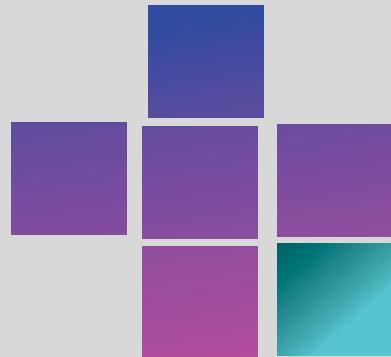




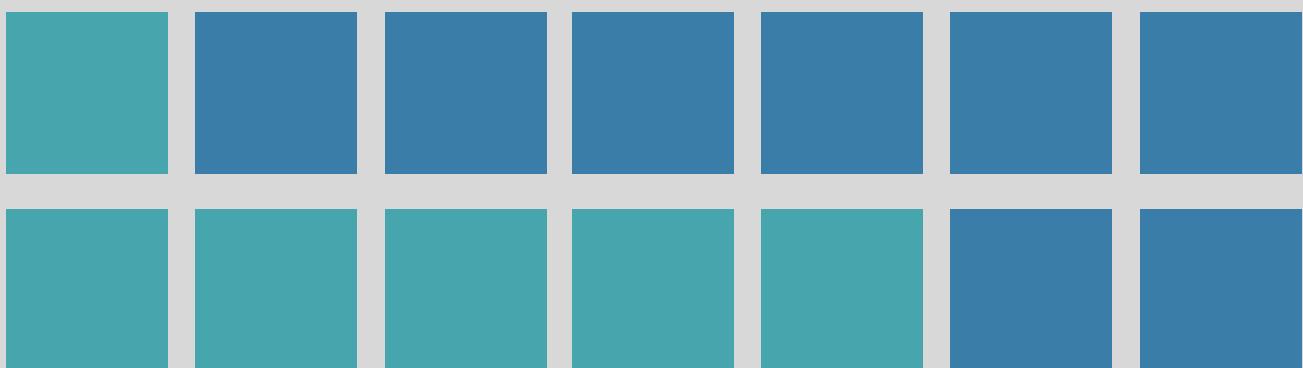
Protocolos de Enfermagem



Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde
Coordenadoria da Atenção Básica
Área Técnica da Assistência em Enfermagem

Módulo 1

Atenção Primária à Saúde Da Criança e Adolescentes



5ª edição revisada
outubro | 2025



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

Prefeito da Cidade de São Paulo

Ricardo Nunes

Secretário Municipal da Saúde

Luiz Carlos Zamarco

Secretário Adjunto Municipal da Saúde

Maurício Serpa

Chefe de Gabinete

Armando Luis Palmieri

Secretaria Executiva de Atenção Básica,

Especialidades e Vigilância em Saúde

Sandra Maria Sabino Fonseca

Coordenadora da Atenção Básica

Giselle Cacherik

Ficha catalográfica

S241p São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Secretaria-Executiva de Atenção Básica,
Especialidades e Vigilância em Saúde. Coordenadoria de Atenção Básica.
Protocolos de enfermagem: módulo 1 – Atenção Primária à Saúde da Criança e
Adolescentes / Coordenadoria de Atenção Básica. - 5.ed. rev. - São Paulo: SMS, 2024.
247p.
1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Saúde da Criança. 4. Saúde do
Adolescente. 5. Saúde da Família. 6. Serviços de Saúde. I. Título.

CDU-614.2

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SECRETARIA-EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Coordenadoria da Atenção Básica – Área Técnica da Assistência de Enfermagem

Módulo 1

Atenção Primária à Saúde

da Criança e do

Adolescente

Revisão 10/2025

COORDENAÇÃO GERAL

Área Técnica da Assistência de Enfermagem da Coordenadoria de Atenção Básica - SMS/SP

Maria Elizabet Pereira de Siqueira
Ellen Akreman Macedo Tinos
Ana Paula Lima Orlando

ORGANIZAÇÃO

Área Técnica da Assistência de Enfermagem Coordenadoria de Atenção Básica - SMS/SP

Escola Paulista De Enfermagem – EPE/ Unifesp - Departamentos acadêmicos

REVISÃO E ATUALIZAÇÃO SMS/CAB

Adalberto Kiochi Aquemi
Cassia Liberato muniz Ribeiro
Ellen Akreman Macedo Tinos
Karina Mauro Dib
Kelly Cristina Lino dos Santos
Maria Elizabet Pereira de Siqueira
Maria Luiza Franco Garcia
Josie Cleia Santos Miranda

DEPARTAMENTOS CAB

Divisão de Cuidado às Doenças Crônicas
Divisão de Promoção à Saúde
Divisão de Saúde Mental
Divisão de Cuidados em Saúde por Ciclos

de Vida

Divisão de Atenção Primária
Divisão de Assistência Farmacêutica e Laboratorial, de Enfermagem e Insumos Estratégicos

COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE / SMS-SP

Carlos Eduardo de Paula
Júlia de Moura Godoy
Cíntia Christina Silva Patrício de Souza
Cassia Oliveira Lopes
Evelyn de Souza Viana
Lucimar de Lima Xavier de Mendonça
Andrea Lutten Leitão
Verônica de Pádua Mello

ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM – EPE/ UNIFESP

Departamento de Enfermagem Pediátrica

– DEP
Lucía Silva
Andréia Cascaes Cruz
Edmara Bazoni Soares Maia
Maria das Graças Barreto da Silva
Anneliese Domingues Wysocki
Maria Magda Ferreira Gomes Balieiro
Larissa Perez Pardo Nascimento
Kelly Cristina Sbampato Calado Orsi
Ana Paula Dias França Guareschi
Flávia Simphronio Balbino

PARCEIROS:

Associação Filantrópica Nova Esperança - AFNE
Associação Saúde da Família - ASF
Centro de Estudos e Pesquisa Dr. João Amorim - CEJAM
Fundação do ABC - FABC
Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde - INTS
Associação Comunitária Monte Azul -
Casa de Saúde Santa Marcelina;
Sociedade Beneficente Caminho de Damasco;
Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo;
Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina;
Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais da Coordenadoria da Atenção Básica, Coordenadorias Regionais de Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde, Escola Paulista De Enfermagem – EPE/ Unifesp - Departamentos acadêmicos, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein:

Aline Calle Canella, Aline Fernandes de Rossi, Andrea Cristina Borella, Bárbara Tideman Sartorio Camargo, Barbara Gatti Pascoaso, Beatriz Diório Pires, Beatriz Mayumi Itonaga, Beatriz Secco da Silva, Carla Pereira Barreto, Carolina Manteiga de Castro, Cassia Regina da Silva, Cecilia Onohara da Silva, Daiana Bonfim, Dafne Louize Gomes Fernandes, Debora Bernardo da Silva, Denis dos Santos Azevedo, Fabiana Guimarães dos Santos, Felipe Trojeckas Fragoso, Gabriella Mendes de Oliveira, Giovana Andrade Frederico, Gislaine Desani Costa, Jessica Domingues, Jessica Vilela Silva, Jocielle dos Santos Ramos, Julianni Ribeiro Nunes, Kattielly Gomes Silva, Lais Correia Souza, Leila Justino da Silva, Lucelia dos Santos Silva, Luiza Carraschi de Oliveira, Maria Fernanda Nóbrega, Marina Cristina dos Santos Brito, Phellipe Martins Sanches Ferreira da Rocha, Priscila Maria Gonçalves Ruggeri Faustino, Rebecca Camatta, Samuel Damasceno Cipriano, Sofia Lopes, Stefany Nizer Alves, Thuany Gama Neumann, Verônica Elizabeth Nascimento, Victoria Klebis da Silva, Vivian Pereira Franco.

Aos Enfermeiros abaixo relacionados pela dedicação na construção das edições anteriores:

Amara Lousiene Sales Patrício; Andréa Lutten Leitão; Artur Vieira Castilhano Neto; Cecília Seiko Takano Kunitake; Claudia Hernandes F. Takamatsu; Heloisa Maria Chamma Leuzzi Lacava; Ivani dos Santos; Karina Mauro Dib; Leni Aparecida Gomes Uchoa; Maria Bernadete Sampaio Amaral Seixas; Maria Cristina H. dos Santos; Marisa Beraldo; Patrícia Luna; Priscila de Oliveira Conde Candido; Rhavana Pilz Canônico; Renata Sinti Bonanno; Reneide Rodrigues Ramos; Roberta Melão; Rosa Maria Bruno Marcucci; Silmara Alves dos Santos; Soraia Rizzo; Andrea da Silva Alves; Ana Izabel C. Gorgulho; Ana Maria A. Bergo; Denise Helena de Castro Freitas; Gloria Mityo Schulze; Leni A. Gomes Uchôa; Luciana Morais Borges Guedes; Marina Arends Roschel; Maria das Graças L. Oliveira; Maria das Graças Lopes Bel. da Silva; Naira Reis Fazenda; Rachel Gonçalves Miguel; Regina T. Capelari; Rita de Cássia R. Pereira; Mercia Celeste; Patricia Luna; Nayara T. Hollen Dias; Sandra Regina Alves Freitas

APRESENTAÇÃO

Este documento está em sua 3^a edição revisada em dezembro/2024, como instrumento norteador para os profissionais Enfermeiros, lotados nos estabelecimentos municipais de saúde da Atenção Básica do Município de São Paulo e tem como objetivo apoiar os profissionais na condução das etapas da assistência na APS (Atenção Primária à Saúde), viabilizando a implementação do Processo de Enfermagem, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde).

A construção deste documento envolveu o trabalho conjunto com os Interlocutores Técnicos das Coordenadorias Regionais de Saúde e Assessores das Áreas Técnicas da Coordenadoria da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, com participação do corpo Docente da UNIFESP através do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde - COAPES).

Esta atualização periódica, surge pela necessidade de preservar a organização da assistência de enfermagem nos serviços da APS em acompanhamento aos princípios da Política Nacional de Atenção Básica: “promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada”.

SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
CC - Caderneta da Criança
CE - Consulta de Enfermagem
CIAP - Classificação Internacional de Atenção Básica
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CRAPH - Centros de Referência para o Acompanhamento dos Portadores de Hemoglobinopatias
DI - Desenvolvimento Infantil
DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
e-Multi - Equipe Multidisciplinar
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF - Estratégia Saúde da Família
GAME - Grupo de Aleitamento Materno Exclusivo
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV - Papilloma Vírus Humano
IMC - Índice de Massa Corporal
ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LM - Leite Materno
MS – Ministério da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PA - Pressão arterial
PE - Processo de Enfermagem
PMAISCA - Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente do Município de São Paulo
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Crianças
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNTN – Programa Nacional de Triagem Neonatal
PPR - Papilomatose Respiratória Recorrente
PSE – Programa Saúde na Escola
RN - Recém-nascido

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria.
SMSL – Síndrome da Morte Súbita Lactente
SOAP- Subjetivo/Objetivo/Avaliação/Plano
SOBEP - Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras
SRO - Soro de Reidratação Oral
TEA - Transtorno do Espectro do Autismo
TIC - Tecnologias da Informação e de Comunicação
TRO - Terapia de Reposição Oral
UBS – Unidade Básica de Saúde
VD - Visita Domiciliaria

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
Capítulo 1 – POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
Capítulo 2 - CONSULTA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM NA APS.....	17
2.1. Registro Clínico/Evolução de Enfermagem.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
Capítulo 3 - PROMOÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA	23
3.1. Vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil	23
3.2. Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil	25
3.3. Recomendações para Consulta de Enfermagem ao recém-nascido, puérpera e família e periodicidade das demais consultas	27
3.4. Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil	31
3.5. Desenvolvimento da criança dos 3 aos 9 anos, 11 meses e 29 dias	47
3.6. Recomendações para sono seguro e tranquilo.....	48
3.7. Diagnósticos, Resultados Esperados e Intervenções de Enfermagem – CIPE	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
Capítulo 4 - ALEITAMENTO MATERNO, ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL E SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA E SAIS DE FERRO.....	53
4.1 Aleitamento Materno	53
4.2. Alimentação complementar saudável	60
4.3. Doze Passos para Alimentação Saudável em Crianças menores de 2 anos	64
4.4. Dez Passos para uma Alimentação Saudável em Crianças de 2 a 9 anos....	65
4.5. Crianças com dificuldades ou recusa na introdução alimentar	65
4.6. Suplementação vitamínica e sais de ferro	69
4.7. Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem em Baixo Peso, Sobre peso e Obesidade - CIPE	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
Capítulo 5 - ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS COM AGRAVOS	72
5.1. Alterações de pele	72
5.2. Alterações gastrointestinais	90
5.3. Alterações respiratórias	100
5.4. Febre (CIAP2 - A03 Febre)	107

5.5. Dor de ouvido sem febre e em bom estado geral (CIAP - H01 Dor de ouvidos; H04 Secreção ouvido; H13 Sensação ouvido tapado)	111
5.6. Anemia por deficiência de ferro (CIAP – B80)	113
5.7. Doença Falciforme	114
5.8. Dores recorrentes em membros (CIAP - L14 Sinais/sintomas da coxa/perna; L15 Sinais/sintomas do joelho)	115
5.9. Olho vermelho.....	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
Capítulo 6 - ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÔNICA, DEFICIÊNCIA OU EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS E DE VULNERABILIDADE	120
6.1. Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)	120
6.2. Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH).....	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
Capítulo 7 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA E CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS	134
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
Capítulo 8 - ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS OUTRAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	140
8.1. Tuberculose e Infecção Latente da Tuberculose (ILTb)	140
8.2 Criança exposta ao HIV	144
8.3 Criança com toxoplasmose congênita suspeita ou confirmada	146
8.4 Criança exposta ao vírus da hepatite B (mãe com sorologia HbsAg reagente no pré-natal ou hepatite B crônica)	147
8.5 Criança exposta ao vírus da hepatite C (mãe portadora de hepatite C)	149
REFERÊNCIAS BILIOGRÁFICAS	150
Capítulo 9 - ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE BUCAL NA INFÂNCIA	151
9.1. Monilíase Oral (CIAP - S75 Monilíase oral)	152
9.2. Estomatite (CIAP - D20 Sinais/sintomas da boca/língua/lábios; S01 Dor/sensibilidade dolorosa da pele)	153
9.3. Cárie dentária (CIAP - D19 Sinais/sintomas dos dentes/gengivas)	154
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
Capítulo 10 - IMUNIZAÇÃO NA INFÂNCIA	156
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	158
Capítulo 11 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE	159
11.1. Consulta de Enfermagem do Adolescente	161
11.2. Crescimento e Desenvolvimento Puberal	166

11.3. Atendimento do Adolescente via Demanda Espontânea	171
11.4 Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem relacionados à consulta do adolescente – CIPE	173
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	174
Capítulo 12 - PREVENÇÃO DE SOBREPESO E OBESIDADE	175
12.1. Consulta de Enfermagem direcionada para casos de Sobre peso/ Obesidade	175
12.2. Estratégias Comportamentais para tratamento da Obesidade na Infância e Adolescência.....	176
12.3. Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem – CIPE.....	178
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	179
Capítulo 13 - IMUNIZAÇÃO DO ADOLESCENTE.....	180
13.1. Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem na imunização do Adolescente	181
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181
Capítulo 14 - SAÚDE BUCAL DO ADOLESCENTE	182
14.1. Cárie	182
14.2. Aftas	182
14.3. Gengivite	183
14.4. Halitose	183
14.5. Piercing	183
14.6. Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem – CIPE	184
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	184
Capítulo 15 - GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	185
15.1. Intervenções para o Atendimento de pré-natal de adolescentes	186
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	186
Capítulo 16 – GÊNERO E SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	187
16.1. Abordagem sobre sexualidade e gênero	187
16.2. Abordagem ao adolescente TRANS	187
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191
Capítulo 17 - INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs) NA ADOLESCÊNCIA.....	192
17.1 Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem na prevenção de ISTs em Adolescentes – CIPE	192
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	193

Capítulo 18 – SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	194
18.1. Ansiedade	198
18.2. Depressão em crianças	200
18.3. Risco de suicídio e autolesão.....	204
18.4. Transtornos alimentares – Anorexia nervosa e Bulimia nervosa	208
18.5. Bullying	214
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	217
Capítulo 19 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)	219
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	224
Capítulo 20 - USO DE TELAS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA	225
20.1. Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem para uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC), redes sociais e Internet pelas crianças e adolescentes - CIPE	226
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	227
Capítulo 21 – VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	228
21.1. Alterações comportamentais da criança e do adolescente em situações de violência	232
21.2 Sinais de violência sexual em crianças e adolescentes	233
21.3. Esquema antirretroviral para PEP - Criança	236
21.4 Em caso de suspeita ou confirmação de violência.....	237
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	238
Capítulo 22 - BRINCAR E O CONVÍVIO COM A NATUREZA	239
22.1 Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem para o brincar e o convívio com a natureza para crianças e adolescentes.....	241
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	242
ANEXO 1 - Símbolos utilizados no Genograma.....	243
ANEXO 2 - Linhas de relacionamento e de moradia	244
ANEXO 3 - Exemplo de um genograma.....	245
ANEXO 4 - Estrutura de um ecomapa	246
ANEXO 5 - Símbolos utilizados no diagrama de vínculos	247
ANEXO 6 - Questionário SNAP IV	248

INTRODUÇÃO

Os Protocolos de Enfermagem são instrumentos fundamentais de apoio a uma prática segura, com respaldo ético e legal. Além disso, asseguram a autonomia da categoria, à medida que a própria Lei do Exercício Profissional da enfermagem (Nº7498/86) estabelece a importância do respaldo nos protocolos institucionais. (Portaria MS 2436/17).

O papel da equipe de enfermagem atuando de forma integrada junto aos profissionais de saúde das unidades é fundamental para consolidar os objetivos do desenvolvimento sustentável, propostos pela organização das Nações Unidas (ONU)

- Agenda 2030, na saúde da criança: “acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por 1.000 nascidos vivos, e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, pelo menos, 25 por 1.000 nascidos vivos”.

As políticas públicas da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, conta com a participação efetiva dos profissionais da equipe de enfermagem para o desenvolvimento de suas diretrizes, com a finalidade de proporcionar aos profissionais enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, um instrumento de consulta para orientação de fluxos e atualização de condutas em saúde, garantindo uma assistência de enfermagem qualificada, zelando pela segurança dos usuários do SUS.

Esta edição contempla todas as fases do desenvolvimento abordando a atenção integral às crianças, adolescentes e famílias, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Descreve as ações de enfermagem, atualizações nas solicitações de exames e prescrições medicamentosas (Coren 2019). Abrange a atuação da equipe de enfermagem na assistência às crianças e adolescentes em situação vulnerabilidade e de violência.

Agradecemos a colaboração de todos os profissionais que atuaram na construção deste documento trazendo seus conhecimentos e experiências para enriquecer o conteúdo fortalecendo as políticas públicas no nosso município.

Este documento não tem a intenção de atender todos os aspectos relativos ao tema, mas se constitui como um norteador importante para a prática diária da(o) enfermeira(o), respaldado pela Lei do Exercício Profissional nº 7498/86, Decreto Lei nº 94.406/87, e todas as demais Legislações pertinentes em vigência.

Equipe Técnica de Enfermagem - Coordenação da Atenção Básica
e Coordenadorias SMS-SP - Apoio Técnico UNIFESP

Capítulo 1 – POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

A atenção à saúde da criança inclui uma sequência de ações de promoção à saúde e medidas protetivas e preventivas, iniciadas ainda durante a gestação, de forma integral e integrada.

Segundo os objetivos do desenvolvimento sustentável propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU) - Agenda 2030, na saúde da criança espera-se “acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por 1.000 nascidos vivos, e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, pelo menos, 25 por 1.000 nascidos vivos”.

A criança tem os direitos à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à dignidade e à proteção integral garantidos pela Constituição Federal de 1988, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, Marco Legal da Primeira Infância, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Crianças (PNAISC), entre outras leis. Vale ressaltar que as medidas para garantir e defender esses direitos são de responsabilidade do governo, da sociedade e da família.

A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Os sete eixos estratégicos que compõem a PNAISC tratam de elementos essenciais para a garantia do direito à vida e da atenção integral à saúde infantil, sendo eles: 1. Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-Nascido; 2. Aleitamento Materno; 3. Alimentação Complementar Saudável; 4. Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral; 5. Atenção Integral a Crianças, com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas; 6. Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz; Atenção à Saúde de Crianças com Deficiência ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade; 7. Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno.

A Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente do Município de São Paulo (PMAISCA) considera:

I - Primeira Infância: indivíduo na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos 11 meses e 29 dias;

II - Criança: indivíduo na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos 11 meses e 29 dias;

II – Adolescente: indivíduo na faixa etária de 10 a 19 anos 11 meses e 29 dias.

A PMAISCA se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das áreas técnicas, coordenações, ações e serviços de saúde. É transversal, atuando em todos os níveis de atenção e descentralizada, por meio da construção coletiva e participativa quanto à discussão, articulação, planejamento e monitoramento das ações.

Alguns princípios norteadores da política municipal são: Planejamento e o desenvolvimento de ações integradas; Acesso universal; Acolhimento: a criança tem agenda programática e demanda eventual e Equidade: priorização das crianças e suas famílias em situação de risco e/ou vulnerabilidade.

A enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) tem o objetivo de prevenir a ocorrência de situações e agravos que possam repercutir negativamente no crescimento e no desenvolvimento da criança e influenciar positivamente na aquisição de competências e habilidades do ser humano que está em evolução.

Link Projetos estratégicos Primeira Infância:

https://capital.sp.gov.br/web/secretaria_executiva_de_projetos_estrategicos/w/primeira_infancia/364025

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estatuto da Criança e adolescente. Disponível: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/publicacoes/eca_mdhc_2024.pdf
2. LEI Nº 13.257, DE 8 DE MARÇO DE 2016. Disponível: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm
3. 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. 180 p.
4. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 180 p.

Capítulo 2 - CONSULTA DE ENFERMAGEM E PROCESSO DE ENFERMAGEM NA APS

A Consulta de Enfermagem a uma criança/adolescente e família exige raciocínio clínico acurado, subsidiado pelo Processo de Enfermagem (PE), conforme descrito na Resolução COFEN nº 736/24.

No cotidiano de atuação da APS, o encontro clínico entre o(a) enfermeiro(a) e a criança acontece nos consultórios, no território, onde quer que ele possa produzir cuidados. São nestes espaços, onde ocorre atendimento/consulta, que o enfermeiro, em uso do Processo de Enfermagem, realiza seu raciocínio clínico, considerando não só os aspectos fisiológicos ou fisiopatológicos, mas também a forma como a determinação social do processo saúde-doença atravessa a vida de cada criança/adolescente, família ou comunidade.

O modo como realizamos a consulta influencia muito no raciocínio clínico e faz toda diferença no diagnóstico e grau de intervenção para manejo da queixa apresentada, pela criança e adolescente. Na relação entre profissional, criança e adolescente/família/comunidade é possível exercer influência na autopercepção de saúde das pessoas e sua autonomia para o cuidado, a grande maioria dos sintomas e queixas na APS são indiferenciadas ou inespecíficas, por isso é altamente relevante considerar a subjetividade, a história de vida e a forma com a qual a pessoa se relaciona com o problema ou necessidade apresentada para então, planejar e intervir. Se ao atender uma pessoa, você utilizar uma abordagem centrada do corpo biológico, na medicalização de processos naturais, não baseada em evidências científicas corre grande risco de propor intervenções desnecessárias, que podem ser prejudiciais a vida das crianças e adolescentes e aumentar custos em saúde.

A composição multiprofissional (e-Multi) da APS favorece a colaboração continua entre os profissionais, com objetivo de proporcionar para criança/adolescente, família e comunidade a melhor escolha para manejar os problemas ou necessidades encontradas. O enfermeiro é um profissional com autonomia para atuar de forma resolutiva no manejo de diversas condições, dentro do seu escopo de atuação profissional.

A interconsulta constitui-se em uma potente ferramenta para compartilhamento de saberes entre profissionais. Se preciso for, compartilhe o cuidado da criança/adolescente ou família com outro profissional, em busca de ofertar cuidado integral, contínuo, resolutivo e amparado pelo exercício legal da profissão.

A PORTARIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 804 de 29 de Novembro de 2024 regulamenta as práticas de teleassistência no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo e atualiza os conceitos da teleassistência na modalidade assistencial em saúde, mediada por tecnologias da informação e de comunicação - TIC, realizada com profissional de saúde e usuário localizados em diferentes espaços geográficos, podendo englobar acompanhamento, diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica.

As práticas de teleassistência objetivam ampliar o acesso da população ao Sistema Único de Saúde e configuram atos complementares às ações e serviços de saúde na modalidade presencial.

Conforme o Art. 2º da Portaria da Secretaria Municipal Da Saúde - SMS nº 804 de 29 de novembro de 2024, ficam definidas como práticas de teleassistência:

I - Teleatendimento: atendimento em saúde, mediado por tecnologias da informação e de comunicação - TIC, com profissional de saúde e usuário localizados em diferentes espaços geográficos, podendo se dar nas seguintes modalidades:

a) teleconsulta: atendimento à distância realizado por profissional de saúde de nível superior, mediado por TIC, para fins de diagnóstico, acompanhamento, orientações, prescrição de receitas e exames e demais ações de saúde;

b) teleinterconsulta: prática, mediada por TIC, de interação e troca de informações entre profissionais de saúde de nível superior, com a presença do paciente, para apoio à tomada de decisão em relação a uma situação clínica específica;

c) teleconsultoria: consultoria, mediada por TIC, realizada entre profissionais de saúde, com a finalidade de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho;

- d) telemonitoramento: ato realizado por profissional de saúde, por meio de TIC, para monitoramento à distância de parâmetros de saúde ou doença do usuário, podendo recorrer ao uso de aparelhos para obtenção de sinais biológicos;
- e) teleorientação: fornecimento de orientações à distância, por meio de TIC, aos pacientes, familiares ou responsáveis em cuidados sobre saúde em geral, adequação de conduta clínica terapêutica já estabelecida, condutas pré-exames ou pós-exames diagnósticos, bem como em pós-intervenções clínico-cirúrgicas;
- f) teletriagem: ato realizado por profissional de saúde, mediado por TIC, de pré-avaliação dos sintomas para definição e direcionamento de pacientes ao tipo adequado de assistência necessária;

O enfermeiro realiza, telemonitoramento, teleconsulta, teleinterconsulta, teleorientação e teletriagem, garantindo sempre o registro em prontuário.

Atentar para:

- **Nota Técnica de Nº 11/23 atualizada em 27/08/2024**
- **Nota Técnica Nº 01/2025**

https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/nota_tec_teleassistencia_ab_2_agosto_24-pdf

https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/nota_tecnica_1_telemonitoramento_ab_jan25-pdf

2.1. Registro Clínico/Evolução de Enfermagem

O Registro clínico é fundamental para a garantia da continuidade do cuidado e melhores desfechos na produção do cuidado. Diversos prontuários eletrônicos utilizam a ferramenta para evolução/registo clínico orientado por problemas, definido pelo acrônimo SOAP (Subjetivo/Objetivo/Avaliação/Plano), que pode se interrelacionar com a forma de raciocínio e registro clínico do(a) enfermeiro(a), pelo PE. Abaixo, segue um quadro que descreve esta interrelação:

SOAP	Etapas do Processo de Enfermagem	
S Subjetivo	Avaliação Compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) inicial e contínua pertinentes à saúde da criança e adolescente, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática.	
O Objetivo	Avaliação Compreende a coleta de dados objetivos (exame físico, exames, laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros)	Evolução de Enfermagem Compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem.
A Avaliação	Diagnóstico de Enfermagem Compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;	
P Plano	Planejamento de Enfermagem Compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver a priorização de Diagnósticos de Enfermagem; a determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde e a tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais. Implementação de Enfermagem Compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem.	

Fonte: Processo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde SMS/SP 2022
 Resolução COFEN Nº 736 de 17 de janeiro de 2024

Por fim, segue como sugestão os elementos essenciais da consulta de enfermagem para criança e adolescente:

1. Avaliação de Enfermagem
1.1. Solicitar a caderneta de vacinação de saúde da criança e adolescente;
1.2. Realizar Avaliação do crescimento da criança e adolescente;
1.3. Avaliar o desenvolvimento da criança e adolescente;
1.4. Avaliar a alimentação da criança e adolescente
1.5. Avaliar os direitos fundamentais da criança e adolescente (educação, creche, benefícios, entre outros)
1.6. Avaliar a necessidade de ofertar suplementação de Vitamina A, D e ferro;
1.7. Realizar o exame físico da criança e adolescente;
1.8. Pesar, avaliação da estatura e mensurar perímetro cefálico (PC)
* PC aplicado para crianças em até dois anos de idade
1.8.1. Realizar o teste de acuidade visual (aplicado para crianças em até dois anos de idade)
1.8.2. Verificar a realização dos exames de triagem neonatal (teste do pezinho, teste do coraçãozinho e teste do olhinho)
2. Diagnóstico de enfermagem
2.1. Registar e expressar algum diagnóstico de enfermagem.
3. Planejamento
3.1. Registar e pactuar o plano de cuidado com a criança, adolescente e ou responsável;
3.2. Fazer a prescrição de enfermagem;
4. Implementação
4.1. Aplicar elementos de intervenção em relação ao primeiro motivo da consulta;
4.2. Orientar sobre a prevenção de acidentes;
4.3. Orientar sobre alimentação saudável; orientar sobre o aleitamento materno.
4.4. Orientar sobre os direitos da criança e adolescentes;
4.5. Orientar sobre a imunização;
4.6. Abordar sobre os elementos de cuidados básicos (higiene oral e corporal)
4.7. Abordar sobre a importância de brincar na infância;
5. Evolução
5.1. Consulta de retorno ou seguimento longitudinal de acompanhamento.

Fonte: Consultas de enfermagem na atenção primária à saúde: recomendações para a prática clínica do enfermeiro / Manoel Vieira de Miranda Neto...[et al.]. - São Carlos: Diagrama Editorial, 2024.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PORTARIA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS Nº 804 de 29 de Novembro de 2024. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-804-de-29-de-novembro-de-2024>
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 736 de 17 de janeiro de 2024. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 20 ago 2024.
3. Almeida PA, Carrer MO, Barreto CP, Cordeiro JKR, Martiniano CS, Neto MVM, Bonfim D. Child health nursing consultation and competencies for Advanced Practice Nurses. Rev Esc Enferm USP. 2024;58
4. Brasil. Caderneta da Criança: Menina – Passaporte da Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_criancamenina_2ed.pdf. Acesso em: 03 set 2024.
5. Brasil. Caderneta da Criança: Menino – Passaporte da Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_criancamenino_2ed.pdf. Acesso em: 03 set 2024.
6. Costa P, Belela-Anacleto ASC, Andrade PR, Balieiro MMFG, Veríssimo MLOR. Diagnósticos de enfermagem em consultas de atenção primária à saúde de recém-nascidos. Rev Bras Enferm. 2018;71(6):2961-8. doi:10.1590/0034-7167-2017-0954.
7. Crespin J. Puericultura: ciência, arte e amor. São Paulo: Fundo Editorial Byk; 1992.
8. Fujimori E, Ohara CVS (org.). Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. São Paulo: Editora Manole Saúde; 1ª ed. 2009.

Capítulo 3 - PROMOÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA

3.1. Vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil

O acompanhamento do desenvolvimento biopsicossocial é um marco fundamental da atenção à saúde da criança. Além da importância para promoção da saúde, desenvolvimento de potencialidades, diagnóstico e tratamento precoce de patologias, contribui para uma melhor qualidade de vida. De acordo com as orientações do Ministério da Saúde (MS) encontradas na Caderneta de Saúde da Criança, o seu crescimento e desenvolvimento são importantes indicadores de saúde e sofrem influência de fatores biológicos e ambientais. É importante estimular desde cedo o desenvolvimento da criança para que ela adquira autoconfiança, autoestima e desenvolva capacidade de relacionar-se bem com outras crianças, com a família e com a comunidade.

Vigiar o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extrauterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, estando, portanto, mais sujeito à agravos. É também nesta época que a criança responde melhor aos estímulos que recebe do meio ambiente e às intervenções, quando necessárias portanto, é importante que neste período o profissional de saúde, juntamente com a família e a comunidade, faça a vigilância do desenvolvimento infantil e verifique o adequado preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com os parâmetros para o desenvolvimento.

É necessário atentar para fatores como a doença falciforme que ocasionam alterações: físicas (dor, limitações físicas, deficit de crescimento), sociais (afastamento dos amigos, dos familiares e da escola devido as internações) e emocionais (ansiedade, depressão e medo da morte), que podem repercutir no desenvolvimento da criança.

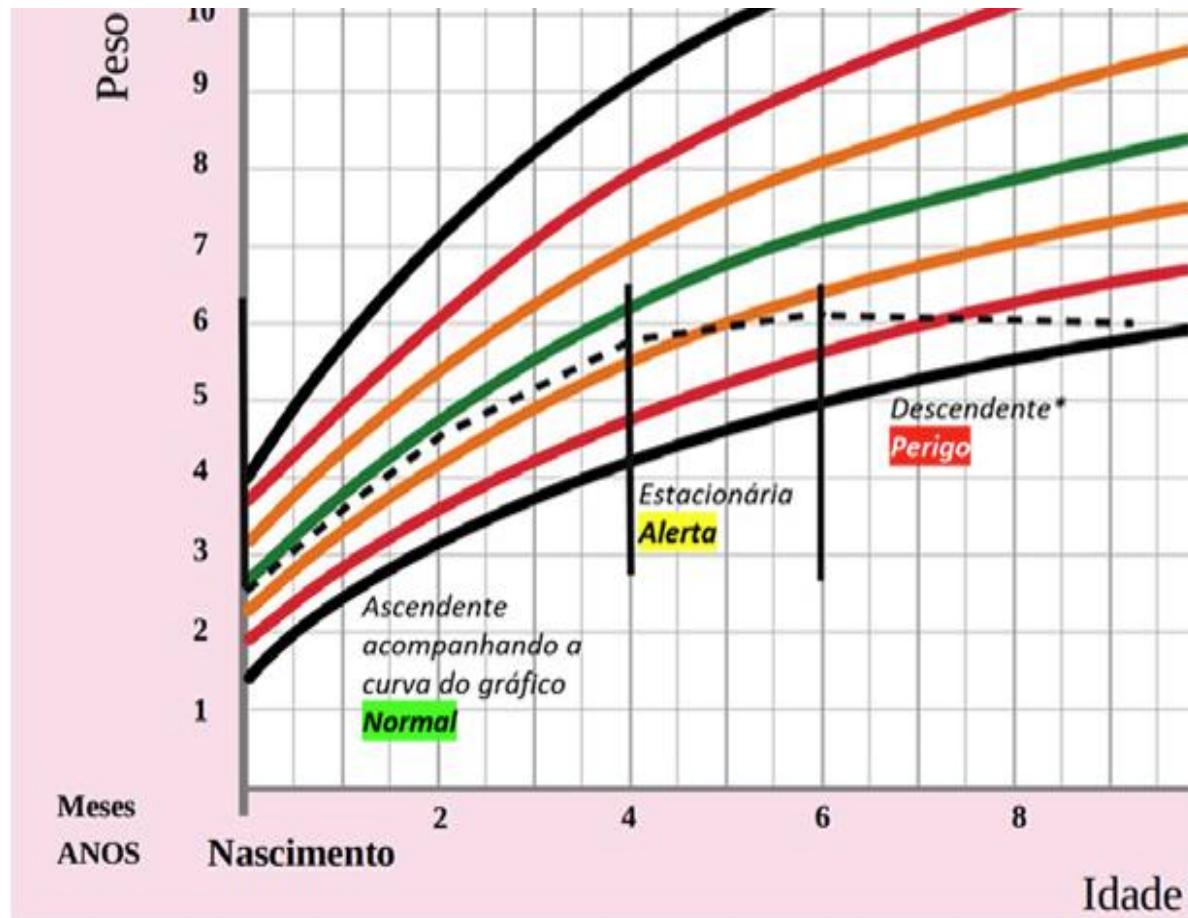
O crescimento infantil é medido a partir das variáveis: peso (kg), estatura ou comprimento (cm), índice de massa corporal (IMC) (kg/m^2) e perímetro cefálico (cm), até os dois (2) anos de idade - período esperado para o fechamento da fontanela anterior. Os gráficos possuem a idade em meses, no eixo horizontal, e as medidas de acordo com cada variável no eixo vertical além de serem próprios para o sexo feminino e masculino, uma vez que o sexo, ao nascer, incorre em diferentes parâmetros de crescimento esperado.

É de suma importância manter o preenchimento da CC e apresentar sugestões a família de maneira adequada para que a criança venha a ser estimulada de acordo com sua idade.

	Nas consultas de crianças que foram recém-nascidas pré-termos utilizar a idade cronológica para o esquema de vacinação e a idade corrigida para avaliação da alimentação, do crescimento, do desenvolvimento e do exame neurológico.
	Utilizar a idade corrigida até 18 meses para o perímetro cefálico, até 24 meses para o peso e até os 42 meses para a avaliação neurológica.
	Idade corrigida = idade cronológica - [40 - idade gestacional ao nascimento (semanas)] A idade corrigida deverá ser utilizada até os dois anos, exceto se a idade gestacional ao nascimento tenha sido menor de 28 semanas, neste último caso, a idade corrigida deve ser adotada até os 3 anos de idade cronológica.

Fonte: Caderneta da Criança 2024

Exemplo de gráfico:



Fonte: Gráfico de peso adaptado Protocolo de Enfermagem de Goiás 2022:

Avaliação do monitoramento do peso

	Avaliar	Classificar	Tratar
	Peso para a idade $\leq +2$ e ≥ -2 escore Z	PESO ADEQUADO	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar os pais ou responsáveis pelo crescimento de seu filho Reforçar as recomendações para alimentação saudável, conforme o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos Uso profilático de sulfato ferroso em menores de 24 meses
	Peso para a idade < -2 e ≥ -3 escores Z ou Tendência da curva peso/idade horizontal ou descendente	PESO BAIXO ou GANHO DE PESO INSUFICIENTE	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a alimentação e as possíveis causas do peso baixo Orientar a alimentação adequada conforme Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos Uso profilático de sulfato ferroso em menores de 24 meses Marcar retorno com duas semanas Orientar sinais de retorno imediato
	Peso para a idade < -3 escores Z	PESO MUITO BAIXO	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a alimentação da criança e as possíveis causas de desnutrição Aconselhar os pais ou responsáveis a tratar a criança de acordo com as dietas especiais As orientações devem estar de acordo com o manual AIDPI Uso profilático de sulfato ferroso em menores de 24 meses Retorno com 5 dias Orientar sinais de retorno imediato
	Peso para a idade $> +2$ escores Z	PESO ELEVADO	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar alimentação da criança e as possíveis causas do peso elevado Orientar a alimentação adequada conforme o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos Verificar e estimular a prática de atividade física Uso profilático de sulfato ferroso em menores de 24 meses Marcar o retorno com duas semanas

Fonte: Adaptado de Caderneta da Criança – Passaporte da cidadania. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

3.2. Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil

É importante estar atento a presença de fatores de risco (que podem ser verificados no item da 1ª Consulta ao RN deste protocolo) e de escutar a opinião da mãe/pai/cuidadora sobre o desenvolvimento da criança.

Dados e informações a serem avaliados em relação aos riscos e vulnerabilidade

Dados a serem observados	
Risco perinatal (gestação, parto e nascimento)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pré-natal não realizado ou incompleto. ✓ Presença de infecções durante o período gestacional (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes zoster, zika). ✓ Parentesco entre os pais ✓ Morte de irmão menor de 5 anos de idade por causa evitáveis ✓ Malformações congênitas ✓ Doenças genéticas e ou metabólicas ✓ Microcefalia ✓ Apgar < 7 ✓ Prematuridade ✓ Mãe com doença falciforme
Risco Neonatal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência da Amamentação / Agravos nutricionais ✓ Baixo peso ao nascer (<2.500g) ✓ Prematuridade ✓ Internação após alta materna ✓ Atraso vacinal ✓ Não realização de triagem neonatal ✓ Doença falciforme
Risco Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de saneamento básico ✓ Moradia inadequada ✓ Desestruturação familiar ✓ Situações de violência doméstica e sexual ✓ Pais/cuidadores em uso e dependência de drogas lícitas e ilícitas ✓ Transtorno mental materno severo ✓ Pessoas em situação de rua
Risco socioeconômico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desemprego ✓ Pais/cuidadores sem escolaridade ✓ Pessoas em situação de rua ✓ Gestante adolescente

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Número 32). Disponível em: [cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf](#) Acesso em: 06 jun. 2022.

Abaixo segue a descrição de fatores de risco em crianças:

Risco	Fatores	
Risco habitual	Inerente ao ciclo de vida da criança	Cuidado na Atenção Primária à Saúde
Médio risco	<ul style="list-style-type: none"> -Baixo peso ao nascer (2.000 a 2.500 g). -Prematuridade tardia: 35 a 36 semanas. -Má nutrição ou curva ponderoestatural estacionária ou em declíneo. -Mãe adolescente. -Mãe analfabeta ou com menos de 4 anos de estudo. -Mãe sem suporte familiar. -Desemprego. 	Cuidado na APS com Vigilância do Desenvolvimento. Cuidado compartilhado com outros pontos da rede: equipe multiprofissional e pediatra.

	<ul style="list-style-type: none"> -Mãe com menos de 4 consultas de pré-natal. -Mãe com antecedente de natimorto. -Óbito de irmão menor que 5 anos por causas evitáveis. -Gravidez e/ou criança manifestadamente indesejada. -Depressão pós-parto ou doença psiquiátrica. -Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica. -Pais/família com dependência de álcool e/ou outras drogas. -Mãe ausente por óbito, doença ou abandono. -Indícios de violência. -Mãe e/ou pai privados de liberdade. 	Articulação e compartilhamento com outros setores da rede protetiva: Educação e SMADS.
Alto risco	<ul style="list-style-type: none"> -Afecções perinatais graves e malformações congênitas. -Baixo peso ao nascer: menor que 2.000g. -Prematuridade menor ou igual a 34 sem. -Alteração do perímetrocefálico. -Doença falciforme 	Cuidado na AB com Vigilância do Desenvolvimento. Cuidado compartilhado com outros pontos da rede: equipe multiprofissional e pediatra.

Adaptado: Diretrizes da Atenção Básica SMS/SP (2023)

3.3. Recomendações para Consulta de Enfermagem ao recém-nascido, puérpera e família e periodicidade das demais consultas

A primeira consulta de enfermagem ao recém-nascido (RN) e família deve ser realizada até o **10º dia** de vida do bebê **com o objetivo de identificar as dificuldades enfrentadas pela família no cuidado do RN e suas necessidades de saúde**, considerando o grau de vulnerabilidade da família e as condições de riscos para o bebê.

É importante que o profissional esteja atento às condições de saúde da família e considerar que as puérperas podem apresentar depressão pós-parto, baby blues e psicose puerperal. Nesses casos, é importante valorizar o relato dela, observar detalhes de seu comportamento durante o exame físico, reforçando sua confiança e, se necessário, compartilhar o cuidado com equipe multiprofissional.

Registrar em prontuário todas as informações como:

- Identificação da criança e dos responsáveis: nome, data de nascimento, sexo (verificar sempre documento), cor de pele autodeclarada (pais até 14 anos), idade da criança e grau de parentesco

- Motivo da Consulta: queixas e duração.
- História Atual da Criança: adoecimento e/ou hospitalização recente, exames laboratoriais recentes.

Quando se tratar de família-bebê em situação de rua, verificar se estão abrigados ou não e contactar a equipe de consultório na rua, compartilhar o cuidado com a equipe multiprofissional e acionar outros dispositivos da rede para garantir o cuidado intersetorial.

A criança com doença falciforme deve também ser cadastrada e acompanhada por hematologista no Centro de Referência para o acompanhamento dos Portadores de Hemoglobinopatias (CRAPH).

A visita domiciliaria (VD) é uma ferramenta de cuidado fundamental para o acompanhamento da família e do bebê em tempo oportuno, possibilitando a avaliação do ambiente, território, e condições de risco e vulnerabilidades.

Nesta primeira consulta de enfermagem do RN, puérpera e família, o enfermeiro deve direcionar suas ações conforme o quadro abaixo.

Ações do enfermeiro na primeira consulta de enfermagem ao recém-nascido, puérpera e família.

➤ Acolher os sentimentos dos pais relacionados a chegada da criança
➤ Perguntar à puérpera “Como está se sentindo, quais suas dúvidas quanto ao momento vivenciado e como podemos ajudá-la?”
➤ Observar indícios de depressão pós-parto, Baby blues e psicose puerperal na puérpera: humor deprimido, refere tristeza, choro fácil, labilidade afetiva, irritabilidade, perda de interesse pelas atividades de cuidado de si e do RN, sentimento de culpa; capacidade de concentração prejudicada, além de sintomas neurovegetativos, incluindo insônia e perda do apetite. Em caso desses sintomas, referenciar a puérpera para consulta médica.
➤ Observar a dinâmica familiar e a existência de rede de apoio
➤ Observar a interação estabelecida entre a mãe/cuidadora com o bebê (vínculo afetivo), como ela segura e/ou carrega, se faz contato visual ou verbal com o bebê.
➤ Realizar avaliação da puérpera: observar a higiene das mamas, a loquação (sangramento após o parto normal que pode ocorrer até 40 dias), a episiorrafia ou o aspecto da incisão da cesariana.
➤ Orientar em caso de alterações nas mamas e avaliar a amamentação observando o RN durante a mamada quanto às características da pega e aceitação. (Vide capítulo de amamentação).
➤ Indagar sobre a existência da Caderneta da Criança (CC) e, caso não haja, providenciar abertura imediata.
➤ Observar se a CC está preenchida com os dados da maternidade. Caso não esteja, procurar verificar em outro documento fornecido pela maternidade se há alguma informação sobre o peso, comprimento, idade gestacional, Apgar (condições de vitalidade) e/ou intercorrências ao nascimento e anotar.

