



**PREFEITURA DE  
FLORIANÓPOLIS**  
SAÚDE

# **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 5**

## **ATENÇÃO À DEMANDA DE CUIDADOS NA CRIANÇA**

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

**Florianópolis, junho de 2018**

**v 1.2**

**(Atualizado em dezembro de 2020)**



# **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 5**

**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## **ATENÇÃO À DEMANDA DE CUIDADOS NA CRIANÇA**

**Prefeito**

Gean Marques Loureiro

**Vice-Prefeito**

João Batista Nunes

**Secretário de Saúde**

Carlos Alberto Justo da Silva

**Secretário Adjunto**

Sandro Jose Andretti

**Diretor de Atenção à Saúde**

Tiago Barra Vidal

**Diretor de Atenção Primária**

João Paulo Mello da Silveira

**Responsável Técnica de Enfermagem e Coordenadora da Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE)**

Elizimara Ferreira Siqueira

**Colaboradores**

Alessandra de Quadra

Esmeraldino

Ana Carolina Severino Da Silva

Ana Cristina Magalhães

Fernandes Báfica

Ana Maria Bim Gomes

Anna Carolina Ribeiro Lopes

Rodrigues

Carla Sousa Guedelha

Caren Cristina Della Méa

Fonseca

Carmen Ruggi Bonfim Santoro

Caroline Schweitzer de Oliveira

Cilene Fernandes Soares

Cleusa Marcia Vieira

Cristiane Regina Pereira

Daniela Cuadrado Fabozi

Deyse Ilza de Aquino

Edla Zwiener González

Erika Yuriko Kinoshita

Fernanda De Conto

Fernanda Paese

Gisele Magnabosco

Guilherme Mortari Belaver

Ingrid Valeria Veronez

João Marcos Emerenciano

Izabel Cristina Martendal

Conrat

Jadson Jovaert Mota Kreis

Julia Maria de Souza

Juliana Cipriano Braga Silva

Juliana Reinert Maria

Karina Mendes Garcia

Laura Denize Reboa Castillo

Lacerda

Leila B. B. de A. Ferreira

Lucas Alexandre Pedebos

Lucilene Maria Schmitz

Lucilene Gama Paes

Milena Pereira

Missouri Helena Bizarro

Komatu Paixão

Natália Pereira Kretzschmar

Noélia Fernandes de Oliveira

Priscilla Cibele Tramontina

Renata Da Rosa Turatti Fetzner

Sarah Soares Barbosa

Solange Alberti Andrzejewski

Stella Maris Pfutzenreuter

Talita Cristine Rosinski

Tessa Chagas Peixer

Vinicius Paim Brasil

Vivian Costa Fermo



Esta obra está licenciada com uma Licença [Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.pt_BR). Acesse a cópia desta licença:

[https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.pt_BR)

**Como citar este documento:** FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 6 - Cuidado à pessoa com ferida. Florianópolis, 2019.

Utilização: Este documento está licenciado para utilização dos municípios que se encontram devidamente credenciados ao Programa de Adesão aos Protocolos de Enfermagem - Parceria Coren e Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, após seguirem todas as etapas descritas nos Termos de Cooperação Técnica entre os respectivos municípios e o Coren/SC.

## APRESENTAÇÃO

A saúde da criança é uma das áreas mais tradicionais no cuidado do enfermeiro na atenção primária em saúde. Ainda antes da instituição da Estratégia de Saúde da Família, o enfermeiro já tinha no cuidado às crianças uma das principais áreas de atuação, juntamente com a saúde da mulher.

Essa atuação foi sendo progressivamente aumentada, iniciando com o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças até chegar ao acompanhamento completo das doenças mais prevalentes na infância. Este protocolo possui abordar os pontos principais de ambos os aspectos: facilitar a identificação de sinais de gravidade nas doenças prevalentes ao mesmo tempo que fornece o tratamento adequado para estas, mas sem perder o foco no acompanhamento para o crescimento e desenvolvimento saudável.

Foi buscando auxiliar as condutas da equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, que a Comissão Permanente para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (CSAE) construiu esse protocolo. Além disso, pretendemos com esta publicação validar a prática de enfermagem sobre os temas aqui abordados através de um guia simples e prático, para consulta do profissional de enfermagem no tocante a identificação de morbidades, prescrição de medicamentos e solicitação de exames referentes às condições descritas. Para um detalhamento sobre o assunto, indicamos a referência de livros texto ou os Cadernos de Atenção Básica (publicação do Ministério da Saúde), que descrevem de maneira mais aprofundada essas questões.

Este protocolo atenderá a faixa etária de 0 a 18 anos de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente.<sup>1</sup>

Art. 2º - Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Outras demandas clínicas não contidas nesse volume, pertinentes ao adolescente, deverão ser consultadas nos protocolos anteriores, de Atenção à Saúde da Mulher, Infecções Sexualmente Transmissíveis e outras doenças de interesse epidemiológico.

Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 (regulamentação do exercício da enfermagem) e com a Resolução COFEN 195/1997 (solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro), sendo válido como protocolo institucional.

**Carlos Alberto Justo da Silva**  
Secretário Municipal de Saúde de Florianópolis

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE QUADROS</b>	<b>6</b>
<b>LISTA DE FLUXOGRAMAS</b>	<b>8</b>
<b>1 – INTERCONSULTA</b>	<b>9</b>
<b>2 - INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS)<sup>7,8</sup></b>	<b>11</b>
<b>3 - DOR DE OUVIDO<sup>3,7-10</sup></b>	<b>14</b>
<b>4 - FEBRE<sup>7,8,11</sup></b>	<b>17</b>
<b>5 - GASTROENTERITE (DIARREIA E VÔMITOS)<sup>7,11,12</sup></b>	<b>19</b>
<b>6 - OLHO VERMELHO E OUTRAS QUEIXAS OCULARES<sup>8,10,11</sup></b>	<b>21</b>
<b>7 - VERMINOSE<sup>3,10,11</sup></b>	<b>24</b>
<b>8 - LESÕES DE PELE MAIS PRESENTES EM CRIANÇAS<sup>3,10,11,14-16</sup></b>	<b>25</b>
<b>8.1- PROBLEMAS MAIS COMUNS DA BOCA</b>	<b>31</b>
<b>9 - PUERICULTURA DE ROTINA<sup>17-23</sup></b>	<b>32</b>
<b>9.1 – AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO E CONDUTAS</b>	<b>37</b>
<b>10 - ANEMIA E SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO<sup>19,24-26</sup></b>	<b>41</b>
<b>11 - PUERICULTURA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS<sup>19,27</sup></b>	<b>45</b>
<b>12 - IMUNIZAÇÃO</b>	<b>49</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>50</b>

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 2.1: manejo do quadro de infecção de vias aéreas na atenção primária pelo enfermeiro, condutas farmacológicas e não farmacológicas</b>	<b>12</b>
<b>Quadro 2.2 – valores normais para frequência respiratória conforme idade</b>	<b>12</b>
<b>Quadro 2.3 – valores normais para frequência cardíaca conforme idade</b>	<b>13</b>
<b>Quadro 3.1: manejo do quadro de dor de ouvido em crianças na atenção primária pelo enfermeiro, condutas farmacológicas e não farmacológicas</b>	<b>15</b>
<b>Quadro 3.2 – achados mais comuns à otoscopia</b>	<b>16</b>
<b>Quadro 5.1 - Classificação da diarreia segundo o grau de desidratação<sup>7,13</sup></b>	<b>19</b>
<b>Quadro 5.2 - Condutas mais adequadas conforme classificação da diarreia na criança<sup>7,13</sup></b>	<b>20</b>
<b>Quadro 6.1 - Cuidados e manejo da criança com suspeita de infecção ocular de etiologia viral ou bacteriana</b>	<b>21</b>
<b>Quadro 6.2 – outras afecções oculares comuns em crianças</b>	<b>23</b>
<b>Quadro 7.1 – Sinais, sintomas e condutas no quadro de verminose</b>	<b>24</b>
<b>Quadro 8.1 – Evidências e tratamento para as lesões de pele mais comuns em crianças</b>	<b>25</b>
<b>Quadro 8.2 – Evidências e tratamento para as lesões de boca mais comuns em crianças<sup>8</sup></b>	<b>31</b>
<b>Quadro 9.1 - resumo de seguimento em crianças (calendário de consultas) e aspectos a serem observados pelo profissional de enfermagem</b>	<b>32</b>
<b>Quadro 9.2 - síntese na condução da saúde da criança - puericultura</b>	<b>34</b>
<b>Quadro 9.3 – condutas diante do crescimento da criança</b>	<b>37</b>
<b>Quadro 9.4 – Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com a idade<sup>19</sup></b>	<b>38</b>
<b>Quadro 10.1 - Suplementação de Ferro Sérico (abordagem individual)<sup>19,24,26</sup></b>	<b>41</b>
	<b>43</b>
<b>Quadro 10.2 – Pontos de corte dos valores séricos de hemoglobina (g/dL) para definição de anemia em crianças<sup>25</sup></b>	<b>44</b>
<b>Quadro 10.3 – Conduta perante o quadro de anemia por evidência laboratorial</b>	<b>44</b>

**Quadro 11.1 – Intercorrências e condutas para a puericultura em situações especiais**

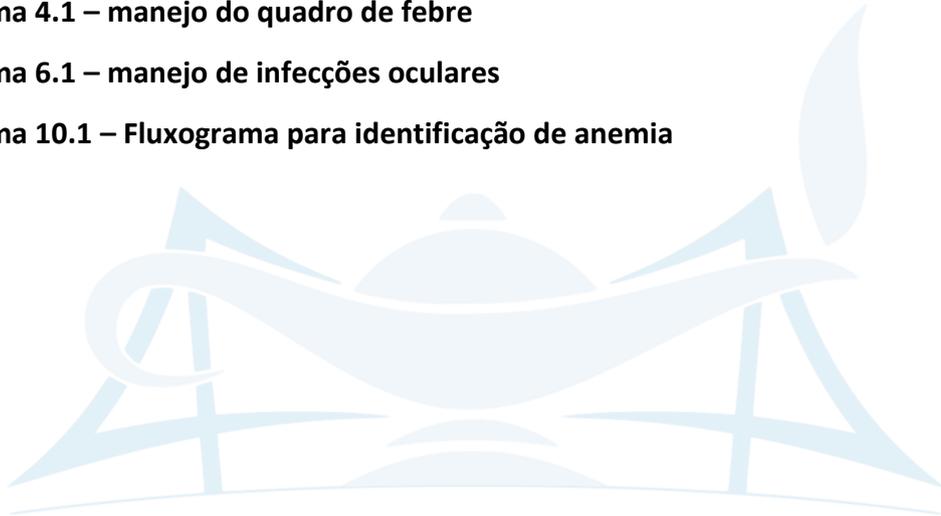
**45**



**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## LISTA DE FLUXOGRAMAS

<i>Fluxograma 2.1 – Manejo das infecções de vias aéreas superiores (IVAS)</i>	<b>11</b>
<b>Fluxograma 3.1 – manejo da dor de ouvido</b>	<b>14</b>
<b>Fluxograma 4.1 – manejo do quadro de febre</b>	<b>17</b>
<b>Fluxograma 6.1 – manejo de infecções oculares</b>	<b>22</b>
<b>Fluxograma 10.1 – Fluxograma para identificação de anemia</b>	<b>43</b>
	<b>43</b>



**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## 1 – INTERCONSULTA

A interconsulta atualmente se traduz como uma ferramenta de extrema importância no cotidiano das equipes de saúde de família, a qual além do aspecto de aprendizado conjunto serve para promover uma maior integração das equipes, contribuindo de maneira sistemática na ampliação do acesso e melhoria do cuidado continuado da população do território.

Neste sentido Mello<sup>2</sup>, expõe na citação abaixo a maneira como esta ferramenta contribui no dia a dia de trabalho dos profissionais de saúde:

“uma ação de saúde interprofissional e interdisciplinar que tem por objetivo integrar e promover a troca de saberes de diferentes atores que atuam nos serviços de saúde, visando o aprimoramento da tarefa assistencial. Faz-se por meio de pedido de parecer, discussão de caso e consulta conjunta.”<sup>2</sup>

Diante disto e tendo esta ferramenta um uso cada vez mais rotineiro, tanto nas equipes do município de Florianópolis como em outras localidades, a dificuldade de encontrar maior referencial teórico específico para atenção primária de certa forma impõe algumas limitações acerca de conceituar a mesma.

Conforme Duncan<sup>3</sup>, o qual relata que a interconsulta é a interação de três atores: paciente, consultor e consultante; no qual o exemplo abaixo ilustra o dia a dia do trabalho na atenção primária, onde o enfermeiro procura o médico da equipe a fim de elaborarem em conjunto um plano terapêutico, o qual promoverá o crescimento e a troca de saberes, sempre em benefício da figura central, neste caso é a pessoa.

Assim sendo, a citação deste autor expõe como exemplo a seguinte situação:

“Um enfermeiro, ao realizar a puericultura de uma criança, pode criar um vínculo tão estreito com a família que todo o aconselhamento passa a ser prestado por ele. Mesmo em situações graves, de doenças agudas, é a ele que a família recorre. O enfermeiro pode discutir a situação com um clínico e, se for necessário, um exame físico pode ser realizado. Depois disso, uma conduta pode ser planejada em conjunto e o tratamento acompanhado pelo enfermeiro.”<sup>3</sup>

Esse exemplo é bem a prática vivenciada pela equipe de enfermagem, principalmente em unidades as quais o trabalho compartilhado e a corresponsabilização de todos os membros é o principal objetivo.

Esta forma de trabalho reafirma a capacidade técnica dos membros da equipe de saúde, neste caso principalmente o enfermeiro, conforme orienta a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2011)<sup>4</sup> através dos artigos abaixo, principalmente através das palavras destacadas:

VI - participar do **acolhimento dos usuários** realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (**classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos**) e **identificação das necessidades** de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, **se responsabilizando pela continuidade da atenção** e viabilizando o estabelecimento do **vínculo**;

XIII - realizar **trabalho interdisciplinar** e **em equipe**, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

Além da questão levantada na citação anterior, e fortalecendo a interconsulta como ferramenta de efetivação do trabalho no cotidiano das equipes de saúde, mais recentemente a Política Municipal de Atenção Primária a Saúde (PMAPS-Florianópolis/2016) reconheceu a mesma como importante ferramenta para a oferta assistencial, onde no seu artigo 14 parágrafo III expõe que a mesma é: “consulta individual com a discussão presencial ou remota do caso entre profissionais de saúde em atuação complementar de seus núcleos de categoria e com responsabilização compartilhada dentro dos princípios ético-legais de cada categoria.”<sup>5</sup>

Assim, enfermeiro e técnico de enfermagem atuam nesta forma de trabalho nos respectivos conceitos desta ferramenta, conforme as prerrogativas ético-legais da profissão, reiterando a supervisão do enfermeiro também nesse processo de trabalho.

