Saúde e Nutrição. **Alimentação para bebês e crianças vegetarianas até 2 anos de idade: guia alimentar para a família**. 2018. Disponível em: <<https://svb.org.br/images/livros/alimentacao-para-bebes-vegetarianos.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

VAZ, M. et al. Suplementação na infância e a prevenção da carência de micronutrientes: artigo de revisão. *Rev Med Saúde*, Brasília, 6 (1):116-131, 2017.

VIEIRA, M. C. et al. Conhecimento do pediatra sobre o manejo da constipação intestinal funcional. *Rev Paul Pediatr.* 34(4):425-431, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf> . Acesso em: 07 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **WHO launches first World report on vision**, nov. 2019. Geneva. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/detail/08-10-2019-who-launches-first-world-report-on-vision>> . Acesso em: 29 mar.2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **The integrated Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea. Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025**, 64 p, 2013.



©COREN/PR 2020

É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a fonte
e que não seja para qualquer fim comercial.

Revisão de Texto, Projeto Gráfico, Diagramação e Capa: Agência Três Criativos