- Certificar-se sobre a realização dos exames de triagem neonatal: exame da linguinha, teste de triagem biológica (teste do pezinho), oftalmológico, cardiológico e auditivo.
- Verificar a presença de alterações no exame físico.
- Reconhecer situações de risco como a ingestão inadequada de alimento, agravamento da icterícia e eventual desidratação principalmente nos primeiros sete dias de vida.
- Orientar quanto a prevenção de acidentes e a posição dorsal para dormir.
- Informar a periodicidade da marcação das Consultas de Puericultura, considerando o risco apresentado pelo bebê.

Periodicidade das consultas de puericultura

Conforme as diretrizes da Atenção Básica do Município de São Paulo, recomenda-se o seguinte aprazamento para as consultas de rotina de risco habitual:



Adaptado: Diretrizes da Atenção Básica SMS/SP (2023)

O enfermeiro(a) tem a autonomia para a avaliação da necessidade de consultas mensais da criança até 1 ano de vida, conforme vulnerabilidade.

Recomenda-se esta periodicidade de consultas para crianças de **médio e alto risco**:

Risco	Faixa etária	Nº de consultas	Quando Enfermeiro	Quando Médico
Médio risco	1º ano de vida	12	2º, 4º, 7º, 9º mês	1ª semana, 1º, 3º, 5º, 6º, 8º, 10º e 12º mês
	2º ano de vida	4	18º mês	15º, 21º e 24º mês
	A partir do 2º ano de vida	2	Compartilhado	consultas semestrais

Alto risco	1º ano de vida	12	Compartilhado	1ª semana, 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º e 12º mês
	2º ano de vida	4	Compartilhado	15º, 18º, 21º e 24º mês
	A partir do 2º ano de vida	2	Compartilhado	consultas semestrais

Adaptado: Diretrizes da Atenção Básica SMS/SP (2023)

Destaca-se que esta periodicidade de consultas dependerá do risco apresentado, dessa maneira é necessário planejamento com a equipe de saúde para o acompanhamento mais frequente da criança, mãe e cuidadores/família, sempre que necessário.

Consultas	Idade em meses								> 2 anos
	1	2	4	6	9	12	18	24	
Exame físico completo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Peso / Altura IMC	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Perímetrocefálico	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Fontanelas ¹	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Frequência cardíaca e respiratória	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ausculta respiratória	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ausculta cardíaca e palpação de pulsos			✓			✓			✓ pré escolar e entrada na escola
Pressão arterial									✓ a partir dos 3 anos ²
Abdome	✓ ⁴	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Genitais	✓	✓	✓ ⁵	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Triagem da displasia evolutiva do quadril ³	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Reflexo do olho vermelho			✓	✓		✓		✓	
Estrabismo			✓	✓		✓			
Acuidade visual									✓ a partir dos 3 anos
Avaliação do desenvolvimento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
M-CHAT-R							✓ 6		

¹ Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 9º ao 18º mês.

² Deve-se fazer investigação subsequente somente em crianças e jovens cujos valores estiverem persistentemente acima do percentil 95 das tabelas de referência.

³ Manobras de Barlow e Ortolani nas consultas do 1º mês e 2 meses, testando um membro de cada vez. Após, até a criança caminhar, realizar abdução das pernas.

⁴ Avaliar cicatriz umbilical.

⁵ Criotorquidio: Testículos não palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do recém-nascido é comum, especialmente em prematuros, na maioria das vezes, os testículos “descem” até os 3 meses de vida, quando o caso deverá ser reavaliado. Se aos 6 meses os testículos não forem apalpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para melhor avaliação e tratamento.

⁶ Se M-CHAT-R alterado, repetir em um mês, utilizando o M-CHAT-F. Se antes de 18 meses a criança, no acompanhamento dos marcos do desenvolvimento, apresentar a classificação de Provável Atraso no Desenvolvimento Infantil conforme a Caderneta da Criança, a aplicação do M-CHAT-R deverá ser realizada aos 16 meses, conforme orientação da [Linha de Cuidado do Espectro Autista](#)

Alguns **aspectos importantes** aproximam a relação do profissional da saúde com a família:

- Chamar as pessoas pelos seus nomes
- Valorizar as preocupações da criança e da família, esclarecendo as suas dúvidas
- Fornecer informações de fácil compreensão, considerando as especificidades culturais
- Criar uma parceria efetiva com a família (reconhecendo capacidades e dividindo as tarefas com os pais e outros membros da família)
- Aprimorar o uso de momentos próprios para ações educativas
- Personalizar a orientação preventiva (utilizando perguntas abertas e sugestões com foco nas condições reais da família)
- Atentar à quantidade de informações fornecida e utilizar linguagem adequada

Sugere-se as chamadas “**perguntas gatilho**”:

- “Que preocupações você gostaria de me contar hoje?”
- “Ocorreu alguma mudança importante na família, desde a nossa última consulta?”
- “Como você está alimentando o seu filho?”
- “Existe algo no comportamento do seu filho que os preocupa?”
- “Alguém em sua casa faz uso de cigarros, bebidas alcóolicas ou alguma droga ilícita que pode gerar problemas para o seu filho?”
- “Alguém em sua casa tem posse de arma de fogo? Se sim, onde essa arma fica guardada?”
- “Alguém da família já sofreu maus-tratos ou foi ameaçado?”

3.4. Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil

Verificar:

- Caderneta de Saúde da Criança;
- Caderneta de pré-natal da mãe;
- Resumo de alta hospitalar;
- Classificar ou confirmar estratificação de risco;
- Testes de triagem neonatal (orelhinha, olhinho, coraçãozinho, linguinha, pezinho);
- Presença de sintomas e queixas;

- Rede familiar e social;
- Condições de moradia e exposições ambientais;
- Avaliação do estado nutricional;
- Antecedentes clínicos;
- Imunização;
- Saúde bucal;
- Alimentação;
- Eliminações;
- Sono e repouso;
- Antecedentes familiares;
- Crescimento
- Criança com Doença falciforme
- Marcos dos Desenvolvimento
- Atentar para sinais de má higiene, maus-tratos, negligência ou abandono

Orientações gerais para o exame físico no recém-nascido e na criança

O exame físico deve respeitar as características de desenvolvimento do RN, lactente e crianças. Realizar o desnudamento da criança por seguimento corporal (por partes). Estar atento para hipoatividade ou prostraçao da criança, assim como irritabilidade ou choro excessivo.

Deixar para realizar por último os procedimentos mais estressantes para a criança (mensurações, inspeção das amígdalas, otoscopia e outros)

Exame físico no recém-nascido e na criança

	Avaliação e achados clínicos esperados	Alterações comuns e anormalidades										
Sinais vitais	Realizar, preferencialmente, quando recém-nascido/ criança estiver tranquilo Temperatura axilar (mínimo 3 minutos), Respiração (ritmo e frequência respiratória), pulso (braquial)	<ul style="list-style-type: none"> • Dispneia • Febre • Taquicardia 										
Cabeça	<p>Formato e simetria do crânio, face e integridade do couro cabeludo;</p> <p>Suturas: disjuntas simétricas ou assimétricas, justapostas, cavalgadas;</p> <p>Perímetro cefálico:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>IDADE</th> <th>AUMENTO DO PERÍMETRO CEFÁLICO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1º e 2º mês</td> <td>2 cm/mês</td> </tr> <tr> <td>3º e 4º mês</td> <td>1,5 cm/mês</td> </tr> <tr> <td>5º ao 12º mês</td> <td>0,5/mês</td> </tr> <tr> <td>1º a 2º ano</td> <td>0,3 cm/mês</td> </tr> </tbody> </table>	IDADE	AUMENTO DO PERÍMETRO CEFÁLICO	1º e 2º mês	2 cm/mês	3º e 4º mês	1,5 cm/mês	5º ao 12º mês	0,5/mês	1º a 2º ano	0,3 cm/mês	<p>abaulamentos (ex.: bossa serossanguinolenta e cefalohematoma);</p> <p>pega de fórceps;</p> <p>máscara cianótica;</p> <p>abaulamento aumento (sugere pressão intracraniana)</p> <p>depressão (possível desidratação)</p>
IDADE	AUMENTO DO PERÍMETRO CEFÁLICO											
1º e 2º mês	2 cm/mês											
3º e 4º mês	1,5 cm/mês											
5º ao 12º mês	0,5/mês											
1º a 2º ano	0,3 cm/mês											

	Avaliação e achados clínicos esperados	Alterações comuns e anormalidades
	<p>Fontanelas:</p> <p>Observar a fontanela anterior (bregmática), que de início mede de 1 a 4 cm, com formato losangular e fecha em torno do 9º ao 18º mês.</p> <p>Verificar a fontanela posterior (lambdoide), que inicialmente mede de 0,5 a 2 cm e costuma fechar por volta de 2 meses.</p> <p>Observar e palpar tamanho e tensão das fontanelas, observando anormalidades: abaulamento, depressão ou fechamento precoce (craniossinostose).</p>	<p>fechamento antes do tempo esperado</p> <p>não fechamento após o tempo esperado</p>
Face	<p>Olhos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspecto e simetria dos olhos - Posição da fenda palpebral - Esclerótica branca ou levemente azulada - Pupilas isocóricas, - Avaliar esclera e conjuntivas: verificar a presença de secreção purulenta, que evidencia conjuntivite. <p>Avaliar o reflexo vermelho: deve ser realizado no recém-nascido e lactente até 3 meses de idade, para detecção precoce de catarata congênita, retinoblastoma e retinopatia da prematuridade.</p> <p>Técnica: Colocar a criança sentada no colo da mãe e garantir uma sombra no rosto do bebê para proceder ao exame. Utilizar o oftalmoscópio portátil, com o disco de enfoque do aparelho no zero. O profissional deve olhar através da pupila da criança, com o aparelho a uma distância de 30 cm. O aspecto é considerado normal quando se observa um clarão avermelhado na pupila nos dois olhos, semelhantes na cor, intensidade e clareza e quando não há opacidade ou pontos brancos (exame que dependerá do ambiente adequado)</p> <p>Avaliar reflexo fotomotor</p> <p>Técnica: posicionar feixe de luz em posição lateral a um olho e observar contração pupilar. A seguir, realizar o procedimento do outro lado.</p>	<p>Edema palpebral, conjuntiva hiperemiada, secreção (devido a instilação nitrato de prata ocular)</p> <p>Hemorragia subconjuntival</p> <p>Estrabismo e nistagmo (requer avaliação médica - Destaca-se que o RN e a criança podem apresentar desvio ocular entre 3 e 7 meses, sendo que o estrabismo congênito pode ser observado após 4 meses.)</p> <p>Presença e aspecto de secreção</p> <p>Lacrimejamento</p> <p>Descartar infecções dos tipos: gonocócica clamídia, herpes vírus</p>
Face	Ouvidos:	Presença de condutos auditivos externos, fístulas

	Avaliação e achados clínicos esperados	Alterações comuns e anormalidades
	<p>Forma, a consistência e a implantação dos pavilhões auriculares,</p> <p>Avaliar acuidade auditiva: estalar os dedos perto do RN e observar os movimentos de piscar dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro. Em crianças maiores, sussurrar a uma distância de aproximadamente de 2 metros.</p> <p>Verificar a realização do reflexo cócleo-palpebral, teste da orelhinha</p>	retroauriculares e apêndices pré-auriculares.
Face	<p>Nariz:</p> <p>Localização e permeabilidade nasal, a partir da porção interna anterior do nariz com iluminação, elevando a ponta para cima</p> <p>Pesquisar desvio de septo nasal</p>	<p>Batimento de asas nasais (indicador dificuldade respiratória)</p> <p>Presença e aspecto de secreção</p> <p>Presença de coriza mucopurulenta ou muco piosanguinolento, principalmente em torno da segunda semana de vida, que pode sugerir sífilis congênita.</p>
Face	<p>Boca e Faringe:</p> <p>Inspeção dos dentes e gengivas, face interna das bochechas, língua, palatina e palato,</p> <p>Coloração e integridade da mucosa e palato.</p> <p>Observar o formato da mandíbula, se retraiida (retrognatia) ou diminuída (micrognatia)</p> <p>Verificar a dificuldade da criança na pega da mama materna em função do freio lingual curto (veja Protocolo Bristol)</p>	<p>Dentes supranumerários</p> <p>No RN, a presença de “pontos brancos” (nódulos esbranquiçados) é normal. Estes são chamados de Pérolas de Epstein, podendo desaparecer espontaneamente até 3 meses. Saliva espessa (pode indicar desidratação), sialorreia (sugere pesquisar atresia de esôfago)</p> <p>Fenda palatina ou lábio leporino, tumores, macroglossia, micrognatia</p>
Pescoço	<p>Palpar a parte mediana do pescoço (pesquisar crescimento anormal da tireoide (bócio)</p> <p>Inspecionar ao palpar gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares, descrevendo tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência e avaliar rigidez da nuca.</p>	<p>Torcicolo congênito,</p> <p>Higroma cístico</p> <p>Retração de fúrcula</p>

	Avaliação e achados clínicos esperados	Alterações comuns e anormalidades
	<p>Avaliar simetria facial e posição viciosa da cabeça.</p> <p>Observar torcicolo congênito</p>	
Tórax	<p>Tórax:</p> <p>Forma, simetria, deformidades</p> <p>Mamilos (número, simetria, secreção, tecido areolar, integridade, nódulos),</p> <p>Expansibilidade torácica</p> <p>- Medir perímetro torácico.</p>	<p>Ingurgitamento mamário</p> <p>Assimetrias</p> <p>Tiragem subcostal/intercostal</p>
Tórax	<p>Pulmão:</p> <p>Percussão e ausculta em toda a extensão pulmonar</p> <p>Avaliação do uso de músculos acessórios, tipo e ritmo respiratório</p>	<p>Ruídos adventícios</p> <p>Dispneia</p> <p>Apneia (pausa 20 segundos ou menor, desde que associada à cianose ou à bradicardia)</p>
Tórax	<p>Coração:</p> <p>Ausculta de frequência, intensidade, ritmo e qualidade do batimento;</p> <p>Presença de cianose e edema</p> <p>Palpação, pulso</p> <p>Teste do coraçãozinho</p>	<p>Sopros (requer avaliação)</p>
Abdômen	<p>Condições do coto umbilical (recém-nascido):</p> <p>queda esperada 6-15 dias</p> <p>Alterações globais de forma, volume, presença de hérnias umbilicais, inguinais e ventrais.</p> <p>Ausculta ruídos hidroaéreos</p> <p>Percussão e palpação superficial e profunda</p> <p>Observar a presença de dor, gases e rigidez.</p> <p>Avaliar se apresenta hérnia inguinal, solicitando que a criança fique em pé ou deitada. Ela será reconhecida pela palpação local.</p>	<p>Infecção coto umbilical (risco de onfalite)</p> <p>Abdômen distendido (sugere obstrução)</p> <p>Abdômen escavado (pesquisar hérnia diafragmática)</p> <p>Defeitos da parede abdominal (onfalocele e gastosquise)</p> <p>Massas abdominais</p>
Pele e mucosas	<p>Elasticidade, coloração, lesões e hidratação.</p> <p>Recém-nascido: lisa, macia, rósea e opaca.</p> <p>Comum observar: lanugem, vérnix caseoso e millium sebáceo, miliaria,</p>	<p>Cor amarelada (icterícia)</p> <p>Petéquias, pústulas</p> <p>Palidez</p> <p>Cianose</p> <p>Turgor reduzido</p>

	Avaliação e achados clínicos esperados	Alterações comuns e anormalidades
	mancha mongólica, eritema tóxico, hemangioma.	Distribuição anormal cabelos ou pregas aumentadas
Genitália	<p>Observar a presença de cristais decorrentes de uratos de cálcio (cor de "tijolo" avermelhada) na fralda, na primeira semana de vida do RN. Porém deve-se tranquilizar a família informando que não representa uma patologia, e desaparecerá com a ingestão adequada do leite materno, com uma amamentação eficaz que será fundamental.</p> <p>Variações genitais podem ser presenciadas em observações simples, como aplasia vaginal, hipospadía, epispádia, micropênis, genitália ambígua, entre outras. Esses casos de desenvolvimento atípico podem se tratar de variações biológicas conhecidas como variações intersexo ou DDS (diferenças no desenvolvimento do sexo). Os genitores e responsáveis devem ser tranquilizados sobre a possibilidade biológica dessas variações, ressaltando uma abordagem humana, respeitosa e inclusiva, que evite estímas e preconceitos.</p> <p>Masculina:</p> <p>Integridade da pele e mucosa, edema, secreção e esmegma, comprimento do pênis, localização orifício uretral</p> <p>Fimose fisiológica</p> <p>-Presença testículos na bolsa escrotal (ectópicos uni ou bilateralmente)</p> <p>Feminina:</p> <p>Integridade da pele e mucosa, presença dos grandes e pequenos lábios, hímen, edema em grandes ou pequenos lábios, sinéquia labial</p> <p>Secreção vaginal</p>	<p>Masculina:</p> <p>Hipospadía (meato uretral abre na superfície ventral do pênis, escroto ou períneo)</p> <p>Epispádia (abertura da uretra seja na parte superior do pênis)</p> <p>Criotorquidia (ausência testículo na bolsa escrotal). Se ausente no canal inguinal suspeitar de genitália ambígua</p> <p>Bálano (inflamação do prepúcio e glande devido ao estreitamento do prepúcio, fimose ou contaminação por urina, fezes e sujeiras),</p> <p>Presença de hérnias, hidrocele, fistulas</p> <p>Feminina:</p> <p>Fistula: pode ocorrer presença de secreção mucóide ou sanguinolenta nos primeiros dias de vida</p> <p>Na presença de anomalias e fistula perianal. NÃO realizar nenhum toque e introdução de sonda.</p>
Ânus	Inspeção (períneo liso e pérvio) Eliminações (frequência e característica)	Fistula ou fissuras. NÃO realizar nenhum toque e introdução de sonda.

	Avaliação e achados clínicos esperados	Alterações comuns e anormalidades
Membros superiores e inferiores	<p>Tamanho, simetria, amplitude dos movimentos, fraturas, presença de massas,</p> <p>Linha palmar e plantar</p> <p>Manobra de Ortolani</p> <p>Observar presença de pé torto congênito e dedos extranumerários e encaminhar para consulta médica.</p> <p>Examinar coluna vertebral, observando alterações.</p>	<p>Deformidades ou malformações (pés tortos, sindactilia, polidactilia, paresias, paralissias, luxações congênitas de quadril)</p> <p>Presença prega simiesca - mãos (sugestivo Síndrome de Down)</p>
Dorso e coluna vertebral	<p>Simetria do dorso e dos glúteos</p> <p>Postura, mobilidade e curvatura</p>	<p>Simetria do dorso e dos glúteos</p> <p>Postura, mobilidade e curvatura</p>
Sistema nervoso	<p>Observar nível de consciência, movimentação espontânea; no caso do RN, em resposta ao manuseio.</p> <p>Avaliar atividade da criança (habitual ou hipoatividade) e os reflexos transitórios.</p> <p>O Reflexo é uma reação corporal automática à estimulação e comportamentos reflexos ou respondentes são interações estímulo resposta (ambiente--sujeito) incondicionais.</p>	<p>Resposta diferente do esperado ou a persistência do reflexo para além da idade esperada requer avaliação por especialista</p>

Adaptado: Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás (2022) Fonte: Caderneta da Criança (Ministério da Saúde) 7ª Edição. Brasília DF. 2024.

Informações e valores de referência de Apoio ao Exame físico

Técnica para medir o perímetrocefálico



Fonte: Arquivo SMS

Com fita métrica maleável, que deve ser posicionada de modo a formar um plano transversal ao maior eixo do corpo (vertical, se a criança estiver em decúbito dorsal e horizontal, se a criança estiver ereta ou sentada). A fita métrica deverá ser posicionada sobre os pontos de referência (occipício e glabella), por onde a fita deverá circundar toda a cabeça e não deverá passar sobre o pavilhão auricular.

Ferramenta de Avaliação de anquiloglossia em RN conforme o protocolo Bristol (Dificuldade da criança na pega da mama materna em função do freio lingual curto)

	0	1	2
Aparência da ponta da língua	Forma de coração	Pequena fenda/entalhada	Arredondada
Fixação da extremidade inferior do frênuo	Fixada no topo da gengiva	Fixada à face interna da gengiva	Fixada ao assoalho da boca
Elevação da língua com a boca aberta (durante o choro)	Elevação mínima da língua	Apenas as bordas se elevam até o meio da boca	Elevação completa da língua até o meio da boca
Protusão da língua	A ponta permanece atrás da gengiva	A ponta se estende sobre a gengiva	A ponta se estende sobre o lábio inferior

Fonte: Brasil, Nota Técnica Conjunta Nº 52/2023, 2023.

O freio lingual curto pode interferir negativamente na amamentação, diminuindo a habilidade do recém-nascido para fazer uma pega e sucção adequadas, dificultando o adequado estímulo à produção de leite e o esvaziamento da mama e causando dor nas mães durante a amamentação. Prejudicando o ganho de peso do bebê e fissuras nas mamas da nutriz. Devendo ser avaliado com apoio do cirurgião dentista/fono.

Protocolo Bristol

	0	1	2
Qual a aparência da ponta da língua?			
Onde está fixada a extremidade inferior do frênuo?			



Fonte: Protocolo Bristol.

Valores normais de frequência respiratória por idade.

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
Idade	Valores normais
Menor de 2 meses	Acima de 60 mrm
3 a 12 meses	Acima de 50 mrm
1 a 5 anos	Acima de 40 mrm
6 a 8 anos	Acima de 30 mrm
A partir de 8 anos	Acima de 20 mrm

Fonte: Ministério da Saúde (2016)

*mrm: movimentos respiratórios por minuto

Valores de frequência

Frequência cardíaca (batimentos por minuto)		
Idade	Variação	Média normal
Recém-nascido	De 70 a 170	120
11 meses	De 80 a 160	120
2 anos	De 80 a 130	110
4 anos	De 80 a 120	100
6 anos	De 75 a 115	100
8 - 10 anos	De 70 a 110	90

Fonte: Adaptado de Cadernos de Atenção Básica, nº 33 - Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Pressão Arterial (PA)

A medida da PA deve ser realizada a partir dos **3 anos de idade em todas as consultas.**

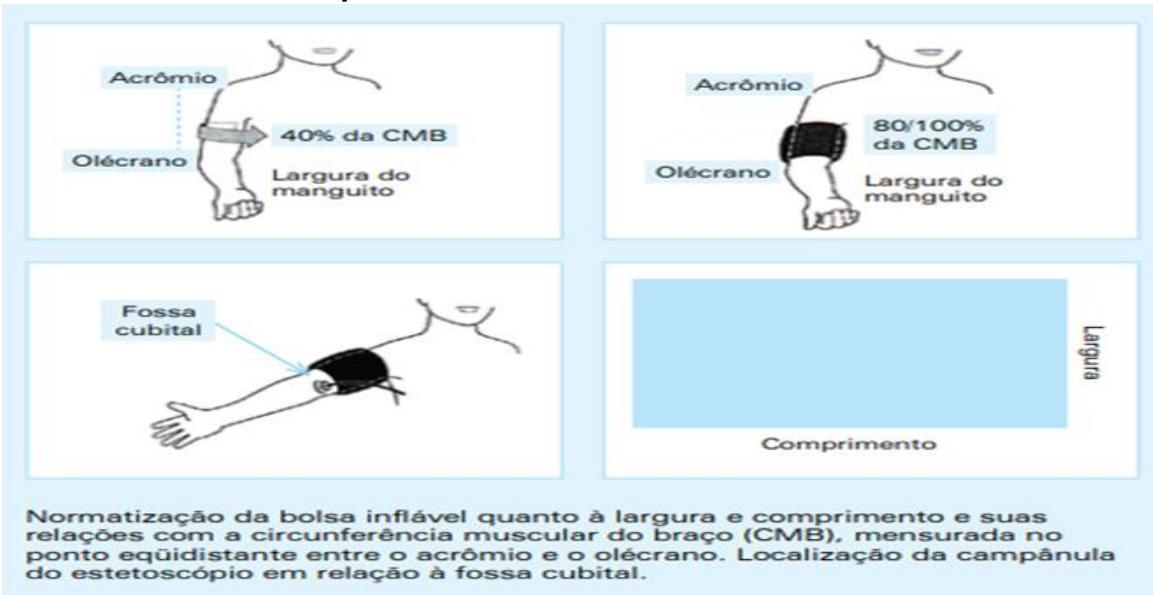
Crianças < 3 anos: Devem ter a PA medida em caso de: prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intrauterino, antecedente de internação em UTI neonatal, cardiopatias congênitas, nefropatias, transplante de órgãos sólidos, doença oncológica, uso crônico de medicações que elevam a PA, doenças sistêmicas associadas à hipertensão arterial e evidência de hipertensão intracraniana.

Em crianças com diagnóstico de hipertensão arterial, as **metas** referentes à terapia não farmacológica e farmacológica devem ser a **redução da PA < percentil 90** de acordo com idade, sexo e percentil de estatura e < 130/80 mmHg em adolescentes ≥ 13 anos de idade.

Definição da pressão arterial de acordo com a faixa etária

Considerar a média das 2 últimas de 3 aferições da pressão arterial na consulta com manguitos adequados (Largura: 40% da circunferência braquial e Comprimento: 80% a 100% da circunferência braquial).

Técnica de medida da pressão arterial.



Fonte: Sociedade de Pediatria de São Paulo, Atualização de Condutas em Pediatria. Departamentos Científicos da SPSP, nº 34, 2015.

Alterações da pressão arterial

	Crianças de 1 a 13 anos de idade	Crianças com idade ≥ 13 anos
	PA Normal: sistólica e diastólica < percentil 90 para idade, sexo e altura	PA Normal: < 120/80 mmHg
	Pressão arterial elevada PA sistólica média e/ou diastólica média entre o percentil 90 e 95 para idade, sexo e altura ou PA 120/80 mmHg mas < P95 (ou que for menor)	Pressão arterial elevada PA sistólica média entre 120 a 129 mmHg e PA diastólica média < 80 mmHg
	Hipertensão estágio 1 PA sistólica e/ou diastólica \geq percentil 95 para idade, sexo e altura até < PA95 + 12 mmHg ou PA entre 130/80 até 139/89 mmHg (ou que for menor)	Hipertensão estágio 1 PA entre 130/80 até 139/89 mmHg
	Hipertensão estágio 2 PA sistólica e/ou diastólica \geq percentil 95 + 12 mmHg para idade, sexo e altura ou PA \geq 140/90 mmHg (ou que for menor)	Hipertensão estágio 2 PA \geq 140/90 mmHg

Fonte: Adaptado de Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Rio de Janeiro: Arq. Bras. Cardiol., 2021.

Sistema locomotor

Observar deformidades ósseas e alteração de mobilidade.

Realizar a Manobra de Ortolani e Barlow (aconselhável até dois meses) para verificar displasia evolutiva do quadril.

TESTE DE BARLOW: tentar levar à luxação da cabeça do fêmur por meio da adução da coxa flexionada sobre o tronco e aplicando-se gentilmente uma força sobre o joelho, empurrando-o.

TESTE DE BARLOW



TESTE DE ORTOLANI: é realizada pela abdução da coxa em flexão, junto com a aplicação de força no sentido póstero-anterior, de modo a reduzir a luxação da articulação coxofemoral, quando presente

TESTE DE ORTOLANI



Fonte: Ministério da saúde, UNASUS- Recomendações sobre rastreamento na criança. Disponível em: https://unasuscp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/164858/mod_resource/content/37/Rastreamento/index.html

Estão descritos abaixo alguns reflexos que devem ser avaliados no RN, durante a consulta de enfermagem.

Avaliação dos Reflexos no RN

REFLEXO DE MORO	Utilizar estimulação de queda de cabeça ou som. Não usar estimulação intensa. A criança deve abrir e fechar os braços, sendo detectado até o 3º mês de vida.
REFLEXO DE PREENSÃO	É plantopalmar, ocorre quando o examinador faz uma leve pressão com o seu dedo na palma da mão ou abaixo dos dedos dos pés, sendo detectado até o 3º mês de vida.
REFLEXO DE BUSCA E DE SUCÇÃO	É provocado tocando-se os lábios, o que desencadeia movimentos de busca e de succção dos lábios e da língua. Este último reflexo não deve ser pesquisado imediatamente após a mamada, sendo detectado até o 3º mês de vida.
REFLEXO DE EXTENSÃO PLANTAR	Imobilizar o membro inferior com a mão apoiada na porção média da perna, realizando pequenas e sucessivas excitações na borda externa do pé, na região inframaleolar. A resposta será de extensão do hálux (sem ser lenta), com ou sem abertura em leque dos dedos, sendo detectado somente no 1º mês de vida.
REFLEXO DE MARCHA	Em suspensão vertical, numa superfície dura, segurando o bebê pelas axilas, o examinador deve realizar o contato da planta dos pés com a superfície. A criança estenderá os joelhos, que se mantinham semifletidos, e quando inclinada para a frente esboça uma marcha, sendo detectado até o 2º mês de vida.
REFLEXO DE MAGNUS DE KLEIJN / DO ESGRIMISTA OU REFLEXO TÔNICO CERVICAL	Em decúbito dorsal, o examinador estabiliza o tórax do RN com uma mão e lateraliza a cabeça com a outra. Ocorre extensão dos membros do lado para qual a face está voltada e flexão dos contralaterais, esboçando a posição de “esgrimista”, sendo detectado até o 3º mês de vida .
REFLEXO CÓCLEOPALPEBRAL	A partir de estímulo sonoro emitido a aproximadamente 30 cm da criança, ela deve piscar os olhos, em resposta. O estímulo deve ser realizado em ambas as orelhas, devendo ser obtido, no máximo, em duas a três tentativas.

FONTE: Cavalcante RS et al (Org). Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde do recém-nascido. Belém: EDUEPA, 2019. 116 p.

Realização de triagem do DI com a utilização da Caderneta da Criança – MS

- Ao utilizar a CC localize sua faixa etária nas **colunas da idade em meses**, no quadro ilustrativo, buscando identificar os marcos do DI presentes.

ATENÇÃO:

Caso a criança tenha nascido prematura, é preciso corrigir a sua idade, diminuindo da idade atual o tempo que faltou para completar 40 semanas ou 9 meses de gestação, conforme orientação presente na CC.

- Localize as quatro linhas coloridas correspondentes aos marcos do DI correspondente à faixa etária em questão.
- Verifique a presença dos marcos do DI, isto é, como a criança desempenha habilidades e/ou competências esperadas para sua faixa etária.
- Ao final da faixa etária, a criança deve ter atingido todos os marcos previstos.
- Caso ainda não tenha alcançado algum dos marcos esperados para sua faixa etária será necessário retornar para a faixa etária anterior.
- Verifique se a criança cumpre os marcos da faixa anterior.
- Registrar as conquistas e orientar a mãe sobre o desenvolvimento de seu filho.
- Elogiar a criança e a família em relação aos aspectos positivos.
- Quando DI se apresentar adequado consultar a estimulação para a criança de acordo com sua faixa etária presente na CC.

Lembre-se:

“CADA CRIANÇA APRESENTA SEU PRÓPRIO RITMO”!

“É MUITO IMPORTANTE OBSERVAR O QUE A CRIANÇA JÁ FAZ E COMO FAZ”

- Na consulta de retorno, refaça a classificação e siga também as orientações do instrumento presentes na CC.
- Ao concluir a tomada de decisão, o profissional deve indicar a classificação correspondente no quadro de desenvolvimento dos registros de consulta na CC.
- Se por algum motivo não for possível avaliar o DI na referida consulta ou, se o profissional ficar em dúvida quanto a presença de algum item, será necessário marcar retorno o mais breve possível para proceder à avaliação com maior segurança.

Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor

IDADE	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	COMO PESQUISAR
0 a 1 mês	Postura: pernas e braços fletidos; cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas com a barriga para cima; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.
	Observa rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança. Observe se a criança olha para você, de forma evidente
	Reage ao som	Fique atrás da criança e bata palmas ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage ao estímulo com movimentos dos olhos ou mudança da expressão facial.
	Eleva a cabeça	Coloque a criança de bruços (barriga para baixo) e observe se ela levanta a cabeça, desencosta o queixo da superfície, sem virar para um dos lados
1 a 2 meses	Sorri quando estimulada	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.
	Abre as mãos	Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente.
	Emite sons	Observe se a criança emite algum som, que não seja choro. Caso não seja observado, pergunte ao acompanhante se faz em casa.
	Movimenta os membros	Observe se a criança movimentaativamente os membros superiores e inferiores.
2 a 4 meses	Responde ativamente ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse “conversando” com você. Pode pedir que a mãe/ cuidador o faça.
	Segura objetos	Segure a mão da criança e observe se ela segura por alguns segundos.
	Emite sons, ri alto	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee, etc.), veja se ela ri emitindo sons (gargalhada)
	Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção a frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.

IDADE	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	COMO PESQUISAR
4 a 6 meses	Busca ativa de objetos Leva objetos à boca	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa) chamando sua atenção para ele. Observe se ela tenta alcançá-lo e se leva o objeto a boca.
	Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocalho etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto.
	Muda de posição (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a virar para a posição de bruços.
6 a 9 meses	Brinca de esconde – achou	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da outra pessoa.
	Transfere objetos de uma mão para outra	Ofereça um objeto para a criança segurar. Observe se ela o transfere de uma mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para outra mão.
	Duplica sílabas	Observe se a criança fala “papa”, “dada”, “mama”. Se não o fizer pergunte à mãe/cuidador se o faz em casa.
	Senta-se sem apoio	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça um objeto para ela segurar e observe se ela se mantém sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.
9 a 12 meses	Imita gestos	Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça à mãe/cuidador para incentivá-la.
	Faz pinça	Coloque próximo à criança um objeto pequeno ou uma bolinha de papel. Chame atenção da criança para que ela a pegue. Observe se ao pegá-la ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.
	Produz “jargão”	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com o responsável (jargão). Caso não for possível observar, pergunte se ela o faz em casa.
	Anda com apoio	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.

IDADE	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	COMO PESQUISAR
12 a 15 meses	Mostra o que quer	A criança indica o que quer sem que seja pelo choro, podendo ser com palavras ou sons, apontando ou es- tendendo a mão para alcançar. Considere a informação do responsável.
	Diz uma palavra	Observe se durante o atendimento a criança diz pelo menos uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.
	Anda sem apoio	Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar.
15 a 18 meses	Usa colher ou garfo	A criança usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.
	Fala 3 palavras	Observe se durante o atendimento a criança diz três palavras que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.
	Anda para trás	Peça para criança pegar algo atrás dela e observe se ela dá dois passos para trás sem cair.
18 a 24 meses	Tira roupa	Observe se a criança é capaz de remover alguma peça do vestuário, tais como: sapatos que exijam esforço para sua remoção, casaco, calças ou camiseta. Considere informação do acompanhante.
24 a 30 meses	Veste-se com supervisão	Pergunte a mãe ou cuidadora se a criança é capaz de vestir alguma peça do vestuário tais como: calcinha, cueca, meias, sapatos, casaco, etc.
	Frases com 2 palavras	Observe se a criança combina pelo menos duas palavras formando uma frase com significado, que indique uma ação, tais como: "quer água", "quer papa", "chuta bola". Considere a informação do acompanhante.
	Pula com ambos os pés	Observe se a criança pula com os dois pés, atingindo o chão ao mesmo tempo, mas não necessariamente no mesmo lugar.
30 a 36 meses	Brinca com outras crianças	Pergunte a mãe ou acompanhante se a criança participa de brincadeiras com outras crianças.
	Imita o desenho de uma linha	Observe, após demonstração, se a criança faz uma linha vertical no papel, de pelo menos cinco cm de comprimento.
	Arremessa bola	Afaste-se e peça a criança para jogar-lhe a bola de papel. Observe se ela arremessa a bola acima do braço.

IDADE	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	COMO PESQUISAR
3 a 4 anos	Permanece por mais tempo em uma mesma brincadeira e prestar mais atenção em características como a cor, a forma, tamanho dos objetos e sensações.	Você pode, por exemplo, fazer comentários como: “O esteto (objeto) está frio?” Outros comentários: “Pegue aqui no copo. “A água está fria?”. Veja com o responsável se a criança faz brincadeiras que desenvolvem o equilíbrio e a concentração: andar de triciclo, pular para dentro e para fora de um círculo desenhado no chão, andar em linha reta, pular num pé só alternando a perna e chutar a bola.
4 a 5 anos	Boa comunicação e Independência	Pergunte para a criança se ela conhece uma estória legal e veja se ela consegue contar, seja inventando ou real. Oriente o responsável a deixar a criança escolher roupa, tome banho sozinha. Pergunte ao responsável como é a interação da criança com os colegas.

Fonte: Adaptado da Caderneta de Saúde da Criança - Ministério da Saúde. 7ª edição - 2024

3.5. Desenvolvimento da criança dos 3 aos 9 anos, 11 meses e 29 dias

Entre 3 e 4 anos: a criança veste-se com auxílio. Entre 4 e 5 anos: a criança 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. A partir dos 6 anos: a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam. Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal. A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima. Os amigos assumem importância fundamental. A criança começa a compreender a constância de gênero.

A partir dos 7 anos: a criança começa a desenvolver o julgamento global de autovalor, integrando sua autopercepção, “fechando” algumas ideias sobre quem ela é e como deve ser etc. A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui.

A partir dos 10 anos: ocorrem mudanças relacionadas à puberdade e há um estirão de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos 11 anos, depois nos meninos, em torno dos 13 anos).

3.6. Recomendações para sono seguro e tranquilo

Noites mal dormidas ou em quantidade de horas insuficientes podem levar a problemas no desenvolvimento físico, emocional e cognitivo das crianças.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), esses problemas vão desde a sonolência simples até o comprometimento do humor, da criatividade, da atenção, do raciocínio, da memória e do equilíbrio.

O sono é essencial para o crescimento e desenvolvimento adequados para a criança e o adolescente. Sugere-se orientar sobre o local que o RN está dormindo, sobre a posição para dormir, que deve ser de “barriga para cima”, retirada de objetos do berço ou travesseiro e sobre a duração adequada de tempo de sono, conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

A Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL) é responsável por cerca de 37% das mortes súbitas e inesperadas ao ano, em bebês, nos Estados Unidos. A causa ainda é desconhecida, mas sugere-se a influência de três fatores simultâneos: um bebê vulnerável, uma fase crítica do desenvolvimento e um estressor externo. Estudo recente encontrou uma diminuição da enzima colinérgica Butirilcolinesterase em bebês vítimas da morte súbita, indicando um possível biomarcador de disfunção do sistema colinérgico (HARRINGTON; HAFID; WATERS, 2022).

Não tem receita mágica, mas uma rotina relaxante na hora de dormir facilita muito a vida (e o sono) das famílias.



Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Sleep Foundation

- Diferenciar bem dia e noite: durante o dia, manter o ambiente claro, com os movimentos e sons comuns da casa; à noite, reduzir o ritmo e as luzes. Isso ajuda a regular o relógio biológico da criança
- Um banho morninho é ótimo para a criança relaxar

3.7. Diagnósticos, Resultados Esperados e Intervenções de Enfermagem - CIPE

Após o levantamento de dados sobre a criança e sua família, o enfermeiro analisará o conjunto das informações objetivas e subjetivas, buscando a identificação de problemas existentes, vulnerabilidades e necessidades de cuidado.

No sentido de garantir o crescimento/ desenvolvimento saudáveis da criança, elencam-se alguns diagnósticos de enfermagem que potencializam o cuidado seguro e promovem o desenvolvimento da parentalidade na atenção primária em saúde

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Risco de abandono	Manutenção da saúde mental da mãe Manutenção da integridade física e emocional da criança	Avaliar, junto à equipe interdisciplinar, o estado de saúde mental da mãe Garantir os cuidados em saúde para a mãe e a integridade física e emocional da criança Estimular participação da rede de apoio

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Amamentação exclusiva	Manutenção do aleitamento materno exclusivo até 6º mês de vida	<p>Estimular o aleitamento materno exclusivo e reforçar os cuidados com as mamas para preservar a amamentação</p> <p>Destacar a importância da alimentação adequada para promover o aleitamento de maneira eficaz</p> <p>Estimular a verbalização de sentimentos e preocupações maternas</p> <p>Estimular participação da rede de apoio</p> <p>Incentivar a participação no Grupo de Aleitamento Materno Exclusivo (GAME)</p>
Amamentação prejudicada	Amamentação eficaz	<p>Observar e orientar pega correta</p> <p>Estimular a amamentação até 12 meses de vida.</p> <p>Orientar os cuidados com a mama</p> <p>Orientar alimentação adequada para a mãe</p>
Ingestão de alimentos adequados pela criança	Alimentação adequada	<p>Estimular oferta de alimentação adequada</p> <p>Conversar com a criança sobre a importância de uma alimentação adequada, utilizando estratégias lúdicas e de fácil compreensão</p>
Comportamento alimentar infantil prejudicado	Alimentação adequada	Encaminhar para atendimento interdisciplinar (médico, nutricionista)
Crescimento eficaz	Crescimento adequado	Registrar peso, estatura e acompanhar o gráfico de crescimento na CC
Desenvolvimento infantil eficaz	Desenvolvimento infantil adequado	<p>Orientar pais/cuidadores sobre a importância da vivência corporal para a criança</p> <p>Apresentar os itens presentes na CC sobre estimulação infantil de acordo com sua faixa etária</p>
Higiene corporal adequada	Higiene corporal adequada	Reforçar manutenção de hábitos de higiene e de autocuidado, no caso de crianças maiores
Sono prejudicado	Padrão de sono melhorado	Orientar pais e cuidadores sobre importância do sono, posição para dormir, técnicas de higiene do sono.

Fonte: CIPE 2019

SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Hemograma

Não há necessidade de diagnóstico laboratorial de rotina de anemia para todas as crianças, desde que ocorra a suplementação de ferro para a prevenção na idade indicada. Recomenda-se o rastreamento sistemático para anemia apenas para crianças de risco:

Classificação	Condutas
Grupo de risco menores de 12 meses	
Prematuros com história de hemorragia perinatal, gestação múltipla, feropenia materna grave durante a gestação ($Hb < 8$), hemorragias uteroplacentárias e hemorragias neonatais (ou múltiplas extrações sanguíneas)	2 a 4 mg/kg/dia de ferro elementar dos 2 aos 6 meses, quando deve ser solicitado hemograma. Se o resultado do exame for normal, reduza a dose para 1 a 2 mg/kg/dia até os 24 meses. Se houver anemia, mantenha a dose de tratamento. Nova pesquisa de anemia deve ser feita aos 15 meses
Grupo de risco maiores de 24 meses	
Dieta pobre em ferro: Vegetarianos, excesso de laticínios (maior de 2 copos de leite por dia ou equivalente) e baixa ingestão de frutas e verduras Infecções frequentes, hemorragias frequentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatias congênitas cianóticas, uso prolongado de aine e/ou corticoides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos)	Solicite hemograma e aja conforme o resultado. Sugere-se pesquisa anual neste grupo de risco até os 5 anos de idade. Trate a anemia com 3 mg/kg/dia de ferro elementar e aconselhe os pais sobre dieta rica em ferro

Fonte: Linhas de Cuidado Puericultura e Hebicultura na Unidade de Atenção Primária – MS 2023.

Perfil lipídico:

Pesquisar o perfil lipídico (colesterol, HDL, triglicerídeos e LDL) a partir dos 2 anos de idade, a cada 3 a 5 anos, em crianças com sobrepeso ou obesidade, ou que apresentem história familiar (parentes de primeiro grau) de doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres) ou que possuam pais com níveis de colesterol total acima de 240 mg/dL.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da criança. Passaporte da cidadania 7.ed. Brasília, DF: 2024
2. CYPEL Saul (org.) Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 nos São Paulo: Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal, 2011.
3. FUJIMORI E, OHARA CVS. (org.) Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. São Paulo: Editora Manole Saúde, 1^a ed. 2009.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 736 de 17 de janeiro de 2024. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 20 ago 2024.
5. Almeida PA, Carrer MO, Barreto CP, Cordeiro JKR, Martiniano CS, Neto MVM, Bonfim D. Child health nursing consultation and competencies for Advanced Practice Nurses. Rev Esc Enferm USP. 2024;58
6. Brasil. Caderneta da Criança: Menina – Passaporte da Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_criancam_enina_2ed.pdf. Acesso em: 03 set 2024.
7. Brasil. Caderneta da Criança: Menino – Passaporte da Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_criancam_enino_2ed.pdf. Acesso em: 03 set 2024.
8. Costa P, Belela-Anacleto ASC, Andrade PR, Balieiro MMFG, Veríssimo MLOR. Diagnósticos de enfermagem em consultas de atenção primária à saúde de recém-nascidos. Rev Bras Enferm. 2018;71(6):2961-8. doi:10.1590/0034-7167-2017-0954.
9. Crespin J. Puericultura: ciência, arte e amor. São Paulo: Fundo Editorial Byk; 1992.
10. SANTOS, Thais Emilia de Campos dos. 150 Variações Intersexo / Thais Emilia de Campos dos Santos, Cé Ramos de Albuquerque, Dionne do Carmo Araújo Freitas – Curitiba: CRV : 2024.
11. CIPE - Português do Brasil. 4 ed. Setembro de 2019.

Capítulo 4 - ALEITAMENTO MATERNO, ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL E SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA E SAIS DE FERRO

4.1 Aleitamento Materno

O aleitamento materno, exclusivo é recomendado até 6 meses de idade, e complementar até 2 anos ou mais. O leite materno é um alimento completo porque contém vitaminas, minerais, gorduras, açúcares, proteínas, todos apropriados para o organismo do bebê; possui muitas substâncias nutritivas e de defesa, que não se encontram no leite de vaca e em nenhum outro leite.

O enfermeiro deve avaliar parâmetros relacionados a posição do bebê, pega, ritmo, esvaziamento das mamas, intervalo entre as mamadas e problemas relacionados às mamas; lembrando de compartilhar medidas no sentido de sanar possíveis complicações que podem prejudicar essa prática.