O enfermeiro deverá registrar no prontuário do paciente a conduta adotada por ele na consulta de enfermagem e interconsulta.

Sendo assim, Sendo assim, a Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, instituída pela portaria no 75/2015 acredita que a forma que a interconsulta é realizada, dentro dos expostos acima e com respeito aos aspectos éticos e legais da prática da enfermagem deve ser encorajada, fortalecendo o Processo de Enfermagem na instituição, respeitando sempre as especificidades do trabalho médico, e acima de tudo valorizando o trabalho em equipe.<sup>6</sup>

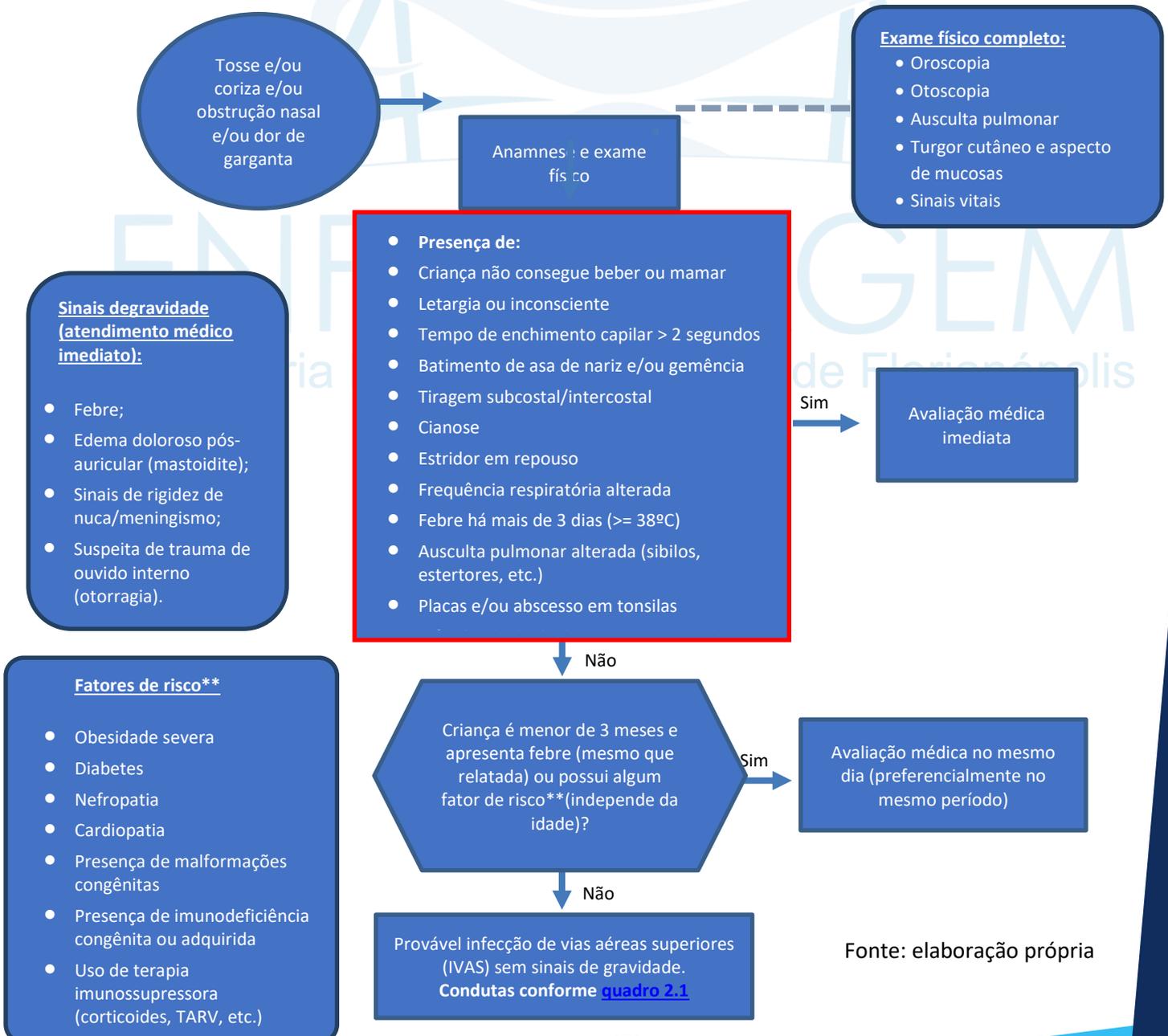
ENFERMAGEM  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## 2 - INFECÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS)<sup>7,8</sup>

As IVAS estão dentre as causas mais comuns de atendimentos pela rede de saúde de Florianópolis no que tange a assistência à saúde da criança. O manejo adequado das IVAS na atenção primária proporciona, além da identificação precoce dos sinais de alerta, o uso adequado e racional de medicamentos.

A classificação adequada a partir de sinais de tosse ou dificuldade para respirar tanto evitam a administração inadequada de antibióticos (que retardam a colonização bacteriana normal do organismo, pré-dispondo a novas infecções) quanto propicia manejo em tempo adequado nos casos em que os antibióticos precisem ser utilizados.

**Fluxograma 2.1 – Manejo das infecções de vias aéreas superiores (IVAS)**



**Quadro 2.1: manejo do quadro de infecção de vias aéreas na atenção primária pelo enfermeiro, condutas farmacológicas e não farmacológicas**

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	CONDUTA FARMACOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aumentar ingestão de água e outros líquidos (sucos e sopas, criança em aleitamento materno aumentar o número e intensidade das mamadas;</li> <li>● Se &gt; 1 ano, orientar uso de 1 colher de chá de mel (2-5 mL) conforme necessidade e à noite, antes de dormir, aconselhando higiene bucal após uso;</li> <li>● Vaporização em domicílio (orientar possibilidades: vapor d'água do chuveiro, inalador, etc.);</li> <li>● Remover a umidade, mofo ou bolor da casa;</li> <li>● Manter a casa ventilada;</li> <li>● Estimular a lavagem seguida das mãos da criança;</li> <li>● Não fumar na presença da criança;</li> <li>● Orientar sinais de gravidade* e procurar a unidade de saúde ou emergência imediatamente;</li> <li>● Promover higiene nasal com SF a 0,9%;</li> <li>● Evitar uso de antitérmico em crianças &gt; 6 anos</li> <li>● Evitar aglomerações (avaliar exposição em escolas, creches, etc.).</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Paracetamol 200 mg/ml (gotas)</b> Posologia: 1 gota/kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Dipirona 500 mg/ml (gotas)</b> Posologia: 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre</p>

**Quadro 2.2 – valores normais para frequência respiratória conforme idade**

IDADE	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA NORMAL
Menor que 2 meses	Até 60mpm
De 2 a 11 meses	Até 50 mpm
12 meses a 5 anos	Até 40 mpm
6 a 8 anos	Até 30 mpm
Acima de 8 anos	Até 20mpm

**Quadro 2.3 – valores normais para frequência cardíaca conforme idade**

Idade	Varição	Média normal
<b>Recém-nato</b>	De 70 a 170	120
<b>11 meses</b>	De 80 a 160	120
<b>2 anos</b>	De 80 a 130	110
<b>4 anos</b>	De 80 a 120	100
<b>6 anos</b>	De 75 a 115	100
<b>8 anos</b>	De 70 a 110	90
<b>10 anos</b>	De 70 a 110	90

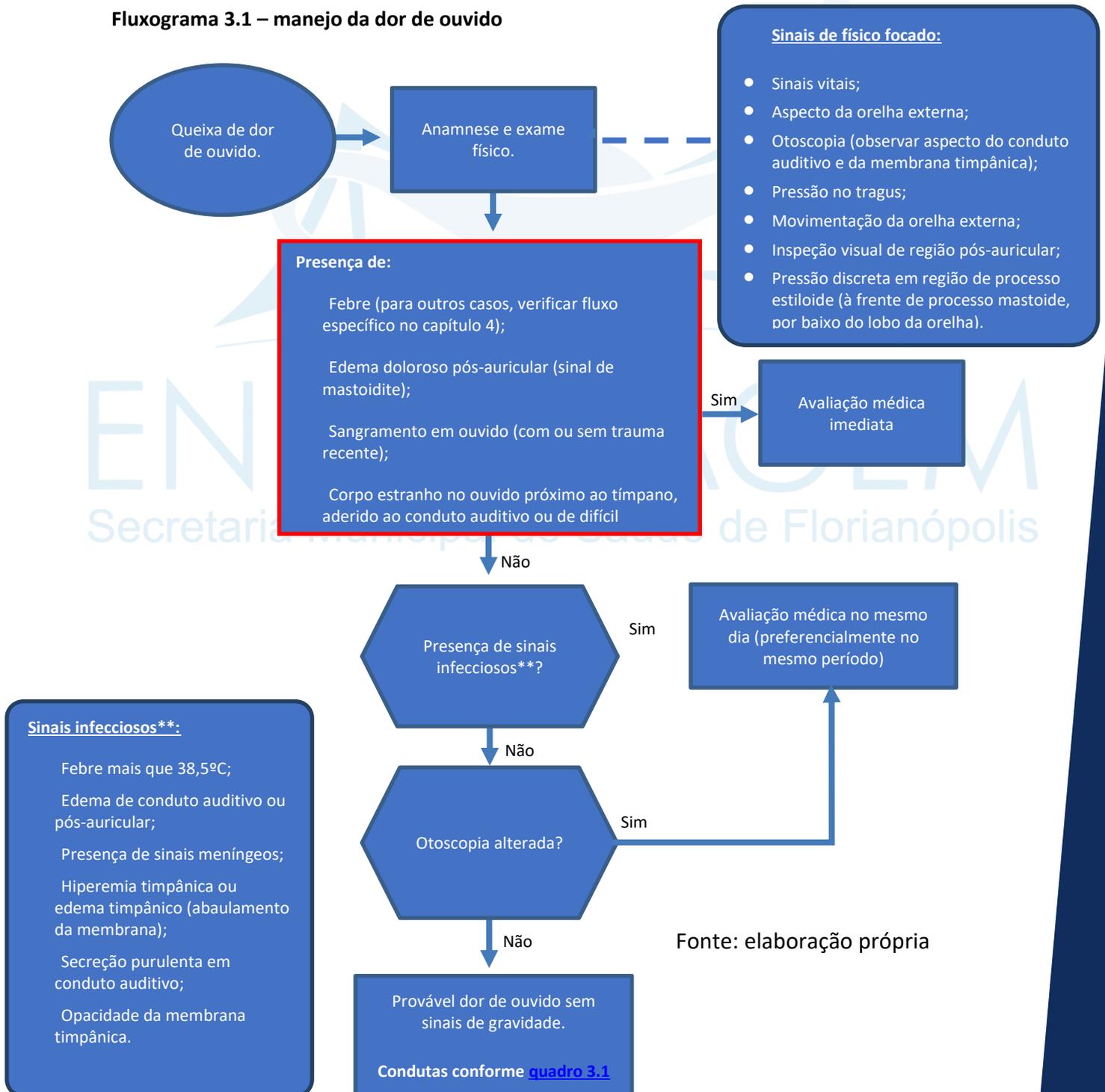


**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

### 3 - DOR DE OUVIDO<sup>3,7-10</sup>

A dor no conduto auditivo é queixa frequente em crianças e pode ou não estar associada a quadro infeccioso, possuindo uma quantidade grande de causas. O enfermeiro possui papel importante na identificação imediata de sinais de gravidade e manejo adequado, conferindo medidas de conforto à criança e orientação aos pais, tanto para a diferenciação de quadros graves de não graves, quanto para o auxílio nas medidas profiláticas.

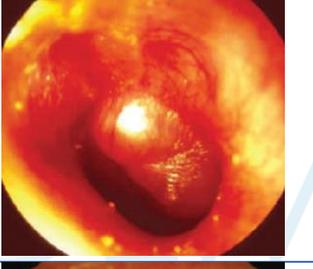
**Fluxograma 3.1 – manejo da dor de ouvido**



**Quadro 3.1: manejo do quadro de dor de ouvido em crianças na atenção primária pelo enfermeiro, condutas farmacológicas e não farmacológicas**

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	CONDUTA FARMACOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Compressas mornas para conforto e alívio de sintomas;</li> <li>● Investigar causas ambientais (fumaça, poeira, etc.);</li> <li>● Crianças realizando atividades aquáticas podem estar propensas a dores de ouvido ou infecções. Orientar os pais a medidas de prevenção como uso de protetores de ouvido ou mesmo algodão embebido em óleo de soja para proteção auricular;</li> <li>● Contra recomendar o uso de cotonetes (efetuar a limpeza externa com toalha ou similar);</li> <li>● Crianças em amamentação, orientar posição adequada (45º);</li> <li>● Retorno imediato à unidade se aparecimento de sinais de gravidade/infecciosos, ou se persistência do quadro por mais de 24 horas;</li> <li>● Se cerume impactado sem outros sinais; utilizar óleo de oliva/óleo mineral, 5 gotas 2-3x/dia por 3 dias e orientar retorno para reavaliação.</li> </ul>	<p><b>Paracetamol 200 mg/ml (gotas)</b> Posologia: 1 gota/kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre OU <b>Dipirona 500 mg/ml (gotas)</b> Posologia: 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre</p>

**Quadro 3.2 – achados mais comuns à otoscopia**

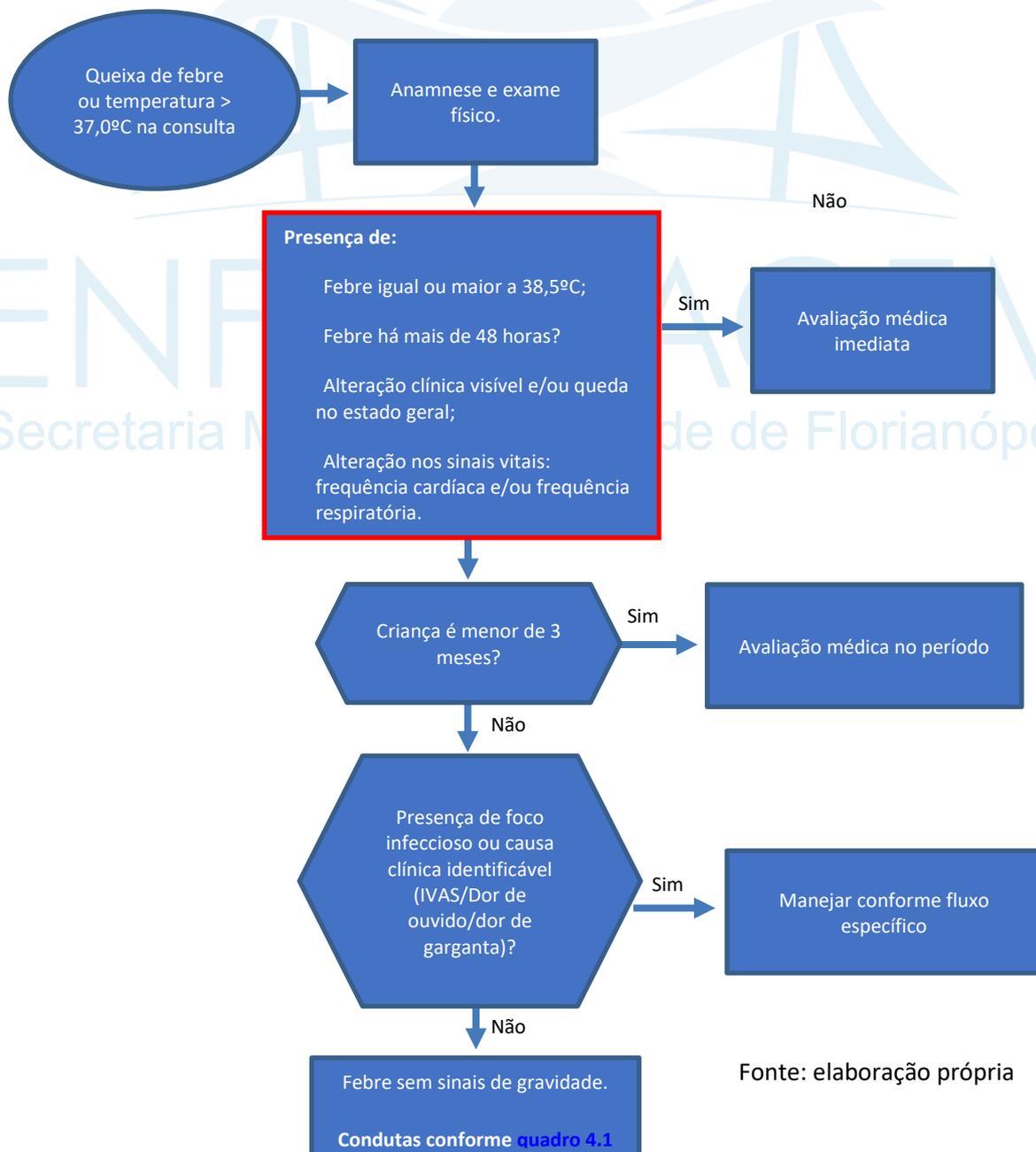
Achado na otoscopia	Outros sinais/sintomas comuns	Indicativo de	Foto (fonte: PACK Florianópolis, 2016)
<b>Membrana timpânica íntegra e conduto auditivo sem alterações.</b>		Exame físico normal.	
<b>Hiperemia de conduto auditivo com secreção e descamação.</b>	Dor e/ou prurido no ouvido, geralmente sem febre; Aumento da dor à mobilização do pavilhão auricular e palpação do tragus.	Otite externa.	
<b>Opacidade, hiperemia e/ou abaulamento timpânico.</b>	Dor de ouvido de leve a muito intensa com início súbito; Pode ou não ocorrer febre; Pode ou não ocorrer otorreia.	Otite média aguda	
<b>Perfuração da membrana timpânica.</b>	Se em decorrência de otite média crônica: otorreia supurativa, podendo conter mal cheiro. Pode ocorrer perda auditiva.	Comum em otite média crônica. Pode ser por perfuração traumática.	
<b>Cerúmen impactado</b>	Congestão (sensação de ouvido tapado/diminuição auditiva).	Cerúmen impactado (provável uso frequente de cotonetes).	

## 4 - FEBRE<sup>7,8,11</sup>

A febre é o sinal mais comum perceptível pelos pais ou profissionais de saúde no exame físico de que a criança precisa de maior atenção quanto ao seu estado de saúde. No entanto, devido ao amadurecimento do sistema imunológico, principalmente nas crianças menores do que 2 anos, a febre costuma estar presente mesmo em condições cuja imunidade da criança seja suficiente para combater a provável infecção.

Devido a isto, não é incomum que a febre se apresente de maneira isolada na criança, sem a presença de outros sinais ou sintomas que possam auxiliar na identificação da origem da infecção (quando presente).

**Fluxograma 4.1 – manejo do quadro de febre**



Fonte: elaboração própria

**Quadro 4.1: manejo do quadro de febre na atenção primária pelo enfermeiro, condutas farmacológicas e não farmacológicas**

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	CONDUTA FARMACOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar familiar: uso de roupas leves e banhos mornos, os quais auxiliam na termorregulação da criança.</li> <li>• Ofertar ingesta hídrica (água e outros líquidos) conforme demanda e em horários regulares, os quais auxiliam na reposição hídrica e auxiliam o controle térmico infantil.</li> <li>• Orientar repouso da criança e discutir com o familiar que apesar da febre ser um sinal de alerta do organismo a mesma é na maioria das vezes um mecanismo de defesa, pois significa que o sistema imunológico está ativo e combatendo uma possível infecção viral (imensa maioria das vezes e excelente prognóstico) ou bacteriana, a qual se diferencia da viral pelas alterações no exame físico e valores da temperatura (acima de 39º C), informações que devem ser repassados aos familiares ou responsáveis a fim de gerarem vínculo e segurança no profissional.</li> <li>• Orientar ou descrever sinais de gravidade na receita, a fim que o familiar ou responsável saiba como identificá-los e retornar prontamente ao serviço de saúde ou pronto atendimento se necessário.</li> <li>• As orientações não medicamentosas descritas acima costumam ser suficiente para controle da temperatura e é importante deixar claro que não há necessidade explícita e urgente de medicar todos os casos de febre. Ainda assim, as condutas medicamentosas descritas ao lado podem ser utilizadas se necessário.</li> <li>• A convulsão febril é um evento pouco comum, que dura pouco tempo, possui caráter benigno e que não costuma ter novo episódio nas próximas 24 horas. É muito importante que os pais sejam orientados quanto a isso, sendo as condutas em um quadro desses as mesmas que em quadros convulsivos clássicos.</li> </ul>	<p>Se temperatura &gt; 38 ° C e desconforto, utilizar as medicações abaixo:</p> <p><b>Paracetamol</b> 200 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas* por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas</p> <p>OU</p> <p><b>Dipirona</b> 500 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas** por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas</p> <p><u>Observação:</u> *atentar risco de hepatopatias e história pregressa de problemas hepáticos (contraindicado) -REFERENCIAR AO MFC **atentar risco de doenças hematológicas e história pregressa de problemas sanguíneos (contraindicado) - REFERENCIAR AO MFC</p> <p>A cada nova avaliação o foco da febre deve ser buscado. Deve-se evitar utilização medicação antitérmica sem identificação de foco infeccioso para que não se corra o risco de mascarar quadros de gravidade potencial.</p>

## 5 - GASTROENTERITE (DIARREIA E VÔMITOS)<sup>7,11,12</sup>

Problema de saúde extremamente comum nos serviços de saúde e que acomete inúmeras crianças durante todo o ano. Apesar de relacionarmos as gastroenterites com o aspecto hídrico e alimentar, a grande maioria possui a etiologia viral como principal causa.

Seu manejo, apesar de simples, deve ser sempre orientado à observação de sinais de gravidade precoces, os quais o profissional de enfermagem deve estar à par, principalmente em crianças. Esse reconhecimento deve ser compartilhado com os familiares, os quais devem ser orientados a procurar prontamente o serviço de saúde na presença de qualquer agravante.

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

**Quadro 5.1 - Classificação da diarreia segundo o grau de desidratação<sup>7,13</sup>**

<b>GRUPO A: CRIANÇA HIDRATADA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criança alerta</li> <li>• Olhos brilhantes com lágrima</li> <li>• Mucosas úmidas</li> <li>• Fontanela normotensa</li> <li>• Turgor cutâneo normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulso cheio</li> <li>• Perfusão normal (menor que 2")</li> <li>• Circulação/pressão arterial normal</li> <li>• Diurese normal</li> </ul>
<b>GRUPO B: CRIANÇA DESIDRATADA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criança irritada, com sede</li> <li>• Olhos encovados</li> <li>• Mucosas secas</li> <li>• Fontanela deprimida</li> <li>• Turgor cutânea pouco diminuído</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulso palpável diminuído</li> <li>• Perfusão normal (menor que 2")</li> <li>• Circulação/pressão arterial normal</li> <li>• Diurese pouco</li> </ul>
<b>GRUPO C: MUITO DESIDRATADA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criança deprimida/comatosa</li> <li>• Olhos muito encovados, sem lágrimas</li> <li>• Mucosas muito secas</li> <li>• Fontanela muito deprimida</li> <li>• Turgor cutânea muito diminuída</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulso rápido, ausente ou débil</li> <li>• Perfusão alterada (maior que 2")</li> <li>• Circulação/pressão arterial alterada</li> <li>• Diurese</li> </ul>

Neste sentido e observando o quadro acima, as condutas clínicas em cada caso podem ser encaminhadas da seguinte maneira, conforme a definição do escore de hidratação de cada criança, ou seja, o grupo na qual a mesma se encaixa (A, B, C).

**Quadro 5.2 - Condutas mais adequadas conforme classificação da diarreia na criança<sup>7,13</sup>**

Grupo A: VERDE	<p>SAL DE REIDRATAÇÃO ORAL (SRO) e cuidados</p> <p><b>Conduta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças menores de 1 ano: 50 a 100 ml após cada perda hídrica, ofertar outros líquidos conforme aceitação;</li> <li>• Crianças maiores de 1 ano: 100 a 200 ml após cada perda hídrica e conforme aceitação.</li> </ul> <p>ORIENTAÇÕES AOS CUIDADORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amamentar mais seguidamente e por tempo mais longo;</li> <li>• Crianças em aleitamento exclusivo devem receber SRO e leite materno;</li> <li>• Crianças em aleitamento misto ou desmamadas, devem ingerir além do SRO outros líquidos (sucos, caldos, sopas, água potável, gelatina sem açúcar, etc.);</li> <li>• Orientar sempre sinais de alerta.</li> </ul>
Grupo B: AMARELO	<p>TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL na unidade, avaliar a necessidade de hidratação endovenosa.</p> <p><b>Conduta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrever e orientar Sal de Reidratação Oral - 75 ml/kg em 4 horas;</li> <li>• Reavaliar a cada 30 minutos a 1 hora e estar atento a sinais de gravidade;</li> <li>• Se sinais de gravidade ou ausência de melhora, solicitar avaliação médica imediata.</li> </ul>
Grupo C: VERMELHO	<p><b>AVALIAÇÃO MÉDICA IMEDIATA</b> e hidratação endovenosa</p> <p><b>Conduta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puncionar acesso venoso calibroso para infusão de SF 0,9% e volume conforme conduta médica.</li> </ul>

**Obs.: A orientação quanto à validade do soro de reidratação depois de preparado deve seguir a recomendação do fabricante.**

## 6 - OLHO VERMELHO E OUTRAS QUEIXAS OCULARES<sup>8,10,11</sup>

Um dos principais motivos de consulta na área da oftalmologia na atenção primária, as queixas de olho vermelho ou conjuntivite apresentam-se de fácil manejo e na maioria absoluta das vezes seu curso é benigno. As causas que devem ser encaminhadas e avaliadas como prioridade dizem respeito aos problemas que afetam principalmente a visão, devendo serem avaliados pelo MFC, sendo que em alguns casos a avaliação pelo oftalmologista será necessária.

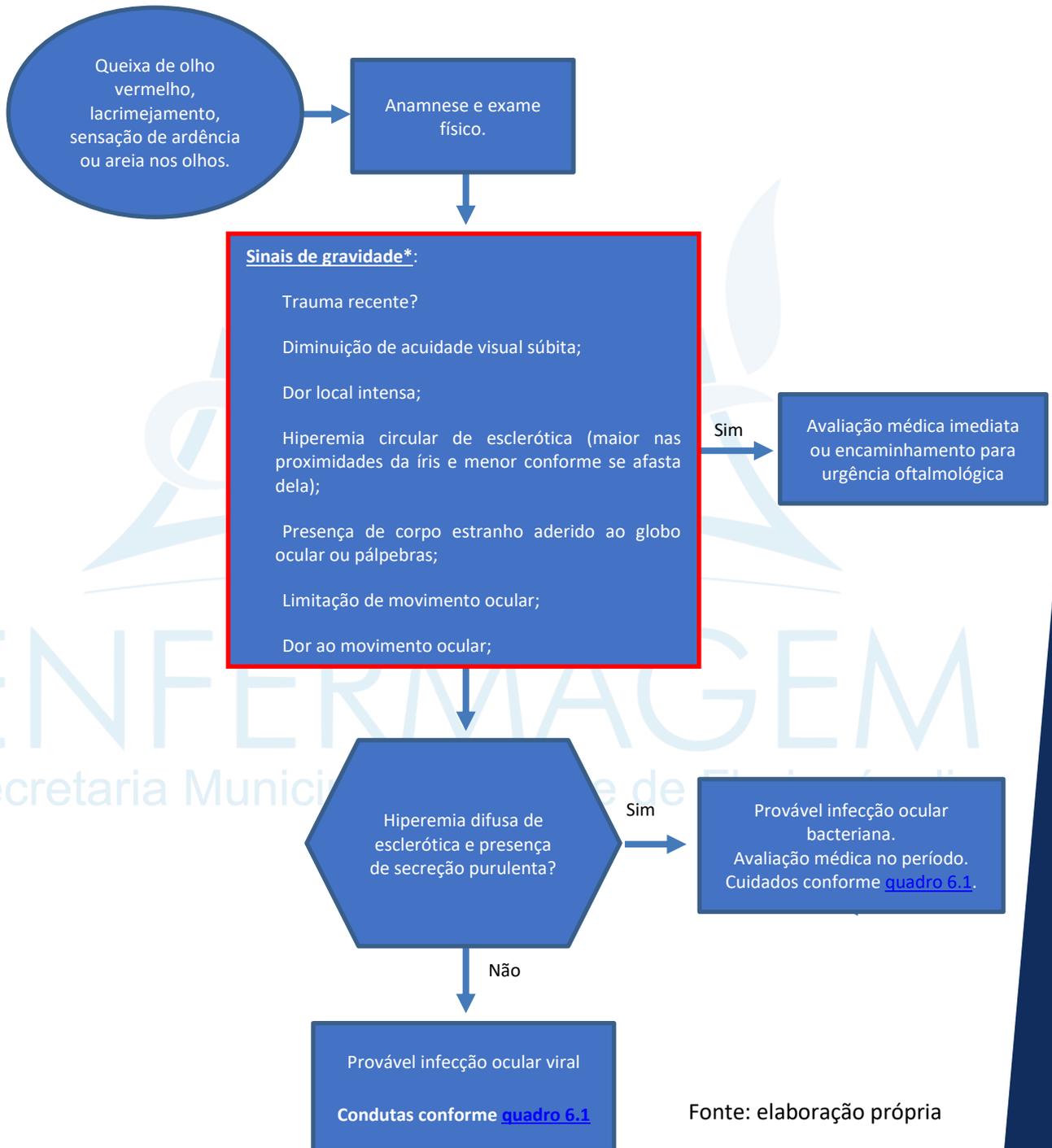
Além disso, outras afecções oculares também comuns e normalmente não graves podem ser manejadas na APS pelo enfermeiro, como o hordéolo (popularmente conhecido como tersol) e o edema palpebral isolado (sem sinais de anafilaxia). A diminuição da acuidade visual deve ser considerada clinicamente importante quando esta acontecer de maneira repentina ou progressivamente acelerada, principalmente se associada a outros sinais/sintomas oculares.