A amamentação deve ser abordada pelo enfermeiro no período pré-natal e puerperal, na unidade de saúde e no domicílio, com destaque para alguns temas:

a) Não existe leite fraco; o leite materno é rico em calorias e nutrientes, independentemente do tamanho da mama, o estado nutricional e condição social de quem amamenta

b) O leite humano é adequado, completo, equilibrado e suficiente para qualquer bebê. Existem diferentes fases do leite: colostro, transição e maduro.

c) A apoadura (descida do leite) geralmente ocorre entre o 3º e 5º dia após o parto. É comum que as mamas fiquem cheias, pesadas e desconfortáveis. É importante prevenir o ingurgitamento mamário e traumas mamilares.

d) Existem diferentes posições para amamentar. A dor é um sinal que a pega está incorreta.

e) O uso de bicos e mamadeiras podem atrapalhar a amamentação e favorecer o desmame precoce. É importante que a gestante/puerpera aprenda formas de acalmar o bebê, identificar sinais precoces de fome, e métodos alternativos de oferecer o leite materno.

f) Mamilo plano ou invertido pode dificultar a amamentação, mas não a impedir. Não é recomendado o exercício no mamilo ou seringa, uso de bico de silicone e buchas. Diferentes posições para amamentar podem facilitar a sucção do bebê.

g) O tempo que o bebê fica no peito varia de criança para criança. O importante é que a pessoa que amamenta respeite o ritmo da criança, e dê tempo para que ela

retire bastante leite de uma mama, até que ela fique macia antes de passar para a outra. Nem sempre a criança suga as duas mamas em uma mamada. A criança deve sugar até ficar satisfeita (pare de sugar, solte a mama ou adormeça). A próxima mamada por ser iniciada pela mama que foi oferecida por último (caso tenha oferecido as duas), ou pela mama que não foi oferecida.

Quando necessário, como em situações de retorno da mãe ao trabalho, é possível orientar a ordenha manual, procedimento que deve ser realizado com cuidado, para que se preserve a qualidade do LM. Seguindo-se a técnica correta, tanto para a ordenha como para o armazenamento do LM, a fim de evitar as diferentes formas de contaminação que podem ocorrer. De modo geral, o LM retirado por meio da ordenha deverá ser armazenado em um recipiente de vidro previamente esterilizado especialmente para recebê-lo. Recomenda-se preferencialmente vidros de boca larga com tampas plásticas que possam ser submetidos à fervura durante mais ou menos 20 minutos.

O LM cru pode ser estocado da seguinte maneira:

- Refrigerador, por 12 horas
- Congelador de geladeira (de duas portas) ou congelador, por 15 dias
- O vidro deve ser higienizado, etiquetado com a data e o horário da coleta.
- Para alimentar o bebê com leite ordenhado (extraído) congelado, ele deve ser descongelado, em banho-maria fora do fogo. Uma vez descongelado, o LM deve ser aquecido também em banho-maria fora do fogo. Antes de oferecê-lo à criança, ele deve ser agitado suavemente para homogeneizar a gordura.

A – Como preparar o frasco para guardar o leite do peito

- Escolher um frasco de vidro com tampa plástica rosqueável e boca larga. Não utilizar potes com tampas de metal. Se for de algum produto alimentício, retirar toda a cola e papel do rótulo e de dentro da tampa. Lavar com água e sabão, esfregando e enxaguando bem.
- Ferver o vidro e a tampa, colocando-os em uma panela com água, por 15 minutos, a contar do início da fervura.
- Escorrer a água da panela e colocar o frasco e a tampa para secar de boca para baixo em um pano limpo ou papel toalha.
- Não enxugar. Deixar secar naturalmente.

- Quando estiver seco, fechar o frasco com a tampa e guardar em um recipiente fechado.

B – Como se preparar para retirar o leite do peito

- Retirar o leite depois que a criança mamar ou quando as mamas estiverem cheias, causando desconforto. Se a criança não estiver por perto, pensar nela é uma boa estratégia para auxiliar na descida do leite.
- Escolher um lugar limpo, tranquilo e longe de animais ou outras pessoas.
- Prender e cobrir os cabelos com touca ou lenço.
- Cobrir boca e nariz com máscara, lenço ou fralda.
- Retirar anéis, aliança, pulseiras e relógio.
- Lavar as mãos e os braços até o cotovelo com bastante água e sabão.
- Lavar as mamas apenas com água.
- Secar as mãos e as mamas com toalha limpa ou papel toalha.
- Evitar falar durante a retirada do leite.

C – Como fazer a retirada manual do leite do peito

- Massagear toda a mama, com as pontas dos dedos ou palma das mãos, de forma circular, começando pela parte escura da mama (a aréola) e subindo até a parte superior do seio.
- Com os dedos em forma de “C”, colocar o polegar perto da aréola na parte de cima do peito e os outros dedos sustentando a mama pela parte de baixo.
- Firmar os dedos e empurrar a aréola para trás em direção ao corpo. Apertar suavemente um dedo contra o outro, sem deslizá-los na aréola, repetindo o movimento até o leite começar a sair. Não pressionar demais, pois pode bloquear os canais por onde passa o leite. No primeiro momento o leite pode não sair, mas depois de pressionar algumas vezes, começará a pingar. Curvar o corpo para frente, posicionando o peito sobre a barriga, pode facilitar a saída do leite e aumentar o fluxo.
- Desprezar os primeiros jatos ou gotas.
- Iniciar a coleta. Pressionar e soltar, pressionar e soltar.
- Mudar a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas.
- Alternar a mama quando o fluxo de leite diminuir, repetindo a massagem e o ciclo várias vezes.

D – Como guardar o leite retirado do peito

- O frasco com o leite retirado deve ser guardado no congelador ou freezer por até 15 dias (caso for doar para um Banco de Leite Humano, transportar antes desse prazo. Saiba como doar <https://rblh.fiocruz.br/como-doar-leite-materno>) ou na prateleira mais próxima ao congelador da geladeira por até 12 horas.

Se ultrapassar esses prazos de armazenamento, o leite deverá ser descartado.

- Tampar bem o frasco com leite, anotar a data da retirada com caneta em uma etiqueta ou esparadrapo e colar no frasco.
- Na próxima vez que for retirar o leite, usar outro recipiente de vidro (copo, xícara, caneca ou vidro de tampa larga) devidamente higienizado e fervido como feito com o frasco, e, ao terminar, acrescentar esse leite ao frasco que está no freezer ou congelador. O frasco deve ser completado até, no máximo, 2 dedos abaixo da tampa.
- Quando vários leites forem guardados no mesmo frasco, conta-se a validade a partir da data da primeira coleta.

E – Como oferecer o leite retirado à criança

- Uma criança só deve receber o leite retirado da própria mãe ou, caso seja prematura de baixo peso e estiver internada, deve receber o leite humano pasteurizado do Banco de Leite Humano.
- Se o leite estiver congelado, descongelar no próprio frasco em banho-maria com o fogo apagado, girando o frasco com delicadeza, até que se desmanche todo o gelo e ele fique completamente líquido. O leite humano **não deve ser fervido nem aquecido no micro-ondas**.
- Esterilizar o utensílio para o oferecimento do leite assim como realizado com o frasco antes da retirada.
- Com movimentos circulares, agitar suavemente o frasco para misturar bem o leite.
- Abrir o frasco e colocar um pouco do leite que foi retirado do peito em copo ou xícara limpos.
- Acomodar a criança no colo, acordada e tranquila. Posicioná-la o mais sentada possível, com a cabeça firme e o pescoço alinhado ao corpo, não devendo ficar torcido.
- Encostar a borda do copo ou xícara no lábio inferior da criança e deixar o leite humano tocar o lábio. A criança fará movimentos de lambida, engolindo o leite. Se preferir, utilizar uma colher para oferecer o leite. Não entornar o leite na boca da criança para evitar engasgo.

Por que amamentar é tão importante?

- **Porque faz bem à saúde da criança** – O leite materno protege contra infecções, como diarreia, pneumonia e infecção de ouvido (otite) e, caso a criança adoeça, a gravidade da doença tende a ser menor. Também previne algumas doenças no futuro, como asma, diabetes e obesidade; e favorece o desenvolvimento físico, emocional e a inteligência. Os movimentos que a criança faz para retirar o leite do peito são um exercício importante para a boca e para os músculos do rosto e irão ajudar a criança a não ter problemas com a respiração, a mastigação, a fala, o alinhamento dos dentes e, também, para engolir.
- **Porque faz bem à saúde da mulher** – Amamentar auxilia na prevenção de algumas doenças da mulher, reduzindo as chances de desenvolver, no futuro, câncer de mama, de ovário e de útero e também diabetes tipo 2. Amamentar exclusivamente nos primeiros 6 meses pode aumentar o intervalo entre os partos. Quanto mais tempo a mulher amamentar, maiores serão os benefícios da amamentação à sua saúde. Além disso, amamentar pode fazer bem para a saúde mental da mulher, aumentando sua autoestima e autoconfiança, elementos importantes para seu empoderamento.
- **Porque promove o vínculo afetivo** – A amamentação é um ato de interação profunda entre a mulher e a criança, com muitas trocas, sendo geralmente prazeroso para ambas. Assim, a amamentação aproxima mãe e filho ou filha, facilitando o vínculo afetivo entre eles.
- **Porque é econômico** – Amamentar é bem mais barato do que alimentar a criança com outros leites, pois o leite materno é produzido pela própria mulher para ser oferecido para o seu filho. Não exige preparo, com economia de tempo, água e gás. Já as fórmulas infantis industrializadas podem comprometer boa parte do orçamento familiar. Além disso, não amamentar pode gerar gastos extras, já que a criança não amamentada adoece mais.
- **Porque faz bem à sociedade** – Crianças amamentadas adoecem menos e tem menos chance de desenvolver algumas doenças no futuro; com isso, o sistema de saúde e suas famílias gastam menos para preservar a sua saúde. Quando as crianças adoecem, as mães e cuidadores muitas vezes perdem dias de trabalho, o que pode prejudicar a família e a sociedade. Crianças amamentadas também têm maiores chances de alcançar o seu potencial máximo de inteligência, resultando em adultos com maior capacidade para o trabalho, o que contribui para o desenvolvimento do país.
- **Porque faz bem ao planeta** – A amamentação contribui efetivamente para a sustentabilidade ambiental e segurança alimentar e nutricional. O leite materno é um alimento natural, não industrializado, produzido e fornecido sem poluição e sem prejuízos aos recursos naturais. Dispensa a produção leiteira animal, reduzindo o seu impacto na natureza, evitando resíduos que contribuem para a emissão de gás metano, com resultado direto no efeito estufa. Reduz a produção industrial de fórmulas lácteas e toda uma cadeia de produtos geradores de detritos, como toneladas de latas, plásticos e rótulos.

Fonte: Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (2021)

Principais dificuldades na amamentação

DIFICULDADE	O QUE PODE SER FEITO
Demora na descida do leite	É fundamental que a mulher se sinta confiante e conte com suporte da família e da sua rede de apoio quanto à amamentação. Além disso, o estímulo da mama com sucção frequente contribui para a descida do leite e com o ajuste da produção para as necessidades do bebê. O apoio profissional também é fundamental.
Criança com dificuldade inicial para sugar	Suspender o uso de bicos de mamadeiras, silicone e chupetas; utilizar apoio para mamas muito grandes; melhorar a pega e variar a posição do bebê no momento de amamentar; fazer a retirada do leite do peito com as mãos ou com bomba enquanto o bebê não conseguir sugar a mama para oferecer o leite ao bebê no copo ou colher e para estimular a mama a produzir leite.
Mamilo plano ou invertido	Ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e a aréola e tentar diferentes posições para facilitar a pega. Se a mama estiver muito cheia, retirar um pouco de leite para a aréola ficar mais macia antes de colocar o bebê no peito, facilitando a pega.
Mamilos doloridos e/ou machucados	O ideal para evitar machucar os mamilos é ajudar o bebê a ter uma pega adequada e, enquanto estiverem machucados, variar a posição das mamadas, iniciar a amamentação na mama não machucada ou menos machucada e enxaguar os mamilos com água limpa, pelo menos uma vez por dia, para evitar infecções. Trocar sutiã ou absorventes para os seios quando estiverem molhados. Não existe comprovação científica de que passar cremes, pomadas, óleos, leite humano ou qualquer outra coisa ajude a cicatrizar o peito.
Ingurgitamento mamário ou “leite empedrado”	Deixar o bebê mamar sempre que quiser. Fazer massagem com suaves movimentos circulares nas mamas e retirar um pouco do leite antes de colocar o bebê para mamar para facilitar a pega. Usar sutiã de alças largas e firmes para maior conforto.
Mastite	Procurar imediatamente um serviço de saúde. A amamentação não precisa ser interrompida durante o tratamento.
Bloqueio de ductos lactíferos (leite retido em alguns canais da mama)	Amamentar com frequência, massagear a área afetada, esvaziar as mamas, amamentar em diferentes posições e oferecer primeiramente a mama com o problema, com o queixo do bebê direcionado para a área afetada.
“Pouco leite”	Procurar um ambiente mais tranquilo e confortável para amamentar; melhorar o posicionamento e a pega, se necessário; aumentar a frequência das mamadas, inclusive durante a noite; oferecer as duas mamas quando for amamentar, deixando o bebê esvaziar primeiro uma para depois oferecer a outra; massagear a mama durante as mamadas; dar tempo para o bebê mamar bastante em um dos peitos antes de trocar para o outro; retirar manualmente ou com bomba o leite que fica na mama após as mamadas; evitar o uso de mamadeiras, chupetas e bicos de silicone; ingerir água em quantidade suficiente para matar a sede; consumir dieta saudável; repousar sempre que possível.

Hiperlactação (excesso de leite)	Evitar retirar leite das mamas antes das mamadas e só fazer isso quando elas estiverem muito cheias, causando desconforto ou se os mamilos estiverem cheios, dificultando a pega do bebê. Amamentar em apenas uma mama em cada mamada, retirando um pouco de leite da mama não usada, apenas para o conforto da mulher. Amamentar em uma posição mais deitada ou de lado, pois nessas posições o fluxo de leite diminui. Considerar doar o leite em excesso para o Banco de Leite Humano.
---	---

Fonte: Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (2021)

Algumas práticas que podem ser prejudiciais à amamentação:

- Dar outros leites ou fórmulas infantis para “complementar” o leite materno desnecessariamente
- Dar chá, água, ou outro alimento líquido.
- Começar com alimentos sólidos ou pastosos antes dos 6 meses de idade
- Oferecer mamadeira
- Oferecer chupeta
- Fumar durante a amamentação
- Usar medicamentos por conta própria
- Ingerir qualquer bebida alcoólica

Substitutos do leite materno

Fórmulas infantis

Primeira alternativa na impossibilidade de ofertar o LM: a fórmula infantil é mais adequada ao organismo da criança do que o leite de vaca integral. O preparo de fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto, utilizando água fervida ou filtrada.

Atenção: compostos lácteos não devem ser confundidos com fórmulas infantis nem com leite de vaca integral. Eles são produzidos com uma mistura de leite (no mínimo 51%) e outros ingredientes e costumam conter açúcares e aditivos alimentares.

Leite de vaca integral

Seu uso antes de a criança completar 12 meses não é recomendado, mas pode ser considerado em função do custo e prática de consumo na população brasileira, quando necessário. Deve ser diluído até os 4 meses de idade da criança por causa do excesso de proteína e eletrólitos, que fazem sobrecarga renal sobre o organismo do lactente. Após o bebê completar 4 meses de idade, o leite de vaca

integral líquido não deverá ser diluído e nessa idade a criança que ingere leite de vaca receberá outros alimentos, principalmente água para uma hidratação adequada.

Diluição do leite em pó integral

- 1 colher rasa das de sobremesa para 100ml de água fervida
- 1½ colher rasa das de sobremesa para 150ml de água fervida
- 2 colheres rasas das de sobremesa para 200ml de água fervida.

Diluição do leite integral fluído/líquido

- 2/3 de leite fluído + 1/3 de água fervida
- 70ml de leite + 30ml de água = 100ml
- 100ml de leite + 50ml de água = 150ml
- 130ml de leite + 70ml de água = 200ml.

4.2. Alimentação complementar saudável

A PNAISC detalha em seu eixo estratégico II, ações e iniciativas para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável. A publicação do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos se apresenta como um instrumento de garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada e traz as “informações necessárias para incentivar, apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional da população menor de 2 anos de idade” (BRASIL, 2019, p. 13).



Fonte: Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos, 2021

Introdução alimentar

Início	Indicada a partir do 6º mês de vida para crianças amamentadas e em uso de fórmula infantil e a partir do 4º mês de vida para crianças alimentadas com leite de vaca integral.
Adaptação aos alimentos	<p>Os alimentos devem ser oferecidos, com diversidade de cores, sabores, texturas e cheiros apresentada à criança. Uma alimentação adequada e saudável é fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança</p> <p>Fezes firmes indicam que o preparo do leite e alimentos está adequado, sem agressões microbianas ao intestino (o que poderia causar diarreias).</p> <p>No início, a criança deverá receber a comida amassada com garfo. Em seguida, deve-se evoluir para alimentos picados em pedaços pequenos, raspados ou desfiados, para que a criança aprenda a mastigá-los. Não ofereça preparações líquidas e nem use liquidificador, mixer ou peneira.</p> <p>Água é um alimento essencial para hidratar a criança. Ela deve ser dada a partir do momento em que novos alimentos além do leite materno são incluídos na rotina da criança.</p> <p>A criança pode e deve, desde o início, ser alimentada com a comida da família, que deve ser preparada com óleo vegetal em pequena quantidade, temperos naturais (como cebola, alho, salsa, coentro e demais ervas e especiarias) e com uma quantidade mínima de sal.</p>
Hábitos alimentares	<p>Respeitar os hábitos alimentares da família, desde que o mesmo não implique negativamente na saúde da criança.</p> <p>Sabores experimentados nos primeiros meses de vida podem influenciar as preferências alimentares subsequentes.</p> <p>Os pais são responsáveis pelo que é oferecido à criança e ela é responsável pela quantidade que deseja comer (autorregulação energética).</p>
Equilíbrio nutricional	<p>É recomendado que o prato da criança tenha:</p> <p>A diversidade da oferta de alimentos ajuda na construção de uma alimentação adequada e saudável, com oferta de diferentes nutrientes, e contribui para a prevenção de deficiências nutricionais, como a anemia e a deficiência de vitamina A. Para garantir a variedade necessária de nutrientes para a criança, sempre que possível, monte o prato dela combinando um alimento de cada grupo: feijões e grãos; cereais ou raízes ou tubérculos; carnes ou ovos; legumes e verduras. No caso de legumes e verduras, quando possível, pode-se colocar mais de um alimento desse grupo. É importante colocar os alimentos separados no prato, para que a criança conheça e se acostume com os diferentes gostos e texturas.</p> <p>Para completar a refeição, pode-se oferecer um pedaço de fruta, junto ou logo após a refeição</p>
Higiene, preparo e conservação	<p>Proceder a lavagem das mãos e dos utensílios de cozinha, a esterilização de mamadeiras, a higienização e lavagem de verduras e frutas e também a limpeza da geladeira.</p> <p>As peças de encaixe das mamadeiras, assim como a mamadeira (garrafa), devem ser bem lavadas e escovadas com detergente em água corrente. A seguir, escaldar para desinfecção e guardar em recipiente tampado. Manter</p>

	o furo original do bico, para que a criança faça força ao sugar, mantendo os exercícios dos músculos bucais.			
--	--	--	--	--

Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida de crianças

	Ao 6 meses	Entre 7 e 8 meses	Entre 9 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Café da manhã		Leite materno		Café da manhã Fruta ou Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) ou raízes e tubérculos (aipim/macaxeira, batata-doce, inhame)

	Ao 6 meses	Entre 7 e 8 meses	Entre 9 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Lanche da manhã			fruta e leite materno	

	Ao 6 meses	Entre 7 e 8 meses	Entre 9 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
	Quantidade aproximada – 2 a 3 colheres de sopa no total.	Quantidade aproximada – 3 a 4 colheres de sopa no total.	Quantidade aproximada – 4 a 5 colheres de sopa no total.	Quantidade aproximada – 5 a 6 colheres de sopa no total
Almoço	<ul style="list-style-type: none"> - 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; - 1 alimento do grupo dos feijões; - 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; - 1 alimento do grupo das carnes e ovos Junto à refeição, pode ser dado um pedaço pequeno de fruta			

	Ao 6 meses	Entre 7 e 8 meses	Entre 9 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Lanche da tarde		fruta e leite materno		

	Ao 6 meses	Entre 7 e 8 meses	Entre 9 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Jantar	leite materno		igual ao almoço	

	Ao 6 meses	Entre 7 e 8 meses	Entre 9 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Antes de dormir			leite materno	
Aleitamento materno: sempre que a criança quiser.				

Fonte: Adaptado de Guia Alimentar Brasil (2021)

Esquema alimentar para os dois primeiros anos de vida de crianças que recebem fórmula infantil

	Ao completar 6 meses	Entre 7 e 8 meses	Entre 9 e 11 meses	Entre 1 e 2 anos
Café da manhã	Fórmula infantil	Fórmula infantil	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral + fruta ou cereal ou raízes e tubérculos
Lanche da manhã	Fruta	Fruta	Fruta	Fruta
Almoço	Almoço (2 a 3 csp*)**	Almoço (3 a 4 csp*)**	Almoço (4 a 5 csp*)**	Almoço (5 a 6 csp*)**
Lanche da tarde	Fruta + fórmula infantil	Fruta + fórmula infantil	Fruta + leite de vaca integral	Leite de vaca integral + fruta ou cereal ou raízes e tubérculos
Janta	Fórmula infantil	Jantar (3 a 4 csp*)**	Jantar (4 a 5 csp*)**	Jantar (5 a 6 csp*)**
Ceia	Fórmula infantil	Fórmula infantil	Leite de vaca integral	Leite de vaca integral

Fonte: Adaptado de Guia Alimentar Brasil (2021)

*csp: colheres de sopa

**Não deve ser seguida de forma rígida pela família, pois as crianças possuem características individuais, sua fome e saciedade devem ser respeitadas.

Recomendações para crianças menores de 2 anos

O guia alimentar (BRASIL, 2021) e a Caderneta de Saúde da Criança ressalta a necessidade de que os profissionais de saúde se atentem, em toda oportunidade de atendimento às crianças, para os “Doze passos da Alimentação Saudável para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos”.

4.3. Doze Passos para Alimentação Saudável em Crianças menores de 2 anos

PASSO 1. Amamentar até os 2 anos ou mais, oferecendo somente LM até os 6 meses.

PASSO 2. Oferecer alimentos in natura ou minimamente processados, além do LM a partir dos 6 meses.

PASSO 3. Oferecer água própria para o consumo em vez de sucos, refrigerantes e outras bebidas açucaradas.

PASSO 4. Oferecer a comida amassada quando a criança começar a comer outros alimentos além do LM.

PASSO 5. Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcares à criança até 2 anos de idade.

PASSO 6. Não oferecer alimentos ultra processados.

PASSO 7. Cozinhar a mesma comida para a criança e para a família.

PASSO 8. Zelar para que a hora da alimentação da criança seja um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto junto da família.

PASSO 9. Prestar atenção aos sinais de fome e de saciedade da criança e conversar com ela durante a refeição.

PASSO 10. Cuidar da higiene em todas as etapas da alimentação da criança e da família.

PASSO 11. Oferecer alimentação adequada e saudável também fora de casa.

PASSO 12. Proteger a criança da publicidade dos alimentos.



As imagens trazem quantidades de alimentos para crianças de 9 meses de idade. As refeições estão em prato de sobremesa.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde: Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos - MS 2021

4.4. Dez Passos para uma Alimentação Saudável em Crianças de 2 a 9 anos

PASSO 1. Fazer dos alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação.

PASSO 2. Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias.

PASSO 3. Limitar o consumo de alimentos processados.

PASSO 4. Evitar o consumo de alimentos ultra processados.

PASSO 5. Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados, e, sempre que possível, com companhia.

PASSO 6. Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados.

PASSO 7. Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias.

PASSO 8. Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece.

PASSO 9. Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora.

PASSO 10. Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais.

Fonte: BRASIL Ministério da Saúde. Caderneta da criança. Passaporte da cidadania. 7.ed. Brasília, DF: 2024. 4.5. Alterações nutricionais

O município de São Paulo tem disponível para a população no programa social de abastecimento equipamentos como o armazém solidário, destinado a pessoas em situação de vulnerabilidade social.

Armazém Solidário - Secretaria Executiva de Segurança Alimentar e Nutricional e de Abastecimento

Prefeitura: https://prefeitura.sp.gov.br/web/abastecimento/w/seguranca_alimentar/362512

4.5. Crianças com dificuldades ou recusa na introdução alimentar

Ao iniciar a introdução de novos alimentos, a criança pode se recusar a experimentá-lo. Essa recusa é muito comum, e o recomendado é orientar a família a ofertar, novamente, após alguns dias. Se a criança continuar a recusa, buscar

novas alternativas de preparo. É muito importante manter o ambiente tranquilo, livre de distrações e não forçar a criança a comer. No Quadro abaixo são apresentadas recomendações gerais às famílias com dificuldades de aceitação alimentar (BRASIL, 2021).

Recomendações gerais às famílias de crianças pequenas, com dificuldades de adaptação ou recusa na introdução de outros alimentos

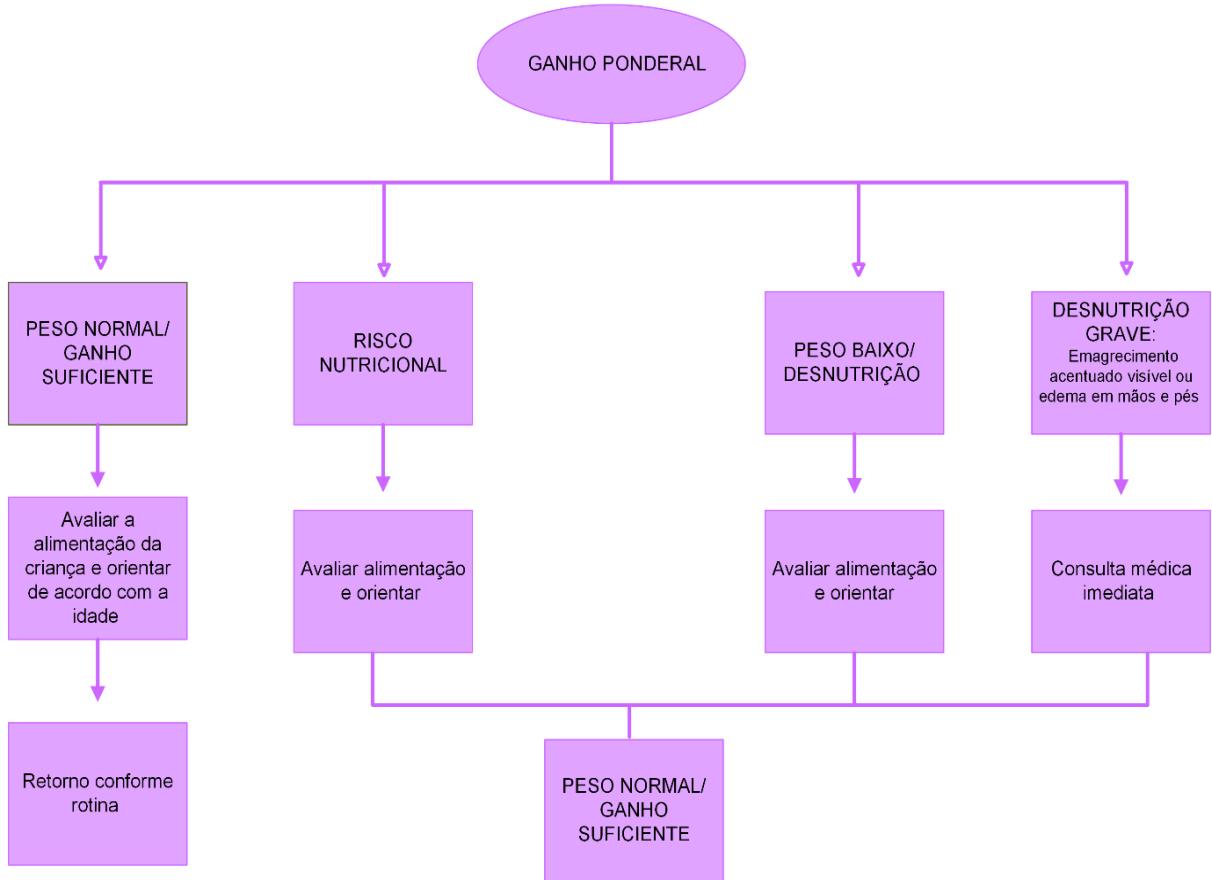
- ✓ Oferecer refeição em prato individual, para ter certeza do quanto a criança está ingerindo.
- ✓ Montar um prato atrativo para a criança para que ela se sinta motivada a comer.
- ✓ Variar os alimentos e procurar oferecer alimentos novos para a criança, preparados de forma saborosa e separados no prato.
- ✓ Utilizar talheres de tamanho adequado para a criança.
- ✓ Estar junto à criança durante as refeições, mesmo que ela coma sozinha.
- ✓ Ter paciência para não apressar a criança. Ela pode comer um pouco, brincar e comer novamente.
- ✓ Alimentar a criança tão logo ela demonstre fome. Não esperar muito, pois ela pode se irritar ou perder o apetite.
- ✓ Evitar forçar a criança a comer para não aumentar estresse e diminuir o apetite. Fazer das refeições momentos tranquilos e felizes.
- ✓ Respeitar a saciedade da criança e não insistir para que ela “raspe o prato”.

Fonte: Guia Alimentar Brasil (2021)

Alterações nutricionais

Baixo peso

Ganho de peso abaixo do esperado para estatura, segundo a idade e sexo. A identificação precoce permite determinar possíveis vulnerabilidades que influenciam o estado nutricional



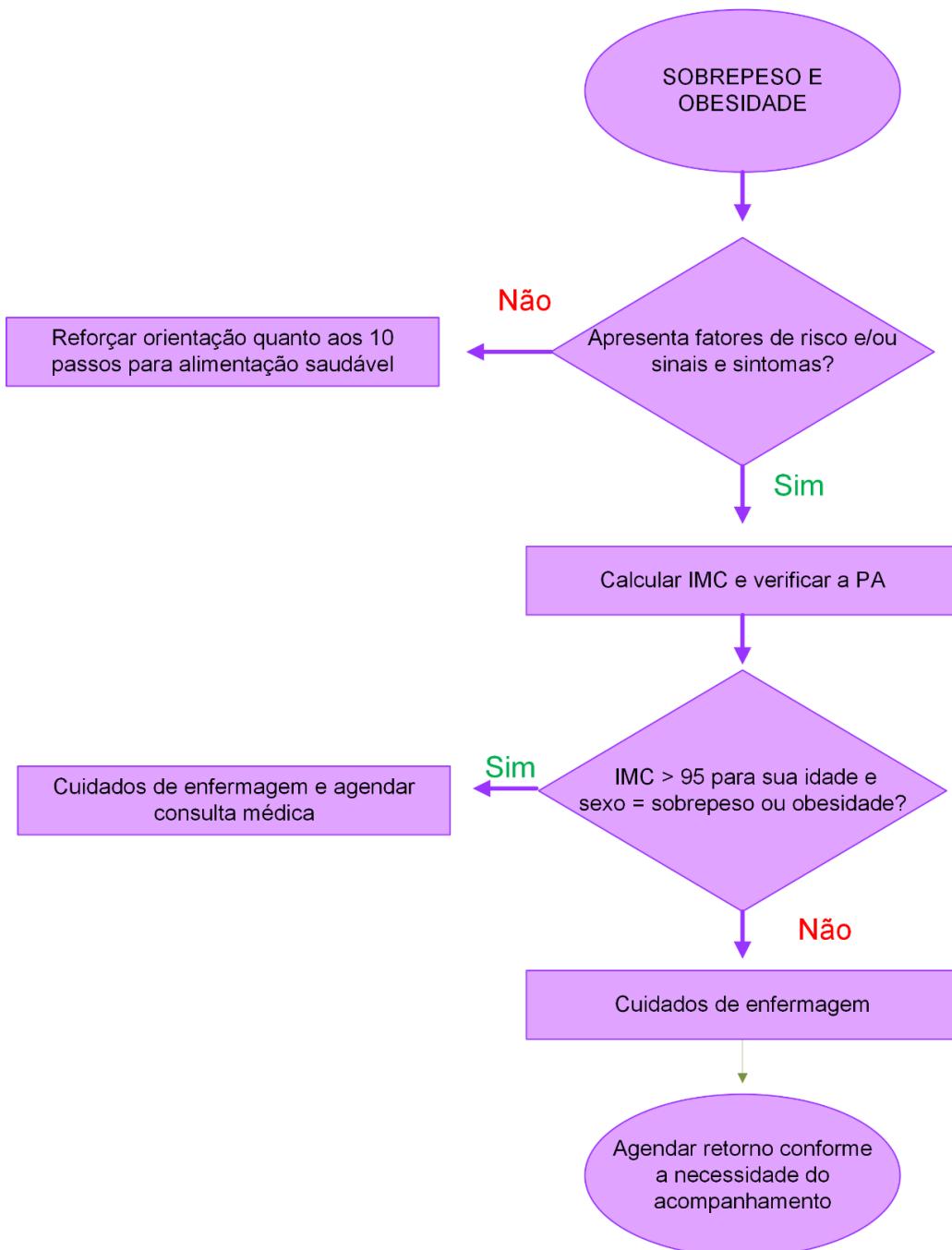
Fonte: Protocolo de Enfermagem Atenção à Saúde da Criança e Adolescente SMS/SP (2017).

Orientações para baixo peso

- Abordar hábito alimentar
- Oferecer 6 a 7 refeições por dia
- Evitar guloseimas entre as refeições
- Orientar diluição correta do leite
- Oferecer frutas e sucos naturais
- Oferecer pratos coloridos com verduras e legumes
- Incentivar aleitamento materno e orientar alimentação complementar adequada
- Preencher gráfico de crescimento e desenvolvimento da caderneta da criança

Sobrepeso/obesidade

Ganho de peso acima do esperado para estatura, segundo a idade e sexo e aumento de tecido celular subcutâneo. A obesidade é fator de risco para outras doenças crônicas. Portanto, essas crianças devem passar em consultas médicas periódicas, independente de terem outros fatores de risco associados.



Fonte: Protocolo de Enfermagem Atenção à Saúde da Criança e Adolescente SMS/SP (2017).

Orientações sobre peso e obesidade

Montar uma rotina alimentar, junto à família, definindo horários para o café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar

- Evitar ingestão de alimentos nos intervalos das refeições
- Incentivar a família a aumentar o consumo de grãos, frutas, legumes e verduras, salientando a importância da mastigação, diminuir o consumo de alimentos ricos em carboidratos de absorção rápida e gorduras e a não ingestão de líquidos durante as refeições
- Ingerir água a vontade entre as refeições
- Estimular a prática de atividades físicas regulares, lazer em áreas livres e parques, diminuindo o tempo destinado a assistir televisão
- Solicitar à família fazer um diário alimentar e trazê-lo às consultas.

4.6. Suplementação vitamínica e sais de ferro

Suplementação de ferro

Recomenda-se a suplementação de ferro para todas as crianças de 6 a 24 meses, exceto para as crianças com doença falciforme, cuja suplementação deve ser precedidas de exames laboratoriais e indicação médica. Se a criança não estiver em aleitamento materno exclusivo, a suplementação poderá ser realizada a partir dos quatro meses de idade. Para crianças pré-termo (< 37 semanas) ou nascidas com baixo peso (< 2.500 g), a conduta de suplementação é diferenciada, conforme o Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de condutas gerais. **Atentar** que a anemia falciforme não é corrigida pelo uso de medicamentos que contém ferro.

A **Suplementação de Ferro Elementar** deve ser realizada conforme quadros abaixo seguindo a prescrição de Sulfato Ferroso 125 mg/mL (equivalente a 25 mg/mL de Fe++) solução oral gotas.

Sugestão de Calculadora: <https://aps.bvs.br/appnns/calculadoras/?page=3>

Recomendação de suplementação medicamentosa profilática de ferro em lactentes **SEM fator de risco**.

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

Recomendação de suplementação medicamentosa profilática de ferro em lactentes **COM fator de risco**.

Situação	Recomendação
Recém-nascidos a termo, peso adequado para idade gestacional, independente do tipo de alimentação	1 mg de ferro elementar/kg/dia , iniciando aos 90 dias de vida até o 24º mês de vida
Recém-nascidos a termo com peso inferior a 2.500g	2 mg de ferro elementar/kg/dia , iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos prematuros com peso superior a 1.500g	2 mg de ferro elementar/kg/dia , iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos prematuros com peso entre 1.500 a 1.000g	3 mg de ferro elementar/kg/dia , iniciando com 30 dias durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos prematuros com peso inferior a 1.000 g	4 mg de ferro elementar/kg/dia , iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos prematuros que receberam mais de 100 mL de concentrado de hemácias durante a internação	Devem ser avaliados individualmente pois podem não necessitar de suplementação de ferro com 30 dias de vida, mas sim posteriormente.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. Consenso sobre anemia ferropriva - atualizações: destaques 2021

Suplementação de vitamina A

Destinado a prevenir e/ou controlar essa deficiência nutricional mediante a suplementação com megadoses de vitamina A.

Vitaminas A e D (acetato de retinol 50.000 UI/mL + colecalciferol 10.000 UI/mL solução oral gotas)	suplementar a partir do 7º dia de vida, 2 (duas) gotas por boca, ao dia, até a criança completar dois anos de idade e 3 (três) gotas entre dois e três anos de idade, como medida profilática.
--	--

4.7. Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem em Baixo Peso, Sobre peso e Obesidade – CIPE

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Processo do sistema regulatório prejudicado (perda de peso/obesidade)	Manutenção adequada do peso corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar a família • Facilitar acesso ao tratamento • Orientar a família sobre regime dietético • Estimular a prática de exercícios/mobilidade física • Preencher o gráfico de crescimento em todas as consultas • Encaminhar para consulta médica e/ou com nutricionista/eMulti

Fonte: CIPE 2019

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.068, de 21 de outubro de 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos: versão resumida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021
4. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde/ Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 4. ed. - São Paulo: SMS, 2015. Atualizado em 2016
5. Brasil. Caderneta da Criança: Menina – Passaporte da Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_criancamenina_2ed.pdf.
6. Brasil. Caderneta da Criança: Menino – Passaporte da Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_criancamenino_2ed.pdf.
7. BRASIL. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Linha de Cuidado para Obesidade. 2014. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/linha_cuidado_obesidade.pdf.
8. BRASIL. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Protocolo de Encaminhamento Final. 29 jan. 2021. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_encaminhamento_final_29012021.pdf.
9. BRASIL. Nova Portaria do MS Estabelece Diretrizes Relacionadas à Promoção, Proteção e Apoio à Amamentação no Brasil. 5 fev. 2024. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/site/noticias/nova-portaria-do-ms-estabelece-diretrizes-relacionadas-a-promocao-protecao-e-apoio-a-amamentacao-no-5-427-2024.html>.

Capítulo 5 - ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS COM AGRAVOS

5.1. Alterações de pele

Características das principais lesões de pele

Durante os primeiros meses de vida, os cuidados com a pele são fundamentais, tendo-se como finalidade manter a integridade da barreira cutânea e garantir seu desenvolvimento saudável. (SBP 2024)

A pele do bebê, criança e adolescente passa por diversas modificações em relação a textura, coloração e umidade. Além de suas funções fisiológicas, a pele exerce um papel social importante, influenciando a autoestima e a qualidade de vida. Diante da frequente associação de problemas de pele com questões emocionais e sociais, o enfermeiro desempenha um papel fundamental. Para tanto, é necessário um conhecimento aprofundado das diversas manifestações cutâneas e de suas possíveis causas, bem como a capacidade de estabelecer um diagnóstico preciso e indicar o tratamento adequado.

A construção de um vínculo de confiança com a criança/adolescente e suas famílias e a promoção de ações educativas são essenciais para um cuidado integral e humanizado

A melhor maneira de evitar doenças de pele é a prevenção, conhecendo as suas principais características e de que forma acometem as crianças.

Observar presença de palidez associada à avaliação da função cardiovascular, temperatura e sangramento.

É normal que o RN apresente palidez em um lado do corpo e eritema do lado oposto, aspecto caracterizado como sinal de Arlequim.

Avaliação, diagnósticos e intervenções de enfermagem para os principais achados clínicos nas alterações de pele

Faça as perguntas direcionadas pela queixa, considerando alguns aspectos de sintomas associados (dor, prurido, entre outros), alterações (cor, tamanho, forma), tempo de surgimento e piora das lesões; avaliar sinais de infecção ou inflamação; uso de medicações; apresentação de manifestação sistêmica ou local; e avaliação de condições sanitárias do domicílio e território

Exame físico relacionado as alterações de pele

Inspeção: Observar a área acometida quanto à localização, coloração, aspecto, com olhar direcionado à queixa, estendendo para possíveis áreas não localizadas pelo usuário.

Palpação: Checar a existência de lesões sólidas, alterações de volume, espessura, umidade ou consistência da pele; observar elasticidade, turgor e mobilidade correlacionando com a idade; avaliação de sensibilidade térmica, dolorosa, e tátil, se necessário utilizando instrumental específico; palpar linfonodos em áreas correlacionadas; avaliar as condições da pele e a perfusão.

Avaliar o grau de edema periférico por meio da escala de 1+ a 4+ (leve a grave).

PRINCIPAIS ACHADOS CLÍNICOS	DEFINIÇÃO	DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÃO/PRESCRIÇÃO
 <p>Fonte: Artibale et al, 2005.</p>	<p>Edema: deve-se suspeitar de doença cardiovascular ou hemolítica perinatal, porém, caso o edema seja localizado, suspeitar de trauma.</p> <p>Observação: Crianças com doença falciforme diagnosticada ou afrodescendentes: atentar para o edema das mãos ou dos pés resultante da inflamação aguda dos tecidos que revestem os ossos dos punhos e tornozelos, dedos e artelhos, quadro mais incidente em menores de 01 ano.</p>	<p>CIPE: Edema Periférico Edema Linfático</p> <p>CIAP: K07 Tornozelos inchados/edema</p>	<ul style="list-style-type: none"> Investigar outros sinais/sintomas relacionados a função cardiovascular; renal e/ou trauma Compartilhar cuidado com o médico(a)
 <p>Fonte: Medline Plus</p>	<p>Cianose: presença de eritema arroxeados, por congestão passiva ou venosa com diminuição de temperatura. Fazer a avaliação da função cardíaca, respiratória e atentar para temperatura corporal.</p>	<p>CIPE: Risco de Função do Sistema Respiratório, prejudicada Risco de Função Cardíaca, Prejudicada</p> <p>CIAP: R29 Sinais/sintomas do aparelho respiratório,outros.</p> <p>K29 Sinais/sintomas cardiovasculares</p>	<ul style="list-style-type: none"> Aferir os sinais vitais Investigar outros sinais/sintomas relacionados ao sistema cardiovascular e respiratório Compartilhar cuidado com o médico(a)

 <p>Dermatologia na Atenção Básica (UNASUS)</p>	<p>Equimoses: presença de manchas purpúricas com até 1 cm. No RN, podem estar relacionadas à tocotraumatismo ou circular de cordão durante o nascimento</p>	<p>CIPE: Dor, aguda Risco de Violência Resposta Pós-Trauma</p> <p>CIAP: A80 Lesão traumática/ acidente NE A82 Efeito secundário de lesão traumática</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar a evolução • Investigar e excluir situação de violência contra a criança
 <p>Fonte: Medline Plus</p>	<p>Petéquias: lesões purpúricas com até 1 cm</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada</p> <p>CIAP: S07 Erupção cutânea generalizada S08 Alterações da cor da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aferir os sinais vitais • Avaliar a extensão, localização e evolução das petéquias. • Observar outros sinais associados, como febre, sangramentos espontâneos, cansaço ou hematomas.
 <p>Fonte: Dermatology atlas</p>	<p>Manchas mongólicas: áreas verde-azuladas e planas que em geral ocorrem na parte inferior das costas ou nas nádegas, com regressão espontânea entre 2 à 3 anos de idade.</p>	<p>CIAP: S08 Alterações da cor da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre alteração congênita transiente que tendem a regredir nos primeiros anos de vida



Fonte: Medline Plus



Fonte: Dermatology atlas

Eritema tóxico: aparece desde o nascimento até 2 dias de vida, desaparecendo espontaneamente entre 5 à 7 dias.

CIPE:
Integridade da Pele,
Prejudicada

CIAP:
S07 Erupção cutânea
localizada
S08 Alterações da cor
da pele

- Orientar a higiene da pele com sabonete neutro, uso de roupas leves de algodão
- Orientar não utilizar amaciante nas roupas

Hemangioma: tumor benigno que aparece no final do primeiro mês de vida. É considerado uma marca de nascimento, tende a clarear em torno dos 2 anos e pode desaparecer na fase escolar.

CIPE:
Integridade da Pele,
Prejudicada

CIAP:
S08 Alterações da cor
da pele

- Medir e registrar a extensão do hemangioma nas consultas de puericultura.
- Caso tenha comprometimento vascular ou aumento significativo em pouco tempo, solicitar avaliação médica.