O fluxograma abaixo procura explicar a melhor abordagem e orientar o profissional enfermeiro na avaliação de quadros de problemas oculares em criança.

### **Quadro 6.1 - Cuidados e manejo da criança com suspeita de infecção ocular de etiologia viral ou bacteriana**

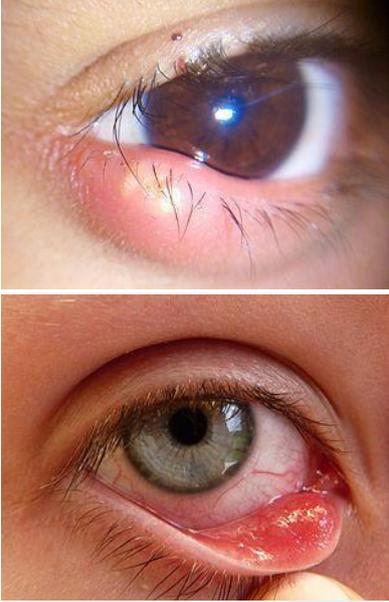
ETIOLOGIA VIRAL	ETIOLOGIA BACTERIANA
<ul style="list-style-type: none"><li>● Compressas e lavagem ocular com gaze estéril 4x/dia ao dia no mínimo;</li><li>● Arejar bem o ambiente;</li><li>● Usar lenços de papel no contato com os olhos;</li><li>● Lavar seguidamente as mãos da criança;</li><li>● Usar toalhas e roupas de cama individuais;</li><li>● Afastamento escolar por 5 dias ou quando melhorar secreção ocular;</li><li>● Retornar se piora nos sintomas e/ou início de secreção purulenta.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Mesmos cuidados da etiologia viral;</li><li>● Uso de colírio antibiótico conforme prescrição médica;</li><li>● Orientar uso adequado do colírio e não esquecer aplicação de horário;</li><li>● Retorno se piora nos sintomas.</li></ul>

**Fluxograma 6.1 – manejo de infecções oculares**



Fonte: elaboração própria

Quadro 6.2 – outras afecções oculares comuns em crianças

FOTO	CONDIÇÃO	CONDUTA
 <p data-bbox="288 920 507 949">Fonte: Wikimedia</p>	<p data-bbox="624 315 834 383">Hordéolo (terçol) ou calázio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene local com SF;</li> <li>• Compressas mornas com gaze estéril por 10-15 minutos, 2-4x/dia;</li> <li>• Massagear com a ponta dos dedos sobre a gaze durante 10 minutos.</li> <li>• Analgesia:</li> <li>• <b>Paracetamol</b> 200 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas</li> <li>OU</li> <li>• <b>Dipirona</b> 500 mg/ml (gotas) Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas</li> <li>• Desaparecimento pode demorar semanas. Se não houver resposta ao tratamento proposto ou aparecimento de infecção secundária, encaminhar para médico.</li> </ul>
	<p data-bbox="676 1189 783 1218">Blefarite</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compressas mornas 2-3x/dia para amolecimento das crostas;</li> <li>• Remoção com auxílio de pano macio limpo (tecido tipo fralda) ou gaze;</li> <li>• Uso de sabão não irritativo (sabonete líquido infantil “sem lágrimas”) pode auxiliar na limpeza;</li> <li>• Se dermatite seborreica, verificar tratamento com médico;</li> <li>• Consumo de alimentos ricos em ômega-3 parece auxiliar na diminuição das crostas;</li> <li>• Se resposta ruim ao tratamento proposto, solicitar auxílio médico e considerar antibiótico tópico ou corticoide.</li> </ul>

## 7 - VERMINOSE<sup>3,10,11</sup>

Apesar dos avanços nos últimos anos em relação ao saneamento básico, o Brasil ainda enfrenta as consequências das parasitoses intestinais como um importante problema de saúde pública, a qual não necessariamente se resolve fornecimento anti-helmínticos de forma indiscriminada e sim melhorando hábitos de higiene e principalmente promovendo o acesso ao saneamento territorial.

Na realidade de Florianópolis, a popular profilaxia semestral é contraindicada, pois além de expor a criança ao vermífugo, o qual pode causar danos, promove ainda uma possibilidade aumentada de quadros alérgicos. Assim, é orientado o uso deste tipo de medicamento apenas nos casos em que houver evidência ou suspeita clínica.

### Quadro 7.1 – Sinais, sintomas e condutas no quadro de verminose

QUEIXAS MAIS COMUNS	SINAIS DE GRAVIDADE	CONDUTA DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prurido anal;</li> <li>● Presença de vermes em fezes ou roupas íntimas;</li> <li>● Presença de cistos (ovos) visíveis em fezes ou roupas íntimas;</li> <li>● Dor abdominal, afastados sinais de alerta/gravidade;</li> <li>● Diarreia intermitente não relacionada com a alimentação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Distensão abdominal;</li> <li>● Dor abdominal intensa associada a helmintose;</li> <li>● Diarreia persistente;</li> <li>● Helmintos saindo de cavidade nasal;</li> <li>● Queixas de verminose em crianças menores de 1 anos.</li> </ul> <p><b>Na presença destes sinais referenciar ao médico.</b></p>	<p><b><u>Se presença de qualquer sinal de gravidade:</u></b> avaliação médica imediata.</p> <p><b><u>Caso não:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Albendazol</b> 400 mg dose única via oral para crianças com 2 anos ou mais;</li> <li>● Ofertar tratamento para todos os contatos domiciliares*;</li> <li>● Se prurido anal no momento da consulta, repetir dose em 2 semanas (mesmo tratamento para familiares);</li> <li>● Reforçar medidas de higiene com mãos e alimentos crus (lavá-los bem);</li> <li>● Consumir alimentos bem cozidos e água filtrada ou tratada;</li> <li>● Manter as unhas das crianças sempre bem aparadas e orientar higiene frequente das mãos.</li> </ul>

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

## 8 - LESÕES DE PELE MAIS PRESENTES EM CRIANÇAS<sup>3,10,11,14-16</sup>

O quadro síntese abaixo procura de maneira direta expor conforme a ocorrência e o uso de fotografias auxiliar o profissional de enfermagem na identificação e manejo das principais lesões de pele, servindo de base para a correta abordagem e consequente minimização de danos às crianças sob o nosso cuidado.

**Quadro 8.1 –Evidências e tratamento para as lesões de pele mais comuns em crianças**

TIPO DE LESÃO	PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES	TRATAMENTO
<p><b>Dermatite de fraldas/monilíase de períneo</b></p> 	<p><b>Sinais:</b> Hiperemia em região de períneo acompanhado ou não de pápulas e crostas.</p>	<p><b>Miconazol creme dermatológico</b> 12/12 horas por 7 dias.</p> <p><b>mais</b></p> <p><b>Óxido de zinco</b> creme em todas as trocas de fralda</p> <p><b>Prevenção:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Óxido de zinco</b> creme após troca de fraldas;</li> <li>• Evitar uso de lenços umedecidos (preferir panos macios com água e sabão neutro);</li> <li>• Não deixar acúmulo de sabão no local (limpar bem com água ou SF);</li> <li>• Chá de camomila frio pode ser utilizado para limpeza da região, evitando infecção fúngica.</li> </ul>
<p><b>Tungáse</b></p>  <p>Fonte: BMJ</p>	<p><b>Sinais:</b> Uma ou mais pápulas amareladas com pontos pretos centrais, pruriginosas. As áreas mais comuns são as extremidades (pés e mãos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirada mecânica da tunga e curativo local após;</li> <li>• Verificar esquema vacinal da criança (principalmente prevenção de tétano);</li> <li>• Se infecção secundária, solicitar avaliação médica.</li> </ul>
<p><b>Pediculose</b></p> 	<p><b>Sintomas:</b> Prurido no couro cabeludo.</p> <p><b>Exame físico:</b> Identificação a olho nu do piolho adulto ou dos seus ovos (lêndeas) em couro cabeludo.</p>	<p><b>Permetrina 1% loção:</b> Fazer uma aplicação no couro cabeludo. Deixar agir por 5-10 minutos e enxaguar. (Diluir 1 parte da loção de 5% em 4 partes de água) Fazer remoção mecânica com o auxílio de um pente fino, com o</p>

<p>Fonte: BMJ</p>  <p>Fonte: BMJ</p>		<p>cabelo ainda molhado, dos parasitas e lêndeas.</p> <p>*Repetir uma vez entre 7 a 9 dias.</p> <p><b>Não utilizar a permetrina em crianças menores de 2 anos (abaixo desta faixa etária utilizar apenas o processo de remoção mecânica e encaminhar/realizar interconsulta médica).</b></p>
<p><b>Escabiose</b></p>  <p>Fonte: Wikimedia</p>  <p>Fonte: Wikimedia</p>	<p><b>Sintomas:</b> Prurido intenso no corpo com piora a noite, principalmente.</p> <p><b>Exame físico:</b> Lesão cavitária característica acometendo principalmente áreas de aquecimento (axilas, virilhas, interdigitais, periumbilical, etc.), mas podendo acometer outras partes do corpo.</p>	<p><b>Permetrina 5% loção:</b> Fazer uma aplicação no corpo inteiro (pescoço para baixo). Deixar agir por 8 a 12 horas e enxaguar.</p> <p>*Repetir a aplicação uma vez em 7 dias.</p> <p><b>Não utilizar em crianças menores de 2 anos – encaminhar para MFC.</b></p> <p>Afastar a criança das atividades habituais até 24 horas após início do tratamento</p>
<p><b>Varicela</b></p>	<p><b>Exame físico:</b> Lesões crostosas e pruriginosas em região de face, tronco e membros. Geralmente são precedidas por quadro febril, o qual cessa espontaneamente.</p> <p>Devido à grande variedade de doenças exantemáticas, observar os seguintes sinais:</p>	<p>Cuidados gerais, como banho com água e sabão neutro. A temperatura deve ser temperada (pouco menos que morna), a qual auxilia no controle do prurido.</p> <p>Unhas da criança devem ser cortadas a fim de evitar quadros de infecção secundária.</p>



Fonte: Wikimedia



Fonte: Wikimedia



Fonte: Wikimedia

- Manchas de Koplik (manchas esbranquiçadas no céu da boca e bochechas, imagem 3), características de sarampo;
- Conjuntivite e coriza, também características de sarampo;
- Lesões em palmas das mãos e sola dos pés (incomuns em varicela), comuns em síndrome mão-pé-boca – excluir sífilis secundária;
- Existência de lesões em três estágios diferentes: pápula, vesícula e crosta – características da varicela.

**Pasta d'água** a base de óxido de zinco 2x/dia.

Orientar o familiar ou responsável a afastar a criança da escola por 7 dias, bem como tranquilizar o mesmo sobre a benignidade do quadro (questionar a necessidade de atestado médico).

Na presença de sinais/sintomas de infecção secundária (secreção purulenta, celulites, etc.), o médico deve ser acionado.

**Impetigo**



Fonte: Fitzpatrick

**Exame físico:**

Lesões de pele geralmente afebris, com grande potencial de disseminação e que podem ser de aspecto crostoso e/ou bolhoso.

Possui na maioria das vezes uma coloração de cor de mel. Localização mais comum na face e em regiões próximas ao nariz.

Lesões autolimitadas:

**Mupirocina creme** 2x/dia por 7 dias.

Afastamento escolar;

Lesões disseminadas com ou sem febre ou acometendo todo o trígono da face: Encaminhar ou realizar interconsulta com o médico da equipe (avaliar necessidade de antibiótico sistêmico: cefalexina geralmente é a primeira escolha).

 <p>Fonte: BMJ</p>  <p>Fonte: BMJ</p>  <p>Fonte: BMJ</p>	<p>Deve-se excluir síndrome mão-pé-boca.</p>	
<p><b>Doença mão-pé-boca</b></p>  <p>Foto 1: BMJ</p>  <p>Foto 2: BMJ</p>	<p><b>Exame físico</b> Doença de etiologia viral, causada por alguns tipos de enterovírus e de transmissão fecal-oral.</p> <p><u>Manifestações clínicas:</u> Úlceras amareladas de base eritematosa na língua, faringe, mucosa bucal, gengiva e ocasionalmente nos lábios. Presença de erupção cutânea em mãos e pés, caracterizadas por vesículas e pústulas (foto 1, 2 e 3) As vesículas são flácidas e de parede fina, com um halo eritematoso. Ocasionalmente, elas podem ser dolorosas ou pruriginosas. Diminuição da aceitação alimentar e febre baixa são</p>	<p>Tratamento de suporte, pois a doença geralmente é leve e autolimitada; Manter a hidratação e alimentação da criança; Evitar bebidas cítricas e alimentos condimentados ou muito temperados; <b>Orientar medidas gerais de higiene principalmente a lavagem de mãos.</b></p> <p>Realizar interconsulta com médico da equipe para avaliar afastamento escolar, embora não existam diretrizes específicas sobre isto na literatura consultada. O período de maior transmissão ocorra na primeira semana da doença. <u>Tratamento medicamentoso:</u> Paracetamol gotas 1 gota/kg/dose de 6/6 horas se necessário.</p>

 <p><b>Foto 3: PAB-saúde da Criança/MS</b></p>	<p>sintomas comuns associados a esta patologia.</p>	
<p><b>Micose (Impingem)</b></p>  <p>Fonte: BMJ</p>	<p><b>Exame físico:</b> Lesões circulares e pruriginosas, com descamação de crescimento lento e bordas elevadas, tendo como áreas mais comuns as axilas e região da virilha.</p>	<p>Evitar contato direto ou indireto com pacientes ou animais com sintomas; Identificação e tratamento de animais domésticos infectantes; Lavar adequadamente roupas pessoais, de banho e de cama com água quente ou passar a ferro quente. <b>Miconazol creme dermatológico</b> 2x/dia por 7 a 14 dias.  Se lesões extensas, encaminhar ou discutir com médico da equipe uso de antifúngico sistêmico.</p>
<p><b>Alteração cutânea difusa por fungo</b></p>  <p>Fonte: BMJ</p>	<p><b>Exame físico:</b> Máculas descamativas coalescentes hipopigmentadas (mais comum) ou hiperpigmentadas no tronco, face, pescoço e membros superiores. É mais comum nos meses de verão em adolescentes e adultos jovens, favorece áreas oleosas da pele e geralmente apresenta uma natureza recidivante que requer tratamento frequente; prurido é raro.</p>	<p>Orientar que as mudanças na pigmentação da pele normalmente persistem após o término do tratamento. O retorno à coloração normal leva meses após o término da terapia  Contato direto não transmite. Lesões não são decorrentes de má higiene.  <b>Miconazol creme dermatológico:</b> aplicar em todo o pescoço, tronco, braços e pernas duas vezes ao dia por 2 semanas <b>OU</b> <b>Cetoconazol xampu:</b> aplicar em todo o corpo após fazer espuma lavando os cabelos, deixando agir por 5 minutos no corpo todo antes de retirar a substância. Usar 1x/dia por 2 semanas.</p>
<p><b>Micose Interdigital</b></p> 	<p><b>Exame físico:</b> Lesões descamativas úmidas entre os dedos ou nas plantas dos pés.</p>	<p>Lavar e secar bem os pés;  Orientar o uso de calçados abertos/sandálias.  Orientar exposição solar de sapatos fechados.</p>

<p>Fonte: BMJ</p>		<p><b>Miconazol creme dermatológico</b> de 12/12 horas por 7 a 14 dias. Se presença de lesões extensas ou infecção secundária, encaminhar/discutir com médico da equipe.</p>
<p><b>Paroníquia aguda</b></p>  <p>Fonte: BMJ</p>	<p>Dor, vermelhidão e inchaço em pregas ungueais, podendo haver pus. Problema frequentemente associado a história de trauma, por exemplo retirar a cutícula ou roer as unhas.</p>	<p><b>Se houver pus (limitado a prega ungueal)</b> Realizar drenagem local com bisturi ou agulha. Encaminhar e/ou discutir com médico da equipe naqueles casos de pacientes com risco de cicatrização, realizando o procedimento após esta interconsulta.</p> <p>Prescrever (até pregas ungueais): <b>Mupirocina</b> 2% tópica aplicada sobre as áreas afetadas duas a três vezes por dia, por até 10 dias, reavaliando a cada 5 dias ou antes, se piora. Se dor intensa, infecção além das pregas ungueais, lesões herpéticas no local ou temperatura acima de 38°C, encaminhe para avaliação do médico da equipe.</p>
<p><b>Larva Migrans (bicho geográfico)</b></p>  <p>Fonte: BMJ</p>	<p>Erupção linear, serpiginosa, eritematosa, discretamente elevada e muito pruriginosa.</p>	<p>Orientar compressas frias no local com gelo (alívio de sintomas); Orientar medidas de controle, evitar áreas arenosas, sombreadas ou úmidas; Proibir cães e gatos em praia.</p> <p>Para crianças &lt;2 anos: <b>encaminhar para MFC.</b></p> <p>Para crianças &gt; 2 anos: <b>Albendazol</b> 400 mg VO ao dia por 3 dias</p>
<p><b>Miíase furunculóide (berne)</b></p>  <p>Fonte: BMJ</p>	<p>Lesão nodular que surge com o desenvolvimento da larva, apresentando orifício central com secreção serosa. A lesão é dolorosa e o paciente sente a sensação de “ferroada/mordida”. Observar sinais infecciosos e na presença dos mesmos, encaminhar para avaliação médica (consulta conjunta ou interconsulta).</p>	<p>Oclusão do orifício com esparadrapo é a principal conduta;</p> <p>Encaminhar para imunização dT ou completar esquema vacinal se necessário.</p> <p>Orientar retorno em 24 horas, com orifício ocluído a fim de retirada da larva.</p> <p>Retirada com pinça da larva, tomando o cuidado para não romper a mesma.</p>

Fonte: própria

### 8.1- PROBLEMAS MAIS COMUNS DA BOCA

Outra causa comum de procura junto a APS, e principalmente em crianças menores de dois anos, diz respeito a quadros de alterações da cavidade oral, as quais em função da sua inespecificidade tornam o tratamento por muitas vezes somente expectante, utilizando na maioria dos casos o uso de sintomáticos como principal manejo.

**Quadro 8.2 – Evidências e tratamento para as lesões de boca mais comuns em crianças<sup>8</sup>**

CAUSA	PRINCIPAIS MANIFESTAÇÕES	CONDUTA DE ENFERMAGEM
<p><b>Estomatite/afta</b></p> 	<p>Alteração bucal de etiologia viral e caracterizado por lesões dolorosas e hipocrômicas em região da boca, podendo acometer a língua/mucosas e palato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Manter escovação e higienização oral;</li> <li>● Manter higiene das mãos;</li> <li>● Evitar alimentos temperados;</li> <li>● Verificar necessidade de afastar a criança da escola/creche, considerando o risco de disseminação viral;</li> <li>● Embora sem evidência, o uso de higienização/bochecho com <b>bicarbonato de sódio</b> (duas colheres pequenas dissolvidas em meio copo de água) promove alívio dos sintomas e conforto na dor;</li> <li>● Usar analgésico se necessário (<b>paracetamol</b> ou <b>dipirona</b> conforme o peso da criança).</li> </ul>
<p><b>Candidíase oral*</b></p> 	<p>Conhecido como "sapinho", o mesmo apresenta-se como placas brancas grumosas aderentes a cavidade oral. *crianças expostas ao HIV, devem ser avaliadas e testadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Manter higienização e escovação normalmente;</li> <li>● Aplicar <b>nistatina</b> 100.000 UI/ml 1 ml 6/6 horas por 14 dias;</li> <li>● Mães de crianças em aleitamento materno exclusivo devem ter cuidados especiais com a mama (vide protocolo volume 3).</li> </ul>

## 9 - PUERICULTURA DE ROTINA<sup>17-23</sup>

A puericultura, como forma de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, promove o monitoramento da criança a qual serve também como aliado no contato com a família estimulando a mesma como agente transformador e um grande aliado na condução do cuidado integral da criança.

Os quadros 9.1 e 9.2 expõem de forma resumida o cuidado à criança na rotina de avaliação individual, apresentando o calendário de consultas preconizadas pelo MS para a rotina de puericultura, ou seja, aquelas crianças que não apresentam fatores de risco biológicos e/ou sociais. Fica a critério da equipe a modificação deste calendário considerando variáveis que possam ser identificadas na criança/família/ambiente.

A orientação é de que as **consultas de acompanhamento** da criança sejam realizadas preferencialmente pelo **médico e enfermeiro da equipe**, garantindo o vínculo com a família, e de maneira **alternada entre esses profissionais**, sempre utilizando o suporte do profissional pediatra nos casos mais complexos, que demandem maior atenção e/ou que gerem dúvidas na equipe.

**Quadro 9.1 - resumo de seguimento em crianças (calendário de consultas) e aspectos a serem observados pelo profissional de enfermagem**

IDADE	EXAME FÍSICO/AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA				PRINCIPAIS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO A SEREM OBSERVADOS
	PESO	ALTURA	PERÍODO CEFÁLICO	DNPM	
5 a 7 dias	X	X	X	X	
1 mês	X	X	X	X	Observa um rosto; reage a um som; eleva a cabeça.
2 meses	X	X	X	X	Sorri quando estimulada, abre as mãos espontaneamente; emite sons espontaneamente; movimento os membros ativamente.
4 meses	X	X	X	X	Responde à comunicação com sorriso; emissão de sons ou movimentação; segura objetos; apoia-se nos braços e levanta a cabeça, quando de bruços.
6 meses	X	X	X	X	Busca ativamente objetos colocado à curta distância; leva objetos à boca; localiza o som/voz próximos; rola e/ou tenta se sentar.
9 meses	X	X	X	X	Passa objetos de uma mão para a outra; brinca de esconde-achou; pronuncia sílabas repetidas (dada, papa, mama); fica sentada sem apoio.
12 meses	X	X	X	X	Imita gestos (tchau ou bater palmas); pega objetos com movimento de pinça (uso do

					polegar em oposição aos outros dedos); tenta conversar com sons incompreensíveis; anda com apoio.
<b>1 ano e 3 meses</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	Aponta o que quer (normalmente junto ao choro ou outro som); fala uma palavra completa; anda sem apoio.
<b>1 ano e 6 meses</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	Usa colher ou garfo, mesmo que derramando comida para fora da boca; empilha objetos; fala palavras que não seja nome de pessoas/animais; consegue andar para trás.
<b>2 anos</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	Tira a roupa sozinho (sapatos, casaco e outra peças menos difíceis); identifica figuras de objetos/animais; chuta bola.
<b>Acima de 2 anos (rotina anual)</b>	<b>X</b>	<b>X</b>			Veste-se com supervisão/ajuda; fala frases curtas; pula com os pés juntos; brinca com outras crianças; responde questões simples.

**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

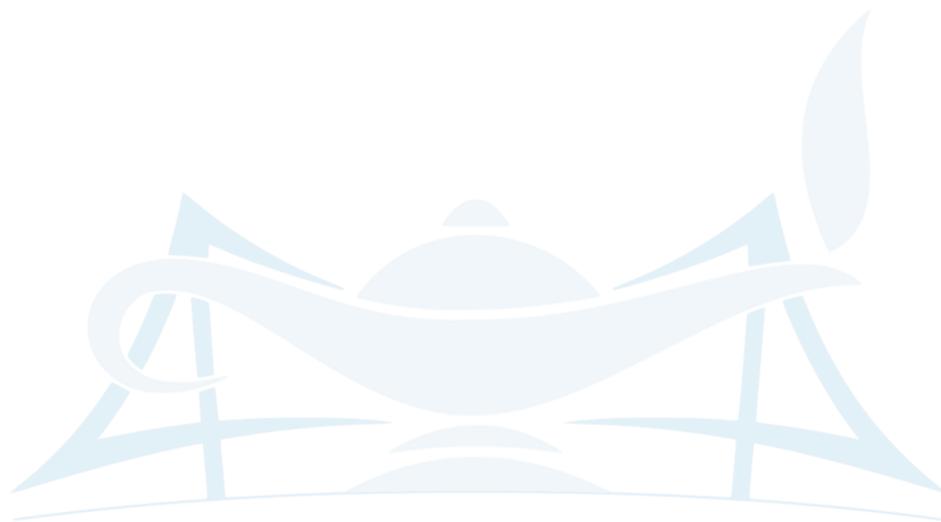
**Quadro 9.2 - síntese na condução da saúde da criança - puericultura**

O QUE FAZER?	COMO FAZER?
<b>ACOLHIMENTO COM ESCUTA QUALIFICADA</b>	<p><b>Identificação dos motivos do contato da criança.</b></p> <p><b>Direcionamento para o atendimento necessário.</b></p>
<b>AVALIAÇÃO GLOBAL</b>	<p><b>Entrevista</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Verificar a Caderneta da Criança</li> <li>● Verificar a Caderneta de pré-natal da mãe</li> <li>● Verificar o resumo de alta hospitalar para identificar sinais de risco/perigo à saúde da criança</li> <li>● Verificar os testes de triagem neonatal (abaixo, em “exames de rotina”)</li> <li>● Presença de sintomas e queixas;</li> <li>● Planejamento reprodutivo;</li> <li>● Rede familiar e social;</li> <li>● Condições de moradia e exposições ambientais;</li> <li>● História nutricional;</li> <li>● Exposição à fumaça do cigarro;</li> <li>● Antecedentes clínicos;</li> <li>● Imunização;</li> <li>● Saúde bucal;</li> <li>● Antecedentes familiares.</li> </ul>
<b>EXAME FÍSICO</b>	<p><b>Exame físico geral e específico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Comprimento e o Perímetro cefálico <ul style="list-style-type: none"> <li>● Peso</li> </ul> </li> <li>● Estado Nutricional</li> <li>● Avaliar desenvolvimento da criança</li> <li>● Tônus muscular</li> <li>● Alinhamento e simetria corporal</li> <li>● Cabeça e fontanelas (lambdóide: fechamento média 8 semanas e bregmática: 9 a 18 meses)</li> <li>● Olhos</li> <li>● Ouvidos</li> <li>● Nariz</li> <li>● Boca e garganta</li> <li>● Pescoço</li> <li>● Tórax</li> <li>● Abdome</li> <li>● Pelve e membros.</li> <li>● Avaliar atentamente os sistemas: tegumentar, respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinário, musculoesquelético, neurológico e endócrino.</li> <li>● Rastrear criptorquidia/sinéquia (até 1 ano)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar evolução de icterícia (no RN): ver escala de KAMMER abaixo (<b>normal até zona 1</b>): fisiológica iniciada entre 48 h e 72 h, se acima disto avaliar em conjunto com médico da equipe.</li> </ul>  <table border="1" data-bbox="550 600 1337 824"> <thead> <tr> <th>ZONA</th> <th>Local</th> <th>Níveis Séricos de Bilirrubina</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zona 1</td> <td>Cabeça e pescoço</td> <td>4 a 8 mg/dl, média 6 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>Zona 2</td> <td>Tronco até umbigo</td> <td>5 a 12 mg/dl, média 9 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>Zona 3</td> <td>Hipogástrio até coxas</td> <td>8 a 17 mg/dl, média 12 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>Zona 4</td> <td>Braços, antebraços e pernas</td> <td>11 a 18 mg/dl, média 15 mg/dl</td> </tr> <tr> <td>Zona 5</td> <td>Mãos e pés</td> <td>&gt;15 mg/dl, média &gt;18 mg/dl</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Obs:</b> mesmo na zona 1 de classificação da icterícia, a mesma deve ser reavaliada em 24-48 hs para ver a progressão da mesma.</p>	ZONA	Local	Níveis Séricos de Bilirrubina	Zona 1	Cabeça e pescoço	4 a 8 mg/dl, média 6 mg/dl	Zona 2	Tronco até umbigo	5 a 12 mg/dl, média 9 mg/dl	Zona 3	Hipogástrio até coxas	8 a 17 mg/dl, média 12 mg/dl	Zona 4	Braços, antebraços e pernas	11 a 18 mg/dl, média 15 mg/dl	Zona 5	Mãos e pés	>15 mg/dl, média >18 mg/dl
ZONA	Local	Níveis Séricos de Bilirrubina																	
Zona 1	Cabeça e pescoço	4 a 8 mg/dl, média 6 mg/dl																	
Zona 2	Tronco até umbigo	5 a 12 mg/dl, média 9 mg/dl																	
Zona 3	Hipogástrio até coxas	8 a 17 mg/dl, média 12 mg/dl																	
Zona 4	Braços, antebraços e pernas	11 a 18 mg/dl, média 15 mg/dl																	
Zona 5	Mãos e pés	>15 mg/dl, média >18 mg/dl																	
<p><b>EXAMES DE ROTINA</b></p>	<p><b>Solicitação de exames</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Triagem neonatal</b> (teste do pezinho): <b>universal</b></li> <li>• <b>Teste da orelhinha</b> (realizado na maternidade; caso parto domiciliar: encaminhar para triagem otológica com fonoaudiologia/HU/Maternidade Carmela Dutra): <b>universal</b></li> <li>• <b>Hemograma: conforme necessidade</b> (<b>Prematuros:</b> ver segmento de criança de risco; <b>crianças com suspeita clínica de anemia</b> e segmento posterior das mesmas com este diagnóstico a fim de avaliar efetividade da suplementação com ferro sérico (ver capítulo 10).</li> <li>• <b>VDRL: conforme necessidade</b></li> </ul> <p>Realizado em crianças expostas a sífilis congênita, realizados conforme quadro de puericultura em situações especiais.</p>																		
<p><b>FATORES DE RISCO</b></p>	<p><b>Presença de sinais de alerta para segmento da rotina em puericultura</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RN com baixo peso ao nascer (&lt;2500g)</li> <li>• Prematuro</li> <li>• Criança exposta a vulnerabilidade social</li> <li>• Criança exposta a infecções congênitas (sífilis, HIV, toxoplasmose).</li> </ul>																		
<p><b>ASPECTOS FUNDAMENTAIS A SEREM SEMPRE OBSERVADOS</b></p>	<p><b>Avaliação e estratificação do risco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis.</li> <li>• Violência familiar e/ou suspeita de abuso.</li> <li>• Pais ou responsáveis usuários de álcool, crack e outras drogas.</li> <li>• Criança nascida de parto domiciliar não assistido.</li> <li>• Recém-nascido retido na maternidade.</li> </ul>																		

- |  |   |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Criança não vacinada ou com vacinação atrasada.</li></ul> |
|--|---|

**Obs.:** a prescrição de óxido de zinco é um importante elemento para prevenir as dermatites de fralda e deve ser prescrita rotineiramente para uso na pele saudável a cada troca de fraldas.