	<p>Milium sebáceo: cistos brancos encontrados geralmente no rosto, que desaparecem após algumas semanas.</p> <p>Observação: Crianças com doença falciforme diagnosticada ou afrodescendentes: atentar para o edema das mãos ou dos pés resultante da inflamação aguda</p>	<p>CIAP:</p> <p>S08 Alterações da cor da pele S06 Erupção cutânea localizada</p>	<p>Alteração congênita transitória que desaparece em algumas semanas</p>
 <p>SFS</p>	<p>Tinea Pedis (Pé-de atleta ou frieira) Infecção fungica (micose) que acomete os espaços interdigitais e regiões plantares. As lesões podem ser intensamente pruriginosas, descamativas e maceradas nos espaços interdigitais, podendo ocorrer fissuração.</p> <p>Causada pela espécie <i>Epidermophyton floccosum</i> e diversas espécies de <i>Trichophyton</i>.</p> <p>A transmissão ocorre pelo contato direto com pessoas contaminadas ou indireto através de objetos e pisos contaminados.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP:</p> <p>S21 – sinais/sintomas da textura da pele S29 – sinais/sintomas da pele, outros</p> <p>L17– Sinais/sintomas do pé/ dedo do pé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar e secar bem os pés • Orientar o uso de calçados abertos/sandálias • Orientar exposição solar de sapatos fechados • Compartilhar cuidado com médico (a), se presença de lesões extensas ou infecção secundária • Tratamento: Miconazol 20mg/g (2%) creme - Aplicar uma quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada duas vezes ao dia por 7 a 14 dias

 <p>Fonte: https://bvsms.saude.gov.br/doencas-mao-pe-boca/</p>	<p>Doença mão-pé-boca: Infecção enteroviral altamente contagiosa que afeta principalmente lactentes e crianças menores de 10 anos, caracterizada por erupção cutânea nas mãos e pés e lesões bucais dolorosas. Febre alta nos dias que antecedem o surgimento das lesões. Aparecimento, na boca, amídalas e faringe, de manchas vermelhas com vesículas branco-acinzentadas no centro que podem evoluir para ulcerações muito dolorosas. Erupção de pequenas bolhas em geral nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, mas que pode ocorrer também nas nádegas e na região genital. Mal-estar, falta de apetite, vômitos e diarreia. A transmissão ocorre através do vírus sendo as cepas mais comuns a Coxsackie A16 ou Enterovírus 7. O contágio por exposição direta (oral, nasal, conjuntival, fezes, fluido das bolhas de pessoas infectadas), ou exposição indireta a superfície ou objeto contaminado pelo contato</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local) CIAP: S76 Outras infecções da pele S21 – Sinais/sintomas da textura da pele D20 Sinais/sintomas da boca/língua/lábios</p>	<ul style="list-style-type: none"> Atentar para diagnóstico diferencial para lesão herpética (primo-infecção) Esclarecer a importância de sempre de lavar as mãos antes e depois de lidar com a criança doente, ou levá-la ao banheiro. Se ela puder fazer isso sozinha, insista para que adquira e mantenha esse hábito de higiene mesmo depois de curada Orientar para o paciente evitar, na medida do possível, o contato muito próximo com outras pessoas (como abraçar e beijar) Orientar a cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir Orientar a importância de manter um nível adequado de higienização da casa, das creches e das escolas; Orientar a não compartilhar mamadeiras, talheres ou copos; Orientar a limpeza das superfícies, objetos e brinquedos que possam entrar em contato com secreções e fezes dos indivíduos paciente com água e sabão e, após, desinfetar com solução de água sanitária diluída em água pura (1 colher de sopa de água sanitária diluída em 4 copos de água limpa) Esclarecer quanto ao descarte adequado das fraldas e os lenços de limpeza em latas de lixo fechadas. Inspecionar a boca quanto a lesões, inflamações ou sangramento Orientar a limpeza das lesões Peri labiais com gaze estéril embebida em soro fisiológico 0,9%. Orientar o paciente a evitar água quente e usar sabão suave no banho Orientar quanto à ingestão adequada de nutrientes. Orientar quanto à ingestão hídrica e monitoramento de náuseas e vômitos <p>Tratamento sintomático:</p> <p>Paracetamol 200 mg/ml ou 500 mg/cp - 1 gota/kg a cada 4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência da dor. Crianças: 10-15 mg/kg/dose (máximo de 5 doses ao dia) - Obs: (máximo de 4g/dia).</p> <p>OU</p> <p>Dipirona solução gotas 500 mg/ml ou 500 mg/cp - 1 gota/kg de 6/6 horas a depender da frequência da dor. Crianças >meses: lactentes 10 mg/kg/dose e pré-escolares 15 mg/kg/dose - Obs: (máximo de 4g/dia).</p> <p>OU</p> <p>Ibuprofeno 50mg/ml - 1 gota/kg de 6 em 6 horas (Crianças acima de 6 meses).</p>
--	--	--	--

 <p>SFS</p> <p>Fonte: http://www.atlasdermatologico.com</p>	<p>Tinea Corporis (Impinge)</p> <p>Micose superficial que acomete a epiderme da face, tronco e membros. Caracteriza-se pelo surgimento de lesões pápulo-vesiculosas, de crescimento centrífugo e descamação central e posteriormente também na periferia da lesão. Podem ser isoladas ou múltiplas, por vezes confluentes. Estas manifestações são acompanhadas de prurido.</p> <p>Transmitida através dos contatos com animais (cães e gatos), de pessoa a pessoa por contato direto ou indireto por meio de objetos contaminados.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S74 Dermatofitose S21 sinais/sintomas da textura da pele S29 sinais/sintomas da pele, outros</p>	<ul style="list-style-type: none"> Orientar para evitar contato direto ou indireto com pessoas ou animais com sintomas Esclareça a importância de identificar e tratar os animais domésticos infectantes Orientar a lavar adequadamente roupas pessoais, de banho e de cama com água quente ou passar a ferro quente. Tratamento: Miconazol 20mg/g (2%) creme - Aplicar uma quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada duas vezes ao dia por 7 a 14 dias
 <p>Fonte: Dermatology atlas</p>	<p>Miliaria: conhecida como “brotoeja”, são pequenas bolhas claras ou avermelhadas, aparecendo em épocas de calor, febre, tipo de roupa ou uso de cremes. A miliaria cristalina (bolhas pequenas) não apresenta desconforto e costuma desaparecer espontaneamente em 3 ou 4 dias. A miliaria rubra apresenta-se como bolhas avermelhadas e costuma apresentar prurido.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S07 Erupção cutânea generalizada S08 Alterações da cor da pele S06 Erupção cutânea localizada</p>	<ul style="list-style-type: none"> Orientar manter roupas confortáveis, frescas e de algodão Evitar amaciadores, talcos, cremes e perfumes Banhos frequentes usando sabonetes neutros <p>Enxaguar a criança após o banho com: 1 litro de água com 2 colheres (sopa) de amido de milho 3 vezes ao dia; ou aplicar o amido de milho diretamente na pele como se fosse talco; ou aplicar pasta d'água 3 vezes ao dia após o banho caso sejam das formas rubra e/ou profunda</p>

 <p>Fonte: BVS Atenção Primária em Saúde</p>	<p>Pitiríase Vesicolor: Trata-se de uma dermatomicose superficial, causada pelo fungo <i>Malassezia spp.</i>, de alta prevalência em regiões tropicais e subtropicais. Caracteriza-se clinicamente por máculas hipocrônicas, eritematosas ou acastanhadas, com descamação furfurácea, que fica mais evidente ao se passar a unha na lesão ou realizar estiramento da pele lesionada (sinal de Ziller).</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S08 - Alterações da cor da pele S21 –Sinais/sintomas da textura da pele</p>	<p>Tratamento: Cetoconazol tópico (2%) - Aplicar em todo pescoço, tronco, braços e pernas, uma ou duas vezes ao dia por 2 semanas. OU Miconazol 20mg/g (2%) creme - Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada e ultrapassar a lesão, duas vezes ao dia, de 7 a 14 dias.</p>
 <p>Fonte: Dermatologia na Atenção Básica (UNASUS)</p>	<p>Pitiríase Alba: Lesões com surgimento mais comum entre os 3 e 16 anos, arredondadas ou ovais, podendo manter a cor da pele ou ter base eritematosa, associada a descamação fina, que costumam regredir espontaneamente, deixando hipocromia com leve descamação, mais evidente após exposição ao sol. As lesões são, em geral, múltiplas, podendo variar quanto ao tamanho, tendo sua distribuição mais usual a face e porção lateral dos braços e tronco. Possui curso variável (meses a anos), sendo possível recorrência em surtos). Apresenta causa desconhecida.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S08 - Alterações da cor da pele S21 –Sinais/sintomas da textura da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar evitar o uso de sabonetes e outros produtos perfumados ou roupas que possam irritar a pele. • Recomendar o uso diário de protetor solar de amplo espectro nas áreas expostas ao sol para prevenir o agravamento das lesões e evitar a hiperpigmentação pós-inflamatória. • Recomendar hidratação e umectação da pele com cremes emolientes.

 <p>SFS</p> <p>Fonte: http://www.atlasdermatologico.com.br</p>	<p>Larva Migrans (Bicho Geográfico) Erupção linear, serpiginosa, eritematosa, discretamente elevada, e muito pruriginosa consequente do deslocamento da larva na pele. As áreas mais afetadas são pés, pernas e nádegas. Algumas vezes observa-se quadro eritemato-papuloso que dificulta o diagnóstico. Infecção causada pelo <i>Ancylostoma caninum</i>, <i>Ancylostoma brasiliensis</i> e <i>Strongiloides stercoralis</i>. A transmissão ocorre pelo contato da pele com solo contaminado por fezes de animais (cães e gatos).</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S76 Outras infecções da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> Orientar sobre locais de risco para contrair larva migrans cutânea, como locais com contato direto em solo quente, úmido e arenoso (caixas de areia, praia, jardins e entre outros) Na maioria dos casos, as lesões se resolverão sem tratamento dentro de 4 a 8 semanas. <p>Tratamento: Albendazol 40mg/mL Suspensão oral - Crianças com 1 a 2 anos de idade prescrever 200mg VO, uma vez ao dia por 3 dias e Crianças acima de 2 anos de idade e adultos 400mg VO por 3 dias.</p>
 <p>Fonte: Dermatology atlas</p>	<p>Icterícia: presença de cor amarelo-alaranjado na pele do RN ou criança, sendo visível no RN após as primeiras 24 horas de vida, se icterícia fisiológica. Pode ser visível antes de 24 horas quando relacionar-se à incompatibilidade sanguínea.</p>	<p>CIPE: Risco de função do Sistema Endócrino, prejudicada</p> <p>CIAP: S07 Erupção cutânea generalizada S08 Alterações da cor da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> Atentar-se as zonas de Kramer: Se apresentar persistência da icterícia após alta hospitalar da maternidade com evolução em zonas dérmicas III e IV de Kramer, compartilhar cuidado solicitando avaliação médica Compartilhar cuidado, solicitar avaliação médica
 <p>Fonte: Dermatology atlas</p>	<p>Impetigo: presença de pústulas, geralmente em nariz, boca, braços e pernas, sendo necessário uso de antimicrobianos.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S76 Outras infecções da pele S84 Impetigo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Lavar as lesões com água morna e sabonete neutro durante o banho Afastamento de creches e escolas pelo contágio. Manter as unhas cortadas e lavar as mãos Não compartilhar objetos para outras pessoas. Tratamento medicamentoso: <p>Cefalexina 50mg/mL suspensão oral (mg/kg/dia) de 6 em 6 horas por 7 dias. - Multiplique o peso em kg por 50 mg/ml, divida por 4 e novamente por 50 mg/ml. O resultado será a dose em ml a cada 6 horas.</p>



SFS

Fonte: <http://www.atlasdermatologico.com>

Tungíase (Bicho do pé):
Dermatose parasitária onde é típico o encontro de pápulas amareladas com mais ou menos 0,5cm, de diâmetro com ponto negro central (parasita na sua parte posterior). Inicialmente, há prurido seguido por dor quando houver infecção secundária. Localizações mais comuns são redor das unhas dos dedos dos pés, plantas e calcanhares.
Causado por um tipo de pulga denominado Tunga penetrans. A transmissão ocorre através do contato direto com solo contaminado.

CIPE:
Integridade da Pele,
Prejudicada
Ferida na(o)
(especificar local)

CIAP:
S76 Outras infecções
da pele
S21 –Sinais/sintomas
da textura da pele

- Realizar a retirada mecânica da tunga; Higienizar o local afetado antes da remoção com água e sabão; Realizar a extração com uma agulha estéril de calibre adequado e antes, realizar a assepsia local com álcool 70% ou clorexidina; Após extração fazer curativo local;
- Verificar a situação vacinal da criança, principalmente a vacina contra tétano, caso esteja desatualizado, realizar a vacinação
- Orientar o uso regular de chinelos ou sandálias para prevenção individual, assim como o uso de sapatos fechados e de meias;
- Orientar o rastreio da pulga em animais domésticos e tratá-los

• Tratamento Tungíase (Bicho do pé):

Ivermectina 6mg comprimido:
Dose de 200 mcg/kg; única

PESO	POSOLOGIA	
15 a 24 kg	Dose oral única	½ comprimido (3mg)
25 a 35kg	Dose oral única	1 comprimido (6mg)
36 a 50 kg	Dose oral única	1 e ½ comprimidos (9mg)
51 a 65 kg	Dose oral única	2 comprimidos (12mg)
66 a 79 kg	Dose oral única	2 e ½ comprimidos (15mg)
≥ 80 kg	Dose oral única	200 mcg/Kg

- **Doses recomendadas para crianças e adultos:**
Orientar que o medicamento deve ser ingerido com água, e não necessita jejum. Não é recomendado para pessoas <15 Kg, mulheres gravidas e lactantes.



Fonte: <https://dermnetnz.org/>

Escabiose:

A Escabiose é uma infestação parasitária da pele causada pelo ácaro *S. scabiei* var. *hominis*. A infestação com o ácaro da sarna resulta em uma erupção cutânea intensamente pruriginosa muitas vezes com piora à noite, que consiste em pápulas, nódulos, vesículas e tocas serpiginosas características que podem ser visíveis a olho nu. A distribuição típica dos sinais de infestação inclui áreas entre os dedos, punhos, axilas, virilhas, nádegas, genitais e seios nas mulheres. Em lactentes e crianças pequenas, as palmas das mãos, plantas dos pés e cabeça (face, pescoço e couro cabeludo) são mais comumente envolvidas. A transmissão é por contato direto pele a pele. A transmissão indireta (via roupas, roupas de cama e outros fômites). CHANDLER & FULLER (2019)

CIPE:
Integridade da Pele,
Prejudicada
Ferida na(o)
(especificar local)

CIAP:
S72 –
escabiose/
outras
acaríases

- Orientar que as roupas e lençóis deverão ser lavadas com água quente, passadas a ferro a fim de eliminar a presença do agente causador ou deixar as roupas embaladas por 72 horas a fim de matar os parasitas implantados
- Orientar sobre transmissibilidade, prevenção, higiene pessoal e identificar contatos
- Orientar que todos aqueles que entrarem em contato próximo com o usuário devem ser tratados
- Orientar a lavar e enxaguar as roupas de cama com água quente de quem estiver com a infestação
- Orientar que as roupas de cama deverão ser passadas com ferro quente

Tratamento:**Permetrina 5% tópico loção**

- Aplicar a loção do pescoço para baixo, incluindo palmas das mãos e plantas dos pés, regiões interdigitais, periumbilical, genital (não aplicar em área de mucosa) e áreas sob as unhas; genital (não aplicar em área de mucosa) e áreas sob as unhas.
- Remover a loção após 8-14 horas tomando banho.
- Em crianças a partir de 2 anos deve incluir-se o couro cabeludo, pescoço, orelhas e face (não aplicar na região periocular e Peri labial)
- Repetir após 7 dias
- Examinar e tratar pessoas em contato próximo com o paciente;
- Prurido residual pode permanecer por 2 a 4 semanas após o tratamento

Não utilizar em gestantes, durante a amamentação e em crianças menores de 2 anos

Ivermectina 6mg comprimido:

Dose de 200 mcg/kg;

- Repetir a dose oral única em 7 a 10 dias;

PESO	POSOLOGIA	
15 a 24 kg	Dose oral única	½ comprimido (3mg)
25 a 35kg	Dose oral única	1 comprimido (6mg)
36 a 50 kg	Dose oral única	1 e ½ comprimidos (9mg)
51 a 65 kg	Dose oral única	2 comprimidos (12mg)
66 a 79 kg	Dose oral única	2 e ½ comprimidos (15mg)
≥ 80 kg	Dose oral única	200 mcg/Kg



Fonte: <https://dermnetnz.org/>

Pediculose: Causada pela presença do Pediculus humanus var capitis e lêndeas presas nos fios de cabelo. O primeiro sintoma é um intenso prurido no couro cabeludo, principalmente na região da nuca e atrás das orelhas. A coçadura provoca escoriações que, além de tornar o prurido mais intenso, podem provocar infecções de pele inicialmente localizadas como foliculite, impetigo ou celulite. (Sofs 2190)

A transmissão ocorre através do contato direto ou com objetos utilizados pela pessoa contaminada.

(Sofs 2347)

Complicações:
Cervicais

Linfonodomegalia

CIPE:
Integridade
da Pele,
Prejudicada
Ferida na(o)
(especificar
local)

CIAP:
S73 –
pediculose /
outras
infecções da
pele

- Orientar a técnica de remoção mecânica das lêndeas e piolhos, com o auxílio de pente fino no cabelo umedecidos com vinagre morno diluído em água – diluição 1:1
- Oriente a limpeza das escovas e pentes usados e deixar separados das demais pessoas da casa

Tratamento:

Permetrina 1% tópico loção: Aplicar no couro cabeludo especialmente retroauricular e nuca, deixar por 5-10 minutos e enxaguar com água morna posteriormente. **Repetir o procedimento após 7 dias;**

- Não utilizar permetrina em crianças menores de 2 anos (abaixo dessa idade realizar apenas remoção mecânica e encaminhar para interconsulta médica).

Ivermectina 6mg comprimido: Dose de 200 mcg/kg; única

PESO	POSOLOGIA	
15 a 24 kg	Dose oral única	½ comprimido (3mg)
25 a 35kg	Dose oral única	1 comprimido (6mg)
36 a 50 kg	Dose oral única	1 e ½ comprimidos (9mg)
51 a 65 kg	Dose oral única	2 comprimidos (12mg)
66 a 79 kg	Dose oral única	2 e ½ comprimidos (15mg)
≥ 80 kg	Dose oral única	200 mcg/Kg

Repetir a dose oral única em 7 a 10 dias;

 <p>Fonte: https://www.educarsaude.com/</p>	<p>Miíase Primária Furunculóide (Berne): Lesão nodular que surge com o desenvolvimento da larva, apresentando orifício central de onde sai secreção serosa. A lesão é dolorosa e o paciente sente a sensação de “ferroada”. Como complicações podem surgir abscessos, linfangite e raramente tétano. Causada pelas fêmeas das moscas <i>Dermatobia hominis</i>, e mais raramente as moscas <i>Catletroga americana</i>. A transmissão ocorre através da deposição da larva da mosca na pele e em feridas.</p>	CIPE: Integridade da Pele, Prejudica da Ferida na(o) (especificar local) CIAP: S76 Outras infecções da pele	<ul style="list-style-type: none"> Realizar curativo oclusivo, ocluindo o orifício com esparadrapo Orientar retorno em 24 horas, com orifício ocluído a fim de retirada da larva Retirar com pinça as larvas, tomando o cuidado para não romper a mesma (FLORIANÓPOLIS, 2016)
 <p>Fonte: https://dermnetnz.org/</p>	<p>Verruga Vulgar (Comuns): Caracterizam-se como um papiloma ou nódulo ceratótico da epiderme, que não manifesta dor. Medem alguns milímetros de diâmetro e são de duração variável, podendo apresentar coloração escura, pardacenta ou amarelada, e pontos escuros. Localizam-se em qualquer parte do corpo, principalmente no dorso das mãos, nas unhas ou ao redor, na superfície anterior, posterior ou lateral dos dedos, em pontos de maior pressão no trabalho manual e na região palmar, onde é translúcida. É uma Dematovirose causada pelo papilovírus humano (HPV). O vírus é autoinoculável ou transmitido por contato direto ou indireto, em locais como praias, piscinas, recintos esportivos etc. A gravidez estimula o crescimento de verrugas e condilomas pré-existentes.</p>	CIPE: Integridade da Pele, Prejudica da Ferida na(o) (especificar local) CIAP: S03 Verrugas	<p>Como tratar: Evitar roer unhas. Evitar deixar os dedos imersos em água por muito tempo. Evitar o contato repetitivo com carnes ou peixes crus sem proteção (luvas). Secar totalmente membros e dedos após natação ou exposição a água fresca. Evitar o contato pele a pele com pessoas afetadas. Se pessoa imunocomprometida ou suspeita, ou lesões disseminadas, encaminhar para avaliação médica.</p> <p>Compartilhar cuidado, solicitando avaliação médica Tratamento medicamentoso: Aplicar ATA 80%. Repetir de 7-10 dias por até 8 semanas. Procurar isolar a verruga para aplicação a fim de evitar contato com a pele íntegra; uma possibilidade é o isolamento da mesma com o auxílio de esparadrapo.</p>

 <p>Fonte: https://dermnetnz.org/</p>	<p>Dermatite amoniacal/ dermatite das fraldas/ dermatite associada a incontinência (DAI):</p> <p>É uma dermatite de contato por irritação primária, caracterizada por irritação na pele, causada pelo contato com a urina e as fezes retidas pelas fraldas, essas substâncias aumentam a temperatura e a umidade, com consequente maceração tecidual. As lesões variam de eritematosas exsudativas a eritemato-papulosas e descamativas nas áreas convexas da região delimitada pelas fraldas (períneo, nádegas, região pélvica e face interna das coxas).</p> <p>Quando ocorre infecção por fungo, a mais frequente é a causada pelo fungo <i>Candida albicans</i> (candidíase), o eritema fica mais intenso com algumas pústulas e descamação, podendo atingir as dobras. As lesões podem ser agravadas tornando-se vesículo-erosivas-ulcerativas.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S89 Eritema das fraldas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Orientar o paciente/família a manter a pele limpa (fezes e urina) com água morna e sabão neutro e seca, inclusive áreas de dobras Orientar a troca com frequência das fraldas Orientar para evitar produtos irritantes, como sabões, detergentes, amaciadores, lençós umeadecidos com álcool Orientar a deixar a pele exposta e sem fraldas para ventilar por alguns minutos ao dia Indicar a utilização de proteção de barreira (cremes à base de óxido de zinco) Para remover resíduos de pomadas de óxido de zinco e fezes aderidos à pele, utilizar um algodão embebido em óleo (mineral ou vegetal) e só depois proceder à lavagem com sabonetes específicos para bebês Orientar a lavar as fraldas de tecido com sabão de coco ou glicerina e enxaguá-las em abundância (SOF 6970) <p>Tratamento:</p> <p>Oxido de zinco 150 a 200 mg/g + retinol (vitamina A) + colecalciferol pomada - Aplicar após cada troca de fralda ou quando necessário</p> <p>Em caso de infecção por cândida:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nistatina 100.000 UI bisnaga - Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada após cada troca de fralda por 5 dias. ou Miconazol, nitrato de 20 mg/g (2%) creme, mínimo 20g - Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada, 2x/dia (pela manhã e à noite), por 7 a 14 dias. Não exceder 2 semanas de tratamento. ou Cetoconazol 20mg/g (2%) creme - Aplicar quantidade suficiente do produto para cobrir a área afetada, 2x/dia (pela manhã e à noite), por 7 a 14 dias. Não exceder 2 semanas de tratamento.
 <p>Fonte: https://gneauapp.info/</p>			

  <p>Fonte: American Academy of Dermatology Association</p>	<p>Dermatite seborreica em couro cabeludo (Crosta láctea): Placas espessas, aderentes, amareladas, escamosas e oleosas, com ou sem coceira, podendo afetar áreas como a região atrás das orelhas, testa, sobrancelhas, borda das pálpebras, canal auditivo externo e sulcos nasogenianos.</p> <p>CIPE: Ferida no(a) (especificar o local)</p> <p>CIAP: S86 – dermatite seborreica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a pele limpa e seca; uso de sabonete neutro • Evitar calor • Uso de roupas leves de tecido de algodão; • Aplicar óleo mineral ou de amêndoas na área afetada, deixar agir por 15 minutos, remover delicadamente as crostas com auxílio de uma fralda, pente ou escova macia, lavar bem a pele com sabonete neutro ou xampu infantil para remover todo o óleo e secar bem a pele. • Na permanência por mais de 15 dias ou expansão, compartilhar cuidado com médica(o).
 <p>Fonte: dermarologic therapy</p>	<p>Granuloma umbilical: Tecido de granulação em cicatriz umbilical após a queda do coto umbilical</p> <p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S76 Outras infecções da pele S21 – Sinais/sintomas da textura da pele S99 – Outras doenças da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se a região umbilical está vermelha, edemaciada e com secreção fétida, pode indicar onfalite, compartilhe o cuidado com o médico ou encaminhar para a emergência.

 <p>Fonte: The primary Care Dermatology Society</p>	<p>Intertrigo (Exantema intertriginoso)</p> <p>Lesão hiperemiada de dobras consequente a maceração pelo suor excessivo.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S76 Outras infecções da pele S21 – Sinais/sintomas da textura da pele S99 – Outras doenças da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar o local com água e sabonete neutro e secar bem o local • Usar roupas que não provoquem suor • Aplicação do amido de milho diretamente sobre a pele ou creme de óxido de zinco com Vitamina A e D.
 <p>Fonte:https://dermnetnz.org/topics/papular-urticaria</p>  <p>Fonte: Sociedade Brasileira de pediatria</p>	<p>Estrófculo (prurigo estrófculo ou urticária papular):</p> <p>Lesões ocasionadas por picadas de insetos, acompanhadas de papulares, possivelmente cobertas por vesículas ou escoriações, causa coceira. São mais frequentes no rosto e nos membros.</p>	<p>CIPE: Integridade da Pele, Prejudicada Ferida na(o) (especificar local)</p> <p>CIAP: S12 – picada ou mordedura de inseto S98 - urticária</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar uso de mosquiteiros e higiene ambiental para evitar insetos • Uso de roupas com mangas longas e calças compridas de preferência de cor clara para proteção • Orientar fechar as janelas ao nascer e pôr do sol • Uso de repelentes tópicos infantis, não devendo ser utilizado durante o sono ou por períodos prolongados, não aplicar próximo de mucosas ou de lesões na pele e seguir as orientações do fabricante quanto à frequência de reaplicação. • Não utilizar repelentes químicos em menores de 6 meses. • Compartilhar cuidado com médica(o) para tratamento

 <p>Fonte:https://dermnetnz.org/topics/molluscum-contagiosum</p>	<p>Molusco contagioso O molusco contagioso aparece como pápulas pequenas, redondas e cerosas, com uma cova central. Elas variam de 1 a 6 mm e podem ser brancas, rosadas ou marrons, contendo material branco. Surgem principalmente em áreas quentes e úmidas, como axilas, virilha e genitais, mas raramente nos lábios ou na boca. Não afetam palmas ou solas dos pés.</p>	<p>CIPE: Integridade da pele prejudicada Ferida no(a) (especificar local) CIAP: S95 - Molusco contagioso S21 – Sinais e sintomas da textura da pele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a manter as mãos limpas e a evitar coçar as lesões • Evitar compartilhar toalhas, roupas ou outros pertencer pessoais • Compartilhe o cuidado com médico(a) para tratamento
--	--	---	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adaptado de BRASIL (2002); UNA-SUS (S.d), BARROS (2009); BVS APS (sofs-2190) e (sofs-2347); CHANDLER & FULLER (2019), BECKER (2022), DUNCAN (2014)

<https://www.perspectivas.med.br/2021/11/manchas-mongolicas-podem-mimetizar-lesoes-corporais-relato-de-caso/#:~:text=As%20manchas%20mong%C3%B3licas%20s%C3%A3o%20condi%C3%A7%C3%A7%C3%A5es,nos%20primeiros%20anos%20de%20vida.>

<https://dermnetnz.org/topics/molluscum-contagiosum>

https://www.coren-pe.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/PROTOCOLO-DE-ATENCAO-BASICA-2020_2o-EDICAO-FINAL.pdf

<https://dermnetnz.org/topics/cutaneous-larva-migrans>

Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul. Protocolo saúde da criança [Internet]. Mato Grosso do Sul: Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul; 2022 [citado em 27 dez 2024]. Disponível em: https://www.corenms.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/COREN_MS_PROTOCOLO_Saude-do-Crianca.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica.** Brasília, v. 9, n. 174, 2002. Série A - Normas de Manuais Técnicos. Dermatologia na Atenção Básica de Saúde

http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/06_08_2018_22.40.49.d753b8b01501870a92a4b236f73d9b3a.pdf

5.2. Alterações gastrointestinais

Diarreia - CIAP D11

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

Considera-se diarreia quando há ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas, representando uma alteração no hábito intestinal. A maioria dos episódios de diarreia é provocada por um agente infeccioso e dura menos de duas semanas. Caso a diarreia dure mais de 14 dias, é considerada diarreia persistente. Alguns comportamentos podem colocar as pessoas em risco e facilitar a contaminação como:

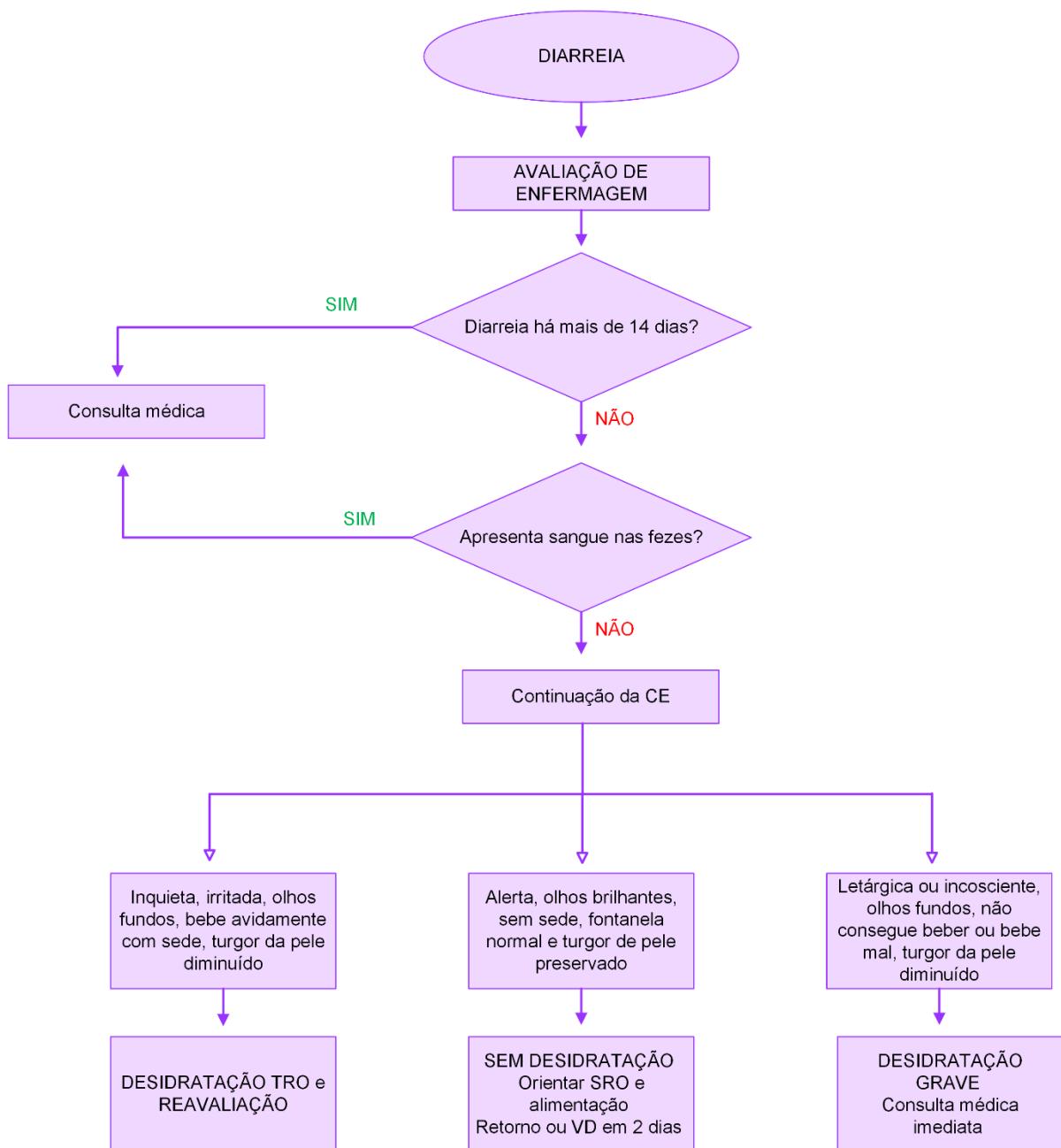
- Ingestão de água sem tratamento adequado;
- Consumo de alimentos sem conhecimento da procedência, do preparo e armazenamento;
- Consumo de leite in natura (sem ferver ou pasteurizar) e derivados;
- Consumo de produtos cárneos e pescados e mariscos crus ou mal cozidos;
- Consumo de frutas e hortaliças sem higienização adequada;
- Viagem a locais em que as condições de saneamento e de higiene sejam precárias;
- Falta de higiene pessoal.

Avaliação de enfermagem

- Há quanto tempo está apresentando a doença diarreica atual?
- Teve contato com outras pessoas com diarreia ou se tem conhecimento da ocorrência de surto (vários casos iguais) na escola, creche, berçário ou outros ambientes comunitários frequentados?
- Como é a característica das fezes consistência (Escala de Bristol), cor das fezes, presença de sangue, pus, muco, restos alimentares, flatulências?
- Qual é a frequência (número de evacuações em 24h) e o volume das evacuações (menor, igual ou maior que o habitual)?
- Está apresentando náuseas, vômitos (intensidade, conteúdo, resposta a antiemético) e cãibras?
- Está apresentando febre (intensidade, frequência, duração, resposta a antitérmicos)?

- Está apresentando dor abdominal (modo de início: súbito ou gradual), localização, característica, intensidade, duração, periodicidade, irradiação, fatores de piora e de melhora) e tenesmo (tentativa dolorosa de evacuar)?
- Está apresentando distensão abdominal e existe relação com alimentação e/ou tipo de alimento?
- Como estão as características da diurese (quantidade e frequência)?
- Fez uso recente de medicações (laxativos, antiácidos, antibióticos)?
- Fez ingestão de bebidas alcoólicas ou excesso de bebidas lácteas?
- Qual é o tipo de alimentação habitual e em uso, ocorrência de ingestão de alimentos não habituais?
- Tem alergia há alguma medicação?
- O local em que reside possui saneamento básico (abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana, manejos de resíduos sólidos e de águas pluviais)?
- Como é feito o consumo da água?
- Tem alguma doença pré-existente?
- Qual seu peso habitual anterior ao início da diarreia?
- Existem sinais de insegurança alimentar? Usuário beneficiário de algum programa de transferência de renda do governo?

Para avaliar e classificar a diarreia quanto ao estado de hidratação, seguir o fluxograma, atentando-se para achados no exame físico



Fonte: Protocolo de Enfermagem Atenção à Saúde da Criança e Adolescente SMS/SP (2017).

Terapia de Reposição Oral (TRO) na Unidade de Saúde

- Pesar a criança no início da TRO e a cada hora;
- Diluir um envelope de Soro de Reidratação Oral (SRO) em 1 litro de água filtrada ou fervida;
- Oferecer a quantidade de SRO com colher, copo ou seringa, nas primeiras 4 horas, de acordo com a recomendação descrita.
- Somente utilizar a idade da criança quando desconhecer o peso;

- A quantidade aproximada de SRO necessária (em mL), pode ser calculada multiplicando o peso da criança (em Kg) por 75.;
- Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e continuar mais lentamente
- Caso persista o vômito, solicitar avaliação e prescrição médica.
- Após a TRO, reavaliar os sinais de desidratação ou melhora e seguir fluxograma.
- Se possível, iniciar alimentação da criança na unidade de saúde.
- Critérios de melhora do quadro: criança hidratada, ganhando peso e aceitando alimentação.

Terapia de Reposição Oral no Serviço de Saúde/UBS realizado no intervalo de 4 horas.

IDADE	Até 4 meses	4 a 11 meses	12 meses a 2 anos	2 a 5 anos
PESO	< 6 kg	6 a < 10 kg	10 a < 12 kg	12 a 19 kg
SRO (mL)	200 a 400	400 a 700	700 a 900	900 a 1.400

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

Tratamento da diarreia no domicílio

Quando a criança apresenta diarreia sem desidratação ou com melhora do quadro, orienta-se o tratamento no domicílio, a partir das orientações:

- Administrar líquidos adicionais, o quanto a criança aceitar (leite materno, caldos, água filtrada ou fervida)
- Zinco oral por 10 dias: a dose para crianças até 6 meses de idade é de 10mg/dia e para maiores de 6 meses prescrever 20mg/dia.
- Manter alimentação, de acordo com aceitação da criança
- Estimular aleitamento materno (orientar amamentar com mais frequência e tempo mais longo)
- Prescrever o SRO, de acordo com a idade: 50 a 100mL para crianças até um ano de idade e 100 a 200 mL para crianças acima de um ano, após cada evacuação aquosa.

- Orientar a diluição de um envelope de SRO em um litro de água filtrada ou fervida. O conteúdo que não for consumido em 24 horas deve ser desprezado e realizada nova preparação.
- Caso a unidade de saúde não disponibilize o SRO mas disponibilize colher medida, pode-se orientar a realização do soro caseiro (1 L de água filtada ou fervida + 1 colher de sopa (20g) de açúcar + 1 colher de café (3,5g) de sal).
- Orientar retorno à unidade de saúde se sinais de piora: criança não consegue ou apresenta dificuldade para beber ou mamar no peito, piora do estado geral, aparecimento ou piora da febre, sangue nas fezes e criança com pouca ou nenhuma diurese.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Diarreia	Melhora do quadro diarreico	Explicar o evento aos cuidadores Orientar a família sobre padrão de higiene
Risco de desidratação	Não desidratar	Gerenciar volume de líquidos Orientar a família sobre ingestão de líquidos/amamentação
Desidratação	Desidratação melhorada	Administrar soro de reidratação oral Avaliar regime terapêutico Gerenciar volume de líquidos Orientar a família sobre regime terapêutico/ingestão de líquidos/amamentação
Hidratação adequada	Manutenção da hidratação	Orientar a família sobre ingestão de líquidos/amamentação
Ingestão de líquidos melhorada/prejudicada	Ingestão de líquidos melhorada	Avaliar resposta à terapia com líquidos
Ingestão nutricional prejudicada	Ingestão nutricional melhorada	Orientar a família sobre alimentação
isco/desequilíbrio de eletrólitos	Desequilíbrio de eletrólitos melhorada	Orientar a família sobre balanço hídrico
Dor	Dor melhorada	Prescrever analgésico e medidas não farmacológicas como bolsa de água quente em região abdominal

Fonte: CIPE 2019

Cólica do recém-nascido - CIAP - D01 Dor abdominal generalizada/cólicas

As causas da cólica no bebê ainda não são completamente elucidadas. Envolve diversos fatores, como por exemplo, fatores ambientais, aspecto biopsicossocial da família, colonização do intestino, entre outros.

Quando o bebê apresenta sinais de cólica é importante que sejam descartadas outras causas patológicas, portanto, caso o recém-nascido apresente outros sinais associados à cólica como febre, distensão abdominal, choro persistente, deve ser avaliado por um profissional de saúde.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Dor, Abdominal	Dor, Ausente	<ul style="list-style-type: none"> - Massagear o abdômen em movimentos circulares no sentido horário; - Flexionar as coxas do bebê sobre a barriga; - Compressas mornas no abdome; - Encaminhar para avaliação médica, caso o recém-nascido apresente distensão abdominal e/ou choro persistente.
Desconforto	Confortável	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer colo ao bebê, contato direto da barriga do recém-nascido com a barriga da mãe; - Reduzir estímulos ao bebê (locais com muitas pessoas/ruídos). - Observar se há história de diarreia
Risco de Amamentação Prejudicada	Amamentação, eficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar e incentivar a amamentação; - Não utilizar medicamentos tipo anti-espasmódico ou chás; - Tranquilizar a mãe, incentivando o vínculo e observar a dinâmica familiar; - Estabelecer uma rotina de alimentação, sono e estímulos; - Orientar dieta do lactente e nunca suspender o aleitamento materno.

Fonte: CIPE 2019

Constipação intestinal CIAP - D12 Obstipação; D01 Dor abdominal generalizada/cólicas

A definição de constipação intestinal funcional para crianças menores de quatro anos deve incluir dois ou mais dos seguintes critérios, presentes por pelo menos um mês:

- Duas ou menos evacuações por semana;
- retenção excessiva de fezes;
- história de dor ou dificuldade nas evacuações;
- fezes com grande calibre;
- massa fecal no reto.

- Crianças com controle esfincteriano - critério adicional: pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana; fezes volumosas

Para crianças de quatro anos à adolescência deve-se incluir dois ou mais dos critérios seguintes, presentes ao menos uma vez por semana, por pelo menos um mês:

- Duas ou menos evacuações no banheiro por semana;
- pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana;
- história de comportamento de retenção ou retenção voluntária excessiva de fezes; história de dor ou dificuldade para evacuar;
- história de fezes de grande diâmetro que podem obstruir o vaso sanitário e grande massa fecal no reto.

Observação:

Nos recém-nascidos, a pseudoconstipação intestinal ocorre na vigência de aleitamento materno e corresponde ao aumento no intervalo entre as evacuações, no entanto, com fezes amolecidas e eliminadas sem dor ou dificuldade. Pode gerar preocupação para os pais e pediatras e não necessita de intervenção terapêutica.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Constipação Processo do sistema gastrointestinal prejudicado Dor abdominal e dor ao evacuar Alimentação infantil inadequada Ingestão de líquidos prejudicada	Melhora da constipação, com evacuação de fezes pastosas diárias ou a cada dois dias Ausência de dor ao evacuar Ingestão de alimentos e líquidos melhorada Conhecimento familiar sobre	Deve-se obter informações sobre a idade de início; a frequência das evacuações; o tamanho e a consistência das fezes; o hábito de retenção e a presença de incontinência fecal. Deve-se também pesquisar a história familiar de constipação intestinal e de outros sintomas gastrintestinais funcionais. Orientar que recém-nascidos e lactentes em aleitamento materno exclusivo não devem receber nenhum tratamento para constipação. Estimular a oferta de dieta equilibrada, saudável com ingestão adequada de fibras e a utilização de alimentos crus, como frutas, com casca e bagaço quando possível, leguminosas, hortaliças, e de cereais e pães integrais.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Dor abdominal em criança com doença falciforme	<p>alimentação infantil melhorado</p> <p>Evitar complicações relacionadas: sequestro esplênico, colecistite e pancreatite.</p>	<p>Aumentar a ingestão hídrica e reforçar que a oferta de alimentos ricos em fibras deve ser associada a quantidade adequada de ingestão de líquidos.</p> <p>Enfatizar que a mudança na dieta requer a participação e o apoio familiar.</p> <p>Oferecer chá de ameixa preta, 1 a 2 ameixas de molho em 100 ml de água filtrada, 1 vez ao dia.</p> <p>Orientar o recondicionamento do hábito de evacuar com o treinamento para sentar-se no vaso e evacuar em horários regulares, principalmente após as refeições, para tirar vantagem do reflexo gastrocólico. Um período razoável (de 5 a 10 minutos) deve ser gasto na tentativa de evacuar por completo.</p> <p>Orientar o uso adequado de suporte para os pés e “redutores” do vaso sanitário é muito importante para o conforto e posicionamento anatômico da criança.</p> <p>Realizar exercícios e massagem em região abdominal em movimentos circulares no sentido horário.</p> <p>Oriente que a comunicação com a criança é muito importante, os elogios e recompensas devem ser utilizados para as atitudes de sucesso e a punição deve ser evitada. Deve-se ajudá-la a elaborar o medo de evacuar, estimulando a expressão de sentimentos e perguntas, mediados por brincadeiras e/ou contação de histórias com temas afins.</p>

Fonte: CIPE 2019

Parasitose intestinal – CIAP: D96 Lombrigas /outros parasitas; D01 Dor abdominal

Constitui importante problema de saúde pública e são causadas por um grupo de parasitas intestinais compreendendo *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Necator americanus* e *Ancylostoma duodenale*, transmitidos por contaminação fecal do solo. A transmissão está ligada a condições de vida, como hábitos alimentares, moradia, comportamentos culturais e educacionais, sendo mais prevalentes em populações de baixo nível socioeconômico. As boas condições sanitárias (educação da comunidade; controle e vigilância dos alimentos, lixo e esgoto; oferta de água tratada) e de moradia, assim como a boa saúde da população contribuem para a profilaxia geral.

Prescrição Medicamentosa pelo enfermeiro

Doença	Idade/Peso	Medicamento	Posologia	Observação
ASCARIDÍASE	Acima de 10 kg Acima de 2 anos	Mebendazol 20mg/kg Albendazol 400mg	100 mg (5mL) 1x/dia por 3 dias- 1cp ou 10 ml V.O/ dose única	Repetir após 3 semanas.
TRICOCEFALÍAS	Acima de 2 anos	Albendazol 400mg	10 mL em dose única ou 1 cp V.O, 1x ao dia por 3-7 dias	Efeitos colaterais: dor abdominal, cefaleia, diarreia, náuseas e vômitos
ANCILOSTOMIAS	Acima de 10 kg	Mebendazol 100 mg	1x/dia por 3 dias	Repetir em 3 semanas
ENTERONGIOLIDÍASE OU OXIURÍASE	Dose para todas as crianças independente do peso e da idade	Mebendazol 100mg	1x/dia, dose única repetir em 2 semanas	Tratar todas as crianças da casa
ESTRONGIOLIDÍASE	Acima de 2 anos	Albendazol 400mg	V.O, 2x/dia, 10 a 14 dias	Tratar todas as crianças da casa
TENÍASE	Acima de 2 anos	Mebendazol 20 mg/ml ou Albendazol 400 mg	10 mL 2x/dia por 3 dias- 1 cp V.O dose única	Tratar todas as crianças da casa
GIARDÍASE	Acima de 2 anos	Metronidazol	15 mg/kg/dia (máximo 250 mg) V.O 2x/dia por 5 dias	Efeito Colateral: náuseas, cefaleia, gosto metálico, vômitos, diarréias, erupção cutânea, ataxia, leucopenia e convulsões
AMEBÍASE	Acima de 2 anos	Metronidazol Não exceder 750 mg/dose	35 mg/kg/dia 3x/dia nos casos das leves por 5 dias. Extra-intestinal ou sintomática 50mg/kg/dia por 10 dias	Efeito Colateral: náuseas, cefaleia, gosto metálico, vômitos, diarréias, erupção cutânea, ataxia, leucopenia e convulsões

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Atentar para o prurido anal, pode ser uma queixa em crianças que sofrem de abuso sexual.

- É muito frequente a presença de vulvovaginite pela migração de vermes para a vulva.
- Realizar inspeção para checar sinais de vulvovaginite.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Prurido anal; Infecção; Presença de vermes em fezes ou roupas; Exposição a parasitas; Risco de diarreia; Risco de função do sistema gastrointestinal prejudicada; Dor abdominal, afastados sinais de alerta/gravidade; Diarreia intermitente não relacionada com a alimentação.	Infecção melhorada; Exposição a parasitas melhorada; Função gastrointestinal melhorada;	Identificar a duração, frequência, intensidade, aspecto, consistência e odor das fezes; Administrar/prescrever medicação conforme quadro acima. Orientar a família sobre prevenção de infecção cruzada Utilizar água potável, tratada ou fervida Lavar bem os alimentos e deixá-los de molho em água com hipoclorito 2,5% (duas gotas por litro) por 30 minutos e lavar novamente Comer carne bem cozida ou assada, nunca comer carne crua Realizar sempre a higienização das mãos, principalmente antes das refeições, após evacuações e ao manusear os alimentos. Manter as unhas das crianças sempre bem aparadas e limpas; Proteção dos alimentos contra poeira, moscas e outros animais Estar sempre com os pés calçados Manter vasos sanitários e fossas sempre cobertos e higienizados Não usar água parada para banho ou para brincar Se indicado medicamento, orientar o uso adequado Atentar para a necessidade de solicitações de exames, como hemograma e protoparasitológico de fezes. Crianças abaixo de 10 kg, ou 1 ano devem ser encaminhadas para consulta médica. Investigar queixas nos demais membros da família: na suspeita em adultos, solicitar exame protoparasitológico de fezes. No caso de queixas das demais crianças da família, encaminhar para consulta médica.

Fonte: CIPE 2019

5.3. Alterações respiratórias

Síndromes gripais e Rinossinusite

Os quadros de tosse e/ou dificuldade respiratória são comuns à infância e estão no grupo das queixas mais comuns na APS. Por isso, é fundamental que o enfermeiro da Atenção Primária a Saúde APS compreenda o quadro clínico, sabendo correlacionar com história clínica e sazonalidade, afastando sinais de gravidade e hipótese diagnóstica para COVID-19 e Influenza a depender da sazonalidade da doença ou aparecimento de relevância epidemiológica.

A Síndrome Gripal, sendo uma das queixas mais comuns, acometem as vias aéreas superiores, especialmente nos períodos de inverno. Segundo a secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a Síndrome Gripal é de quadro respiratório agudo.

Crianças menores de 5 anos, são grupo de risco para pior evolução de Influenza. Tendo maior hospitalização em menores de 2 anos, especialmente em menores de 6 meses, os quais apresentam maior taxa de mortalidade.

Critérios de caracterização da síndrome gripal

Pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas:	<ul style="list-style-type: none">• Febre (mesmo que referida)• Calafrios,• Dor de garganta• Dor de cabeça• Tosse• Coriza• Distúrbios olfativos ou gustativos• Em crianças considera-se, também, o critério de obstrução nasal.
---	--

Fonte: Adaptado da Secretaria de Saúde de São Paulo:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/fluxograma_SG_17_11_23_covisa_sms%20\(1\)\(2\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/fluxograma_SG_17_11_23_covisa_sms%20(1)(2).pdf)

As Rinosinusites são classificadas em aguda (<12 semanas) e crônicas (> 12 semanas), os principais sintomas são: congestão e obstrução nasal, secreção purulenta nasal e em rinofaringe, tosse diurna e/ou noturna, dor e pressão facial, cefaleia, irritação na garganta, halitose e febre (DUNCAN, 2014). Compartilhar cuidados com o médico.

O tratamento, em geral, é para aliviar os sintomas. Analgésicos e antitérmicos, como o paracetamol e a dipirona, são úteis para baixar a febre e aliviar outros

sintomas, as orientações não farmacológicas são essenciais para proporcionar conforto para a pessoa, durante o quadro agudo.

Avaliação, diagnóstico e intervenção de enfermagem

Realizar escuta inicial com informações fornecidas pela família

Exame físico

Inspeção

Para avaliação fidedigna à classificação, deve-se avaliar a criança acordada e sem chorar.

De 0 a 2 meses	Até 60 mrm
De 2 a 11 meses	Até 50 mrm
De 12 meses a 5 anos	Até 40 mrm
De 6 a 8 anos	Até 30 mrm
Acima de 8 anos	Até 20 mrm

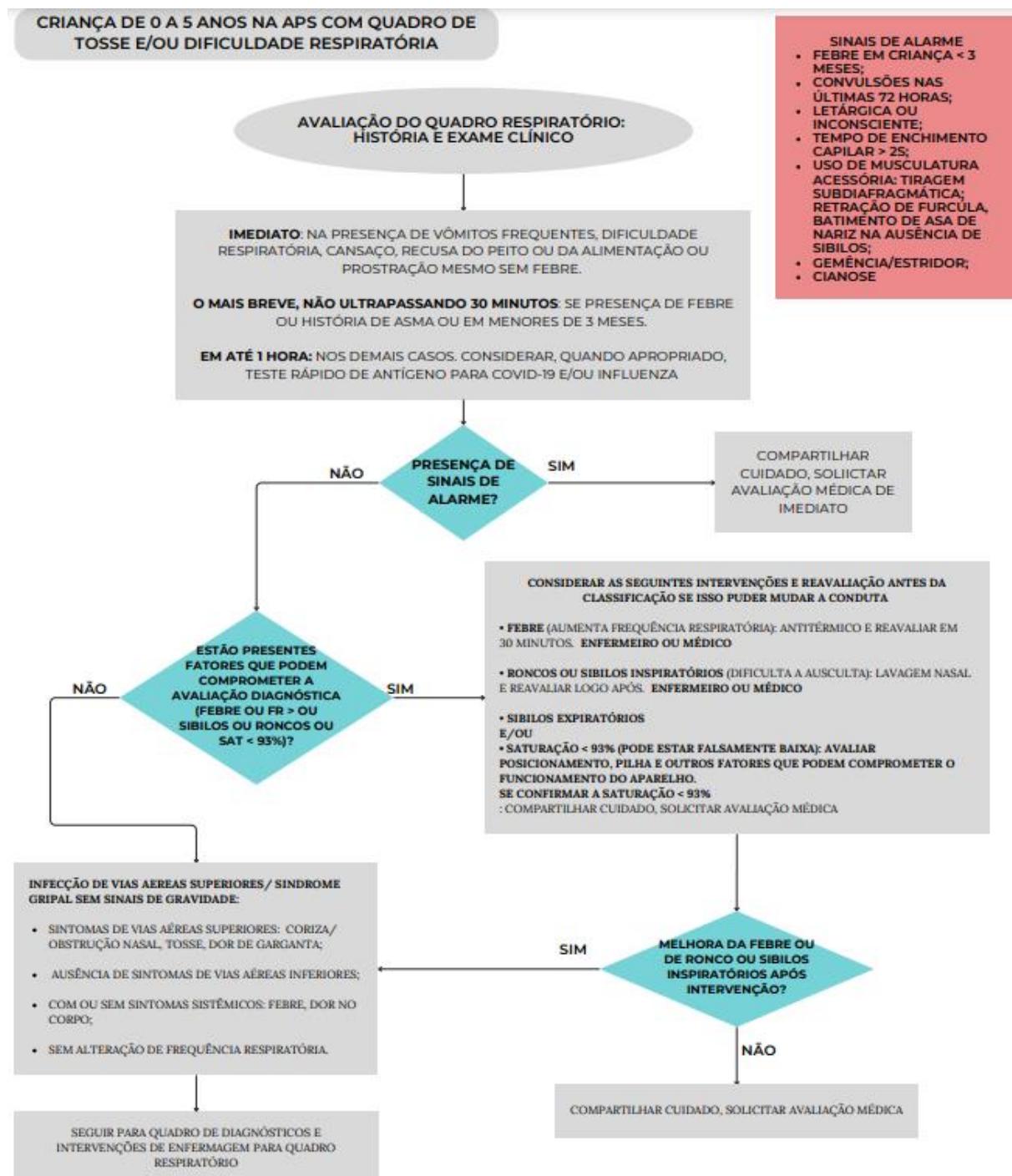
Fonte: Adaptado do Caderno 33 Ministério da Saúde 2012

Avaliar anormalidades na auscultação pulmonar:

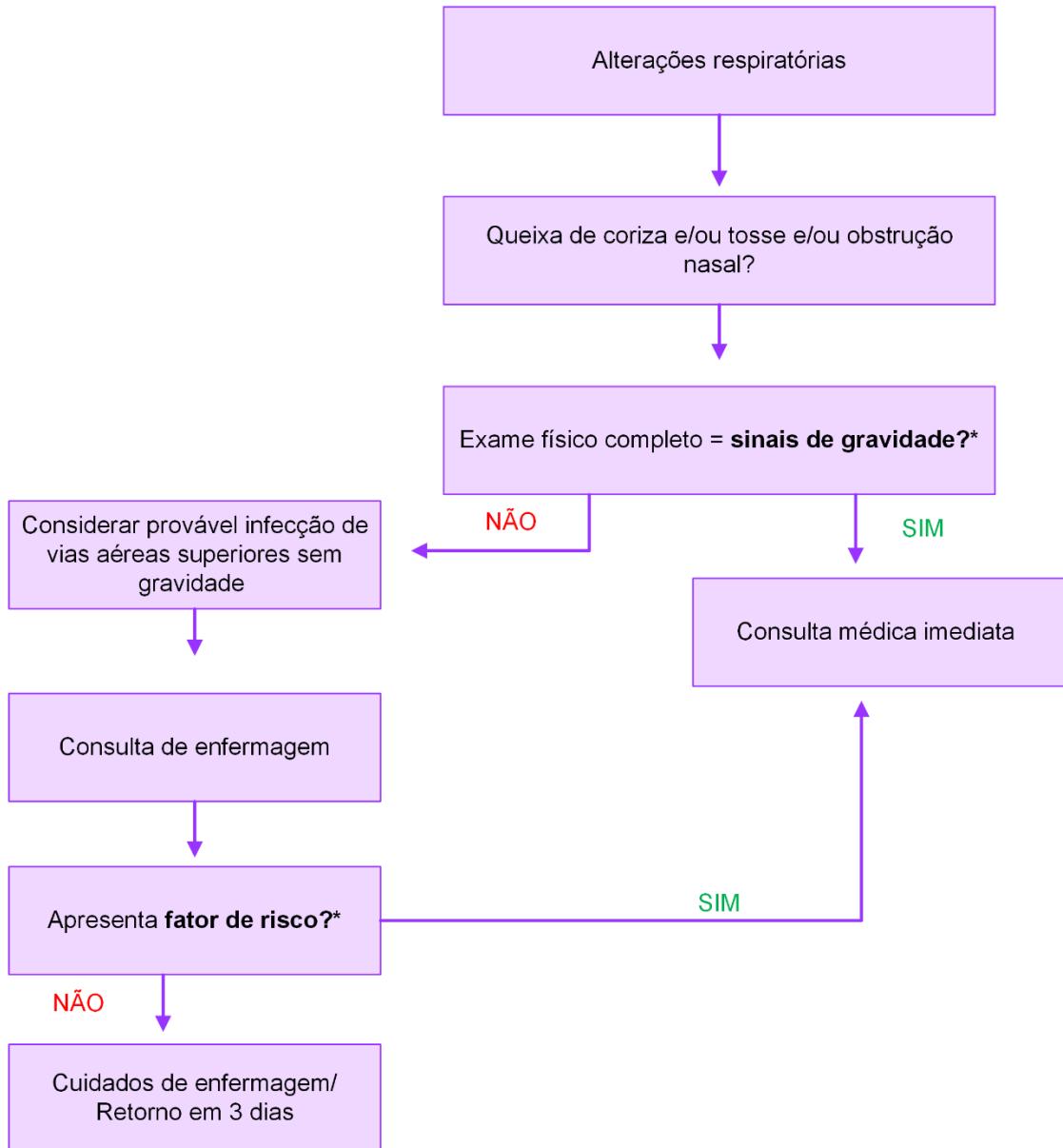
Sons anormais à auscultação pulmonar	
Estertores secos	
Roncos	Traduzem estenose dos brônquios de grande calibre. São intensos, audíveis a distância, palpáveis sob forma de frêmitos, podem desaparecer nas inspirações profundas.
Sibilos	Traduzem a estenose de brônquios de pequeno calibre e bronquíolos. Secreções espessas aderidas, por espasmos dos músculos bronquiolares e edema de mucosa.
Estertores úmidos	
Creptações alvelares	Ruídos provocados pelo deslocamento das paredes alveolares devido à presença de exsudato. Indicam lesões alveolares NUNCA expiratórios SEMPRE inspiratórios Exemplos: pneumonia, broncopneumonia, TBC, edema agudo, Insuficiência Cardíaca Congênita
Subcreptantes ou bolhosos	Estertores brônquicos e bronquiolares Ocorrem quando o ar, passando por esses condutos, entra em conflito com os líquidos ali existentes, originando ruído e bolhas. Modificam-se com a tosse. Exemplos: bronquite, pneumonias, broncopneumonias, edema agudo e Insuficiência Cardíaca Congênita

Fonte: Manual quadros procedimentos aidpi criança – OPAS/MS 2017

Alterações respiratórias (CIAP - R03 Respiração ruidosa; R04 Outros problemas respiratórios; R05 Tosse; R07 Espirro/congestão nasal; R08 Outros sinais/sintomas nasais)



Fonte: Adaptado de Manual de Quadros de Procedimentos AIDPI CRIANÇA. Caderno de Atenção Básica 33, Ministério da Saúde.



Fonte: Protocolo de Enfermagem Atenção à Saúde da Criança e Adolescente SMS/SP (2017).

SINAIS DE GRAVIDADE

*Menores de 2 meses: FR \geq 60 ou $<$ 30 rpm ou tiragem subcostal, gemido, estridor ou sibilância, chiado, cianose central, batimento de asa de nariz, febre ou hipotermia (temperatura axilar $<$ que 35,5 °C);

*Para crianças de 2 meses a menor de 12 meses a respiração é rápida se for 50 ou mais por minuto. Para criança de 1 ano a menores de 5 anos se for de 40 ou mais por minuto.

* **Apresenta sinais de gravidade:** piora do estado geral, não consegue ingerir líquidos, vomita tudo que ingere, fica sem urinar por mais de 6 horas, apresentou convulsões nas últimas 72h e está sonolenta ou com dificuldade para despertar;

Batimento de asa de nariz e/ou gemência.

Tiragem intercostal/retração de fúrcula, cianose, estridor em repouso, FR alterada, ausculta pulmonar alterada, tosse há mais de 14 dias.

Fonte: Manual de Quadros de Procedimentos AIDPI CRIANÇA – OPAS/MS – 2017

Fatores de risco

*Obesidade, desnutrição, cardiopatias, nefropatias, pneumopatias, presença de mal formações congênitas, imunodeficiência congênita ou adquirida, uso de terapia imunossupressora, doença falciforme.

Diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem frente às alterações respiratórias.

Diagnóstico de enfermagem	CIAP	Intervenções de enfermagem
Risco de função do sistema respiratório prejudicada; Função do sistema respiratório comprometida;	R80 Gripe R74 Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS)	Remover a umidade, mofo ou bolor da casa; Manter a casa ventilada e umidificada com uma bacia de água, ou toalha molhada, próxima à cama, à noite e retirá-la pela manhã; Não fumar na presença da criança e evitar o contato da criança com fumante; Estimular a lavagem frequente das mãos da criança; Evitar ambientes aglomerados (avaliar exposição em escolas, creches, centros de educação infantil); Orientar sinais de alerta e gravidade: queda de estado geral, respiração rápida, tiragens e ruídos respiratórios e procurar a unidade de saúde ou emergência.
Corrimento nasal; Congestão; Expectoração;	R74 Infecção aguda do aparelho respiratório superior (IVAS) R07 Espirro/congestão nasal R25 Expectoração/mucosidade anormal	Aumentar ingestão de água e outros líquidos (sucos e sopas); criança em aleitamento materno aumentar o número e intensidade das mamadas; Deixar a criança em decúbito elevado, > 45°, ao dormir; Importante manter via aérea pélvia: Prescrever Cloreto de Sódio Solução Nasal 9 mg/ml (0,5 a 3 ml de 4 a 6 vezes ao dia) em cada narina, de preferência antes das mamadas e refeições e antes de dormir;
Tosse	R05 Tosse	Aumentar ingestão de água e outros líquidos (sucos e sopas); criança em aleitamento materno aumentar o número e intensidade das mamadas;

		<p>Deixar a criança em decúbito elevado, > 45°, ao dormir;</p> <p>Importante manter via aérea pélvia</p> <p>Prescrever:</p> <p>Cloreto de Sódio Solução Nasal 9 mg/ml (0,5 a 3 ml de 4 a 6 vezes ao dia) em cada narina, de preferência antes das mamadas e refeições e antes de dormir;</p> <p>Mikania glomerata (Guaco) xarope 0,25mg/ml: Crianças de 3 a 5 anos – 5ml, 3 vezes ao dia Crianças > 5 anos – 7,5ml, 3 vezes ao dia</p> <p>Contra-indicações: Hepatopatias, pois o uso crônico pode causar aumento do tempo de protrombina.</p>
Dor, aguda Dor em região dos seios nais Dor de cabeça Febre	A03 Febre N03 Dores da face N01 Cefaleia	<p>Paracetamol 200mg/ml 1gota/Kg de 6 em 6 horas</p> <p>OU</p> <p>Dipirona 500mg/ml 1gota/Kg ou 10 a 15mg/Kg Intervalo mínimo de 6h para crianças >3 anos</p> <p>Checar alergia medicamentosa da criança</p> <p>Compartilhar o cuidado com o médico</p>

Fonte: Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2), – 2. ed.

Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

Dor de garganta

Em casos de acometimento da garganta são importantes as intervenções de enfermagem para garantir o conforto da criança e/ou adolescente.

É fundamental que o enfermeiro da APS tenha um raciocínio clínico apurado para compreender sinais/sintomas, avaliar a gravidade e intervir quando necessário. A maioria das faringites é causada por vírus (em mais 70% casos), geralmente com presença de febre baixa ou ausência de febre, tosse, rouquidão, congestão nasal, rinorreia. Os quadros bacterianos geralmente se apresentam com odinofagia mais intensa, febre alta (> 38,5 °C), gânglios linfáticos maiores do que 1 cm, edema e exsudato tonsilar e faríngeo, petequia palatal. Dentre os principais agentes bacterianos envolvidos nas faringites agudas, destaca-se o *S. pyogenes* (estreptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield), que tem formas mais invasivas com repercussão sistêmica e risco de desenvolver febre reumática, principalmente em

pessoas de 5 a 15 anos. Diante da possibilidade de infecção bacteriana, compartilhar o cuidado com o médico.

Escore clínico para auxiliar o manejo de dor de garganta (escore Centor)

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Temperatura > 38°C	1
Ausência de tosse	1
Adenopatia cervical anterior dolorosa	1
Exsudato ou edema tonsilar	1
Idade de 3 a 14 anos	1
Idade de 15 a 44 anos	0
Idade > 45 anos	-1
Escore total:	
Interpretação:	
Escore total - Chance de infecção estreptocócica em comunidade com níveis usuais de infecção (%)	
0	2 a 3
1	4 a 6
2	10 a 12
3	27 a 28
4	38 a 63

Avaliação e Conduta

≤ 1 a 2 - baixa probabilidade de infecção estreptocócica. Não investigar, não tratar com antibiótico. Tratar sintomas.

3 a ≥ 4 - moderada probabilidade de infecção estreptocócica ou quadro clínico provável. Compartilhe o cuidado com o médico para considerar tratamento com antibiótico.

Compartilhe cuidado com médico a partir de 3 pontos ou mais

Adaptado de MCISAAC et. al (1998) apud DUNCAN (2014); NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (2008)

Queixa, Avaliação, Diagnósticos, intervenções e prescrições de enfermagem frente a dor de garganta.

Queixa	Avaliação	Diagnósticos	Prescrições/ intervenções
DOR DE GARGANTA	<p>Inclua na sua coleta de dados, os seguintes questionamentos: É um sintoma frequente?</p> <p>Quando iniciou o quadro?</p> <p>Tem dificuldade para engolir?</p> <p>Fez ou está fazendo uso de algum medicamento?</p> <p>Tem alergia a algum medicamento?</p> <p>Tem tosse? Coriza? Dor no corpo? Dor de cabeça?</p> <p>Histórico de febre associada?</p>	CIAP 02: R21 sinais/sintomas da garganta	<p>Compartilhe o cuidado com o médico na presença de algum destes sintomas:</p> <p>Faringite por Faringite por Streptococcus; COVID-19; Infecção por Influenzae; Dificuldade para abrir a boca (trismo); incapacidade de engolir; dificuldade respiratória; sinais de abscesso de tonsilas à oroscopia; Febre maior que 38,5°C; Difteria (placas branco-acinzentadas); Petéqueas no palato; Dores nas articulações (febre reumática); Rash cutâneo escarlatiforme; Náusea, vômito e dor abdominal; Hiperemia e edema da úvula</p> <p>Prescrever gargarejo com água morna e sal (1 copo de água com 1 colher de café rasa de sal)</p> <p>Orientar a escovação dos dentes e gengivas</p> <p>Evitar contato com o público e cigarros</p> <p>Fazer repouso da voz</p> <p>Orientar aumento da ingestão hídrica</p> <p>Orientar sinais de alerta</p> <p>Retorno em 24/48h em caso de piora dos sintomas</p>

Queixa	Avaliação	Diagnósticos	Prescrições/ intervenções
	<p>Tomou algum remédio hoje?</p> <p>Na realização do exame físico: Aferir temperatura e frequência respiratória Realizar oroscopia para identificação de placas Palpar gânglios submandibular e cervical Realizar a auscultação pulmonar</p> <p>Se atentar aos sinais que indicam desconforto respiratório: batimento das asas nasais; retracção de fúrcula, uso da musculatura acessória e cianose de extremidades</p> <p>Descartar <i>S. pyogenes</i> pela aplicação do Escore Centor</p>		<p>Tratamento: Paracetamol 200 mg/ml ou 500 mg/cp - a cada 4/4 horas ou 6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg/dose Crianças: 10-15 mg/kg/dose (máximo de 5 doses ao dia) - Obs: (máximo de 4g/dia) Dipirona solução gotas 500 mg/ml ou 500 mg/cp - 6/6 horas a depender da frequência da dor. Adultos: 500-1000 mg VO Crianças >meses: lactentes 10 mg/kg/dose // pré-escolares 15 mg/kg/dose - Obs: (máximo de 4g/dia) Mikania glomerata (Guaco) xarope 0,25mg/ml - Adultos: Ingerir 10 ml, 3 (três) vezes ao dia. Crianças de 3 a 5 anos – 5ml, 3 vezes ao dia. Crianças > 5 anos – 7,5ml, 3 vezes ao dia - Em caso de tosse. Contra-Indicações: Hepatopatias, pois o uso crônico pode causar aumento do tempo de protrombina.</p>

Fonte: Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2), – 2. ed.

5.4. Febre (CIAP2 - A03 Febre)

A febre é um sintoma inespecífico, ou seja, pode estar presente em uma variedade de condições. Fatores como infecções, inflamações, doenças autoimunes, cânceres e até mesmo medicamentos podem elevar a temperatura corporal. O manejo adequado da febre exige a investigação da causa subjacente e o tratamento da condição primária.

Avaliação

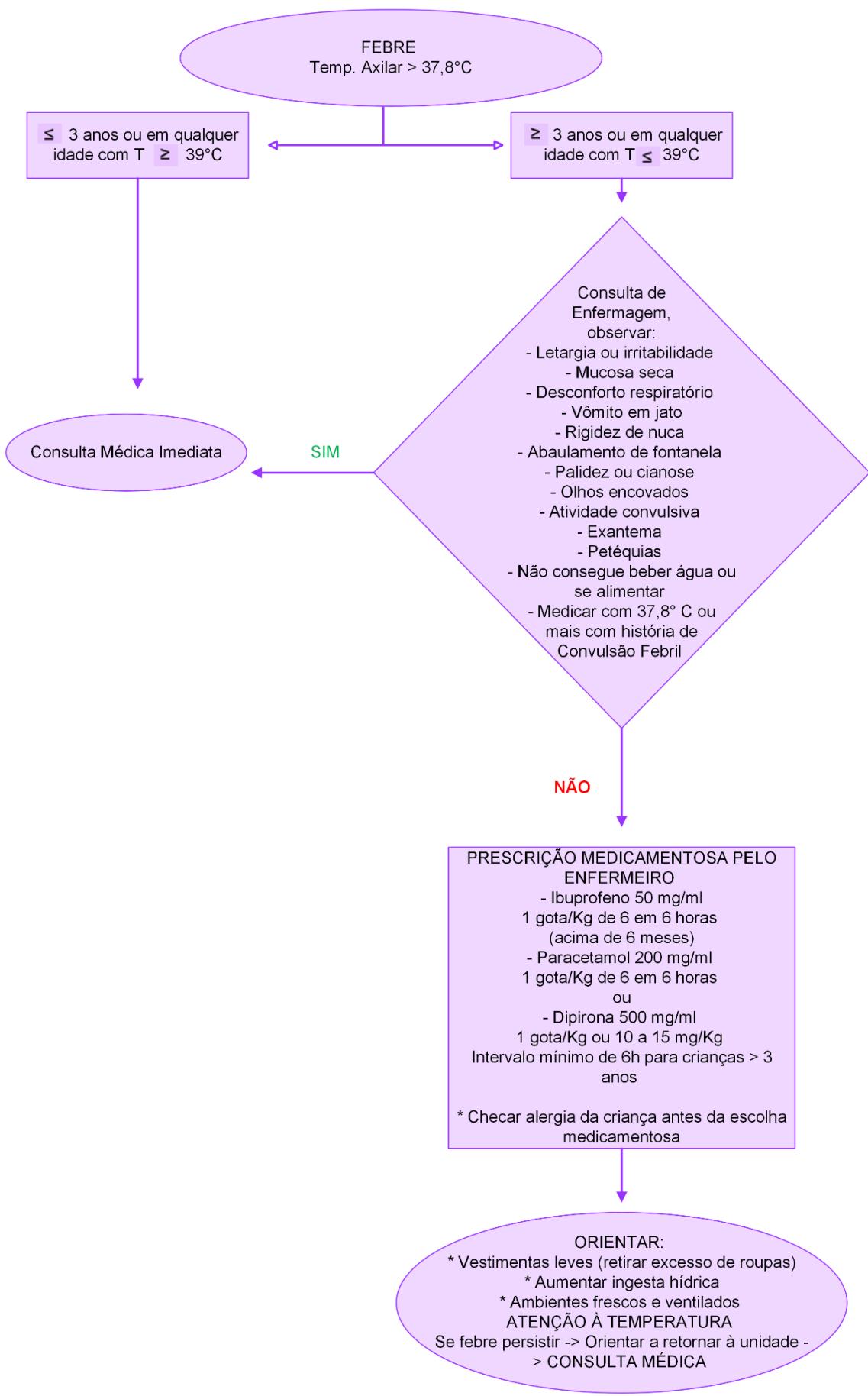
- É um sintoma frequente?
- Quando começou (quantos dias? Mais de 48 horas?)
- Período do dia/noite que percebe mais o sintoma?
- Possui outro sintoma associado (dor de garganta, ouvido, coriza, tosse, dor abdominal, queixa urinária)?

- Possui sangramentos e/ou machas na pele?
- Rigidez de nuca?
- Faz uso de algum medicamento?
- Fez uso de algum medicamento hoje?
- Possui alergia conhecida a algum medicamento?
- Esteve em área endêmica para doenças de relevância epidemiológica, como febre amarela e malária?
- Suspeita de Arboviroses, COVID 19, Influenza ou outras doenças infectocontagiosas?

Exame Físico:

- Aferir Temperatura
- Frequência Cardíaca, Frequência Respiratória, se necessário
- Esforço respiratório?
- Otoscopia
- Oroscopia
- Ausculta pulmonar
- Inspeção/ ausculta e palpação abdominal
- Rigidez de nuca? (Sinais meníngeos?)
- Presença de sangramento e/ou petéquias?
- Realizar prova do laço, na suspeição de arboviroses

ATENÇÃO – A presença de febre em crianças com doença falciforme deve ser encarada como situação de urgência. Nas crianças menorores de 1 ano de idade, a temperatura acima de 38.2°C, pode significar bactériemia-sepsis. Portanto a UBS deverá se mobilizar e providenciar transporte para o serviço de urgência e avisar ao CRAPH.



Fonte: Protocolo de Enfermagem Atenção à Saúde da Criança e Adolescente SMS/SP (2017).

IMPORTANTE

Orientar aos pais/responsáveis:

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

A Sociedade brasileira de pediatria recomenda o uso de antipirético se a febre estiver associada a desconforto evidente (choro intenso, irritabilidade, redução da atividade, redução do apetite, distúrbio do sono) e não baseado em um valor predeterminado.

Diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem frente à Febre – CIPE

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Febre; Risco para infecção; Infecção; Falta de conhecimento da família sobre temperatura corporal; Risco de termorregulação prejudicada; Termorregulação prejudicada; Preocupação da família; Temperatura corporal normal; Termorregulação eficaz;	Termorregulação eficaz; Temperatura corporal normal; Compreensão da família sobre temperatura corporal esperada e quando se deve medicar; Ausência de infecção;	Potencializar as medidas educativas, que esclareçam a população sobre o que é a febre, quando e como tratá-la; Intensificar medidas para hidratação com oferta de água e outros líquidos à vontade; Aliviar excesso de roupas e na medida do possível, desagasar a criança; Desaconselhar o uso de métodos físicos pois não são úteis para redução da temperatura corporal; Administrar o uso de antipirético se a febre estiver associada a desconforto evidente (choro intenso, irritabilidade, redução da atividade, redução do apetite, distúrbio do sono) e não baseado em um número predeterminado; Recomenda-se que as medidas de temperatura realizadas em domicílio pelos familiares e/ou cuidadores seja realizada com termômetro digital na axila, em qualquer faixa etária; Orientar a família sinais de piora, com aumento e persistência da temperatura acima de 38°C e queda do estado geral a procurar serviço de saúde/emergência;

Fonte: CIPE 2019

Prescrição medicamentosa

Medicamento	Posologia
Ibuprofeno 50 mg/ml (gotas)	1 gota/kg de 6/6 horas (acima de 6 meses de vida)
Paracetamol 200 mg/ml (gotas)	1 gota/kg/dose de 6/6 horas por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas
Dipirona 500 mg/ml (gotas)	1 gota/kg/dose de 6/6 horas por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas (crianças maiores de 3 anos)

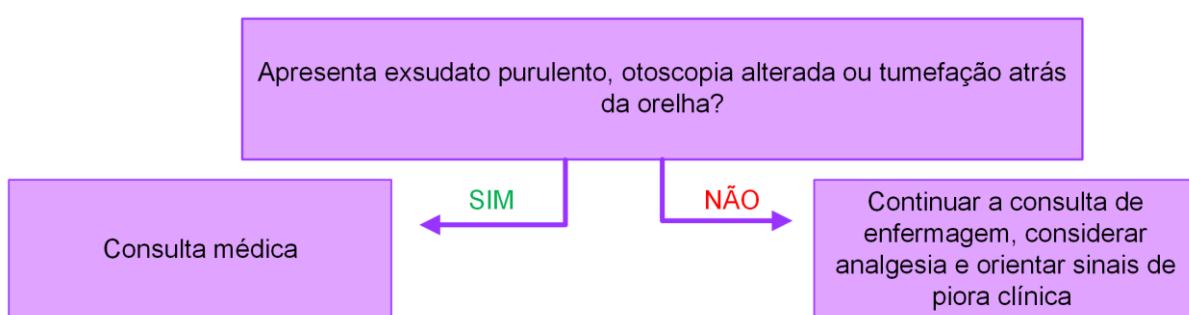
Fonte: Protocolo de Enfermagem Atenção à Saúde da Criança e Adolescente SMS/SP (2017).

5.5. Dor de ouvido sem febre e em bom estado geral (CIAP - H01 Dor de ouvidos; H04 Secreção ouvido; H13 Sensação ouvido tapado)

A otalgia é o sintoma mais comum e o melhor preditor de Otite Média Aguda. Outros sintomas frequentes são: manipulação excessiva da orelha em lactentes, irritabilidade, choro excessivo e diminuição do apetite, assim como vômito e diarreia. Febre está presente em cerca de um quarto dos casos.

O enfermeiro poderá realizar otoscopia (ORIENTAÇÃO FUNDAMENTADA Nº 086/2014), desde que tenha segurança e se encontre apto para tal procedimento.

FLUXOGRAMA



Prescrição medicamentosa

Medicamento	Posologia
Ibuprofeno 50 mg/ml (gotas)	1 gota/kg de 6/6 horas (acima de 6 meses de vida)
Paracetamol 200 mg/ml (gotas)	1 gota/kg/dose de 6/6 horas por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas
Dipirona 500 mg/ml (gotas)	1 gota/kg/dose de 6/6 horas por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas (crianças maiores de 3 anos)

Fonte: Protocolo de Enfermagem Atenção à Saúde da Criança e Adolescente SMS/SP (2017).

Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem na Dor de ouvido sem febre - CIPE

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Inflamação; Risco de infecção; Dor; Risco de termorregulação prejudicada; Apoio familiar positivo;	Controle da dor eficaz; Equilíbrio térmico corporal; Ausência de infecção; Bom estado geral; Compreensão da família sobre as medidas preventivas.	Investigar fatores de risco, como predisposição familiar, menores de 2 anos, frequência a creches, tabagismo passivo, atraso vacinal, uso de chupetas e mamadeiras em posição inadequada. Atentar para febre e queda do estado geral; Orientar uso de medicamentos para dor conforme posologia descrita; Manter o conduto auditivo externo limpo e seco; Desaconselhar a limpeza do canal do ouvido com cotonetes. Manter narinas pélvias com lavagens nasais com SF 0,9% de 1 a 5 ml em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia. Incentivar o aleitamento materno, postergar ou evitar o uso de chupetas e mamadeiras e, em casos necessários, procurar colocar a criança na posição ereta (45°) no momento que está usando a mamadeira. Desestimular a oferta de mamadeira com a criança em posição deitada. Incentivar os pais a manterem o calendário vacinal da criança atualizado. Orientar retorno à unidade caso persistam ou se agravem os sintomas, como queda de estado geral, otalgia moderada/grave, otalgia > 48 h ou febre ≥ 39°C.

Fonte: CIPE 2019

5.6. Anemia por deficiência de ferro (CIAP – B80)

Condição na qual o conteúdo de hemoglobina no sangue está abaixo do normal, como resultado da carência de um ou mais nutrientes essenciais. A hemoglobina é o pigmento dos glóbulos vermelhos (eritrócitos) e tem a função de transportar o oxigênio dos pulmões para os tecidos. O valor normal para crianças de seis meses a seis anos é de 11 g/dl.

Recomenda-se realizar a investigação laboratorial da deficiência de ferro, com ou sem anemia, quando a criança completar um ano de idade. Entretanto, mediante suspeita baseada na presença de fatores de risco (baixa reserva materna, aumento da demanda metabólica, diminuição do fornecimento de ferro, perda sanguínea e má absorção do ferro), a investigação deve ser realizada de forma precoce, principalmente se não houver profilaxia adequada com ferro.

Além de confirmação do quadro pelo exame laboratorial (hemograma), diante da suspeita, avaliar coloração da pele e investigar tipo de aleitamento, aceitação das refeições e antecedentes da criança (prematuroidade, baixo peso ao nascer e morbidade neonatal).

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA

Sulfato Ferroso 125 mg/mL (equivalente a 25 mg/mL de Fe++) solução oral gotas.	3 a 6mg ferro elementar/kg/dia por 6 meses ou até reposição dos estoques corporais confirmados pela normalização da Hb, VCM, HCM, ferro sérico, saturação da transferrina e ferritina sérica. Administrar trinta minutos antes das refeições, associado a sucos ricos em vitamina C e escovar os dentes em seguida.
---	---

Sugestão de Calculadora: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=3>

Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem na Anemia - CIPE

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Baixa absorção de vitaminas	absorção de vitaminas melhorada	Orientar sobre alimentação Administrar/prescrever sulfato ferroso 30 minutos antes de uma refeição Evitar ingestão de leite e derivados, refrigerantes, chocolates e achocolatados chá

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
		<p>preto ou mate próximos às refeições e à administração do sulfato ferroso.</p> <p>Incentivar aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida</p> <p>Orientar introdução alimentar em tempo oportuno e com alimentos de qualidade nutricional.</p>
Desnutrição	desnutrição melhorada	<p>Orientar sobre alimentação</p> <p>Administrar/prescrever sulfato ferroso 30 minutos antes de uma refeição</p> <p>Evitar ingestão de leite e derivados, refrigerantes, chocolates e achocolatados chá preto ou mate próximos às refeições e à administração do sulfato ferroso*.</p>
Baixo acesso ao alimento	Acesso alimento melhorado	Avaliar situação social e solicitar apoio da rede

*Alertar o cuidador para a mudança da coloração das fezes esperada diante da administração do sulfato ferroso.

Fonte: CIPE 2019

5.7. Doença Falciforme

Doença Falciforme (DF) é uma enfermidade genética e hereditária, causada por uma mutação no gene que produz a hemoglobina A, originando a S., pode causar anemia crônica, episódios de dor severa, decorrentes do processo de vasoclusão, causada pela característica das hemácias em forma de foice. A DF de maior significado clínico é a anemia falciforme(AF) determinada pela presença de HBS em homozigose e o diagnóstico precoce é obtido na primeira semana de vida por meio do exame de eletroforese de hemoglobina, com metodologia específica, realizado pelos Programas Estaduais de Triagem Neonatal (PETN). O fenômeno de afoiçamento das hemácias é responsável por todo o quadro fisiopatológico. As hemácias, apresentam maior rigidez e vivem em média 10 dias na circulação sanguínea, muito menos que o tempo médio usual de 120 dias, Isso resulta em anemia crônica intensa.

Traço falciforme (TF) - condição onde ocorre a presença de somente um gene para a hemoglobina S, combinado com outro gene para hemoglobina A,

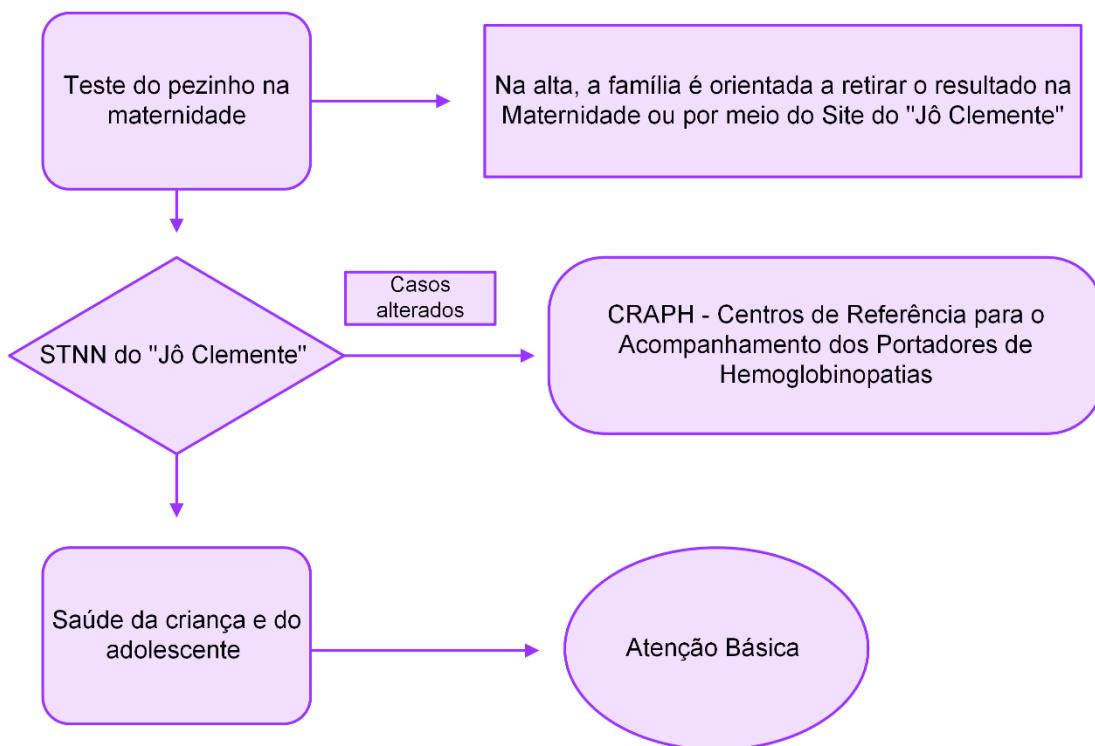
configura um padrão genético AS (heterozigose), que não produz manifestação da doença falciforme.

As crises de vaso-oclusão, geram manifestações em todos os órgãos do organismo caracterizando-se por uma doença sistêmica, crônica e progressiva, podendo levar a insuficiência de múltiplos órgãos ao longo do tempo.

As principais manifestações e complicações da DF são: anemia, icterícia, crises dolorosas, infecção, sequestro esplênico, síndrome torácica aguda, acidente vascular cerebral (maior risco entre 02 a 10 anos), priapismo, úlceras de membros inferiores, crise aplástica, insuficiência renal, litíase biliar e alterações oculares.

Fluxograma de encaminhamento na doença falciforme

Os profissionais da saúde devem estar atentos ao fluxo de encaminhamento para doença falciforme. Cabe a eles a verificação da inserção dos pacientes na rede e o monitoramento da adesão ao tratamento na rede especializada.



[Https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Manual_Anemia_Falciforme3_14_5_2021.pdf](https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Manual_Anemia_Falciforme3_14_5_2021.pdf)

<https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/linha-de-cuidado-da-doen%C3%A7a-falciforme-se-estende-a-familiares-do-paciente>

5.8. Dores recorrentes em membros (CIAP - L14 Sinais/sintomas da coxa/perna; L15 Sinais/sintomas do joelho)

As queixas de dores em membros são comuns em crianças e, na maioria das vezes, são benignas, não interferindo no crescimento e desenvolvimento. Ocorrem em cerca de 10 a 20% das crianças em idade escolar, mais comuns no sexo feminino (65%), de evolução crônica e de curso autolimitado. A etiopatogenia das dores de crescimento permanece desconhecida, porém, deve-se levar em consideração que fatores emocionais (dificuldade escolar, pesadelos, alterações da dinâmica familiar, solidão, etc.), tendem a ser mais frequentes nesse grupo de crianças.

A história detalhada, obtida com a cooperação da família e da criança, é tipicamente bilateral em 80% dos casos e apresentam as seguintes características: (mais frequentes entre os seis e treze anos de idade).

Características:

- Localização: Não há um ponto específico de dor, ocorre principalmente nas pernas (coxas, panturrilhas, canelas), mas pode ocorrer nos braços. Geralmente, afeta as duas pernas ao mesmo tempo, ou alterna entre as pernas.
- Intensidade: Varia de leve a intensa, podendo fazer a criança ou adolescente chorar, mas raramente interfere nas atividades diárias e brincadeiras.
- Tempo e duração: Surge no final da tarde ou à noite e pode acordar a criança ou adolescente durante o sono. Desaparece pela manhã. A frequência pode variar, desde uma vez por semana, até todos os dias, e pode durar anos.
- Fatores desencadeantes: Pode ser previsível após dias de muita atividade física, irritabilidade ou sono ruim.
- Fatores de alívio: Massagem, calor local ou analgésicos comuns (como dipirona e paracetamol).
- Após a exclusão de outras possíveis causas de dor em membros, é importante discutir o diagnóstico de dor de crescimento com os familiares, enfatizar o caráter benigno da queixa e tentar identificar a presença de fatores emocionais que possam estar desencadeando ou exacerbando os sintomas.
- Apesar de benigna, a dor de crescimento é responsável por considerável desconforto para as crianças e seus familiares e, por esta razão, deve ser valorizada.

- Sinais de alerta: quando a dor afetar apenas uma perna ou um braço; estiver acompanhada de inchaço, vermelhidão, febre, perda de peso, línguas ou alterações físicas em outras partes do corpo; quando interferir nas atividades diárias da criança ou adolescente e atrapalhar brincadeiras; e quando ocorrer nas articulações ao acordar, ou se houver inchaço, vermelhidão ou dor nas articulações.
- Importante: enfatizar que o tratamento visa aliviar a dor da criança e deve-se tranquilizar a família que as estas dores são benignas e temporárias.
- Alívio da dor: Massagem e calor local são o principal tratamento. Em casos específicos, uso de analgésicos comuns, como dipirona e paracetamol.
- Outros tratamentos: Alongamentos e apoio psicológico para enfrentar a dor podem ser úteis.
- Atentar para as crises dolorosas da Doença Falciforme, causadas pela isquemia secundária à obstrução do fluxo sanguíneo pelas hemácias falcizadas resultando em hipoxia regional e fenômeno inflamatório, que provoca dor intensa nos ossos e articulações.