**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

### 9.1 – AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO E CONDUTAS

Baseadas nas curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), os gráficos de crescimento e desenvolvimento elaboradas de acordo com a avaliação de crianças dos 5 continentes, permitem uma condução adequada no processo de acompanhamento do desenvolvimento antropométrico das mesmas, as quais encontram-se presentes nas carteiras de vacina e neste capítulo do nosso protocolo.

Sendo assim, a conduta de acordo com a inclinação ou posicionamento na curva define as condutas a serem tomadas conforme quadro abaixo.

**Quadro 9.3 – condutas diante do crescimento da criança**

Posição na curva do crescimento por score-z	Impressão diagnóstica	Conduta
<b>ENTRE -2 E 2 E CURVA ASCENDENTE</b>	Peso/altura adequado para a idade	Seguir rotina de consultas conforme calendário.
<b>ENTRE -3 E -2</b>	Peso/altura abaixo do esperado para a idade	Avaliar possíveis intercorrências clínicas (ex: histórico de doenças e/ou desmame no período) e manejar conforme a situação. Permanecendo a dúvida encaminhar/discutir com o médico da equipe para conduta/investigação e agendar retorno em 30 dias para reavaliação. Se curva ascendente em direção à zona de normalidade (entre -2 e 2), manter acompanhamento e condutas ofertadas. Ressalvas podem ser feitas se os pais forem de baixa estatura, contando que a criança mantenha o ganho proporcional à curva de normalidade (paralelo).
<b>ENTRE 2 E 3</b>	Peso/altura acima do esperado para a idade	Avaliar excessos alimentares, principalmente o uso excessivo de farináceos (pão branco, farinhas, mingau). Se curva descendente em direção à zona de normalidade (entre -2 e 2), manter acompanhamento e condutas ofertadas. Ressalvas podem ser feitas se os pais forem de alta estatura, contando que a criança mantenha o ganho proporcional à curva de normalidade (paralelo).
<b>ABAIXO DO -3</b>	Peso/altura muito abaixo do esperado para a idade	Realizar interconsulta no dia com médico.

<b>ACIMA DO 3</b>	Peso/altura muito acima do esperado para a idade	Realizar interconsulta no dia com médico.
-------------------	--	---

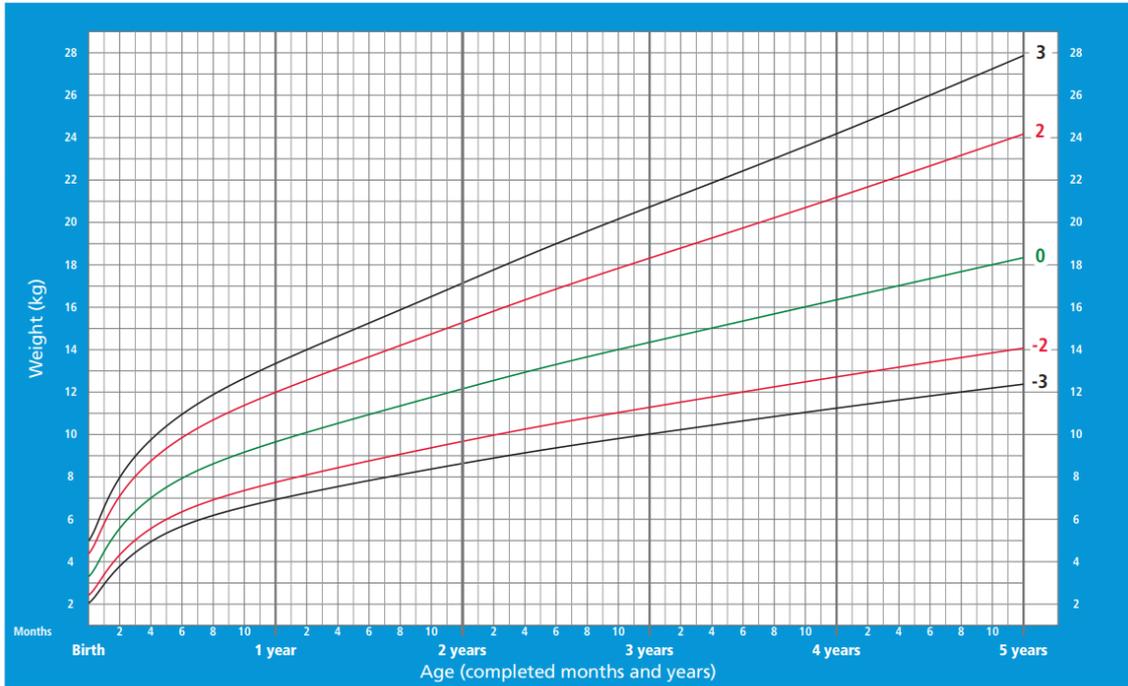
**Quadro 9.4 –Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com a idade<sup>19</sup>**

Idade	Volume	Números de refeições por dia
Até 30 dias	Entre 60 e 120 mL	De 6 a 8
De 30 a 60 dias	Entre 120 e 150 mL	De 6 a 8
De 2 a 4 meses	Entre 150 e 180 mL	De 5 a 6
De 4 a 8 meses	Entre 180 e 200 mL	De 2 a 3
Acima de 8 meses	200 mL	De 2 a 3

Figura 9.1 – Curva de crescimento para meninos dos 0 aos 5 anos – Peso por idade

**Weight-for-age BOYS**

Birth to 5 years (z-scores)

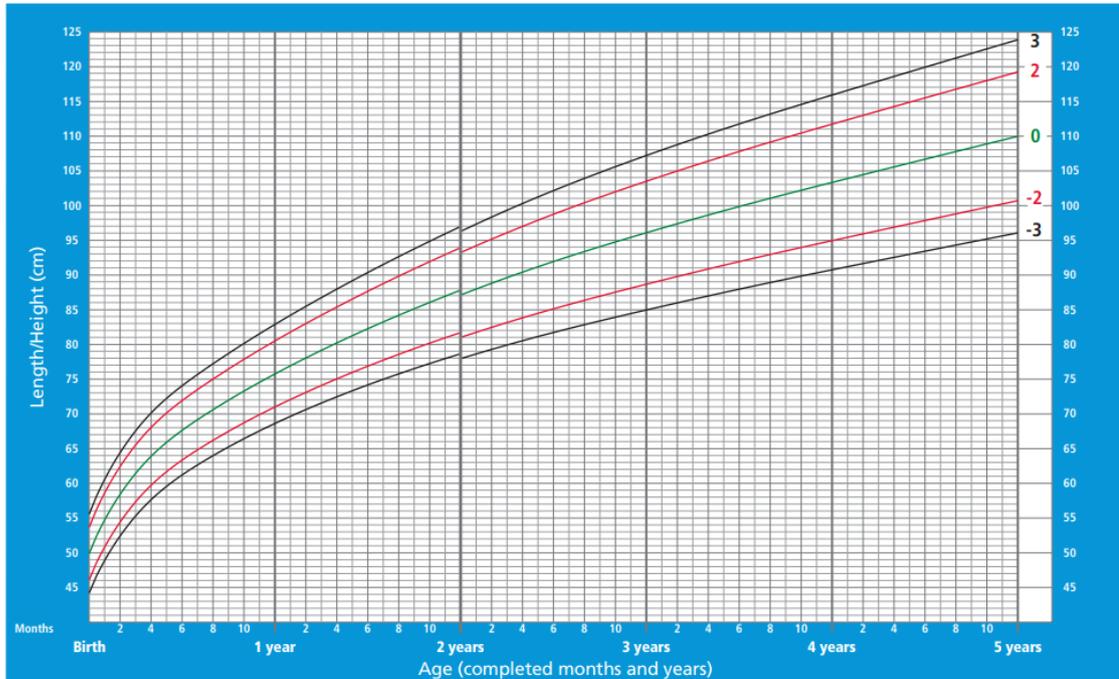


WHO Child Growth Standards

Figura 9.2 – Curva de crescimento para meninos dos 0 aos 5 anos – Altura por idade

**Length/height-for-age BOYS**

Birth to 5 years (z-scores)

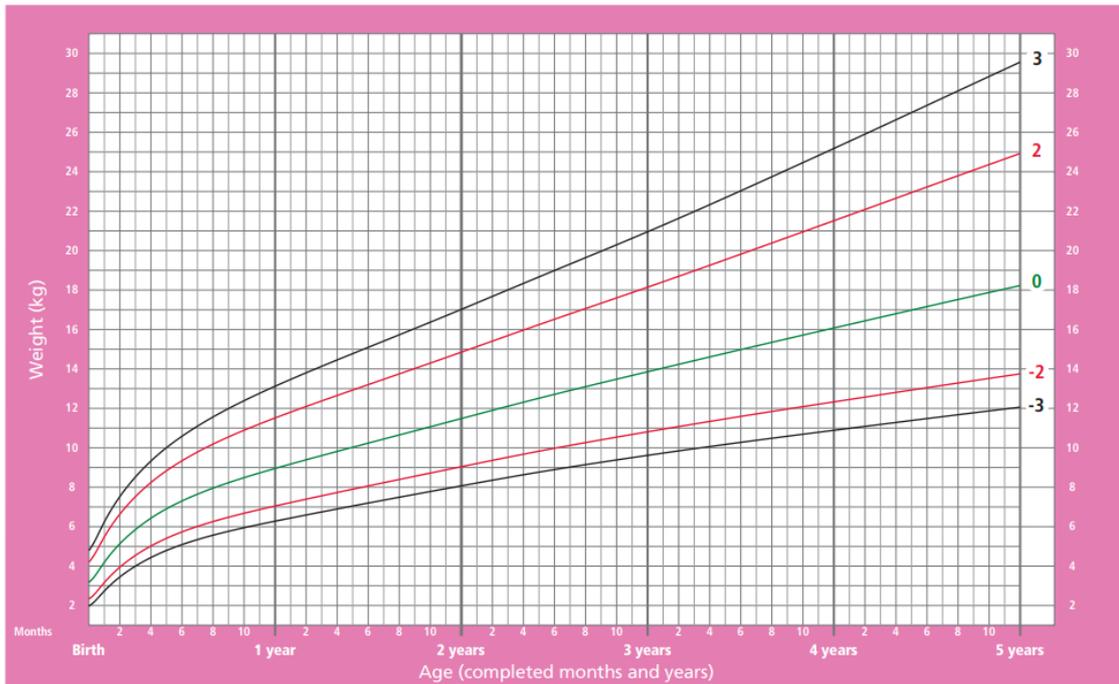


WHO Child Growth Standards

**Figura 9.3 – Curva de crescimento para meninas de 0 a 5 anos – Peso por idade**

**Weight-for-age GIRLS**

Birth to 5 years (z-scores)

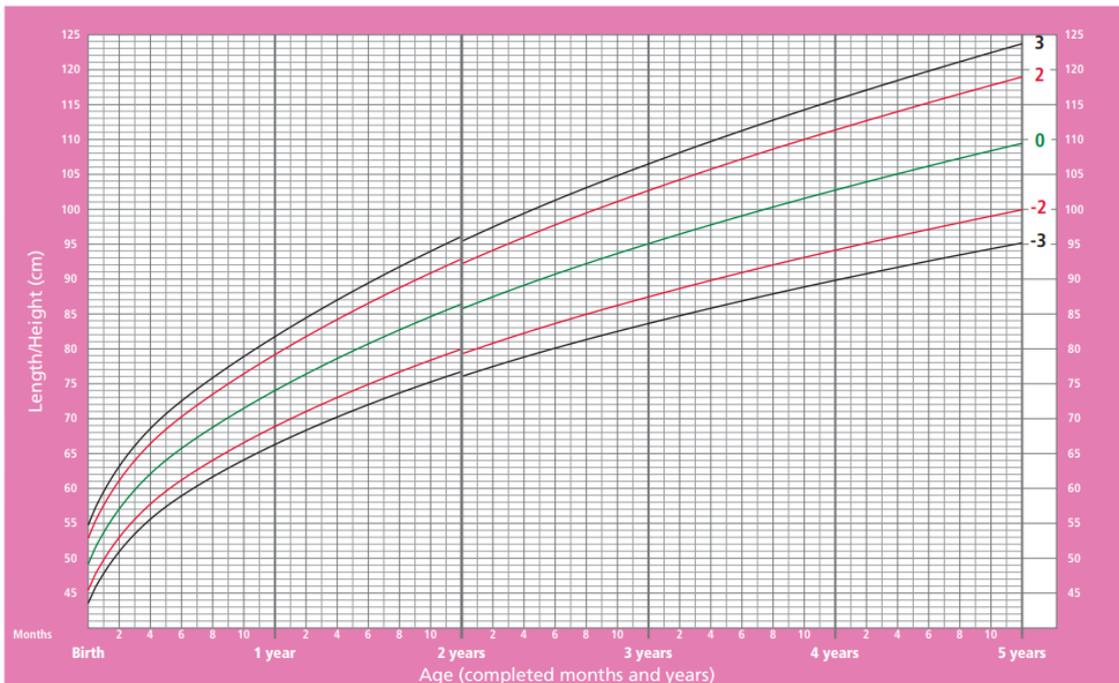


WHO Child Growth Standards

**Figura 9.4 – Curva de crescimento para meninas de 0 a 5 anos – Altura por idade**

**Length/height-for-age GIRLS**

Birth to 5 years (z-scores)



WHO Child Growth Standards

## 10 - ANEMIA E SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO<sup>19,24-26</sup>

Tanto o tratamento da anemia quanto a suplementação com ferro profilático de maneira adequada e não simplesmente medicalizante, constituem-se em importantes estratégias de prevenção de internações hospitalares desnecessárias e complicações severas no desenvolvimento infantil causadas pela carência deste importante nutriente.

Sendo assim e considerando primeiramente a suplementação universal o quadro abaixo expõe de maneira simplificada a quantidade de ferro sérico a ser otimizada em cada caso específico. Vale lembrar que a avaliação individual de cada caso é extremamente importante, ressaltando que conforme o Ministério da Saúde toda a criança entre 6 e 24 meses deve receber, independente do histórico de aleitamento materno, peso/estatura e desenvolvimento motor, 1 mg/kg/dia de Ferro Sérico. Essa situação é uma política nacional considerando a prevalência da anemia no Brasil como um todo, desconsiderando os aspectos loco-regionais de cada Estado e região do país.

**Assim cada caso deve ser avaliado: desenvolvimento motor, ganho de peso e estatura, estado geral da criança, ausência de sinais clínicos de anemia, criança a termo, vulnerabilidade social, ingesta alimentar adequada, etc.; e conforme a avaliação individual, discutir com médico de família, pediatra ou médico da equipe a suplementação ou não de ferro.**

**Todo o prematuro e recém-nascido com baixo peso ao nascer deve receber, a partir do 30º (trigésimo) dia de nascimento, suplementação de ferro conforme tabela abaixo.**

O quadro abaixo expõe a questão da suplementação de ferro sérico em crianças:

**Quadro 10.1 - Suplementação de Ferro Sérico (abordagem individual)<sup>19,24,26</sup>**

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO*
Recém-nascido a termo, de peso adequado para idade gestacional em aleitamento materno. Discutir com médico da equipe a necessidade ou não da suplementação, considerando cada caso.	1 mg/Kg peso/dia a partir do 6º mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês da vida.
Crianças em <b>desmame precoce (&lt; 4 meses)</b> , mesmo a termo e com o peso adequado. Suplementação feita por médico ou enfermeiro.	1 mg/Kg peso/dia a partir dos 4 meses até os 24 meses. Solicitar hemograma entre 9 e 12 meses
Recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso até 1,5 Kg. Suplementação feita por médico ou enfermeiro.	2 mg/Kg peso/dia durante um ano. Após este prazo, 1 mg/Kg peso/dia por mais um ano. Solicitar hemograma com 15 meses
Recém-nascido pré-termo com peso entre 1,5 Kg e 1 Kg. Suplementação e avaliação feita pelo médico da equipe.	3 mg/Kg peso/dia durante um ano. Posteriormente 1 mg/peso por mais um ano. Solicitar hemograma aos 6 e 15 meses.
Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1 Kg.	4 mg/Kg peso/dia durante um ano. Posteriormente 1 mg/peso por mais um ano. Solicitar hemograma aos 6 e 15 meses.

Suplementação e avaliação feita pelo médico da equipe.

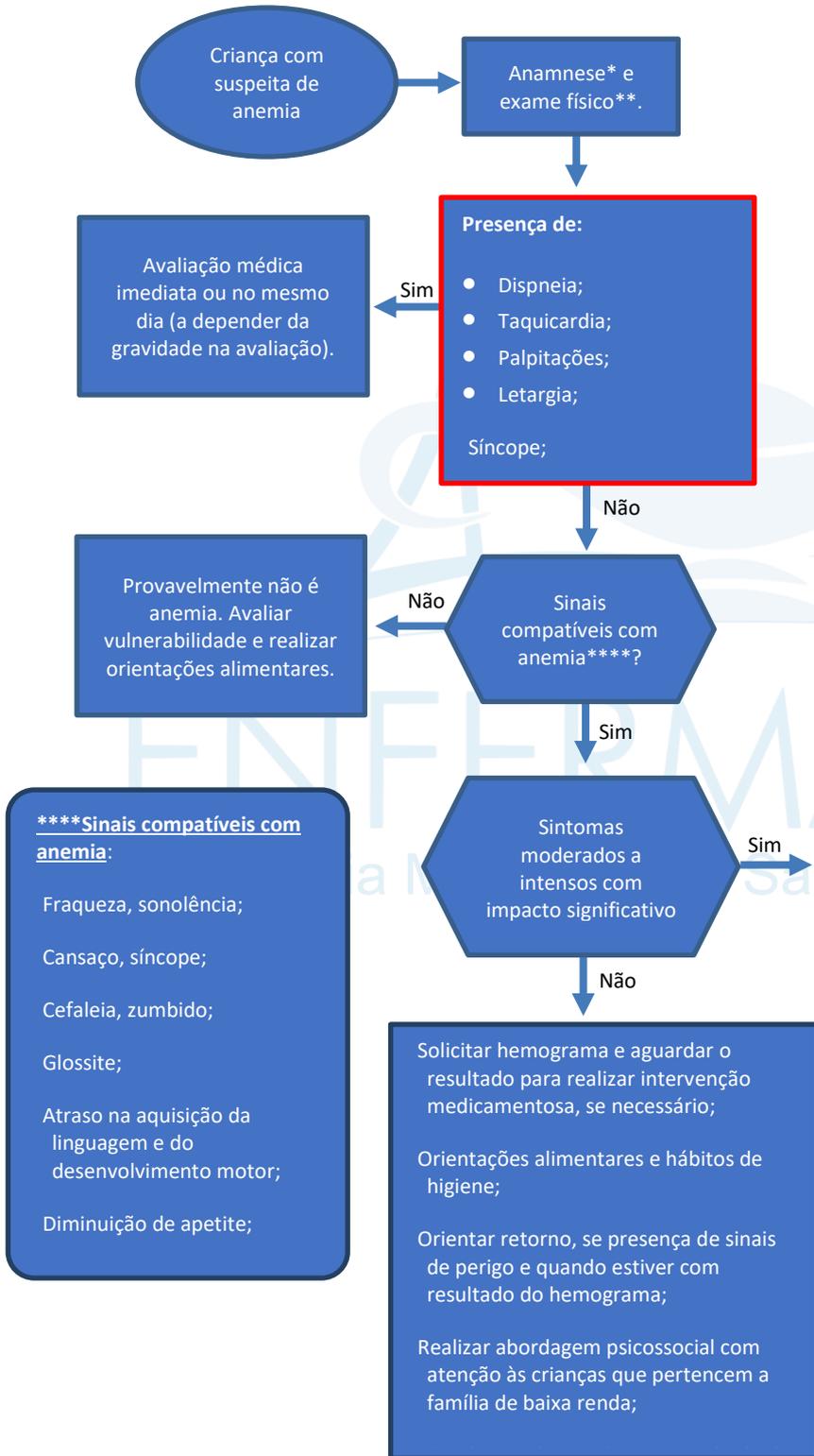
**\*Calcular a dose diária da seguinte maneira: 1 gota por Kg de peso**

**1mL do sulfato = 25 gotas, que possui 124mg de sulfato ferroso e 25mg de ferro elementar.**

Pode ser utilizada calculadora para dose do sulfato ferroso através do link <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=3>.

  
**ENFERMAGEM**  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

**Fluxograma 10.1 – Fluxograma para identificação de anemia**



**\*Pontos importantes na anamnese:**

Dados do parto (desnutrição intrauterina, prematuridade, baixo peso ao nascer);

Estado nutricional, crescimento e desenvolvimento e ganho de peso;

Tempo de aleitamento materno, desmame precoce e seus substitutos;

Histórico alimentar, alergias;

Histórico vacinal, suplementação de ferro e vitamina A;

História de parasitose intestinal e malária;

Presença de sinais e sintomas (fraqueza, sonolência, cansaço, palpitações, letargia, síncope, cefaleias, zumbido, glossite, atraso na aquisição da linguagem e do desenvolvimento motor e diminuição do apetite);

Comportamento da criança durante a consulta;

Presença de sinais de gravidade.

**Provável anemia:**

Solicitar hemograma;

Verificar sintomas de verminose;

Tratar com sulfato ferroso (quadro 10.3) se o acesso ao exame levar mais do que duas semanas. Caso contrário, aguardar resultado;

Orientações alimentares e hábitos de higiene;

Orientar retorno, se presença de sinais de perigo e resultado do exame em mãos.

**\*\*\*\*Sinais compatíveis com anemia:**

Fraqueza, sonolência;

Cansaço, síncope;

Cefaleia, zumbido;

Glossite;

Atraso na aquisição da linguagem e do desenvolvimento motor;

Diminuição de apetite;

**\*\*Pontos importantes no exame físico:**

- -Peso e estatura;
- Frequência cardíaca;
- Frequência respiratória;
- Temperatura;
- Inspeção de pele e palma das mãos;
- Coloração de mucosas e conjuntivas;
- Ausculta pulmonar;
- Ausculta cardíaca;
- Palpação abdominal;
- Exame do aparelho genital e região anal;

Fonte: elaboração própria

**Quadro 10.2 – Pontos de corte dos valores séricos de hemoglobina (g/dL) para definição de anemia em crianças<sup>25</sup>**

Idade	Não anêmica	Anemia leve	Anemia moderada	Anemia grave
Entre 6 meses e 4 anos	$\geq 11,0$	10,0 – 10,9	7,0 – 9,9	$< 7,0$
Entre 5 anos e 11 anos	$\geq 11,5$	11,0 – 11,4	8,0 – 10,9	$< 8,0$
Entre 12 anos e 14 anos	$\geq 12,0$	11,0 – 11,9	8,0 – 10,9	$< 8,0$

**Quadro 10.3 – Conduta perante o quadro de anemia por evidência laboratorial**

Tipo de anemia	Conduta*	Orientações	Seguimento
<b>Leve</b>	3 mg/Kg/dia (não ultrapassar 60 mg/dia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fracionar a dose em 2 a 3x/dia;</li> <li>● Orientar ingestão após refeições;</li> <li>● Evitar ingestão de leite e chás junto com o ferro (diminuem a absorção);</li> <li>● Orientar consumo de alimentos fontes de ferro heme (origem animal);</li> <li>● Orientar consumo conjunto de alimentos com vitamina C ou A;</li> <li>● Verificar baixa renda e qualidade da alimentação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar novo hemograma em 1 mês;</li> <li>● Se não houver restabelecimento dos valores normais, realizar interconsulta com médico;</li> <li>● Manter tratamento na mesma dose por mais 6 semanas para repor as reservas de ferro.</li> </ul>
<b>Moderada</b>	Interconsulta com médico	Realizar orientações alimentares. Verificar baixa renda e qualidade da alimentação.	A partir de estabelecimento de valores compatíveis com “anemia leve”, o seguimento poderá ser realizado com enfermeiro.
<b>Grave</b>	Interconsulta com médico	Realizar orientações alimentares. Verificar baixa renda e qualidade da alimentação.	A partir de estabelecimento de valores compatíveis com “anemia leve”, o seguimento poderá ser realizado com enfermeiro.

\*Calcular a dose diária da seguinte maneira: 1 gota por Kg de peso  
1mL do sulfato = 25 gotas, que possui 124mg de sulfato ferroso e 25mg de ferro elementar.

Pode ser utilizada calculadora para dose do sulfato ferroso através do link <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=3>.

## 11 - PUERICULTURA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS<sup>19,27</sup>

Além da puericultura normal a qual todas as crianças devem ser avaliadas quanto ao seu crescimento/desenvolvimento, em algumas situações se faz necessário uma atenção especial, principalmente em algumas crianças expostas a algumas vulnerabilidades clínicas.

As vulnerabilidades clínicas abaixo de forma alguma se sobressaem em relação a outras vulnerabilidades como por exemplo as sociais e psicológicas, mas devem ser observadas com atenção considerando o risco infeccioso que as mesmas podem vir a acarretar as crianças expostas.