5.9. Olho vermelho

O olho vermelho, caracterizado pela vermelhidão da parte branca do olho devido à dilatação dos vasos sanguíneos, é um sinal comum de conjuntivite. A maioria dos casos de conjuntivite é viral e costuma ocorrer em surtos. O tratamento geralmente envolve cuidados básicos e acompanhamento para avaliar a gravidade e identificar possíveis infecções bacterianas, que requerem tratamento específico.

Avaliação

- Início dos sintomas?
- Trauma ocular recente?
- Secreção do olho?
- Pálpebras “grudadas” ao acordar?
- Contato recente com pessoas com olho vermelho?
- Recente infecção respiratória superior;
- Episódio anterior de conjuntivite?
- Possui alergia conhecida a algum medicamento?

Exame físico

- Sintomas de alarme: dor, diminuição da visão, fotofobia?
- Inspecionar as pálpebras
- Observar a localização e natureza da vermelhidão

- Córnea: Quando há sensação de corpo estranho e um olho vermelho sem motivo óbvio: inspecionar a parte posterior das pálpebras (na superior depois de virá-la)
- Observar a presença de secreções;
- Caracterização da secreção conjuntival:
Purulenta – amarelada
Mucopurulenta – branco cremosa
Serosa – aquosa amarelada
Mucosa – filamentar e transparente

Possíveis Problemas	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	Relação com CIAP 2
• Sinais sugestivos de conjuntivite	• Inflamação da conjuntiva ocular	<ul style="list-style-type: none"> • F02 Olho vermelho • F70 Conjuntivite Infecciosa

Prescrições

- Lavar olho com água limpa ou soro fisiológico 0.9%
- Aplicar compressas frias com soro fisiológico quantas vezes achar necessário, como medida de conforto
- Evitar coçar olhos, compartilhar toalhas/roupas de cama
- Lavar mãos regularmente
- Limpar/secar os olhos com lenços de papel e desprezar em seguida os mesmos;
- Emite declaração de afastamento para escolares.
- Limpar as superfícies que entraram em contato com as mãos contaminadas com álcool (exemplo: maçanetas, corrimãos, etc.)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Manual de quadros de procedimentos: Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
2. Guerra KCTA, Krishnamurthy K. Miliaria: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
3. Kaplan RL, et al. Omphalitis and concurrent serious bacterial infection. Pediatrics. 2022;149(5)
4. Leung AKC, Leong KF, Hon KL. Pediatric Miliaria: A Review of the Epidemiology, Pathogenesis, and Management. Clin Pediatr Dermatol. 2023;12(2):123-30.
5. López CGP. Cuidados com a Pele Infantil: Modificações fisiológicas e patológicas da pele na infância. Painel Latino Americano; 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/painel-JJ-Fasciculo-6.pdf. Acesso em: 15 jul 2024.
6. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2016;62
7. Puccini RFH, Esteves MO (org.). Semiologia da Criança e do Adolescente. Guanabara; 2008.
8. Santos EJ, et al. Preditores de risco relacionados a hipotermia no recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. J Med Biosc Res. 2024;1(3):568-58.
9. Sociedade Brasileira de Pediatria. Cólica do Lactente. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-o-bebe/colica-do-lactente/>. Acesso em: 16 jul 2024.

10. Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Científico. Infecções cutâneas parasitárias: aspectos clínicos e atualização terapêutica. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21933D_DC_Infeccoes_Cutaneas_Parasitarias.pdf. Acesso em: 03 ago 2024.
11. Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Científico. Infecções fúngicas superficiais. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22626c-DC_Infeccoes_Fungicas_Superficiais.pdf. Acesso em: 14 jul 2024.
12. Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Científico. Manejo da febre aguda. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23229c-DC_Manejo_da_febre_aguda.pdf. Acesso em: 16 jul 2024.
13. Sociedade Brasileira de Pediatria. Infecções Bacterianas Superficiais Cutâneas. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23597c-DC_Infeccoes_Bacterianas_Superficiais_Cutaneas.pdf. Acesso em: 16 jul 2024.
14. Sociedade Brasileira de Pediatria. Cuidados com a pele e anexos do recém-nascido: da higienização e hidratação ao tratamento. Rio de Janeiro: SBP; 2024. 49 f
15. Souza MV, Damião EB, Buchhorn SM, Rossato LM. Manejo não farmacológico da febre e hipertermia da criança: revisão integrativa. Acta Paul Enferm. 2021;34

Capítulo 6 - ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÔNICA, DEFICIÊNCIA OU EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS E DE VULNERABILIDADE

6.1. Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

DEFINIÇÃO

Segundo Ministério da Saúde (2021), o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desenvolvimento atípico, prejuízo na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades. Os sintomas ocorrem nos **primeiros três anos** de vida (APA, 2013).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), relata que o TEA pode ou não estar associado às Síndromes Genéticas, Doenças Raras e fatores ambientais, alguns fatores como: idade parental avançada na concepção, uso de substâncias durante a gestação, prematuridade (abaixo de 35 semanas), baixo peso ao nascer (< 2.500 g), infecção materna durante a gravidez, gestação múltipla.

CLASSIFICAÇÃO

De acordo com o DSM-V, são classificados 3 níveis de apoio que se refere a comunicação social e comportamentos, sendo que no **Nível de Apoio 1**: a criança necessita de apoio, com boa resposta; **Nível de Apoio 2**: a criança necessita de apoio substancial: com respostas reduzidas; **Nível de Apoio 3**: a criança necessita de apoio muito substancial: com limitações extremas mesmo com ajuda.

Essas classificações não devem ser utilizadas como critérios únicos para definir a conduta e o seguimento. A avaliação e o planejamento de cuidados devem ser baseados em uma abordagem integral e singularizada, considerando aspectos como o desenvolvimento biopsicossocial, condições de saúde associadas, contexto familiar e social, além de demandas específicas da criança/adolescente e das famílias.

A consulta de enfermagem na Unidade Básica de Saúde é extremamente importante no atendimento da criança com suspeita TEA, visto que este profissional faz o primeiro contato. A escuta qualificada dos familiares que começam a perceber

algumas alterações no desenvolvimento da criança poderá auxiliar na identificação precoce dos sinais e sintomas do transtorno.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Avaliação

Um exame clínico completo deve ser realizado na consulta para avaliação de diagnóstico diferencial e presença de comorbidades. Utilize a Caderneta da Criança (Menino e Menina) para os registros.

Avalie a forma da cabeça, meça o perímetro cefálico e registre o seu valor no Gráfico de Perímetro Cefálico. Verifique se existem alterações fenotípicas.

Certifique-se de que o ambiente para a avaliação seja o mais tranquilo possível e que a criança esteja em boas condições emocionais e de saúde para o exame. Observe a interação do cuidador com a criança (vínculo), utilize alguns brinquedos e objetos que desencadeiam respostas reflexas.

A avaliação objetiva de habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitiva deve ser realizada de acordo com os marcos propostos na Caderneta da Criança: Menino e Caderneta da Criança: Menina.

Características Clínicas de Crianças com Risco para TEA

De 6 a 8 meses	De 12 a 14 meses	Por volta de 18 meses
Não apresentam iniciativa em começar, provocar e sustentar interações com os adultos próximos (por exemplo: ausência da relação olho a olho)	Não respondem claramente quando são chamadas pelo nome	Não se interessam por jogos de faz-de-conta
Não se interessam pelo prazer que podem provocar no outro	Não demonstram atenção compartilhada	Ausência da fala ou fala sem intenção comunicativa
Silenciamento de suas manifestações vocais, ausência do balbucio, principalmente em resposta ao outro	Ausência do apontar protodeclarativo, na intenção de mostrar algo a alguém	Desinteresse por outras crianças: preferem ficar sozinhas e, se ficam sozinhas, não incomodam ninguém
Ausência de movimentos antecipatórios em relação ao outro	Não há ainda as primeiras palavras ou os primeiros esboços são de palavras estranhas	Caso tenham tido o desenvolvimento da fala e interação, podem começar a perder essas aquisições
Não se viram na direção da fala humana a partir dos quatro primeiros meses de vida	Não imitam pequenos gestos ou brincadeiras	Já podem ser observados comportamentos repetitivos e interesses restritos e estranhos (por exemplo: por ventiladores, rodas de carrinhos, portas de elevadores)

Não estranham quem não é da família mais próxima, como se não notassem a diferença	Não se interessam em chamar a atenção das pessoas conhecidas e nem em demonstrar gracinhas	Pode aumentar seu isolamento
--	--	------------------------------

Fonte: Adaptado de Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Linha de cuidado do TEA:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/LINHA_DE_CUIDADO_TEAS_FINAL.pdf

Se a criança apresentar alguma característica clínica positiva a escala M-CHAT-R (Modified Checklist for Autism in Toddlers-Revised) pode ser utilizada para avaliação complementar.

Recomenda-se que toda a criança seja submetida a uma triagem para o TEA na consulta de 18 meses, através da aplicação da escala M-CHAT-R, mesmo naquelas que não estão sob suspeita diagnóstica de TEA ou outros transtornos que cursem com desvios e atrasos do desenvolvimento. O teste pode ser repetido em intervalos regulares de tempo ou quando houver dúvida. Em casos suspeitos, a aplicação da M-CHAT-R deve ser antecipada para uma consulta com 16 meses de idade. Sugere-se que o agendamento seja realizado no momento da vacinação da criança com 15 meses de idade.

Escala M-CHAT-R (*Modified Checklist for Autism in Toddlers-Revised*)

A escala M-CHAT-R auxilia na identificação de pacientes com idade entre 16 e 30 meses com possível TEA. É de rápida aplicação, **pode ser aplicado por qualquer profissional da saúde**, devendo ser respondido pelos pais ou cuidadores durante a consulta.

A **avaliação pela M-CHAT-R é obrigatória** para crianças em consultas pediátricas de acompanhamento realizadas pelo Sistema Único de Saúde, segundo a Lei nº 13.438, de 26 de abril de 2017.

A escala **indica uma suspeita** de TEA e **não é diagnóstica**.

Para todos os itens, a resposta “NÃO” indica risco de TEA; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica risco de TEA.

Resultado positivo maior ou igual a 3 pontos: o enfermeiro deve compartilhar o cuidado com o médico para encaminhar a criança para consulta com especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência ou em Neurologia Pediátrica a fim de realizar a avaliação de seguimento, com a aplicação do M-CHAT-R/F.

Resultados falso-negativos são possíveis. Se o resultado da triagem não for positivo, recomenda-se acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor do paciente e reavaliação.

Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)™

Por favor, responda as questões abaixo sobre o seu filho. Pense em como ele geralmente se comporta. Se você viu o seu filho apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões.			
1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2	Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Sim	Não
3	O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim	Não
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Sim	Não
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Sim	Não
7	O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Sim	Não
8	O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Sim	Não
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Sim	Não
11	Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?	Sim	Não
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13	O seu filho anda?	Sim	Não

14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?	Sim	Não
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)	Sim	Não
16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? (POR EXEMPLO, o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: "olha mãe!" ou "oh mãe!")	Sim	Não
18	O seu filho comprehende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: "coloca o copo na mesa" ou "liga a televisão")?	Sim	Não
19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos)	Sim	Não

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

OBSERVAÇÃO

A observação deve ocorrer durante a consulta de enfermagem, avaliando as funções cognitivas, motoras, comunicação, habilidades sociais e as interações dos pais com a criança. Observe:

- Comportamento e interação social, buscando se a pessoa direciona a atenção dos outros para brinquedos ou objetos de interesse próprio de forma espontânea;
- Solicita ajuda (por exemplo: abrir garrafas, tampa de caixas, pegar objetos fora do alcance);
- Aceita convites ou propostas para brincadeiras (o avaliador pode propor);
- Comportamentos sociais (exemplo: dar tchau, mandar beijos, sorrisos dirigidos ao outro ou imitação de gestos, contato visual);
- Avalie linguagem, se a pessoa completa frases, leitura, faz uso de figuras, mantém diálogo.

Pense em **diagnósticos diferenciais**, pois a criança pode apresentar:

- Baixa acuidade e deficiência auditiva;

- Privação psicossocial severa;
- Deficiência intelectual;
- Transtorno de linguagem expressiva e receptiva;
- Síndrome epilética específica;
- Síndrome de Landau-Kleffner (*é uma forma rara de epilepsia infantil que resulta em sérios transtornos de linguagem*);
- Transtorno de ansiedade;
- Mutismo seletivo (transtorno de ansiedade caracterizado pela dificuldade da criança de falar em determinados contextos sociais);
- Transtorno obsessivo compulsivo;
- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade;
- Transtorno depressivo.

PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

No quadro abaixo estão colocadas propostas de intervenções de enfermagem a partir de diagnósticos de enfermagem frequentemente encontrados em pessoas que vivem com TEA. As intervenções não se reduzem a essas, sendo importante o planejamento de cuidado compartilhado com e-Multi, serviços da rede de atenção à saúde (e.g. CAPS IJ) e intersetorial (e.g. CRAS, escola).

Diagnósticos de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Agitação	Diminuir/ cessar a agitação neuropsicomotora	Usar uma abordagem calma, sem emoções e tranquilizadora. Não se aproximar da criança, e evitar nos ambientes objetos que possam causar lesões ao paciente. Desenvolver um plano de controle do comportamento que seja executado com regularidade por todos os cuidadores. Manter um programa de rotinas que inclua um equilíbrio de horários estruturados (p. ex., atividades físicas e intelectuais) e horários de calma.
Ajustamento, Prejudicado	Orientar os pais para auxiliar a criança no déficit social	Estimular os pais a encaminhar a criança regularmente a psicoterapia Orientar a família em relação as ferramentas de aproximação e interação mesmo que haja grande dificuldade, como brincadeiras, história, jogos.

Diagnósticos de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Atividade Psicomotora, Prejudicada	Melhora da coordenação psicomotora	Orientar os pais a encaminhar a criança regularmente para fisioterapia e acompanhar o plano singular de tratamento (PTS) realizado pelo profissional.
Automutilação	Eliminar gatilhos para automutilação	Verificar o que desencadeia a automutilação, evitando o gatilho. Usar uma abordagem calma e não punitiva ao lidar com comportamento(s) de autoagressão. Introduzir novos estímulos. Administrar medicamentos, conforme apropriado, para reduzir a ansiedade, estabilizar o humor e diminuir a autoestimulação. Ajudar o paciente, conforme apropriado, para nivelar o funcionamento cognitivo, a identificar e assumir responsabilidade pelas consequências do comportamento (p. ex., colocar o curativo em ferida causada a si mesmo).
Capacidade para Executar o Cuidado, Prejudicada	Garantir autocuidado	Orientar os pais para utilizar atividades lúdicas para orientar o passo a passo do banho, a escovar dos dentes e pentear o cabelo Estimular a criança a se vestir Realizar com a criança estas atividades simultaneamente Reforçar as atividades que a criança consegue realizar (mesmo com apoio)
Comportamento Alimentar Infantil, Prejudicado	Melhora do padrão de nutrição	Estabelecer rotinas alimentares Permitir que a criança escolha alguns alimentos Introduzir um alimento diferente por vez Não permitir que haja outros estímulos durante a refeição
Isolamento Social	Prevenir estilo de vida de isolamento social	Construir momentos na rotina para o convívio familiar e com amigos. Encaminhar e estimular a criança para o convívio escolar. Estímulos de práticas grupais.
Enfrentamento Familiar, Prejudicado	Compreensão da família sobre TEA e os direitos do filho	Orientar os pais os direitos do filho com TEA, baseado na Lei 12.764/2012 Ajudar na compreensão do processo e nas mudanças de reorganização da dinâmica familiar. Auxiliar nas estratégias de enfrentamento (de suas forças e potencialidades), melhorando a

Diagnósticos de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
		qualidade de vida para a família da pessoa autista Realizar escuta ativa aos familiares e incentivar os mesmos a psicoterapia.

Fonte: CIPE 2019

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Os retornos devem ser programados de acordo com a necessidade clínica ou com o Plano Terapêutico Singular. Em cada retorno, deve-se analisar a evolução clínica, retomar cuidados pactuados e reforçar para a pessoa e família os avanços e aspectos de melhoria, e avaliar necessidade de adequação das intervenções.

6.2. Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH)

DEFINIÇÃO

Segundo Ministério da Saúde (2022), o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é considerado uma condição do neurodesenvolvimento, caracterizada por uma tríade de sintomas envolvendo desatenção, hiperatividade e impulsividade em um nível exacerbado e disfuncional para a idade, em que os sintomas se iniciam na infância, podendo persistir ao longo de toda a vida.

Os sintomas e o comprometimento do TDAH são frequentemente mais graves durante a infância, mas podem evoluir ao longo da vida. As dificuldades associadas ao TDAH muitas vezes se tornam mais evidentes quando as responsabilidades e a independência do indivíduo aumentam, como no contexto escolar ou quando ele precisa se organizar para realizar tarefas sem a supervisão dos pais.

Embora o TDAH tenha se tornado uma condição amplamente reconhecida nos últimos anos, o diagnóstico não é simples. Seus principais sintomas podem ser confundidos com características normais do desenvolvimento ou com outras condições clínicas. Assim, torna-se necessária a utilização de critérios operacionais que são estabelecidos a partir da realização da avaliação clínica por profissionais capacitados e experientes. Por isso, a identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à Atenção Primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.

CARACTERÍSTICAS E COMPORTAMENTOS FREQUENTES

Além da desatenção excessiva, a hiperatividade e a impulsividade percebidas em diferentes contextos, geralmente por pelo menos seis meses nas fases iniciais do desenvolvimento, e presentes antes dos seis anos de idade (DSM-5), existem outros comportamentos e sinais que podem ser indicativos do quadro na criança e adolescente:

- Falta de persistência: Dificuldade em manter o foco em atividades que exigem envolvimento cognitivo prolongado;
- Mudança constante de atividades: Tendência a começar uma atividade, mas não a completar, passando rapidamente para a próxima;
- Movimentos excessivos e descoordenados: Comportamento motor agitado e fora de controle;
- Manutenção ao longo do tempo: Os comportamentos tendem a persistir durante os anos escolares e podem continuar na vida adulta, embora haja uma melhora gradual no controle dos movimentos e na atenção;
- Comportamento impulsivo e propensão a acidentes: Crianças com transtornos hipercinéticos frequentemente se envolvem em acidentes devido à falta de cautela, também tendendo a quebrar regras sem intenção deliberada de desafiar as regras;
- Dificuldades sociais: Frequentemente são socialmente desinibidas, demonstram falta de precaução e reserva em interações sociais. Podem se tornar isoladas socialmente;
- Comprometimento cognitivo e desenvolvimento: Atrasos específicos no desenvolvimento motor e da linguagem são comuns;
- Baixa autoestima: O comportamento impulsivo e de socialização, organização, resistência em aderir a rotinas ou atividades monótonas, além de cobranças e punições podem levar a problemas de autoestima;
- Sobreposição com outros transtornos: É frequente a ocorrência de mais de um transtorno do neurodesenvolvimento, especialmente na infância, há uma sobreposição a transtornos em geral considerados “de externalização”, tais como o transtorno de oposição desafiante e o transtorno da conduta, assim como o transtorno de conduta não socializado.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Avaliação

Dentro do contexto da Atenção Primária, aspectos do crescimento e desenvolvimento representam momentos fundamentais para a identificação precoce dos sinais e sintomas do TDAH. Assim, a atuação envolve a identificação de comportamentos indicativos da condição. Durante a avaliação, o profissional deve considerar, principalmente, a tríade de sintomas característica do quadro de TDAH envolvendo desatenção, hiperatividade e impulsividade. O compartilhamento do cuidado com a e-mult é fundamental para uma assistência de qualidade e mais resolutiva.

Existem vários questionários que utilizam critérios usados para rastreio, avaliação da gravidade e frequência de sintomas e acompanhamento de tratamento. Dentre estes, destaca-se o SNAP-IV.

O questionário denominado *Swanson, Nolan and Pelham* (SNAP) foi resultante da quarta versão do DSM, de domínio público e com tradução brasileira validada (Matos et al., 2006). Desenvolvido para avaliação de sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade em crianças e adolescentes, o instrumento pode ser preenchido por pais ou professores como ponto de partida para levantamento de alguns dos possíveis sintomas primários de TDAH, sendo uma ferramenta potencializadora da atenção intersetorial. (ANEXO 6)

O instrumento é composto pela descrição de 18 sintomas do TDAH, entre sintomas de desatenção (9 primeiros itens) e hiperatividade/impulsividade (itens 10 a 18), pontuados conforme quatro níveis de qualificadores. Além disso, os itens 19 a 26 do questionário também são úteis ao diagnóstico do Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), porém com equivalência conceitual a ser valorada (Matos et al., 2006).

Contudo, reforça-se que o diagnóstico correto e preciso do TDAH só pode ser feito através de uma longa anamnese com um profissional médico especializado, já que muitos dos sintomas relacionados no questionário podem também estar associados a outras comorbidades correlatas ao TDAH, ou a outras condições clínicas e psicológicas.

PROPOSTAS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

No quadro abaixo estão colocadas propostas de intervenções de enfermagem a partir de diagnósticos de enfermagem frequentemente encontrados em pessoas que vivem com TDAH. As intervenções não se reduzem a essas, sendo importante o planejamento de cuidado compartilhado com e-Multi, serviços da rede de atenção à saúde (e.g. CAPS IJ) e intersetorial (e.g. CRAS, escola).

Diagnósticos de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Agitação	Diminuir/ cessar a agitação neuropsicomotora	<p>Usar uma abordagem calma, sem emoções e tranquilizadora.</p> <p>Oferecer um ambiente estruturado e fisicamente seguro, de acordo com as necessidades.</p> <p>Desenvolver um plano de controle do comportamento que seja executado com regularidade por todos os cuidadores.</p> <p>Manter um programa de rotinas que inclua um equilíbrio de horários estruturados (p. ex., atividades físicas e não físicas) e horários de calma.</p> <p>Redirecionar ou remover o paciente de fonte de estímulos excessivos (p. ex., amigos ou situação problemática).</p> <p>Orientar sobre habilidades de solução de problemas.</p>
Atenção Prejudicada	Melhorar concentração	<p>a</p> <p>Dar todas as instruções/explicações lentamente, com linguagem simples e concreta.</p> <p>Pedir a criança para repetir as instruções antes de iniciar as tarefas.</p> <p>Oferecer assistência, sempre que necessário, para realizar as tarefas.</p> <p>Oferecer feedback positivo para a realização de cada etapa.</p> <p>Providenciar dispositivos auxiliares que aumentem a estrutura do ambiente, a concentração e a atenção às tarefas (p. ex., relógios de pulso, calendários, sinais e instruções escritas de cada etapa).</p> <p>Reducir ou retirar indicadores verbais e físicos à medida que ficarem desnecessários.</p> <p>Facilitar o enfrentamento familiar por meio de grupos de apoio, descanso do cuidador e aconselhamento familiar, conforme apropriado.</p>

Diagnósticos de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
Ajustamento, Prejudicado	Orientar os pais para auxiliar a criança no déficit social	<p>Estimular os pais a encaminhar a criança regularmente a psicoterapia.</p> <p>Conversar sobre as relações entre filho e pais.</p> <p>Ensinar sobre características fisiológicas, emocionais e comportamentais normais de uma criança.</p> <p>Identificar tarefas ou metas de desenvolvimento apropriadas para a criança.</p> <p>Orientar a família em relação as ferramentas de aproximação e interação.</p> <p>Auxiliar os pais a identificarem critérios de avaliação para os cuidados diários e os ambientes escolares.</p>
Controle do Impulso	Melhora da impulsividade	<p>Auxiliar a criança a identificar o problema ou a situação que requer uma ação bem planejada.</p> <p>Ensinar a criança a “parar e pensar” antes de agir impulsivamente.</p> <p>Auxiliar a criança a avaliar o resultado da ação escolhida.</p> <p>Auxiliar a criança a avaliar a maneira como resultados malsucedidos poderiam ter sido evitados por outras escolhas comportamentais.</p> <p>Oferecer oportunidade para a criança praticar a resolução de problemas (desempenho de papéis) dentro do ambiente terapêutico.</p>
Atividade Psicomotora, Prejudicada	Melhora da coordenação psicomotora	Orientar os pais a encaminhar a criança regularmente para fisioterapia e acompanhar o plano singular de tratamento (PTS) realizado pelo profissional.
Aprendizagem	Melhora da aprendizagem	<p>Proporcionar um ambiente favorável à aprendizagem.</p> <p>Organizar as informações em sequência lógica.</p> <p>Adaptar as informações para que atendam ao estilo de vida/rotinas do paciente.</p> <p>Usar múltiplas modalidades de ensino.</p> <p>Oferecer dicas/lembretes verbais.</p> <p>Oferecer feedback frequente sobre o progresso da aprendizagem.</p>
Isolamento Social	Prevenir estilo de vida de isolamento social	Construir momentos na rotina para o convívio familiar e com amigos.

Diagnósticos de enfermagem	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem
		<p>Encaminhar e estimular a criança para o convívio escolar.</p> <p>Estímulos de práticas grupais.</p> <p>Encorajar melhoria do envolvimento em relações já criadas.</p> <p>Encorajar a paciência no desenvolvimento de relações.</p> <p>Promover o envolvimento em interesses completamente novos.</p> <p>Dar feedback positivo quando a criança procurar os outros.</p>
Enfrentamento Familiar, Prejudicado	Compreensão da família sobre TDAH	<p>Ajudar a família na compreensão do quadro clínico e nas mudanças de reorganização da dinâmica familiar.</p> <p>Oferecer informações reais a respeito do diagnóstico, tratamento e prognóstico.</p> <p>Auxiliar a família na elaboração de estratégias de enfrentamento (de suas forças e potencialidades), melhorando a qualidade de vida para a família da pessoa autista.</p> <p>Realizar escuta ativa e acolhimento aos familiares.</p> <p>Avaliar o impacto da situação de vida do paciente nos papéis e nas relações.</p> <p>Avaliar a compreensão que o paciente tem do processo de doença.</p> <p>Proporcionar uma atmosfera de aceitação.</p> <p>Encorajar a família a expressar verbalmente os sentimentos.</p>

Fonte CIPE 2019

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 14, de 2022. PCDT - Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2022/portaria-conjunta-no-14-pcdt-transtorno-do-deficit-de-atencao-com-hiperatividade-tdah.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2024.
2. MATOS, Paulo; SERRA-PINHEIRO, Maria A.; ROHDE, Luis A.; PINTO, Diana. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. Revista de Psiquiatria, RS, v. 3, n. 28, p. 290-297, set./dez. 2006.
3. Universidade Privada de Angola. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) [Internet]. Disponível em: [https://evirtual.upra.ao/examples/biblioteca/content/files/classificacao%20das%20intervencoes%20de%20enfermagem%20\(nic\).pdf](https://evirtual.upra.ao/examples/biblioteca/content/files/classificacao%20das%20intervencoes%20de%20enfermagem%20(nic).pdf).
4. Busatto GF. Neurobiologia da depressão: uma perspectiva integrada. Rev Psiquiatr RS [Internet]. 2002 [citado 2024 dez. 27];24(3):260-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/fJsx7JhDNbjswLKPZ7Td69J/?lang=pt>.
5. Prefeitura de São Paulo. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro autista (TEA) [Internet]. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2022 [citado 2024 dez. 27]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/LINHA_DE_CUIDADO_TEA_FINAL.pdf.
6. Brasil. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf. Acesso em: 02 set 2024.
7. Brasil. Linha de Cuidado para a Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas Famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf. Acesso em: 05 set 2024.
8. Tamanaha AC, et al. Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista. 1a Edição. São Paulo: SEDPcD; 2013. Disponível em: https://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/Content/uploads/20154117642_CARTILHA_AUTISMO_PROTOCOLO_TEA.pdf. Acesso em: 02 set 2024.

Capítulo 7 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA E CRIANÇA EXPOSTA À SÍFILIS

A sífilis congênita (SC) é um agravo de notificação compulsória evitável, resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, geralmente por via transplacentária, independentemente da idade gestacional. Após a sua passagem transplacentária, o *T. pallidum* alcança os vasos umbilicais e multiplica-se rapidamente em todo o organismo fetal. Os locais em que as lesões são mais frequentes são fígado, pele, mucosas, esqueleto, sistema nervoso, pâncreas e pulmão.

A taxa de transmissão vertical da sífilis em mulheres não tratadas varia de 70% a 100% nas fases primária, secundária e latente recente da infecção materna, enquanto nas fases mais avançadas da doença, essa taxa é de aproximadamente 30%. A transmissão fetal pelo canal de parto, via *T. pallidum*, é rara e ocorre apenas quando a mãe apresenta lesões genitais ativas. O leite materno não transmite a sífilis, exceto em casos raros, quando há lesões ativas na pele das mamas. Dentre os desfechos adversos decorrentes da sífilis materna não tratada, 40% resultam em perdas gestacionais precoces, 11% em morte fetal a termo e 12 a 13% em partos prematuros ou com baixo peso ao nascer.

Portanto, a sífilis congênita é uma doença passível de prevenção, e sua eliminação pode ser alcançada por meio da implementação de estratégias eficazes de diagnóstico precoce e tratamento da sífilis em gestantes e seus parceiros sexuais. Além disso, o risco de desfechos adversos para a criança será mínimo quando a gestante receber o tratamento adequado e precoce durante a gestação.

Definição de Caso de Sífilis Congênita

São considerados critérios para definição e notificação de caso de sífilis congênita quando uma das situações abaixo é verificada na avaliação do RN, lactente ou criança com menos de 13 anos de idade:

- Filho de mãe não tratada para sífilis na gestação ou tratada inadequadamente;
- RN com sinais clínicos, radiológicos ou liquóricos de sífilis e VDRL positivo;

- RN com títulos de testes não treponêmicos maiores que o materno em 2 diluições;
- Criança exposta a sífilis com aumento de títulos em 2 diluições;
- Títulos persistentes em crianças expostas (mães tratadas adequadamente);
- Testes positivos treponêmicos após 18 meses em criança sem diagnóstico prévio.

Manifestação Clínica e Classificação da Sífilis Congênita

A maioria dos recém-nascidos (RN) com sífilis congênita não apresenta sintomas ao nascer, variando de 50% a 70%, e, quando os sintomas aparecem, geralmente ocorrem nos primeiros três meses de vida. A sífilis também está associada à prematuridade e ao baixo peso ao nascer. Do ponto de vista clínico, a sífilis congênita pode ser classificada de duas formas: precoce e tardia.

A sífilis congênita precoce (SCP) é caracterizada por manifestações clínicas que surgem logo após o nascimento ou, no máximo, durante os primeiros dois anos de vida. Já a sífilis congênita tardia (SCT) apresenta sintomas após o segundo ano de vida, sendo importante excluir a possibilidade de sífilis adquirida, que poderia ocorrer devido a agressões ou abuso sexual da criança.

Classificação	Manifestações Clínicas
Sífilis congênita precoce (até os 02 anos de vida)	<p>Alterações ósseas: osteocondrite e periostites simétricas e pseudoparalisia de Parrot (unilateral);</p> <p>Alterações cutâneo-mucosas: rinite serossanguinolenta ou purulenta, lesões sifilíticas avermelhadas em mucosa oral;</p> <p>Baixo peso ao nascimento;</p> <p>Retardo do crescimento;</p> <p>Alterações cutâneo-mucosas: rinite serossanguinolenta ou purulenta, lesões sifilíticas avermelhadas em mucosa oral;</p> <p>Alterações do sistema nervoso central: leptomeningite aguda ou forma meningo-vascular crônica, com hidrocefalia progressiva e comprometimento de pares cranianos, especialmente o sétimo par, e deterioração gradual do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM);</p> <p>Alterações renais: síndrome nefrótica por deposição de imunocomplexos;</p>

	<p>Alterações oculares: coriorretinite com aspecto “sal e pimenta”, glaucoma, uveíte, fotofobia, lacrimejamento excessivo e diminuição da acuidade visual;</p> <p>Alterações pulmonares: pneumonia alba;</p> <p>Alterações do trato gastrointestinal: síndrome de má-absorção e desnutrição;</p> <p>Alterações do sistema retículo endotelial: hepatoesplenomegalia, linfoadenopatia generalizada;</p> <p>Alterações hematológicas: anemia, icterícia e trombocitopenia. Um achado característico é a anemia hemolítica com teste de Coombs negativo;</p>
Sífilis congênita tardia (após os 02 anos de vida)	<p>Dentição: dentes de Hutchinson (anormalidades dos incisivos centrais superiores molares em forma de amora identificados na dentição permanente);</p> <p>Olhos: ceratite intersticial, coriorretinite cicatrizada, uveíte, cicatriz córnea.</p> <p>Ouvido: surdez relacionada com o oitavo par craniano;</p> <p>Nariz e face: nariz em sela, protuberância da mandíbula, fronte olímpica, palato em “ogiva”;</p> <p>Pele: rágades periorais e fissuras anais;</p> <p>Sistema nervoso central: retardo mental, hidrocefalia, convulsões, atrofia do nervo óptico;</p> <p>Ossos e articulações: tíbia em sabre, alargamento esternoclavicular, articulações de Clutton (edema indolor de joelhos devido a sinovite e hidroartrose);</p>

Fonte: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/plano_sifilis_ist_v5.pdf /

<https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload//saude/istaids/Protocolo%20Sifilis/Protocolo%20Sifilis%20Vertical%20Cidade%20de%20S%C3%A3o%20Paulo.pdf>

Avaliação de Enfermagem

Entrevista e Exame físico

- Acolher paciente e família;
- Coletar histórico materno da gestação e da sífilis quanto ao tratamento e seguimento na gestação;
- Analisar resultado dos testes rápidos realizados no parto;
- Verificar se houve tratamento adequado na maternidade, no caso de tratamento inadequado ou não realizado, entrar em contato com a vigilância em saúde;
- Avaliar o crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor
- Durante exame físico avaliar a presença de manifestações clínicas da sífilis congênita

Principais Diagnósticos CIPE, Resultados esperados e Intervenções

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados	Intervenções de Enfermagem
Desenvolvimento do Bebê (ou lactente), Prejudicado	T10 Atraso do crescimento	Avaliar, ofertar cuidados e orientações adequadas para favorecer aprimorar desenvolvimento	Fornecer informações para o cuidado adequado com o RN; Avaliar em todos os atendimentos o desenvolvimento neuropsicomotor da criança; Se necessário realizar interconsulta; Discussão e matriciamento com equipe multidisciplinar
Risco de Infecção	A23 Contato com doença infecciosa	Acompanhar de modo adequado e intervir de forma precoce com o intuito de evitar desfechos desfavoráveis	Realizar investigação para possível infecção toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus; Solicitar exames para avaliação; Busca ativa dos pacientes em acompanhamento; Realizar notificação compulsória;

Fonte: CIPE 2019 / Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2), – 2. ed.

Orientações

- Orientar sobre a sífilis congênita e a exposição da criança à sífilis, como ocorrem, o que pode ser feito para a prevenção;
- Explicar o motivo do acompanhamento contínuo, intuito do tratamento, plano terapêutico e os potenciais desfechos desfavoráveis caso o acompanhamento não seja adequado;
- Reforçar a importância da realização dos exames solicitados;
- Orientar sobre o retorno para o acompanhamento contínuo em saúde e continuidade do cuidado;
- Reforçar que a equipe de saúde está disponível para oferecer apoio durante todo o processo de diagnóstico e tratamento, proporcionando um ambiente acolhedor e seguro para sanar dúvidas;

Solicitação de exames

Classificação	Exames Solicitados
Criança exposta à sífilis	<p>VDRL: 1 mês; 3 meses; 6 meses; 12 meses; 18 meses.</p> <p>Interrompendo-se o seguimento com dois exames consecutivos de VDRL negativos;</p> <p>Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes por volta dos 6 meses caso a criança não tenha sido infectada e seja apenas passagem passiva de anticorpo materno;</p> <p>Se no seguimento ocorrer elevação de títulos em duas diluições em testes não treponêmicos ou persistência da titulação por mais de 6 meses de idade, a criança deverá ser investigada, tratada para sífilis congênita e realizar a notificação à vigilância epidemiológica;</p>
Sífilis Congênita	<p>VDRL: 1 mês; 3 meses; 6 meses; 12 meses; 18 meses.</p> <p>Interrompendo-se o seguimento com dois exames consecutivos de VDRL negativos.</p> <p>Nos lactentes com teste treponêmico positivo, após os 18 meses, o seguimento deve se estender até o quinto ano de vida, por conta das sequelas tardias (ceratite instersticial, surdez neurosensorial e articulações de clutton), que podem aparecer mesmo com o tratamento adequado</p>
Neurosífilis	A reavaliação liquórica deve ser a cada seis meses até a normalização do LCR. As alterações persistentes devem ser retratadas

Fonte: Protocolo de prevenção da transmissão vertical da sífilis, 2021 – Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Plano de Cuidados:

Acompanhamento	Conduta
Sífilis Congênita	<p>Consultas ambulatoriais mensais até o sexto mês de vida e bimensais do 6º ao 12º mês. Do 12º ao 24º mês, consultas a cada quatro meses;</p> <p>Nos lactentes com teste treponêmico positivo, após os 18 meses, o seguimento deve se estender até o quinto ano de vida, por conta das sequelas tardias;</p> <p>O acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico deve ser semestral e realizado por dois anos;</p> <p>Nos casos de neurossífilis, a reavaliação liquórica deve ser a cada seis meses até a normalização do LCR. As alterações persistentes devem ser retratadas;</p>

<p>Exposição à Sífilis</p>	<p>Consultas ambulatoriais mensais até o sexto mês de vida e bimensais do 6º ao 12º mês. Do 12º ao 24º mês de vida, as consultas deverão ser a cada quatro meses;</p> <p>Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser não reagentes por volta dos 6 meses caso a criança não tenha sido infectada e seja apenas passagem passiva de anticorpo materno;</p> <p>A partir dos 18 meses de idade, se não houver achados clínicos e laboratoriais, incluindo a realização do teste sorológico treponêmico negativo, exclui-se sífilis congênita.</p> <p>Criança exposta com teste treponêmico positivo após 18 meses e sem histórico de tratamento anterior deverá ser investigada, tratada e notificada;</p>
-----------------------------------	---

Fonte: Protocolo de prevenção da transmissão vertical da sífilis, 2021 – Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. São Paulo, Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria de IST/Aids, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica, Protocolo de prevenção da transmissão vertical da sífilis e da sífilis congênita/ Secretaria Municipal da Saúde, Coordenadoria de IST/Aids, Coordenadoria de Vigilância em Saúde, Coordenadoria de Atenção Básica. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/istaids/Protocolo%20Sifilis%20Vertical.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/sifilis/publicacoes/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p.: il. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf

Capítulo 8 - ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS EXPOSTAS OUTRAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

8.1. Tuberculose e Infecção Latente da Tuberculose (ILTB)

Diante da persistência da tuberculose como um relevante problema de saúde pública no Brasil, e entendendo que os profissionais de enfermagem se configuram peças fundamentais na implementação de estratégias de promoção da saúde e ações de prevenção e controle da doença, especialmente no contexto da atenção primária à saúde.

A tuberculose é uma doença socialmente determinada que acomete todos os ciclos de vida. A atuação da equipe de enfermagem na interrupção da cadeia de transmissão do agravo é de suma importância, desde a busca ativa de casos novos no território, investigação de contatos, tratamento de TB e ILTB e monitoramento dos casos.

Crianças menores de 5 anos tem maior risco de desenvolver as formas graves da doença, como TB meníngea e TB disseminada, por isso, é de suma importância a vacinação, que se inicia com a vacina BCG, ao nascer, embora não impeça o adoecimento ao longo da vida.

Avaliação: Anamnese relacionada ao cuidado ou identificação do paciente sintomático respiratório

Diagnóstico da tuberculose pulmonar em crianças e adolescentes com bacilosкопia negativa ou TRM-TB não detectado.

Quadro Clínico-Radiológico		Contato de Adulto com tuberculose	PT ou IGRA	Estado Nutricional
Febre ou sintomas como tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento, sudorese por 2	Adenomegalia hilar ou padrão miliar e/ou condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado por 2 semanas ou mais	Próximo, nos últimos 2 anos	PT entre 5-9 mm 5 pontos	Desnutrição grave (peso < percentil 10)

Quadro Clínico-Radiológico		Contato de Adulto com tuberculose	PT ou IGRA	Estado Nutricional
semanas ou mais	e/ou condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) por 2 semanas ou mais, evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns		PT \geq 10 mm ou IGRA positivo/ indeterminado	
15 pontos	15 pontos	10 pontos	10 pontos	5 pontos
Assintomático ou com sintomas há menos de 2 semanas 0 pontos	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo por menos de 2 semanas 5 pontos	Ocasional ou negativo	PT $<$ 5 mm ou IGRA não reagente	Peso \geq percentil 10
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos -10 pontos	Radiografia normal - 5 pontos	0 ponto	0 ponto	0 ponto

Fonte: Tuberculose pulmonar em crianças menores de 10 anos- nota informativa PMCT 02/2024

Interpretação do Quadro:

- 40 pontos (diagnóstico muito provável): recomenda-se iniciar o tratamento da TB.
- 30 a 35 pontos (diagnóstico possível): indicativo de TB, orientar-se iniciar o tratamento a critério médico.
- < 25 pontos (diagnóstico POUCO provável): deve-se prosseguir com investigação na criança. Deverá ser feito diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares e podem ser empregados métodos complementares de diagnóstico, como baciloskopias e cultura de escarro induzido ou de lavado gástrico, broncoscopia, histopatológico de punções e outros exames de métodos rápidos.

Todos os exames preconizados nos protocolos institucionais podem ser solicitados pelos enfermeiros para o rastreamento e tratamento da doença, com compartilhamento de cuidados com o médico.

A PT deve ser utilizada para rastreamento de contato com a micobactéria, independentemente 2,4 do tempo de vacinação pela BCG. Em resultados maiores ou iguais a 5mm, a PT deve ser considerada positiva e naqueles menores que 5 mm deve ser considerada negativa. No resultado negativa da PT, deve-se repetir o exame em 8 semanas para avaliação de conversão da PT (incremento de pelo menos 10 mm no resultado anterior).

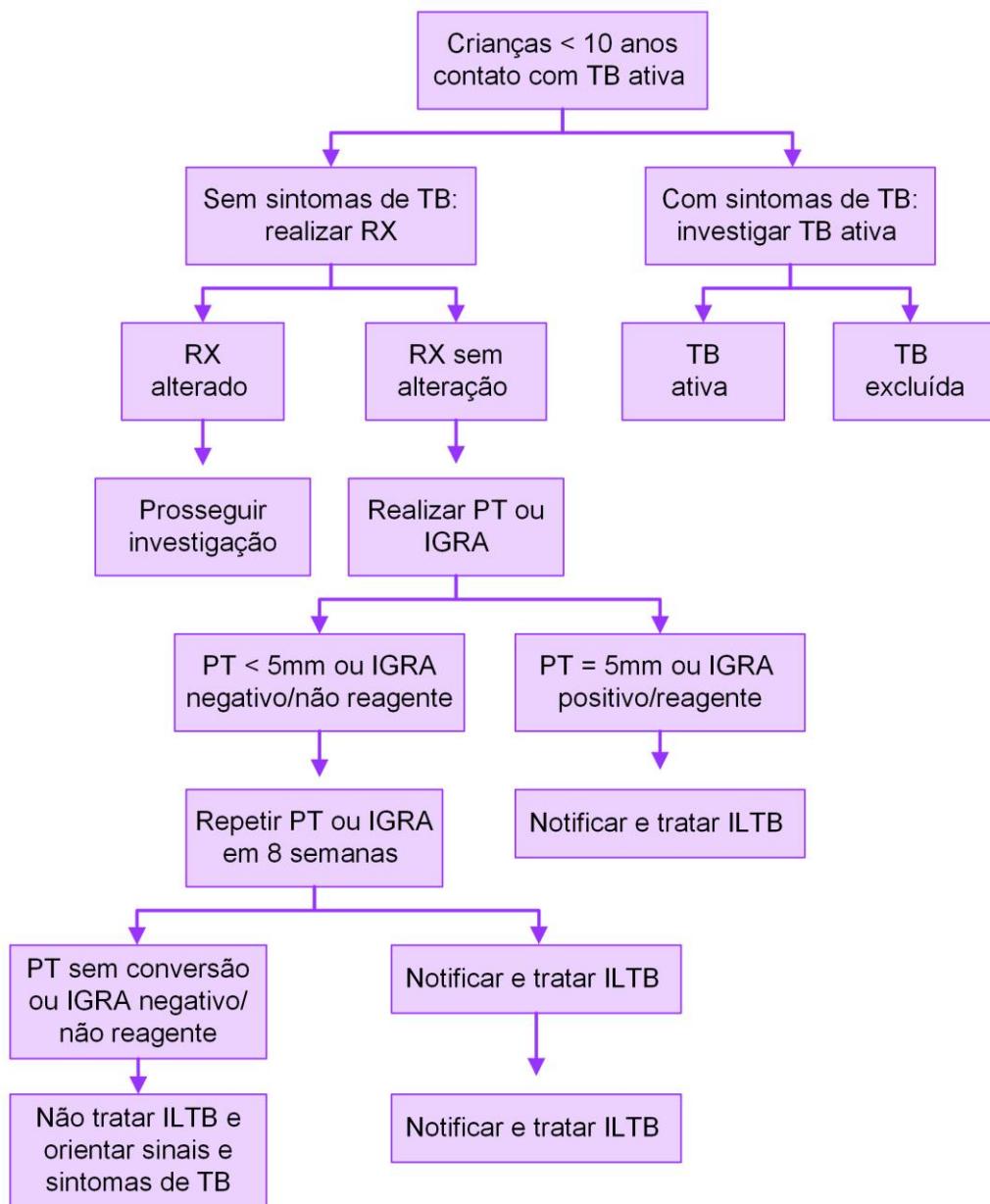
Em crianças maiores de 2 anos e menores de 10 anos pode-se realizar o IGRA no lugar da PT. A presença de IGRA positivo indica infecção por micobactéria (não significa doença!)

O exame de escarro é difícil de ser realizado em crianças devido a dificuldade de expectorarem e da característica de serem paucibacilares. Alternativas para a obtenção de material para análise são: aspirado nasofaríngeo, lavado gástrico, fezes, lavado bronco-alveolar e escarro induzido.

O resultado do teste molecular rápido (TRM-TB) com resultado de detecção de traços deve ser considerado positivo em crianças menores de 10 anos e deve ser iniciado o tratamento para TB.

Para o tratamento de ILTB, deve ser descartada doença ativa na criança.

Algoritmo para o diagnóstico de ILTB em crianças menores de 10 anos



Fonte: Nota informativa 02/2024 - Tuberculose pulmonar em crianças menores de 10 anos

Tratamento

O tratamento da TB na criança (menor de 10 anos) é feito com 3 drogas (Rifampicina/ Isoniazida/ Pirazinamida) na fase intensiva e 2 drogas (Rifampicina/ Isoniazida) na fase de manutenção.

Atualmente, o Município de São Paulo possui o tratamento em forma de comprimidos dispersíveis com diluição em água. Esses comprimidos têm um sabor mais agradável ao paladar, facilitando a administração. O Etambutol não é indicado

para tratamento em crianças menores de 10 anos devido à possibilidade de ocorrência da neurite óptica como efeito colateral e seu difícil diagnóstico em crianças.

Orientamos consultar a Nota de Tuberculose pulmonar em crianças menores de 10 anos.

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/vigilancia_em_saud_e/Nota%20Informativa%2002_2024%20.pdf

8.2 Criança exposta ao HIV

A Política de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNASC 1 inclui entre seus eixos, vigilância e prevenção da mortalidade infantil e atenção à saúde do recém-nascido. As recomendações do Ministério da Saúde (MS) contidas neste Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes buscam contribuir para a sobrevivência, qualidade de vida das crianças vivendo com HIV (CVHA), assim como, para o cumprimento dos compromissos do país diante das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2015-2030 (ODS) das Nações Unidas.

Apesar de menos frequente, o risco de transmissão vertical ainda existe, inclusive pelo aleitamento materno, por mulheres previamente diagnosticadas ou que se infectaram pelo HIV durante o período de aleitamento. Ressalta-se que o aleitamento materno por mulheres vivendo com HIV está contraindicado, mesmo quando elas estiverem estáveis, em uso regular de TARV e com carga viral de HIV (CV-HIV) indetectável. (PCDT MS 2023).

A suspeita da infecção pelo HIV deve partir do vínculo epidemiológico (exposição ao HIV na gestação, parto ou aleitamento materno) ou ser sempre considerada em crianças de todas as faixas etárias que apresentem as manifestações descritas abaixo, independente do diagnóstico materno.

Principais sinais, sintomas e alterações laboratoriais da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes

- ✓ Infecções recorrentes de vias aéreas superiores, inclusive sinusite ou otite;
- ✓ Linfadenomegalia generalizada, hepatomegalia e/ ou esplenomegalia;
- ✓ Parotidite recorrente;
- ✓ Pneumonias de repetição;

- ✓ Monilíase oral persistente;
- ✓ Diarreia recorrente ou crônica;
- ✓ Déficit ponderal e de estatura;
- ✓ Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor;
- ✓ Febre de origem indeterminada;
- ✓ Púrpura trombocitopênica idiopática;
- ✓ Anemia;
- ✓ Linfopenia;
- ✓ Trombocitopenia.

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em crianças e adolescentes - módulo 1 - diagnóstico, manejo e acompanhamento de crianças expostas ao hiv - 2024

Todos os casos de HIV ou de aids e de crianças expostas ao HIV podem ser notificados por qualquer profissional de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados.

As crianças expostas que tiverem o diagnóstico da infecção pelo HIV confirmado permanecem em cuidado compartilhado com a Assistência especializadas (SAE) ao passo que as crianças expostas e não infectadas poderão ser acompanhadas em serviços de atenção primária. Recomenda-se que estas realizem acompanhamento periódico anual com especialista até o final da adolescência, devido à exposição ao HIV e aos ARV.

Em crianças com idade inferior ou igual a 18 meses, o diagnóstico da infecção pelo HIV não deve ser realizado pela detecção de anticorpos anti-HIV3. Para o diagnóstico em crianças com idade inferior ou igual a 18 meses, são disponibilizados, nos serviços especializados, os exames de carga viral do HIV e de DNA pró-viral do HIV. O cuidado deve ser compartilhado com o SAE para diagnóstico e acompanhamento.

Hemograma completo

O evento adverso hematológico mais comum é a anemia relacionada ao uso de zidovudina, geralmente com resolução espontânea entre três e seis meses após a suspensão do medicamento. As alterações hematológicas podem ser mais intensas quando há exposição a esquemas mais complexos e com duração mais longa. O uso de zidovudina também pode acometer outras séries hematológicas, como neutrófilos, linfócitos e plaquetas. A neutropenia e a linfopenia, quando ocorrem, tendem a ser mais prolongadas que a anemia.

8.3 Criança com toxoplasmose congênita suspeita ou confirmada

A toxoplasmose é uma doença infecto parasitária causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, que incide globalmente e apresenta alta prevalência no território brasileiro (MS 2022). As mães dessas crianças geralmente não apresentam manifestações clínicas sugestivas da infecção durante a gestação e a maioria das crianças infectadas, cerca de 90%, não apresenta sintomas ao nascimento. Como o diagnóstico clínico do binômio mãe/filho é difícil e o tratamento precoce da criança com toxoplasmose congênita (pré-natal e/ou pós-natal) está associado a menor número e gravidade das sequelas, faz-se necessário utilizar o rastreamento da gestante e da criança suspeitas.

As manifestações da toxoplasmose congênita podem surgir ao nascimento, durante a infância, ou até vários anos mais tarde (nesses casos, geralmente a retinocoroidite). Sendo assim, sugere-se que os lactentes nascidos de mães com comprovada ou provável infecção toxoplasma sejam monitorados, no mínimo, por um ano, com avaliação clínica (incluindo avaliação oftalmológica e neurológica) e testes sorológicos periódicos, para diagnosticar e tratar a infecção o mais cedo possível.

O enfermeiro deve estar atento aos resultados dos exames no teste do pezinho, em tempo oportuno, para embasamento das condutas de enfermagem no atendimento do RN. O Teste do Pezinho é parte do Programa de Testagem Neonatal (PNTN) e rastreia uma série de doenças e condições congênitas que, identificadas no início da vida, podem fazer a diferença nos índices de mortalidade infantil e no desenvolvimento saudável da criança.

Exames para acompanhamento da toxoplasmose congênita suspeita ou confirmada

Idade	Exames
3º dia de vida	Solicitar hemograma semanal para monitoramento de neutropenia reversível decorrente da pirimetamina, manter acompanhamento semanal no primeiro mês, e posteriormente controle mensal Tempo de Protrombina
1ª semana de vida	Hemograma, Tempo de Protrombina, TGO, TGP, Ureia, Creatinina
1º mês de vida	Se investigação inicial normal : Solicitar sorologias IgM e IgG Se RN com toxoplasmose congênita: avaliar se houver estabilização do nível de neutrófilos, espaçar coleta de hemograma para quinzenal por mais dois meses, caso contrário manter coleta semanal. Caso hemogramas normais, seguir acompanhamento mensal

Idade	Exames
2º mês de vida	Hemograma mensal
3º mês de vida	Verificar resultado de sorologia colhida no primeiro mês; observar queda progressiva nos títulos de IgG até negativação; se duas sorologias subsequentes negativas, considerar criança não infectada e finalizar investigação; se estabilização ou aumento dos títulos de IgG, considerar criança infectada.
4º mês de vida	Hemograma mensal
5º mês de vida	Caso seja investigação inicial normal, títulos de IgG decaindo e ainda não negativos em duas sorologias subsequentes: Solicitar nova sorologia IgM e IgG para toxoplasmose
7º mês de vida	Caso seja investigação inicial normal, títulos de IgG decaindo e ainda não negativos em duas sorologias subsequentes: Solicitar nova sorologia IgM e IgG para toxoplasmose
8º mês de vida	Hemograma mensal
9º mês de vida	Caso seja investigação inicial normal, títulos de IgG decaindo e ainda não negativos em duas sorologias subsequentes: Solicitar nova sorologia IgM e IgG para toxoplasmose
10º mês de vida	Hemograma mensal
11º mês de vida	Hemograma mensal
12º mês de vida	Hemograma mensal
18º mês de vida	Sorologias IgM e IgG para confirmar soronegativação

Fonte: Adaptado de Vigilância e Assistência de casos suspeitos, prováveis e confirmados de Toxoplasmose Gestacional e Congênita em gestantes, puérperas e recém-nascidos, do Município de São Paulo, 2023;

8.4 Criança exposta ao vírus da hepatite B (mãe com sorologia HbsAg reagente no pré-natal ou hepatite B crônica)

A infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) é muito comum e representa um grave problema de saúde pública, no Brasil e no mundo, devido à sua elevada morbidade e mortalidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 257 milhões (3,5% da população global) o número de pessoas vivendo com infecção crônica pelo HBV e em 900 mil o número de mortes causadas por esse vírus em 2015.

A prevenção da transmissão vertical do HBV é realizada de forma estratégica para evitar que pessoas com infecção pelo HBV transmitam o vírus para seus filhos durante o parto ou gestação. As três estratégias farmacológicas são:

- Tenofovir (TDF) profilático, iniciado idealmente entre 24 e 28 semanas de gestação, caso a gestante seja HBsAg reagente e cumpra critérios para profilaxia com antiviral.
- Vacinação de todos os recém-nascidos para hepatite B, independentemente do status HBsAg materno, com a primeira dose aplicada preferencialmente nas primeiras 24 horas de vida.
- IGHAHB nas primeiras 12 a 24 horas após o nascimento nos recém-nascidos de mãe com HBsAg reagente.

Independentemente do uso de profilaxia ou de tratamento antiviral durante a gestação e/ou o puerpério, devem-se monitorar elevações dos níveis de ALT em todas as mulheres com HBsAg reagente. Recomenda-se realizar dosagem mensal de ALT nos primeiros três meses e aos seis meses após o parto e, posteriormente, manter o monitoramento de rotina de acordo com cada situação clínica.

Os lactentes expostos ao HBV devem ser testados para HBsAg e anti-HBs um a dois meses (até seis meses) após a última dose da vacina e a partir dos 9 meses de idade, caso tenham recebido IGHAHB no pós-parto imediato. Quando a IGHAHB não tiver sido utilizada, avaliar HBsAg e anti-HBs um a dois meses após a última dose do esquema vacinal.

A amamentação por mães com HBsAg reagente não é contraindicada, independentemente do uso de antiviral, desde que não haja lesão da mama nem coinfecção com HIV, devendo-se assegurar a imunoprofilaxia dos neonatos/lactentes.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

Exames para o monitoramento da exposição ao vírus da Hepatite B

Idade	Exames
6º mês de vida	Solicitar HBsAg, é indica sua realização após os seis meses de idade e, no mínimo, após 30 dias da dose de vacina de hepatite B. após 30 dias da dose de vacina de hepatite B, haja vista que a vacina contra hepatite B possui antígeno de superfície recombinante, pode haver elevação transitória do HBsAg, sem significar infecção crônica
Entre 9º - 12º mês de vida	HBsAg e anti-HBs, solicitar para filhos de Filhos de mães HBsAg reagente que receberam imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), realizar entre 30 a 60 dias após a última dose vacinal. Em caso de não terem recebido a imunoglobulina, realizar os testes HBsAG e anti-HBs entre 30 a 60 dias após a última dose vacinal
18º mês de vida	Solicitar HBsAg, anti-HBc e anti-HBs

Fonte: Adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2022

- Crianças nascidas de mães HBsAg reagente e que não se infectaram pelo HBV podem apresentar anti-HBc detectável por até 24 meses após o nascimento por aquisição passiva de anticorpos maternos.

No caso de HBsAg reagente:

Situação	Exames
HBsAg Reagente	Solicitar dosagem de HBeAg, CV-HBV e dosagem sérica de ALT/AST, CV-HBV-DNA, HBeAg

Fonte: Adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2022

8.5 Criança exposta ao vírus da hepatite C (mãe portadora de hepatite C)

Idade	Exames
3º mês de vida	Realizar teste molecular (CV-HCV-RNA)
18º mês de vida	Se teste molecular (CV-HCV-RNA) no 3º mês de vida não detectável realizar: - Teste anti-HCV, Se Anti-HCV não reagente: descartada a infecção pelo HCV Se teste molecular (CV-HCV-RNA) no 3º mês de vida detectável, realizar Teste anti-HCV e CV-HCV-RNA, tendo o resultado como: - Anti-HCV reagente e CV HCV-RNA não detectável: clareamento espontâneo do HCV - Anti-HCV não reagente e CV HCV-RNA não detectável: descartar TV-HCV - Anti-HCV reagente e CV HCV-RNA detectável: seguimento como criança com hepatite C

Fonte: Adaptado de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2022

REFERÊNCIAS BILIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes: Módulo 1: Diagnóstico, manejo e acompanhamento de crianças expostas ao HIV [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdt/HIV_Criana_Modulo_1_2024_e.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 692 p.: il.
3. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
4. SÃO PAULO (Município). Nota técnica sobre a toxoplasmose gestacional: vigilância e assistência de casos suspeitos, prováveis e confirmados de toxoplasmose gestacional e congênita em gestantes, puérperas e recém-nascidos. São Paulo, 2023. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/nota_tecnica_toxoplasmose_gestante_rn_04_01_23.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Hepatite B e Coinfecções [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

Capítulo 9 - ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE BUCAL NA INFÂNCIA

O cuidado com a saúde bucal da gestante e bebê inicia-se com o compartilhamento de cuidados com a Equipe de Saúde Bucal (ESB), para inicio do Pré Natal Odontológico (PNO). A ESB composta pelo CD, Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnico de Saúde Bucal (TSB) deverão realizar orientações sobre o auto cuidado referente a higiene oral, ingestão de alimentos açucarados que poderão influenciar no futuro paladar do bebê, orientações sobre o aleitamento materno o qual irá auxiliar no desenvolvimento orofacial da criança e os cuidados com o seu bebê ao nascer, como com a higiene oral através de gaze embebida em água filtrada.

A primeira consulta odontológica do bebê deve ser feita entre o nascimento do primeiro dente (geralmente a partir dos 6 meses) e os 12 meses de idade.

Para bebês em fase de erupção dos dentes incisivos recomenda-se uso de escova de dente massageadora ou escova de dente infantil, com a pasta fluoretada, duas vezes ao dia. Já para crianças em fase de erupção de molares recomenda-se, além da escovação, o uso do fio dental.

Nos casos de crianças que já conseguem escovar os próprios dentes, os pais deverão complementar esta higienização até que a criança tenha habilidade bem desenvolvida.

A higiene oral deve ser realizada com pasta fluoretada (1100 ppm de flúor) a partir da presença do primeiro dente decíduo, friccionando cuidadosamente os dentes (Guia de Recomendações para o uso de fluoretos no Brasil – MS, link <file:///C:/Users/d568087/Downloads/Guia%20de%20recomenda%C3%A7%C3%B5es%20para%20o%20uso%20de%20fluoretos%20no%20Brasil.pdf>).

Para crianças que ainda não sabem cuspir, recomenda-se quantidade de pasta dental equivalente a um grão de arroz, em torno de 0,1g, e para crianças que já sabem cuspir, quantidade equivalente a um grão de ervilha (0,3g) sempre sob supervisão e monitoramento de adulto evitando ingestão involuntária pela criança em idade pré escolar.

De modo geral, deve-se evitar as mamadas na madrugada com mamadeiras açucaradas para crianças maiores de um ano, pois a oferta inoportuna de alimentos desencadeia risco de aspiração, obesidade e “cárie de mamadeira”, de difícil tratamento e controle.

Em crianças com DF, pode haver atraso no desenvolvimento da dentição, periodontite, hipoplasia (diminuição de tecidos orgânicos) e opacidades dentárias (esmalte do dente não translúcido), especialmente em molares. A atenção bucal em DF está normatizada no SUS, na publicação Doença Falciforme: saúde bucal prevenção e cuidado (BRASIL, 2014).

9.1. Monilíase Oral (CIAP - S75 Monilíase oral)

Conhecida como “sapinho” a Candidíase ou a Monilíase Oral é infecção fúngica na mucosa oral causada pelo fungo Cândida albicans, caracterizada por manchas brancas na superfície da mucosa labial e bucal, língua e palato mole. As lesões desenvolvem e formam placas confluentes que se assemelham a “coalhada de leite” que podem ser facilmente removidas com uma espátula ou uma gaze revelando uma base eritematosa por baixo ou lesões avermelhadas como aftas.

É uma infecção oportunista pois depende do sistema de defesa da criança, que por vezes pode não estar suficientemente forte ou desenvolvido para combater estes microorganismos fúngicos.

A infecção pode ocorrer pelo bico do seio da mãe ou algum objeto que a criança levou à boca e estes estarem infectados, assim, a higienização é fundamental.

Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem na monilíase oral - CIPE

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Membrana Mucosa Oral (ou Bucal), Prejudicada	Melhora das lesões na mucosa oral	Orientações para família: Antes de manipular a criança realizar a higiene das mãos com água e sabão Realizar higiene oral meticulosa (escovar dentes e língua 4x ao dia); em caso de bebês a higiene deverá ser realizada com gaze úmida em água filtrada Evitar o uso de chupeta ou mamadeira Esterilizar as mamadeiras, chupetas e objetos de mordedura (após cada uso) Evitar beijo próximo aos lábios Manter as fraldas e roupas íntimas limpas e secas

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
		Secar bem as dobras do corpo do bebê /criança após o banho
Risco de Ingestão de Alimentos, Insuficiente (ou Deficitária)	Ingesta alimentar adequada para idade	Orientações para família: Manter a oferta de líquidos Oferecer alimentos em consistência pastosa Não oferecer alimentos ácidos e com consistência de difícil mastigação
Risco de infecção	Ausência de infecção	Orientar a higiene das mãos com água e sabão (mãe e criança) Avaliar as mamas da mãe cuja criança está em aleitamento humano e proceder tratamento adequado. Avaliar a região perineal da criança que apresenta monilíase oral, e tratar se necessário. Retorno para consulta de enfermagem após o tratamento, ou se não apresentar melhora.

Fonte: CIPE 2019

Prescrição – Monilíase oral

Bebê	Nistatina suspensão oral 100.000UI/mL	Prescrever 1,0 ml na mucosa oral quatro vezes ao dia por sete dias, colocar uma metade da dose em cada lado da boca. Manter o esquema por dois dias, no mínimo, após o desaparecimento dos sintomas
------	---------------------------------------	--

9.2. Estomatite (CIAP - D20 Sinais/sintomas da boca/língua/lábios; S01 Dor/sensibilidade dolorosa da pele)

É uma inflamação da mucosa oral de etiologias diversas provocada por fungos, vírus, bactérias, agentes tóxicos, traumas, deficiência de vitaminas do complexo B e C e outras. Trata-se de um processo inflamatório difuso, ou seja, que se espalha por toda mucosa da boca, com presença de inchaço, vermelhidão e/ou aftas, podendo ou não ter febre, ocasionando dor e dificuldade para se alimentar.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Membrana Oral (ou bucal), Prejudicada	Melhora das lesões na mucosa oral	Orientações para família:

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Risco de Ingestão de Alimentos, Insuficiente (ou Deficitária) Risco de Desidratação	Ingesta alimentar adequada para idade Hidratação adequada para idade	Antes de manipular a criança realizar a higiene das mãos com água e sabão Realizar higiene oral meticulosa (escovar dentes e língua 4x ao dia); em caso de bebês a higiene deverá ser realizada com gaze úmida em água filtrada Evitar o uso de chupeta ou mamadeira Esterilizar as mamadeiras, chupetas e objetos de mordedura (após cada uso) Evitar beijo próximo aos lábios Manter a oferta de líquidos Oferecer alimentos saudáveis em consistência pastosa Não oferecer alimentos ácidos e quentes Atentar para sinais de desidratação Orientações para família: Manter a oferta de líquidos Procurar o serviço de saúde em casos de piora do estado geral

Fonte: CIPE 2019

9.3. Cárie dentária (CIAP - D19 Sinais/sintomas dos dentes/gengivas)

Doença bacteriana causada pela interação de três fatores básicos: hospedeiro (dentes), microflora (bactérias – placa bacteriana) e substrato (restos alimentares). O resultado dessa interação é a cárie dentária.

Fatores de risco: Uso noturno de mamadeira adoçada (com açúcar, achocolatados ou mel), consumo excessivo de carboidratos, ausência de higiene oral e do creme dental com flúor.

Diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem na Cárie Dentária – CIPE

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Higiene oral prejudicada; Dentição prejudicada;	Dentição saudável Higiene oral adequada	Orientar higiene oral desde o nascimento, com os dedos envolvidos em gaze e água potável e após o nascimento do primeiro dente decíduo, usar escova macia;

Risco de infecção secundária;	Ausência de infecção	<p>Orientar a limpeza dos primeiros dentes com escova macia e pasta fluoretada (1.100 ppm de flúor) em quantidade mínima (para crianças que não sabem cuspir, recomenda-se a quantidade de um grão de arroz e para as que já sabem cuspir, o equivalente a um grão de ervilha);</p> <p>Explicar sobre a importância de escovar os dentes após ingestão de alimentos, em especial, após café da manhã, almoço, jantar e antes de dormir.</p> <p>Estimular o uso de fio dental após as grandes refeições.</p> <p>Orientar uso de escova individual e cuidados gerais, como guardá-las higienizadas e secas separadamente;</p> <p>Orientar os familiares quanto a importância de auxiliar, supervisionar e/ou realizar os cuidados com a higiene oral da criança;</p> <p>Escovar ou oferecer água após uso de antibióticos em formulação xarope.</p> <p>Oferecer alimentos duros: frutas que motivam a boa mastigação (ex: maçã, cenoura);</p> <p>Em casos de uso de chupeta lavá-la com água corrente e não com a própria saliva;</p> <p>Orientar para que não assopre os alimentos que serão oferecidos à criança</p> <p>Não compartilhar talheres;</p>
-------------------------------	----------------------	--

Fonte: CIPE 2019

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **BRASIL.** Ministério da Saúde. Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/publicacoes/guia-de-recomendacoes-para-o-uso-de-fluoretos-no-brasil.pdf/view>.
2. **CIPE.** CIPE - Português do Brasil. 4 ed. Setembro de 2019.
3. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Saúde da criança e do adolescente. 2. ed. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudedacriancaedoadolescente02012017.pdf>.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sapinho (candidose oral), candidíase ou moniliase. Portal da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/sapinho-candidose-oral-candidiase-ou-moniliase/>.

Capítulo 10 - IMUNIZAÇÃO NA INFÂNCIA

A vacinação é considerada uma das estratégias mais eficientes para redução da morbidade e mortalidade das doenças imunopreveníveis.

No Brasil, o Ministério da Saúde mantém o Programa Nacional de Imunizações PNI, criado em 1973 e regulamentado em 1975, para prevenção de importantes doenças transmissíveis como tuberculose, hepatite B, difteria, coqueluche, tétano, poliomielite, sarampo, caxumba, rubéola, infecções pelo Haemophilus influenzae tipo b, rotavírus, meningococo, pneumococo, vírus do papiloma humano (HPV), vírus influenza sazonal, varicela, hepatite A, febre amarela e covid-19.

Além das vacinas de rotina as crianças com doenças genéticas, como a doença falciforme podem necessitar de outras vacinas e/ou imunobiológicos especiais. Para consultar o Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais acesse: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-emanuais/2024/manual-dos-centros-de-referencia-para-imunobiologicos-especiais-6a-edicao>

Para a criança, procedimentos que incluem uso de agulhas, como as vacinas e a coleta de sangue, além de serem considerados dolorosos, são assustadores e podem desencadear manifestações como medo, desespero e resistência. Neste contexto indicamos algumas ações para tornar a experiência mais positiva, entre elas:

Ações para tornar a experiência da criança com a vacinação mais positiva

Seja honesta	Converse com a criança sobre o que poderá sentir. Contudo, reforce que a resposta a dor é algo individual e que cada criança sente diferente, algumas podem relatar dor, outras referem um aperto, uma pressão e outras mencionam não sentir nada. Todas as experiências devem ser valorizadas. Convide a criança a contar depois como foi para ela.
Concentre-se nos aspectos positivos	Explique como as vacinas os manterão saudáveis e protegidos e, dessa forma, estarão contribuindo para o bem maior de todos. Vacinados contra a COVID-19, também estarão ajudando a manter os amigos, os familiares, os professores e outras pessoas da comunidade seguras.
Forneça explicações adequadas ao nível de desenvolvimento	Pergunte o que sabem sobre a vacina, ouça atentamente e esclareça qualquer dúvida ou confusão que as crianças possam ter ouvido, quer sejam verdades ou informações falsas. Você pode organizar um grupo com as crianças para uma conversa enquanto esperam o momento da vacina.

Considerando o brinquedo terapêutico instrucional para aquelas que apresentarem medo exacerbado e resistência ao procedimento	Lembre-se que sessões de brinquedo terapêutico em grupo podem ser muito edificantes para as crianças. Você pode organizar uma estação com bonecos, brinquedos para distração, livros, folhetos e os materiais usados na vacina para que as crianças possam manipular, brincar e desmistificar conceitos errados enquanto aguardam sua vez. É recomendado que um profissional de enfermagem seja responsável por essa base educativa.
Envolva os pais e pergunte como o filho reage frente a situações potenciais de dor	Os pais devem ser instruídos e convidados a participar como parceiros na realização da melhor estratégia de distração, o que poderá aliviar a ansiedade deles e diminuir o medo e a dor das crianças. Profissionais e pais precisam definir previamente seus papéis para um cuidado colaborativo durante todo esse processo.
Forneça um ambiente seguro e confortável	Algumas crianças preferem sentar sozinhas na cadeira, outras no colo dos pais, segurar a mão de alguém em quem confie ou abraçar seu brinquedo de estimação. Se for o caso, envolva o brinquedo para mediar sua comunicação com a criança. Ofereça a opção da escolha e respeite a decisão. Contar com uma posição de conforto irá deixá-la mais segura e perceber-se no controle da situação.
Durante o preparo da vacina, convide os pais para acompanharem todo o processo.	Após ordenar os materiais para aplicação (swab ou algodão, seringa, agulha e bandagem/curativo), retire o frasco da geladeira ou caixa térmica próprias para vacina e apresente aos pais/responsáveis o laboratório e a validade. A seguir, aspire a vacina na frente dos mesmos, mostrando claramente a seringa preenchida e, após a aplicação, a seringa vazia. Entretanto, não se distraia da criança, caso fique sem atenção poderá se sentir ainda mais ansiosa.
Na hora do procedimento, evite surpresas.	Ofereça explicações antecipadas. Explique a necessidade do uso do álcool, o que irá sentir (algo frio na pele e cheiro de limpeza). Em seguida, avise o que irá fazer a vacina e o que ele pode fazer nesse momento para ajudá-lo, como concentrar-se em manter o braço parado e acionar a distração juntos.
Use a distração como medida não farmacológica.	Envolva os pais. Ensine a criança a respirar fundo e expirar, imaginando soprar a vela, uma flor ou um catavento. Escolha uma música, cantem juntos ou brinquem de contar até 10. Seja criativo, a distração permite que você possa criar algo entre você, a criança e os pais e sejam beneficiados com empatia, diminuição de dor, ansiedade e medo. E ainda, ao usar a distração você pode impactar de forma positiva a percepção da criança sobre a dor que a acompanhará para o resto da vida.
Ao final, elogie e reforce os comportamentos positivos da criança. Qualquer tentativa de ajuda e de autocontrole devem ser valorizadas pelos profissionais. Os elogios da equipe e dos pais contribuem para que experiências futuras sejam menos traumáticas.	

Fonte: Sociedade Brasileira dos Enfermeiros Pediatras. Posição da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras sobre a vacinação infantil contra a COVID-19. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2022;22:eSOBEP2022005.

Para maiores informações sobre o calendário vacinal atualizado, consulte este link:

https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/vacinacao/360658

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Imunizações (PNI). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pni#:~:text=Em%201973%20foi%20formulado%20o,pela%20reduzida%20%C3%A1rea%20de%20cobertura>
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DOS ENFERMEIROS PEDIATRAS. Posição da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras sobre a vacinação infantil contra a COVID-19. Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica, v. 22, eSOBEP2022005, 2022. Disponível em: https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-22-eSOBEP2022005/2238-202X-sobep-22-eSOBEP2022005.x79680.pdf
3. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Norma técnica do Programa de Imunização. São Paulo: CVE, 2021. 75 p. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/imunizacao/2021/norma_de_imunizacao_2021_2.pdf

Capítulo 11 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Segundo o Ministério da Saúde, que segue a convenção da Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende o período entre os 10 e 19 anos 11 meses e 29 dias; delimitando a juventude como o período de 15 a 24 anos.

Para fins legais da infância e da adolescência, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança a pessoa de até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Enquanto o começo da adolescência é verificado, principalmente, pelo início da puberdade, a delimitação do final da adolescência se mistura com o começo da juventude.

A adolescência compreende o período de transição, o qual é marcado por repletas e intensas mudanças físicas, emocionais, cognitivas e sociais. Um dos princípios norteadores das ações voltadas à saúde dos adolescentes e jovens, na comunidade, é que eles precisam ser entendidos como sujeitos e protagonistas de sua individualidade.

Período da Adolescência:

Entre os 10 e 19 anos 11 meses e 29 dias. Juventude de 15 a 24 anos.

Para fins legais: entre 12 e 18 anos (ECA).

*Marcado por repletas e intensas mudanças físicas, emocionais, cognitivas e sociais.

Atendimento ao Adolescente

O atendimento ao adolescente abrange ações Interdisciplinares, Intersetoriais e Interinstitucionais, voltadas para a prevenção e promoção da saúde, para o atendimento local e para o encaminhamento de situações e problemas específicos.

Deve-se sempre levar em conta, dentre outras variáveis, o processo de crescimento e desenvolvimento próprios da adolescência, e a vulnerabilidade do adolescente a inúmeros agravos físicos, psíquicos e sociais.

Um dos grandes desafios que as equipes de atenção primária possuem é vincular o adolescente a unidade de saúde e, por isso, é de grande importância saber cativar estes adolescentes, e desenvolver estratégias complementares (como: parcerias com escolas, espaços frequentados por eles, assim como teleatendimento,

expansão de horários, e entre outros) visando promover uma melhor qualidade de saúde e garantir o direito à saúde como um direito humano fundamental.

É importante ressaltar que a Atenção Primária é porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços, segundo a Política Nacional de Atenção Primária (PNAB). Portanto, adolescentes que realizam acompanhamento na Atenção Especializada, devem ser acompanhados, em conjunto, com sua equipe de ESF.

Um dos princípios norteadores das ações voltadas à saúde dos adolescentes e jovens na comunidade é que eles precisam ser entendidos como sujeitos e protagonistas de sua individualidade. Nesse sentido, destacam-se como objetivos no cuidado integral de adolescentes e jovens: Promover Atenção Integral à Saúde Adolescentes e Jovens; Reduzir a morbimortalidade desse segmento populacional; Evitar situações de violação de direitos humanos, prevenir violências e promover atenção psicossocial de adolescentes e jovens

São pressupostos para o atendimento de adolescentes no âmbito da Atenção Primária à Saúde:

- Adolescentes devem ser prioridade nas políticas públicas, visto que a qualidade do seu desenvolvimento deve ser considerada condição fortalecedora para que alcancem pleno potencial enquanto adultos;
- Os hábitos e comportamentos dos adolescentes podem determinar o nível de exposição a riscos durante essa fase e interferir também em sua saúde na vida adulta, o que reforça a importância do acompanhamento profissional de modo longitudinal;
- A condição de prioridade dos adolescentes, aplicada ao contexto dos serviços de saúde, implica na garantia de acesso e atenção integral a esse público, inclusive observando para que as características desse ciclo de vida não repercutam em desassistência;
- No Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é a esfera do cuidado que lida diretamente com as condições para o desenvolvimento dos adolescentes. Isso acontece devido aos atributos de sua atuação;

Garantir o acesso de pessoas jovens à APS é uma responsabilidade compartilhada entre gestores e profissionais, enquanto integrantes do Sistema de Garantia de Direitos (SGD), para promoção do crescimento e desenvolvimento saudável de adolescentes;

Embora os adolescentes não sejam legalmente responsáveis como adultos, essas pessoas têm o direito de buscar serviços de saúde e merecem proteção especial devido à sua fase de desenvolvimento.

11.1. Consulta de Enfermagem do Adolescente

A consulta de Enfermagem deve ser organizada e registrada conforme as cinco etapas do Processo de Enfermagem. (COFEN. Resolução nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 jan. 2024. Seção 1, p. 78.)

Considere que em algumas situações o adolescente não tem conhecimento do motivo de estar na consulta ou vai à consulta contra a própria vontade, pois foi levado por algum familiar, sem ter participado desta decisão. Nestes casos, os adolescentes podem reagir sem querer se comunicar ou incitando conflitos, o que requer habilidade do enfermeiro no manejo de cada situação.

Segundo o Parecer Coren São Paulo 003/2018, o adolescente entre 12 e 18 anos pode ser atendido sozinho. Situações em que deve ser avaliado se o adolescente pode ser atendido sozinho: déficit intelectual do usuário, que o incapacite responder; distúrbios psiquiátricos graves ou mesmo o próprio desejo do adolescente em não ficar sozinho com o profissional.

Quadro de Orientações aos profissionais para o atendimento do adolescente

Orientações aos profissionais para o atendimento do adolescente	
Atendimento individual de adolescentes desacompanhados	Adolescentes que chegam acompanhados pelos responsáveis à UBS
Atenda suas necessidades urgentes. O profissional de saúde pode solicitar a presença de outro membro da equipe para maior segurança no atendimento ou para manejo do caso, além disso fica a seu critério compartilhar o caso nos espaços como reuniões de equipe e matriciamento, salvaguardado o sigilo profissional;	Se a sugestão de atendimento individual não for acolhida, encoraje o adolescente a ser protagonista de seu próprio cuidado. Nesse caso, evite falar sobre ele como se estivesse ausente e valorize seu papel principal;
Avaliar se o adolescente tem condições de refletir sobre a situação que motiva a sua procura pelo atendimento;	Sugira a opção de atendimento sem acompanhantes, incentivando a autonomia e cidadania;

Orientações aos profissionais para o atendimento do adolescente	
Atendimento individual de adolescentes desacompanhados	Adolescentes que chegam acompanhados pelos responsáveis à UBS
Registre no prontuário do adolescente a procura desacompanhada para fins de monitoramento da situação.	Aproveite todas as oportunidades para abordar integralmente a sua saúde, inclusive a atualização vacinal.

Adaptação da linha de cuidado da Saúde do Adolescente e Jovens, Ministério da Saúde

- O adolescente precisa sentir-se seguro e respeitado pelo profissional, o qual não deve ser normativo ou emitir juízo de valor sobre questões abordadas na consulta e manter-se atento a todas as informações, queixas e necessidades do adolescente. Deve-se abordar temas de interesse do adolescente, estimulando-o desta forma a expor suas necessidades e angústias, esclarecendo dúvidas e estabelecendo o vínculo.
- É importante respeitar a singularidade de cada um, considerando sempre as especificidades relativas à idade, ao gênero, à orientação sexual, à raça, à etnia, ao meio familiar, às condições de vida, à escolaridade, ao trabalho, dentre outros aspectos, abordando sempre o adolescente em sua integralidade.
- Incentivar a autonomia progressiva do adolescente na gestão da sua saúde e bem-estar, incluindo o autocuidado e a tomada de decisões responsáveis.
- Sugere-se que a primeira consulta de enfermagem possa ser dividida em duas etapas, não necessariamente no mesmo dia, a fim de fortalecer a criação de vínculo entre adolescente e profissional.
- Deve-se pontuar ao usuário e família, que **a pessoa central da consulta é o adolescente**, deixando claro o caráter confidencial e seus direitos ao sigilo, o qual pode ser rompido, com sua ciência. Vide Quadro A sobre quebra de sigilo.
- Quando os riscos não forem imediatos, a quebra do sigilo deve ser acordada com o adolescente, para que ele se prepare e se fortaleça, e realize o diálogo com seus pais/responsáveis, podendo essa conversa ser mediada pelo profissional de saúde. O profissional de saúde deve apoiar e preparar o adolescente para esse momento, caso seja necessário.

Situações sobre quebra e manutenção de sigilo no atendimento ao adolescente.

Casos em que a quebra de sigilo se faz necessária	Manutenção do sigilo
Presença de qualquer tipo de violência interpessoal*: psicológica/moral, física, negligência/abandono, sexual**, tortura, e entre outros	Iniciação sexual (excluído os casos de violência) e de relacionamento afetivo (namoro, amizade, familiar, entre outros)
Uso escalonado (cada vez maior) de álcool e outras drogas; sinais de dependência química	Experimentação de psicoativos (sem sinais de dependência)
Presença de qualquer tipo de violência autoprovocada*: Autoagressão, Tentativa de Suicídio**. Ideações suicidas ou de fuga de casa; tendência homicida	Orientação sexual, conflitos com identidade de gênero
Gravidez; abortamento	Prescrição de contraceptivos (para adolescente com corresponsabilidade e compreensão para adesão)
Sorologia positiva de HIV (comunicar aos familiares e à parceria sexual)	IST (afastada violência sexual e desde que adolescente tenha corresponsabilidade e compreensão para adesão ao tratamento)
Não adesão a tratamentos, deixando o adolescente ou terceiros em risco	
Diagnóstico de doenças graves, quadros depressivos e outros transtornos do campo psíquico.	

*Violência interpessoal/autoprovocada devem ser notificadas compulsoriamente

**Violência sexual e tentativa de suicídio é de notificação imediata (em até 24 horas)

Quadro Adaptado: Sociedade Brasileira de Pediatria. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. 2019

Etapas da Consulta de Enfermagem com o Adolescente e Família

Avaliação de Enfermagem

Coleta de dados subjetivos: Anamnese

De maneira geral, nesta etapa é importante abordar como o adolescente está se sentindo em relação às mudanças corporais e emocionais pelas quais está passando, ao seu relacionamento com a família e com seus pares, a forma como utiliza as horas de lazer, as suas vivências anteriores no serviço de saúde, as expectativas quanto ao atendimento atual, a seus planos para o futuro e se conhece a os serviços de saúde, lazer, cultura, educação, entre outros, disponíveis na região.

Durante o atendimento o profissional de saúde pode utilizar ferramentas para desenvolver e aprimorar o vínculo com o adolescente e/ou família: Chamar o adolescente pelo nome; Valorizar as preocupações do adolescente e/ou da família, esclarecendo as suas dúvidas; Fornecer informações de fácil compreensão, considerando as especificidades culturais; Aprimorar o uso de momentos próprios

para ações educativas; Personalizar a orientação preventiva (utilizando perguntas abertas e sugestões com foco nas condições reais do adolescente e/ou família) Atentar-se à quantidade de informações fornecida e utilizar linguagem adequada;

Tópicos a serem abordados na coleta de dados subjetivos

- Motivo da consulta –nem sempre é uma patologia, mas uma situação ou agravo, por exemplo, queda no rendimento escolar, “timidez excessiva”;
- Histórico da situação atual e pregressa do paciente, incluindo agravos e doenças;
- Estado vacinal (verificar o cartão de imunizações);
- Dados da gestação, parto e condições de nascimento, e peso ao nascer;
- Condições de habitação, ambiente e rendimento escolar, exposição a ambientes violentos, uso de tecnologia da informática (tempo em celular, games, computador);
- Conhecer outros espaços por onde o adolescente transita e mantém relacionamentos interpessoais – escola, comunidade, grupos de jovens, e trabalho (normas adequadas do tipo e local, salubridade, não interferência na escola e remuneração).
- História familiar – refere-se à configuração, dinâmica e funcionalidade: com quem o adolescente mora, situação conjugal dos pais, consanguinidade, outros agregados na residência, harmonia ou situações conflituosas no ambiente;
- Relações sociais, grupo de iguais, bullying*, desenvolvimento afetivo, emocional e sexual;
- Hábitos alimentares (horário das refeições, quantidade e qualidade dos nutrientes, hábitos de guloseimas);
- Eliminações vesicais e intestinais;
- Higiene corporal e bucal;
- Saúde sexual e reprodutiva: aspectos relacionados aos comportamentos sexuais, gênero e orientação sexual; *
- Menarca, ciclo menstrual, espermarca, coitarca;
- Questionar o que o adolescente sabe e como faz uso de medidas preventivas para IST/AIDS, gravidez – métodos contraceptivos;
- Quantidade e qualidade de sono;
- Atividades físicas, lazer e culturais;
- Investigar situações de risco e vulnerabilidade a que os adolescentes se expõem: contato com drogas lícitas (álcool, tabaco, cigarro eletrônico, narguilés e ilícitas); ocorrência de acidentes; submissão a violências, entre outros; *
- Exposição às telas digitais – celulares, notebooks, televisão e videogames – tempo e qualidade do conteúdo - games, rede social
- Emoções (tristeza, melancolia), estratégias de enfrentamento (como lida com as frustrações, não se sentir compreendido, rejeições...), automutilação, ideação suicida, tentativa de suicídio; *

*Se o adolescente não estiver à vontade para responder, o profissional poderá postergar alguns tópicos para outro encontro.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. 2019.

Avaliação dos fatores de Risco e de Proteção na adolescência.

Fatores de Risco	Fatores de Proteção
1. Fatores Individuais	
<ul style="list-style-type: none"> • Genética: histórico familiar de doenças ou transtornos mentais. • Temperamento: personalidade ou traços individuais que podem predispor a comportamentos de risco. • Transtornos mentais: depressão, ansiedade, transtornos alimentares, entre outros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima e autoeficácia: confiança pessoal e crença na própria capacidade de enfrentar desafios. • Habilidades de enfrentamento: capacidade de lidar com o estresse, resolver problemas e tomar decisões saudáveis. • Resiliência: capacidade de se adaptar positivamente às adversidades e superar dificuldades.
2. Fatores Familiares	
<ul style="list-style-type: none"> • Disfunção familiar: conflitos, abuso, negligência, divórcio, má comunicação, falta de suporte emocional, entre outros. • Modelos parentais: comportamentos dos pais que podem ser prejudiciais, como abuso de substâncias e violências • Estilos de parentalidade: autoritário, punitivo, negligente e indulgente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio familiar: relações familiares positivas, comunicação aberta, apoio emocional, suporte parental, com regras claras e disciplina adequada • Estilo de parentalidade: autoritativo • Modelos parentais positivos: pais demonstram comportamentos saudáveis, valores positivos e habilidades de resolução de problemas.
3. Fatores Escolares	
<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades acadêmicas: baixo desempenho escolar, dificuldades de aprendizagem, entre outros. • Ambiente escolar: bullying, exclusão social, falta de apoio de professores ou colegas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sucesso acadêmico: realização escolar satisfatória e apoio de professores e colegas. • Ambiente escolar positivo: escolas seguras, inclusivas e que promovem o bem-estar emocional dos alunos.
4. Fatores Sociais e Comunitários	
<ul style="list-style-type: none"> • Influências sociais: pressão de grupo para comportamentos de risco, como uso de drogas, álcool, ou atividades criminosas. • Pobreza e desigualdade social: acesso limitado a recursos, oportunidades educacionais e apoio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rede de apoio social: amizades saudáveis e suporte de pares positivos. • Participação em atividades extracurriculares: envolvimento em esportes, clubes, voluntariado ou outras atividades construtivas. • Acesso a recursos da rede: programas de lazer, centros juvenis, serviços de saúde mental e assistência social.
5. Fatores Culturais e Ambientais	
<ul style="list-style-type: none"> • Normas culturais: expectativas sociais que podem influenciar comportamentos de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valores culturais positivos: normas culturais que promovem comportamentos saudáveis e respeito mútuo.

<ul style="list-style-type: none"> Acesso a serviços: dificuldade de acessar os cuidados de saúde, programas de prevenção e suporte psicológico. 	<ul style="list-style-type: none"> Ambiente comunitário seguro: Comunidades que oferecem um ambiente seguro e suporte para o crescimento saudável dos adolescentes.
6. Fatores Biológicos e Desenvolvimentais	
<ul style="list-style-type: none"> Maturação precoce: pode levar a comportamentos de risco, como atividade sexual precoce. Exposição a toxinas ambientais: Substâncias químicas ou poluentes que podem afetar o desenvolvimento físico e mental. 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento saudável: adequada nutrição, sono e exercício físico. Acesso a cuidados de saúde: Possibilidade de obter cuidados médicos e psicológicos quando necessário.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. 2018 e Sociedade Brasileira de Pediatria. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. 2019

Exame físico

Devem ser avaliados ou examinados:

<ul style="list-style-type: none"> Aspectos gerais (aparência física, postura, comportamento, pele, cabelos, unhas, etc);
<ul style="list-style-type: none"> Peso, altura, índice de massa corporal (utilizar gráficos e critérios da caderneta de Saúde do Adolescente do Ministério da Saúde)
<ul style="list-style-type: none"> Pressão arterial (deve ser mensurada pelo menos uma vez/ano e compará-las às curvas de pressão arterial para idade); • Acuidade visual com escala de Snellen.
<ul style="list-style-type: none"> Estado nutricional: história clínica, avaliação antropométrica, exames laboratoriais
<ul style="list-style-type: none"> Tireoide, cavidade oral, otoscopia;
<ul style="list-style-type: none"> Coluna Vertebral (atentar para alterações posturais);
<ul style="list-style-type: none"> Exame neurológico e mental;
<ul style="list-style-type: none"> A genitália deve ser avaliada ao final do exame físico, no próximo momento oportuno se paciente não permitiu, especialmente se houver queixa específica. O profissional deve ser habilitado para tal exame, evitando a exposição desnecessária do paciente.
<ul style="list-style-type: none"> Maturação sexual - utilizar critérios de Tanner (masculino e feminino)
<ul style="list-style-type: none"> Doença Falciforme: atentar ao surgimento de úlceras de pernas, tornozelos e problemas circulários.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. 2019.