**Quadro 11.1 – Intercorrências e condutas para a puericultura em situações especiais**

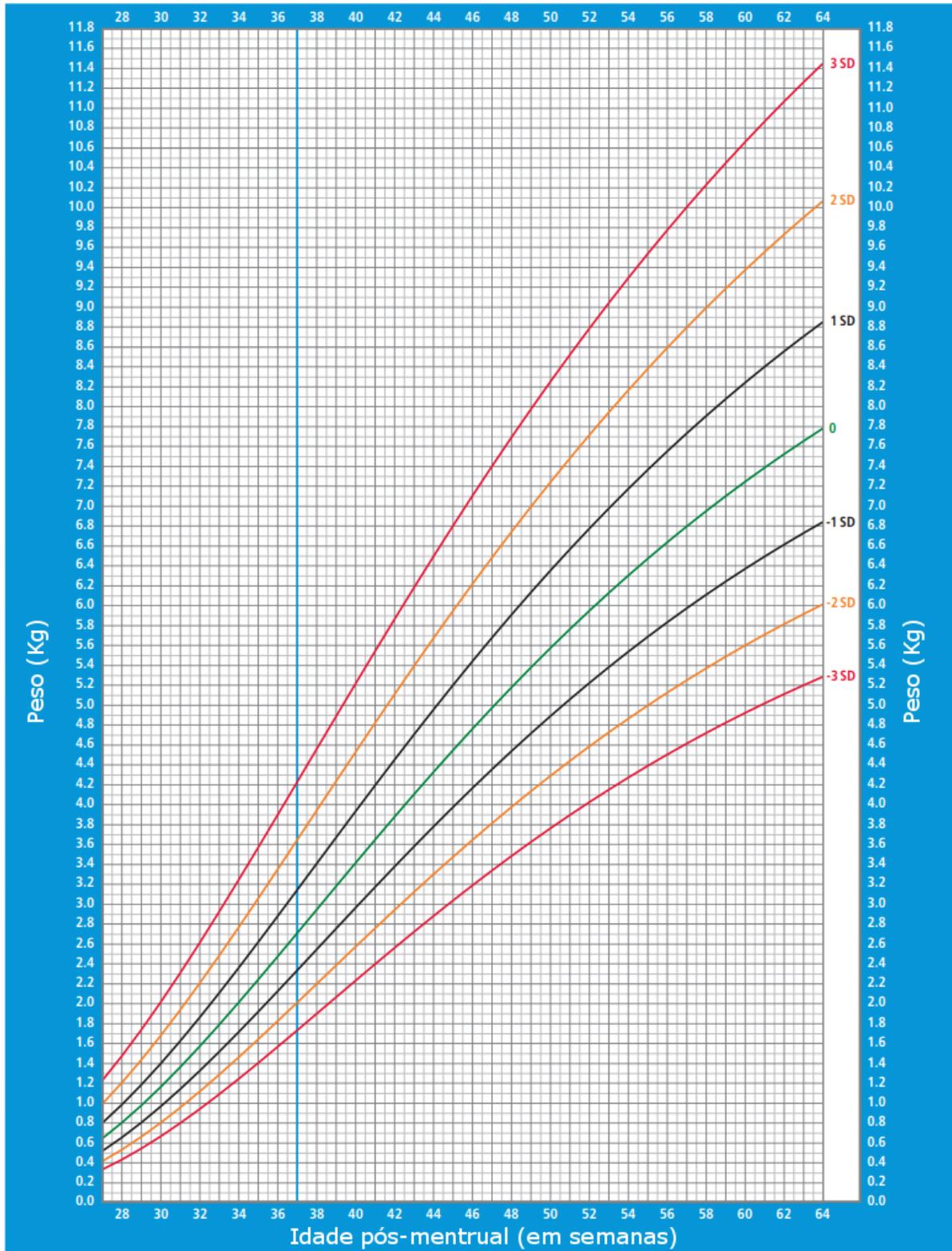
TIPO DE INTERCORRÊNCIAS	CONDUTAS DO ENFERMEIRO
<b>RECEM NASCIDO PRÉ-TERMO (PREMATURO) e BAIXO PESO (&lt; 2500GR)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Consultas semanais até a criança atingir 2.500 gramas e depois mensais até 1 ano de idade.</li> <li>● Se prematura extremo (menor de 28 semanas): referenciar ao pediatra/médico de família a fim de avaliar uso de palivizumabe;</li> <li>● Consultas mensais intercaladas com Enfermeiro/MFC ou pediatra.</li> <li>● Aferir curva de crescimento para prematuros (figuras 11.1 e 11.2) até os 6 meses de idade, quando as curvas normais para a criança (figuras 9.1 a 9.4) deverão ser utilizadas com a correção para a idade de nascimento;</li> <li>● Suplementação de sulfato ferroso até 2 anos de idade conforme quadro 10.1;</li> <li>● Hemograma aos 6 meses (prematuros extremos) e 15 meses (prematuros extremos e sadios)</li> <li>● <b>Calendário vacinal: observar peso na aplicação da BCG (acima de 2.000 gramas) e vacina da Hepatite B.</b></li> </ul>
<b>CRIANÇA EXPOSTA AO HIV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Acompanhar mensalmente a criança e ver o acompanhamento da mesma junto ao serviço especializado.</li> <li>● Manter observação em conjunto com o médico da equipe quanto aos exames de rotina da criança exposta, mesmo que esteja em seguimento na atenção especializada (para saber mais ver: <i>ver PCDT de manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes</i>);</li> <li>● <b>Não amamentar e encaminhar para prescrição imediata de leite especial considerando a necessidade imediata de nutrição da criança</b></li> <li>● <b>Verificar a adesão ao uso do xarope antiviral e uso de sulfá conforme protocolo</b> (<i>ver PCDT de manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes</i>);</li> <li>● <b>Orientações quanto à vacinação:</b></li> <li>● As crianças assintomáticas devem receber as vacinas indicadas pelo Programa Nacional de Imunização até 18 meses de idade e depois seguir o calendário normal, caso negativadas.</li> </ul>

<p><b>CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS/SIFILIS CONGÊNITA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Manter aleitamento materno;</li> <li>● Esquema vacinal conforme PNI;</li> <li>● Programar consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de idade, bimestrais do 6º ao 12º mês e semestrais até os 2 anos;</li> <li>● Acompanhamento oftalmológico semestral via regulação;</li> <li>● Punção liquórica aos 6 meses se a punção ao nascimento estiver alterada (<i>Buscar informação junto a Vigilância epidemiológica municipal</i>)</li> <li>● Controle VDRL com 1, 3 e 6 meses. Dois resultados não reagentes ou queda de 2 titulações = resposta imunológica adequada = cura</li> <li>● Realizar teste treponêmico aos 18 meses (teste rápido ou laboratorial).</li> </ul>
<p><b>HEPATITE B</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Confirmar a aplicação da vacina ou Imunoglobulina ao neonato nas primeiras 12 horas de vida; caso não tenha sido realizado na maternidade encaminhar imediatamente para avaliação junto ao CRIEE (CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS), de preferência antes das 48 horas de vida do recém-nascido, pois a eficácia da imunoglobulina não pode ser comprovada após este período.</li> <li>● Manter aleitamento materno.</li> <li>● Esquema vacina conforme PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO (PNI).</li> <li>● Fazer HbsAg + anti-HBS: 1 ano e 3 meses e após com 2 anos.</li> </ul>

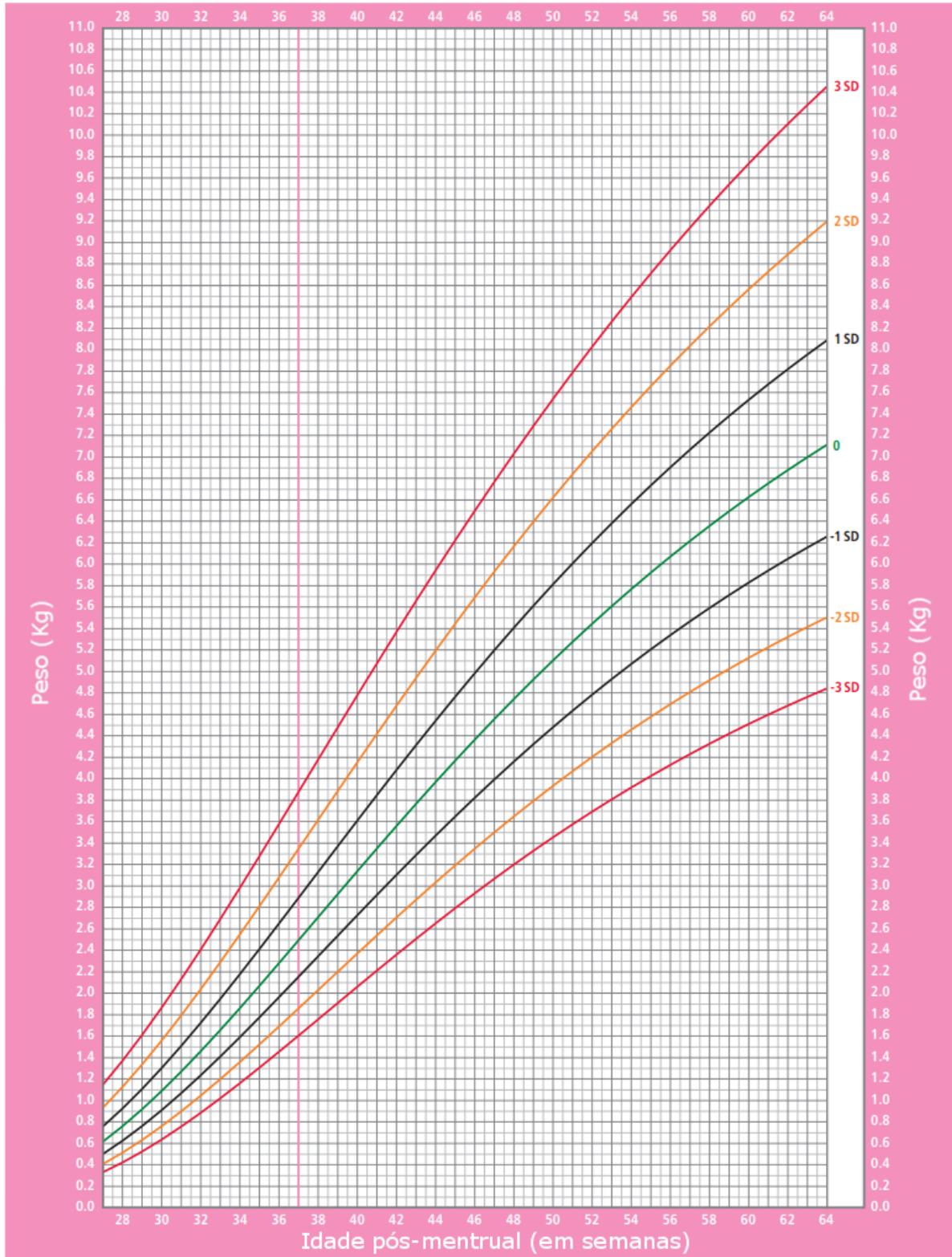
Fonte: elaboração própria

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Figura 11.1 – Curva de ganho ponderal para meninos pré-termos, com acompanhamento do nascimento (> 28 semanas) até os 6 meses de idade (64 semanas)



**Figura 11.2 – Curva de ganho ponderal para meninas pré-termos, com acompanhamento do nascimento (> 28 semanas) até os 6 meses de idade (64 semanas)**



## 12 - IMUNIZAÇÃO

A imunização é um aspecto relevante e de suma importância no enfrentamento de doenças, a imunização não só como fator de proteção individual, mas como política de controle de doenças a nível populacional, principalmente na saúde da criança, deve ser algo a ser perseguido sempre na prática do enfermeiro, mesmo este não estando na sala de vacina rotineiramente. Há uma preocupação crescente na população com relação à necessidade e segurança das vacinas, e é fundamental que o enfermeiro esclareça à população a segurança e eficácia dos imunobiológicos utilizados no sistema público.

Devido ao fato de as vacinas possuírem inúmeros aspectos técnicos e o calendário vacinal sofrer alterações com certa frequência, optou-se por colocar apenas os links referentes aos documentos técnicos e calendário vacinal neste documento:

### **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)

Publicação do Ministério da Saúde que aborda aspectos imunológicos das vacinas, cuidados com a sala de vacinas, registros e boas práticas nos procedimentos.

### **Calendário de Vacinação da Rede Pública de Santa Catarina para 2020**

[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/calendario\\_epidemiologico/calendarioa-vacina-2020.PDF](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/calendario_epidemiologico/calendarioa-vacina-2020.PDF)

Publicação da Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (DIVE-SC) contendo o calendário vacinal para 2020, da infância à idade adulta, e calendário vacinal para o prematuro extremo, incluindo o intervalo entre as doses vacinais.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Presidência da República (BR). Lei nº 8.069 - Estatuto da Criança e do Adolescente. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8069.htm). Published 1990.
2. Mello Filho J, Silveira L. Consulta Conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2005.
3. Duncan B, Schmidt M, Giugliani E. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas Em Evidências.*; 2006.
4. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Atenção Básica*. Vol I.; 2012. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
5. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Portaria nº22/2016: Institui a Política Municipal de Atenção Primária à Saúde. 2016:15-120.
6. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis-SC. Portaria nº 79/2015 - Institui a Comissão Permanente de Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Diário Of do Município*. 2015.
7. Ministério da Saúde (BR). *Manual de Quadros de Procedimentos : Aidpi Criança : 2 Meses a 5 Anos.*; 2017.
8. University of Cape Town. *Pack Child: Versão Global.*; 2017.
9. British Medical Journal. Otite média e otite externa. <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/40>.
10. University of Cape Town. *PACK Brasil Adulto: Versão Florianópolis.*; 2017.
11. Hospital Sírio Libanês. *Protocolo de Saúde Das Crianças: Versão Para Consulta Pública*. São Paulo; 2017.
12. Ministério da Saúde (BR). Plano Nacional De Vigilância E Controle Das Enteroparasitoses. *FefBr*. 2005:1-42. [http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/enteroparasitoses\\_pano\\_nacional.pdf](http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/enteroparasitoses_pano_nacional.pdf).
13. Ministério da Saúde (BR). Manejo do paciente com diarreia (cartaz). [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/cartazes/manejo\\_paciente\\_diarreia\\_cartaz.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf). Published 2011. Accessed August 1, 2018.
14. Ministério da Saúde (BR). *Dermatologia Na Atenção Básica de Saúde.*; 2002.
15. British Medical Journal. Scabies. <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph-pdf/124.pdf>.
16. British Medical Journal. Candidiase oral.
17. Ministério da Saúde (BR). Caderneta de Saúde da Criança Menino. 2013:1-96.

18. Ministério da Saúde (BR). Caderneta da Saúde da Criança Menina. 2008.
19. Ministério da Saúde (BR). *Saúde Da Criança: Crescimento e Desenvolvimento.*; 2012.
20. World Health Organization. Weight-for-age GIRLS. *Child growth Stand.* 2012:30.
21. World Health Organization. Weight-for-age BOYS. *Child growth Stand.* 2012:10-12.  
[http://www.who.int/childgrowth/standards/WFA\\_boys\\_0\\_5\\_zscores.pdf](http://www.who.int/childgrowth/standards/WFA_boys_0_5_zscores.pdf).
22. World Health Organization. Length / height-for-age GIRLS. :125.
23. World Health Organization. Length / height-for-age BOYS. :125.
24. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Suplementação de Ferro - Manual de Condutas Gerais. *Ministério da Saúde.* 2013. doi:22/jul NV - 730
25. World Health Organization. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. *Geneva, Switz World Heal Organ.* 2011:1-6.  
doi:2011
26. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Anemia Ferropriva Em Lactentes: Revisão Com Foco Na Prevenção.* São Paulo: Departamento científico de nutrologia; 2012.
27. Ministério da Saude (BR). Manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. 2017:1-220.

ENFERMAGEM  
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

## CONTROLE DE ALTERAÇÕES

Versão	Capítulo	Página	Alteração	Data da alteração
1.1	1	8	Inclusão para registro da Consulta de Enfermagem na Interconsulta	02/01/2020
1.1	2, 3, 4, 6 e 10	9, 11, 14, 19 e 39	Inclusão dos sinais de alerta no corpo do fluxograma	02/01/2020
1.1	8	22	Retirada do clotrimazol como alternativa de tratamento para dermatite de fraldas	02/01/2020
1.1	8	25	Inclusão da doença mão-pé-boca	02/01/2020
1.1	11	43	Atualização do seguimento de VDRL para criança exposta à sífilis	02/01/2020
1.1	FLUXOGRAMAS	TODAS	Inclusão de quadro vermelho com sinais de alerta	02/01/2020
1.1	TODOS	TODAS	Inclusão de hiperlinks para fluxogramas, quadros e anexos	02/01/2020
1.2	10	38 e 42	Cálculo Sulfato Ferroso	10/12/2020