11.2. Crescimento e Desenvolvimento Puberal

É na puberdade que se inicia o aparecimento das características sexuais secundárias: desenvolvimento dos pelos pubianos em ambos os性os, broto mamário no sexo feminino e aumento dos testículos no masculino.

A puberdade termina com o completo desenvolvimento físico, parada do crescimento, que se constata pela soldadura das cartilagens de conjugação dos ossos

longos e aquisição da capacidade reprodutiva, em vista do amadurecimento das gônadas.

Crescimento Pondero-Estatural

Os adolescentes durante a puberdade ganham cerca de 20% de sua estatura final e 50% de seu peso adulto. Dá-se o nome de estirão puberal ao rápido crescimento em estatura, característico desta fase.

Recomenda-se a avaliação antropométrica (peso, altura e avaliação nutricional) anualmente até o final da adolescência e com maior frequência se for detectado algum problema (baixa estatura, baixo peso, sobre peso e obesidade).

Maturação Sexual

Sexo Biológico Feminino

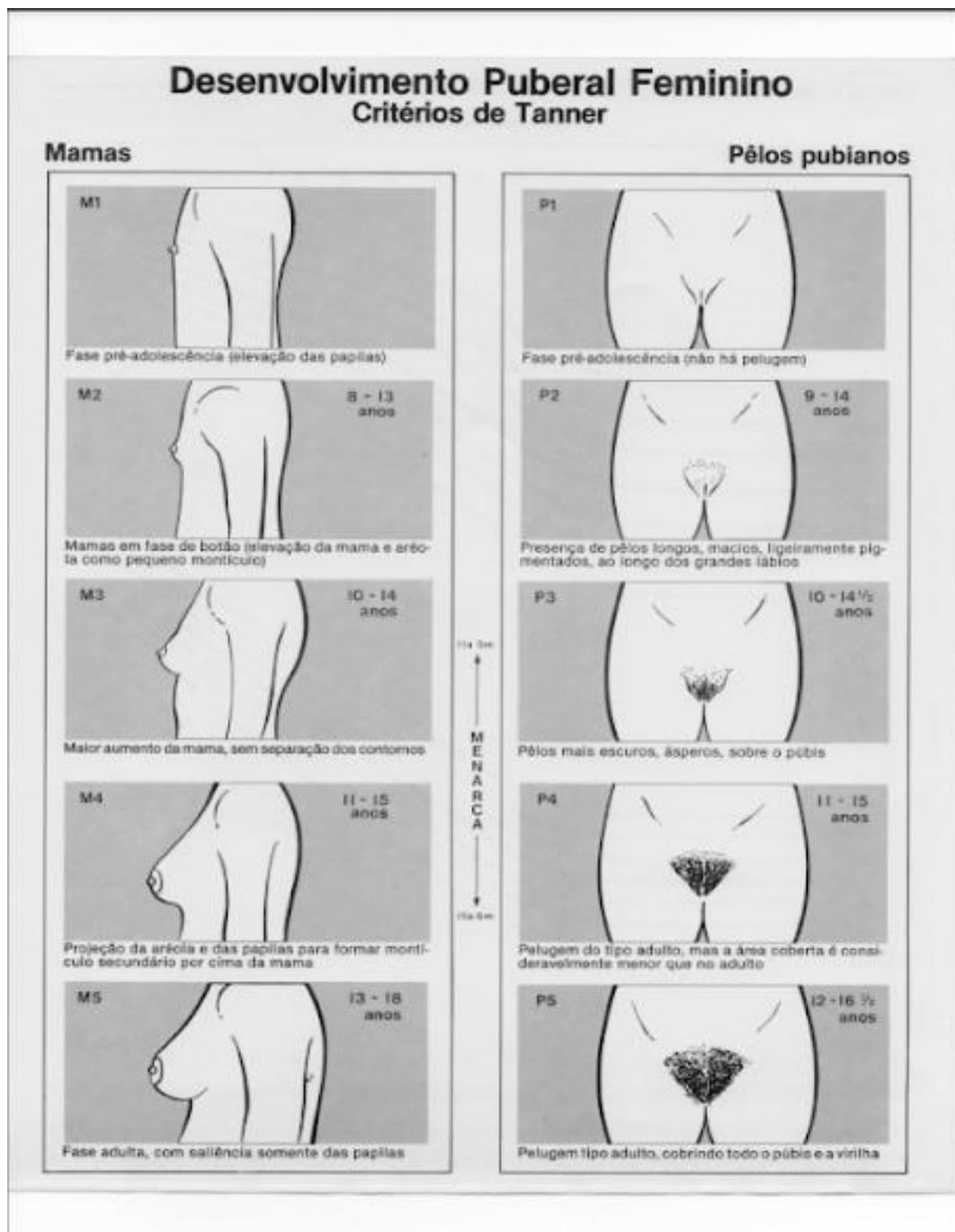
A primeira manifestação é o surgimento do broto mamário, em média aos 9 anos, que pode ser doloroso e unilateral, demorando até 6 meses para o crescimento do contralateral. No mesmo ano há o aparecimento dos pelos pubianos.

Aproximadamente aos 10 anos de idade começam a aparecer os pelos axilares acompanhados pelo desenvolvimento das glândulas sudoríparas, o que pode proporcionar o odor característico do adulto.

A primeira menstruação, denominada menarca, pode vir prescindida de uma secreção vaginal clara, acontece cerca de um ano após o máximo de velocidade de crescimento, coincidindo com a fase de sua desaceleração, após a menarca a adolescente pode crescer em média 7 cm.

A idade média para a menarca gira em torno de 12 anos aproximadamente. Os primeiros ciclos menstruais geralmente são anovulatórios e irregulares, por até 3 anos pós menarca.

A ocorrência da menarca não significa que a adolescente tenha atingido o estágio de função reprodutora completa, pois os ciclos iniciais podem ser anovulatórios. Por outro lado, é possível acontecer também a gravidez antes da menarca, com um primeiro ciclo ovulatório.



Fonte da imagem: Sociedade Brasileira de Pediatria. Link de acesso:
<https://www.sbp.com.br/departamentos/endocrinologia/desenvolvimento-puberal-de-tanner/>

Sexo Biológico Masculino

A primeira manifestação de maturação sexual é o aumento do volume testicular, por volta dos 10 anos. O crescimento peniano ocorre geralmente um ano após o crescimento dos testículos, sendo que primeiro o pênis cresce em comprimento e depois em diâmetro.

Os pelos pubianos aparecem em torno dos 11 anos, em seguida são os pelos axilares, faciais e os do restante do corpo.

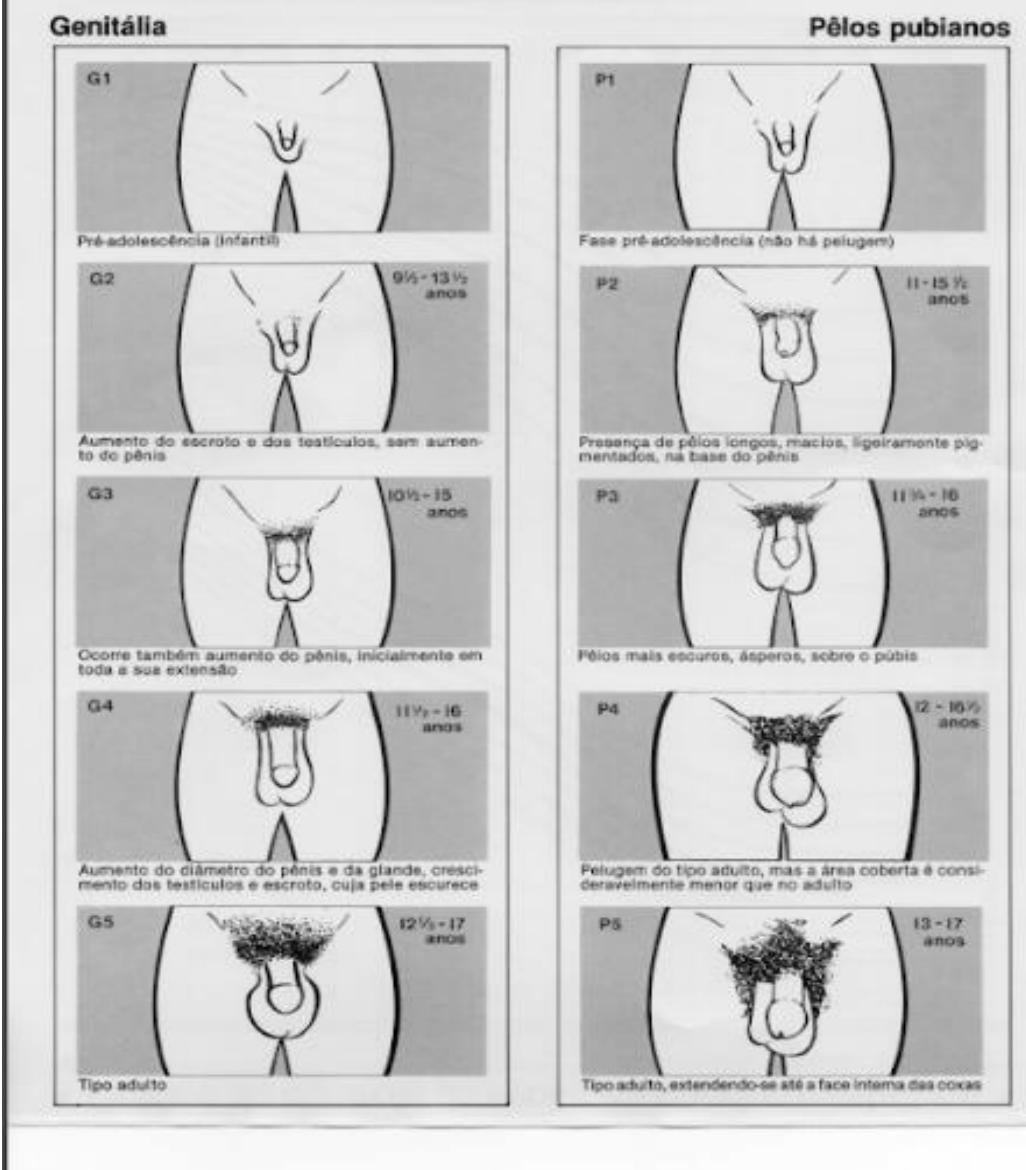
A primeira ejaculação denominada espermarca, ocorre em média aos 12 anos, e a mudança da voz acontece mais tarde.

No adolescente masculino é comum identificar entre os 13 e 14 anos, a ginecomastia púbere (aumento do tecido mamário), frequentemente bilateral, com consistência firme e móvel e, às vezes pode ser bem doloroso. Regrige espontaneamente em até 2 anos. Quando não involui em 24 meses, deverá ser avaliada pelo médico da equipe/unidade para possível encaminhamento.

A poluição noturna é a ejaculação noturna involuntária, ou seja, saída de sêmen durante o sono, decorrente de um estímulo cerebral para sonhos eróticos que levam ao orgasmo. É um evento fisiológico normal, mas às vezes pode causar constrangimentos e dúvidas aos adolescentes, que devem ser orientados e tranquilizados pelo enfermeiro ou outro profissional da equipe.

Desenvolvimento Puberal Masculino

Critérios de Tanner



Fonte da imagem: Sociedade Brasileira de Pediatria. Link de acesso: <https://www.sbp.com.br/departamentos/endocrinologia/desenvolvimento-puberal-de-tanner/>

Puberdade tardia

- Ausência de qualquer característica sexual secundária em meninas após os 13 anos de idade, e em meninos após 14 anos.
- Ademais, em ambos os sexos, a mudança de um estágio puberal para outro não pode levar mais que 2 anos, nem ocorrer um atraso superior há quatro anos entre o início da puberdade e a sua conclusão.

Puberdade precoce

- Aparecimento de caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos nas meninas, e antes dos 9 anos nos meninos.

Quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento puberal:

- Realizar consultas a intervalos conforme a fase em que se encontra o/a paciente.
- No caso de alterações (estatura baixa ou elevada, maturação tardia ou antecipada), os intervalos de retorno serão definidos pelo profissional, conforme a necessidade do caso.
- Em caso de detecção de puberdade atrasada ou precoce, deve-se encaminhar a criança/adolescente para consulta com o Pediatra.

11.3. Atendimento do Adolescente via Demanda Espontânea

Segundo o Parecer Coren São Paulo 003/2018, o adolescente entre 12 e 18 anos não precisa de acompanhantes para passar em atendimento em qualquer instituição de saúde, quando adolescente mostrar maturidade para se responsabilizar por seu tratamento, seus pais serão convidados a comparecer, somente, se ele estiver de acordo ou em situações em que seja necessária a quebra de sigilo, vide Quadro A.

É fundamental dispor de um tempo adequado para cada atendimento, principalmente para a realização de uma abordagem integral e de orientações preventivas. Alguns retornos podem ser necessários para estabelecer um vínculo de confiança e esclarecer situações mais complexas.

Ao receber um adolescente por demanda espontânea estabeleça uma escuta ativa e acolha-o de modo a compreender o motivo da procura de atendimento na UBS. Avalie a situação e considere a classificação abaixo para estabelecer a conduta.

DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

Situação aguda ou crônica agudizada

Condutas possíveis

Atendimento imediato

(alto risco de morte)

Necessita de intervenção de equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.

Atendimento prioritário

(risco moderado):

Necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertadas, inicialmente, medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influenciam na ordem de atendimento de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.

Atendimento no dia

(risco baixo ou ausência de riscos com vulnerabilidade importante):

Situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo será feito pela enfermeira e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Fonte da Imagem: Atenção Básica - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Unidade Básica de Saúde – Reorganização do Processo de Trabalho – Acolhimento à demanda espontânea. 1ª Edição Outubro de 2015.

No caso do **Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família**, ao identificar um adolescente com questões de risco ou de saúde mais complexa, há necessidade de tentar expandir seu vínculo por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS). O ACS pode auxiliar no acompanhamento do adolescente ao incentivar-lo a buscar mais vezes o enfermeiro para conversar e refletir sobre seus problemas, como também envolver toda a família.

Solicitação de Exames para Adolescentes e Manejo de condições clínicas, com prescrições farmacológicas e não farmacológicas para Adolescentes na consulta de demanda espontânea

Seguir recomendações dos Protocolos de Enfermagem de Saúde da Mulher e do Adulto

11.4 Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem relacionados à consulta do adolescente – CIPE

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Nutrição Desequilibrada	Melhora do padrão de nutrição	Incentivar o consumo de frutas, verduras, proteínas magras e a redução de alimentos ultraprocessados explicando os benefícios e prejuízos de cada grupo alimentar. Avaliar periodicamente o peso, altura e índice de massa corporal (IMC) para monitorar a evolução do padrão nutricional.
Sono Prejudicado	Melhora do padrão de sono	Conversar com o adolescente sobre a higiene do sono e fatores que possam estar interferindo na qualidade do sono, como uso de estimulantes (café e energéticos), estresse ou ambiente inadequado (excesso de barulho, luz). Orientar sobre descontinuar o uso de eletrônico, pelo menos, duas horas antes de dormir. Orientar o adolescente a registrar o padrão do sono, quantidade de horas dormidas e as estratégias realizadas para melhoria do padrão do sono;
Risco de Abuso de Substâncias	Inibir o uso de substâncias (álcool e outras drogas)	Informar sobre as consequências do uso de substâncias: baixo rendimento escolar, dificuldade de se inserir no mercado de trabalho, conflitos familiares, sanções penais. Conversar com o adolescente sobre a importância de resistir à pressão de colegas para usar substâncias, uma vez que na adolescência ele tem necessidade de sentir-se pertencente ao grupo. Incentivar o adolescente a participar de grupos de sua faixa etária na UBS.
Rico de baixa autoestima situacional	Manter autoestima positiva	Conversar com o adolescente sobre atividades que ele gosta de fazer, como pintar, tocar instrumento, e elogiá-lo por isso. Incentivar o desenvolvimento e a prática de habilidades artísticas (escrever, cantar, desenhar) ou esportivas. Buscar com o adolescente atividades de cunho solidário que ele possa realizar na comunidade em que vive ou próxima. Orientar a família a oferecer suporte emocional consistente e incondicional, reforçando que o adolescente é valorizado e aceito.
Comunicação familiar comprometida	Melhora na Qualidade da Comunicação intrafamiliar	Realizar consultas mensais com o adolescente e membros da família. Incentivar a comunicação entre o adolescente e a família de modo que possam expressar suas

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
	Aumento do Suporte Familiar Fortalecimento dos Laços Familiares	preocupações e sentimentos de forma segura e aberta. Planejar junto com o adolescente e família atividades que eles possam realizar juntos para fortalecerem os vínculos, como assistir a um filme juntos semanalmente ou irem ao parque realizar um piquenique.
Maturação sexual atrasada Maturação sexual precoce	Enfrentamento adequado do atraso da maturação sexual Enfrentamento adequado da maturação sexual precoce	Informar a família e o adolescente sobre o atraso/adiantamento na maturação sexual e o prognóstico. Conversar sobre as possíveis causas e tratamentos. Responder às dúvidas e preocupações do adolescente e da família relacionadas ao desenvolvimento puberal. Avaliar se há repercussão na autoestima do adolescente. Verificar se há questões relacionadas à identidade de gênero associadas ao atraso/adiantamento da maturação sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde do Adolescente e Jovens [Internet]. 2023 [citado 2024 ago 25]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente>
- Brasil. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2022. 46 p.
- Souza LFR, Andrade EP, Villalba JP. Manual Técnico para o Cuidado à Saúde do Adolescente na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Estágios desenvolvimento puberal [Internet]. [citado 2024 ago 25]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/departamentos/endocrinologia/desenvolvimento-puberal-de-tanner/>
- Sociedade SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. Manual de Orientação. Departamento Científico de Adolescência. Nº 10, janeiro de 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21512c-MO_-_ConsultaAdolescente_-_abordClinica_orientEticas.pdf
- International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) [Internet]. [citado 2024 ago 25]. Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- COFEN. Resolução nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 jan 18; Seção 1:78.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica_2.ed.pdf.
- Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Reorganização do Processo de Trabalho Acolhimento à Demanda Espontânea Atenção Básica SMS-SP/ Secretaria Municipal de Saúde - 1ªed - São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 2015.

Capítulo 12 - PREVENÇÃO DE SOBREPESO E OBESIDADE

Nos últimos anos têm-se observado o aumento de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial e diabetes dentre crianças e adolescentes, constituindo-se como um problema prioritário de saúde pública como foco na prevenção e detecção precoce dentro da APS. Importante considerar que os hábitos alimentares, estilo de vida, práticas esportivas, sedentarismo, são fortemente influenciados por questões familiares, sociais, culturais e socioeconômicos.

O aumento vertiginoso da obesidade infantil nos últimos anos está associado a uma nutrição inadequada nos primeiros anos de vida, derivada do consumo de alimentos não saudáveis e da interrupção precoce da amamentação.

O elevado consumo de alimentos ultraprocessados, consumo de bebidas açucaradas e outros alimentos não saudáveis (como fast food e doces) está associado a um maior escore z para o Índice de Massa Corporal (IMC) para idade, maior percentual de gordura corporal e maior chance de sobrepeso e obesidade.

Consequências da obesidade

- Hipertensão arterial, hiperlipidemia, doença cardiovascular, cálculos biliares, diabetes.
- Irregularidades menstruais, infertilidade, gravidez de risco.
- Diminuição dos níveis de testosterona e maior chance de desenvolver a ginecomastia púbera.
- Isolamento social, baixa autoestima, depressão, dificuldade de aceitação pelo grupo.

12.1. Consulta de Enfermagem direcionada para casos de Sobrepeso/Obesidade

É necessário estabelecer objetivos e intervenções individualizadas, baseadas na idade, grau de obesidade, fatores comportamentais, psicológicos, sociais e na presença de comorbidades.

O objetivo principal do atendimento é fornecer recomendações para mudanças na dieta e atividade física, que podem ser implementadas dentro do ambiente familiar e que promovam a saúde, crescimento e desenvolvimento adequados.

O envolvimento da família é fundamental para auxiliar a mudança no comportamento alimentar dos adolescentes, sendo assim é necessário capacitar os

pais a fim de facilitar a mudança de comportamento dos adolescentes para uma alimentação saudável e um estilo de vida mais ativo.

Durante a avaliação subjetiva, o enfermeiro deve investigar:

- A vontade de emagrecer
- Hábito alimentar da família
- Hábito alimentar do adolescente dentro e fora de casa (realizar um diário com o adolescente sobre a sua alimentação)
- Prática de atividade física (frequência, tipo e tempo de atividade)
- Obesidade na família - pai, mãe, irmãos e avós
- Tratamentos anteriores na tentativa de emagrecimento: dietas, medicamentos e exercícios
- Problemas de saúde associados e internações devido as consequências da obesidade.

Durante a avaliação objetiva, o enfermeiro deve avaliar:

- Peso, estatura e IMC
- Pressão arterial
- Pescoço, axilas e regiões de dobras: presença de acanthose nigricans
- Hiperqueratose e hiperpigmentação em regiões de dobras
- Distribuição de gordura corporal
- Maturação sexual

Encaminhar o adolescente para acompanhamento com nutricionista em caso de sobrepeso/obesidade.

12.2. Estratégias Comportamentais para tratamento da Obesidade na Infância e Adolescência

- A simples transmissão de informações nutricionais não é suficiente para auxiliar o adolescente que precisa fazer mudanças na alimentação, pois estas informações alcançam somente a dimensão intelectual e há muitas dimensões envolvidas na mudança de comportamento.
- A educação nutricional tem como grande desafio a necessidade de criar estratégias educativas que, além de transmitir informações, possibilitem a criação de novos sentidos para o ato de comer.
- Dietas muito restritivas não são aconselháveis e podem promover déficit de crescimento na estatura.
- As mudanças devem ser pequenas e graduais, diminuir o consumo de alimentos e preparações hipercalóricas já pode ser suficiente para a redução do peso.

ORIENTAÇÃO ALIMENTAR DA PESSOA NA ADOLESCÊNCIA

RECOMENDAÇÃO 1: ESTIMULE O CONSUMO DIÁRIO DE FEIJÃO

ORIENTAÇÃO: Estimule o consumo diário de feijão ou outras leguminosas, preferencialmente no almoço e no jantar.

RECOMENDAÇÃO 2: ORIENTE QUE SE EVITE O CONSUMO DE BEBIDAS ADOÇADAS

ORIENTAÇÃO: Oriente que se evite o consumo de bebidas adoçadas (também chamadas de bebidas ultraprocessadas)

RECOMENDAÇÃO 3: ORIENTE QUE SE EVITE O CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS

ORIENTAÇÃO: Oriente que hambúrguer e/ou embutidos (linguiças, salsicha, presunto, mortadela, salames), macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos/bolachas salgados ou recheados, doces ou guloseimas são alimentos ultraprocessados e devem ser evitados.

RECOMENDAÇÃO 4: ORIENTE O CONSUMO DIÁRIO DE LEGUMES E VERDURAS

ORIENTAÇÃO: Estimule o consumo diário de legumes e verduras no almoço e no jantar, combinando com arroz, feijão e variações de preparação.

RECOMENDAÇÃO 5: ORIENTE O CONSUMO DIÁRIO DE LEGUMES E VERDURAS

ORIENTAÇÃO: Estimule o consumo diário de legumes e verduras no almoço e no jantar, combinando com arroz, feijão e variações de preparação.

RECOMENDAÇÃO 6: ESTIMULE QUE SE ALIMENTE COM ATENÇÃO E EM AMBIENTES APROPRIADOS

ORIENTAÇÃO: Estimule que a pessoa na adolescência, sempre que possível, se alimente em um ambiente tranquilo, silencioso, sem distrações, como telas, evitando pular ou substituir refeições. Oriente também que faça as refeições sempre que possível em companhia da família ou de amigos

RECOMENDAÇÃO 7: ESTIMULE QUE REALIZE O CAFÉ DA MANHÃ

ORIENTAÇÃO: Estimule que a pessoa na adolescência realize o café da manhã antes de iniciar as atividades do dia.

Nos casos em que a pessoa na adolescência demonstra seguir dietas da moda e crenças em mitos sobre alimentação, procure ouvir e acolher essas falas, e, na medida do possível desmistificar essas crenças seguindo as orientações do **Protocolo de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da pessoa na adolescência (brasil, 2022)**. Em casos de preocupação/insatisfação com imagem corporal e comportamentos de risco ligados a

transtornos alimentares, o acolhimento e o encaminhamento para um atendimento multiprofissional são essenciais.

Para pessoas na adolescência que apresentem dificuldade de acesso financeiro para aquisição de alimentos e estejam em insegurança alimentar e nutricional, procure auxílio com profissionais do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) ou em outros pontos de apoio no território que possam fornecer cestas ou alimentos mais baratos. Busque informações sobre programas e equipamentos sociais no território que desenvolvam ações para apoio nesses casos.

Abordagens Dietéticas
<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o maior consumo de frutas, verduras e legumes diariamente; • Diminuir consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em gorduras e açúcares; • Diminuir o consumo de bebidas açucaradas e aumentar a ingestão hídrica • Não pular refeições; • Reduzir o consumo de fast-foods
Atividade Física
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir atividades sedentárias como ver televisão, internet e jogar vídeo game para 2 horas por dia • Participar de exercícios divertidos e adequados para a idade • Aumentar a intensidade, frequência e duração das atividades físicas gradualmente e de acordo com a tolerância da criança e/ou adolescente

Quadro Adaptado: Sociedade Brasileira de Pediatria. Obesidade na infância e adolescência: Manual de Orientação. 2019

12.3. Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem – CIPE

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Processo do sistema regulatório Prejudicado (obesidade)	Manutenção adequada do peso corporal	Incentivar e planejar junto com o adolescente a introdução do consumo de frutas, verduras, fibras, proteínas explicando os benefícios de cada grupo alimentar.
Risco para Obesidade (sobre peso)		Incentivar a redução do consumo de lanches rápidos, frituras, guloseimas, refrigerantes, e de ultraprocessados, como biscoitos recheados, refrigerantes e sucos artificiais, explicando os malefícios desses alimentos.
Sobre peso		
Déficit de conhecimento sobre o regime dietético		Avaliar periodicamente o peso, altura e índice de massa corporal (IMC) para monitorar a evolução do padrão nutricional.
Risco de ingestão de alimentos excessiva		
Risco para capacidade da		Incentivar o adolescente a praticar atividade física regularmente.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
família para gerir o regime dietético comprometida		Reducir tempo de telas (celulares, videogames, TV e tablets).
Risco para capacidade para gerir o regime dietético comprometida		Incentivar a realização das refeições à mesa, em família e longe de telas.
Padrão de exercício comprometido		Aumentar a ingestão de líquidos, principalmente, água, nos intervalos das refeições, evitando o excesso durante as mesmas. Encaminhar para consulta médica e com nutricionista.

Fonte: CIPE 2019

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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. 236 p. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual_de_Obesidade_-_3a_Ed_web_compressed.pdf
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Hipertensão arterial na infância e adolescência. Manual de Orientação. Departamento Científico de Nefrologia. Nº 2, abril de 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21635c-MO_-Hipertensao_Arterial_Infanc_e_Adolesc.pdf

Capítulo 13 - IMUNIZAÇÃO DO ADOLESCENTE

Caso a vacinação esteja incompleta, com esquema básico de vacinação interrompido, não é necessário reiniciar o esquema e sim completá-lo.

Nos casos em que não há informação disponível sobre vacinação anterior, ou se o registro da informação for muito duvidoso, recomenda-se considerar como não vacinado e verificar o esquema de acordo com a preconização vacinal vigente.

Vacinas a serem ofertas a qualquer tempo

Vacina	Esquema vacinal
Vacina Hepatite B recombinante (HB)	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com situação vacinal
Vacina Febre Amarela (VFA - atenuada)	Dose única caso não tenha recebido nenhuma dose até os 5 anos ou reforçar, caso a pessoa tenha recebido uma dose da vacina antes de completar 5 anos de idade
Vacina Sarampo, Caxumba e Rubéola (Tríplice viral)	Iniciar ou completar duas doses, de acordo com a situação vacinal
Vacina Difteria e Tétano (dT)	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com situação vacinal Reforço a cada 10 anos ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves

Vacinas de 11 a 14 anos

Vacina	Esquema vacinal
Vacina HPV Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (HPV4 - recombinante)	Dose única Para os adolescentes não vacinados, de 15 a 19 anos de idade, deve-se realizar estratégias de resgate para vacinação de dose única.) Obs.: Para vítimas de abuso sexual, de 9 a 14 anos a recomendação é de duas doses. De 15 a 45, a recomendação é de três doses, considerando o histórico vacinal contra o HPV. Pessoas com HIV/aids, transplantadas de órgãos sólidos e de medula óssea, pacientes com câncer e aqueles com papilomatose respiratória recorrente (PPR) devem tomar três doses, com prescrição médica. Para menores de 18 anos, é necessário consentimento dos pais ou responsáveis para a vacinação contra o HPV como tratamento adjuvante da PPR. O intervalo entre as doses deve ser confirmado na UBS.
Vacina meningocócica ACWY (MenACWY-Conjugada)	Uma dose

AS ATUALIZAÇÕES DOS CALENDÁRIOS SÃO FEITAS EM TEMPO REAL NOS LINKS:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario>

OU

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vacinacao/

Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação

Publicação do Ministério da Saúde que trata dos aspectos imunológicos das vacinas, orientações sobre o manejo da sala de vacinas, registros adequados e boas práticas nos processos de aplicação.

Disponível	no	Link:
	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_procedimentos_2edrev.pdf	

13.1. Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem na imunização do Adolescente

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Não Adesão ao Regime de Imunização (mãe/responsável)	Adesão ao regime de imunização preconizado para a idade	Atualizar ou encaminhar para a atualização do esquema vacinal; Agendar próximas doses e orientar retorno;
Adesão ao Regime de Imunização (mãe/responsável); Estado vacinal completo para idade;	Manter a adesão ao regime de imunização preconizado para a idade	Realizar reforço positivo para manter esquema vacinal em dia; Impulsionar comportamento positivo pelo esquema de vacinação atualizado;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Calendário Nacional de Vacinação: Adolescente. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario>.
2. SÃO PAULO. Vigilância em Saúde: Vacinação. Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/web/saude/vigilancia_em_saude/vacinacao/.
3. BRASIL. Manual de normas e procedimentos: 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_normas_procedimentos_2edrev.pdf.

Capítulo 14 - SAÚDE BUCAL DO ADOLESCENTE

As principais afecções que devem ser observadas pelos Enfermeiros nos adolescentes são: cáries, aftas, gengivites e halitose.

A modificação hormonal e comportamental na adolescência, associada à higiene bucal menos eficaz, podem aumentar o risco de cáries e doenças gengivais dentre os adolescentes.

Na fase da adolescência, é muito comum ocorrerem mudanças nos hábitos alimentares, havendo maior preferência por lanches rápidos, salgadinhos, chicletes e refrigerantes, muitas vezes consumidos exageradamente, chegando mesmo a substituir as refeições, fato que geralmente está associado a uma diminuição da disciplina dos hábitos da escovação conquistados na infância. Dessa forma, podem passar a fazer parte da rotina do adolescente alguns problemas antes não tão comuns, como a cárie dental e as doenças gengivais. Juntamente com esses dois, os traumatismos e os problemas com o dente de siso constituem os principais transtornos relacionados à saúde oral que afetam os indivíduos nessa fase.

14.1. Cárie

A cárie dentária é uma das doenças crônicas mais prevalentes, afetando a maioria das crianças, adolescentes e adultos em todo o mundo. É induzida por fatores biológicos e ambientais.

Na consulta de enfermagem avaliar integridade da mucosa, gengiva e dentes compartilhando o cuidado com a equipe de saúde bucal para avaliação e acompanhamentos necessários.

Avaliar doenças de base que podem ocasionar complicações mais graves na presença de cáries e doenças periodontais.

14.2. Aftas

Caracterizam-se por lesões ulcerosas agudas, localizadas na mucosa bucal, podendo ocorrer em grupos ou isoladas. Podem ser úlceras pequenas, menores de 1 cm de diâmetro, que persistem por 10 a 14 dias e se curam sem cicatrizes.

- As crises recorrentes são comuns com duas ou três úlceras em cada surto.
- As causas são desconhecidas, porém sabe-se que a baixa imunidade por deficiência de ferro, vitamina B12 e ácido fólico aumenta a suscetibilidade.
- Estresse, trauma local por mordida ou uso incorreto da escova dental também são fatores que auxiliam o aparecimento de aftas.

14.3. Gengivite

É a inflamação da gengiva causada principalmente, pelo acúmulo de placa bacteriana, restos alimentares e toxinas.

Clinicamente a gengiva fica inchada, coloração avermelhada, aspecto brilhante e sangramento ao toque, durante a escovação ou o uso do fio dental.

A gengivite, quando não tratada, pode evoluir para a doença periodontal, que compromete os tecidos de sustentação dos dentes, como o osso e os ligamentos periodontais, podendo levar à perda dos dentes.

14.4. Halitose

O mau hálito não é uma doença, mas um sinal de alerta de que existe alguma condição anormal a ser localizada e corrigida. O difícil convívio com o mau hálito pode levar o adolescente a tentar contornar de forma errada o problema (chupar balas e mascar chicletes) e não ter resultado positivo.

É importante salientar que a halitose é uma severa restrição social, podendo levar o adolescente a passar por constrangimentos profissionais e afetivos.

As causas podem estar relacionadas às seguintes condições: Má higiene dos dentes, língua e gengiva, da prótese e dos aparelhos ortodônticos. Outras causas: Gastrite, Sinusopatia, Caseum em amigdalas.

14.5. Piercing

O hábito de usar piercing na boca, comum para alguns adolescentes, pode causar complicações como infecção, inchaço da língua, sangramento incontrolável e dificuldade em mastigar, falar ou engolir. Também existe o risco de engasgo com pinos e argolas (com riscos sérios à saúde quando aspirados, causando obstrução respiratória) e de danos aos dentes e gengiva durante traumatismos ou acidentes.

É importante uma conversa aberta, sem pré conceitos orientando sobre os possíveis riscos. Compartilhar o cuidado com a equipe de saúde bucal.

14.6. Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem – CIPE

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Status Oral Comprometido (Cárie)	Recuperação do status oral	<p>Encaminhar para serviço Odontológico.</p> <p>Orientar sobre higiene bucal, ingestão de dieta não-cariogênica, detecção precoce de hábitos viciosos (mascar chicletes, excesso de ingestão de doces, morder ponta de canetas e lápis, uso de drogas e outros).</p>
Status Oral Comprometido (Afta)	Recuperação do status oral	<p>Orientar o adolescente para evitar alimentos ácidos (frutas cítricas, tomate, ketchup, mostarda e outros) e realizar bochechos frequentes com água morna sem soluções alcoólicas.</p> <p>Caso não melhore encaminhar para avaliação Odontológica e/ou Médica.</p>
Gengivite	Melhora da gengivite	<p>A higiene bucal correta com escova e fio dental remove a placa bacteriana.</p> <p>Orientar para que não deixe de realizar a higiene bucal quando houver sangramento.</p> <p>Encaminhar para avaliação Odontológica.</p>
Status Oral Comprometido (Halitose)	Recuperação do status oral	<p>Estimular a correta higiene bucal: escovação dos dentes e da língua, uso frequente do fio dental, gargarejos salinos para remover resíduos das amígdalas</p> <p>Orientar para visitar periodicamente o dentista para realização de limpeza profissional e remoção de tártaro.</p> <p>Orientar alimentação rica em vitaminas e frutas cítricas, que aumentam a produção de saliva.</p> <p>Orientar a evitar café, chá preto e refrigerante escuro.</p> <p>Orientar a evitar dietas emagrecedoras que causam hipoglicemia e redução de saliva.</p> <p>Orientar para comer bem devagar, mastigar bem os alimentos e respeitar os horários das refeições.</p> <p>Orientar para evitar jejum prolongado.</p> <p>Orientar a não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas.</p>

Fonte: CIPE 2019

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zemaitiene M, Grigalauskiene R, Andruskeviciene V, et al. Dental caries risk indicators in early childhood and their association with caries polarization in adolescence: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2017;17:2. <https://doi.org/10.1186/s12903-016-0234-8>
2. Brasil. Biblioteca Virtual em Saúde. Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul. O que são cáries, como se desenvolvem e quais formas de prevenção em crianças e idosos? [Internet]. 2013 [citado 2024 ago 25]. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/o-que-sao-caries-como-eles-se-desenvolvem-e-quais-formas-de-prevencao-para-criancas-e-idosos/>

Capítulo 15 - GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Na perspectiva dos direitos humanos, a gravidez na adolescência pode ser considerada, hoje, como um ponto de inflexão decorrente de uma multiplicidade de experiências de vida. Esse fato chama a atenção para a complexa realidade da juventude brasileira, em particular de adolescentes, porque articula, sensivelmente, aspectos ligados ao exercício da sexualidade e da vida reprodutiva às condições de vida e às múltiplas relações de desigualdade que constituem a vida social, o que contribui para uma visão moral e reguladora que coloca os adolescentes e jovens como vítimas da própria ignorância ou inconsequência (Ministério da Saúde, 2018).

Nesse contexto, os adolescentes e jovens ainda necessitam de olhar inclusivo. Antes mesmo de abordarem a paternidade e maternidade, dever-se-ia promover espaços de discussão sobre como os adolescentes e jovens encaram a sexualidade e o fato de serem reprodutivos ou não. (Ministério da Saúde, 2018). Ressalta-se a importância de ações de educação em saúde que ajudem a desconstruir tabus e mitos e desenvolvam seu papel mais proativo e corresponsável (Ministério da Saúde, 2018).

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil, em 2020, o total de nascimentos de mães adolescentes foi de 380.778, representando 14% do total de nascidos vivos. O estudo Saúde Brasil do Ministério da Saúde (2018), indica uma das maiores taxas de mortalidade infantil entre filhos de mães mais jovens (até 19 anos), correspondendo a 15,3 óbitos para cada mil nascidos vivos (acima da taxa nacional, de 13,4 óbitos). Isso porque além da imaturidade biológica, condições socioeconômicas desfavoráveis influenciam nestes resultados.

Riscos para a mãe adolescente e para filho recém-nascido

- Ausência de amamentação;
- Omissão ou recusa do pai biológico ou parceiro pela responsabilidade da paternidade;
- Possibilidade de rejeição da família ou expulsão da adolescente e do recém-nascido do convívio familiar;
- Vulnerabilidade social, pobreza, situações de risco (migração, situação de rua, refugiados) e falta de suporte familiar, pobreza ou;
- Abandono ou exclusão da mãe adolescente abandonou da escola, interrompendo a sua educação e dificultando sua inserção no mercado de trabalho.

Fonte: Ministério da Saúde, Gravidez na adolescência: saiba os riscos para mães e bebês e os métodos contraceptivos disponíveis no SUS, 2023

15.1. Intervenções para o Atendimento de pré-natal de adolescentes

Com adolescente e companheiro(a)	<p>Não rotular os adolescentes como incapazes de cuidar de uma criança.</p> <p>Assumir uma postura acolhedora e compreensiva frente a adolescente e sua família;</p> <p>Encaminhar os adolescentes para atividades culturais e lazer</p> <p>Desenvolver grupos específicos para adolescentes grávidas e seus companheiros, sempre que possível, dando ênfase a questões próprias desta faixa etária;</p>
Nas consultas de pré-natal	<p>Realizar o pré-natal de baixo risco (gestante com 16 anos ou mais), definindo preferencialmente, um dia da semana para o atendimento de adolescentes;</p> <p>Estimular a participação do companheiro durante todo o pré-natal, desde consultas até grupos, exames etc.;</p> <p>Enfatizar a necessidade do cuidado com a saúde sexual e reprodutiva, no que tange ao planejamento e prevenção combinada às IST</p>
Para a família	<p>Orientar os familiares para uma postura menos julgadora e punitiva;</p> <p>Orientar a necessidade do apoio familiar</p>

Fonte:<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/gravidez-na-adolescencia-saiba-os-riscos-para-maes-e-bebes-e-os-metodos-contraceptivos-disponiveis-no-sus>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gravidez na adolescência: saiba os riscos para mães e bebês e os métodos contraceptivos disponíveis no SUS [Internet]. 2023 [citado 2024 ago 25]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/gravidez-na-adolescencia-saiba-os-riscos-para-maes-e-bebes-e-os-metodos-contraceptivos-disponiveis-no-sus>
2. BRASIL. Gravidez na adolescência: impacto na vida das famílias e das adolescentes e jovens mulheres. Ministério da Cidadania, 2018. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/informe/Informativo%20Gravidez%20adolesc%C3%A3Ancia%20final.pdf.
3. BRASIL. Prefeitura do Município de São Paulo. Saúde da criança e do adolescente. São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudedacriancadeoalente02012017.pdf>.
4. BRASIL. Cuidando de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidando_adolescentes_saude_sexual_reprodutiva_2ed.pdf.

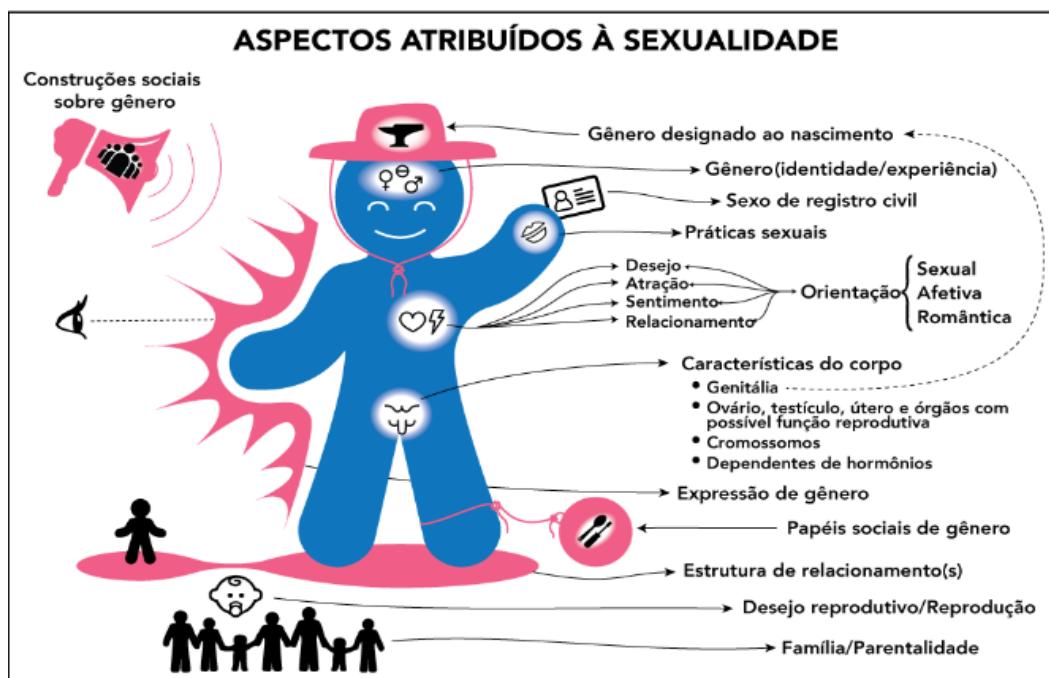
Capítulo 16 – GÊNERO E SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

16.1. Abordagem sobre sexualidade e gênero

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define sexualidade como “um aspecto central do bem-estar humano, que envolve sexo, identidade de gênero, papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é expressa e experienciada em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e/ou relacionamentos”.

Portanto, ela é inerente à vida de todos os seres humanos, se inicia no nascimento e se encerra na morte, é ampla, dinâmica e mutável. A sexualidade pode englobar diferentes ângulos da ciência e recebe influência sociocultural, abrangendo emoções, sentimentos, crenças e concepções de todos os processos de socialização. Influencia a maneira de indivíduos serem, se inserirem na sociedade e se posicionarem no mundo. Portanto, uma abordagem integral em saúde inclui conhecer o gênero de uma pessoa e os demais aspectos que ela relaciona à sua sexualidade.

Representação gráfica e didática de aspectos atribuídos à sexualidade



Fonte: Amorim APA (2022). Arte: Paulo Eduardo A. Amorim

16.2. Abordagem ao adolescente TRANS

O desenvolvimento da identidade de gênero é parte do crescimento global de crianças e adolescentes, e as UBS e os Serviços de Referência da Rede SAMPA Trans têm a responsabilidade de acolher e acompanhar as demandas de crianças e adolescentes trans com outras vivências de variabilidades de gênero e seus

familiares com variabilidade de gênero ou trans, de forma multiprofissional e intersetorial, considerando as diferenças na abordagem conforme a idade.

O acompanhamento multiprofissional é essencial, especialmente na fase pré-puberal, sem necessidade de intervenções médicas, com foco na orientação e preparação das famílias. O objetivo é garantir um ambiente seguro e acolhedor para o desenvolvimento saudável da criança e do adolescente.

É importante que se tenha sensibilidade para entender que diferentes vivências LGBTIA+ são possíveis para adolescentes, e não se busque definir que adolescentes com determinada vivência ou experiência sejam LGBTIA+.

Garantir espaço para autodescobertas, auxílio na compreensão de autolimites são fundamentais, especialmente quando pensamos em experiências LGBTIA+ minoritárias, como a de adolescentes assexuais ou de gênero não-binário, que podem buscar prender-se em ideias pré-concebidas sobre essas determinadas vivências para que possam ter sua experiência validada.

Garantir que adolescentes se sintam pertencentes a grupos e coletividades. Colaborar para que, especialmente adolescentes LGBTIA+, percebam-se pessoas integrais e completas.

16.3. Transição de gênero

Dos 13 anos aos 15 anos, 11 meses e 29 dias:

Dos 13 anos aos 15 anos, 11 meses e 29 dias deverão ser discutidas somente as estratégias sociais (**sem intervenções farmacológicas análogas a hormônios**) como: vestimenta, uso de nome social, pronome, cabelo, maquiagem, adereços, transformação da voz, uso de acessórios que diminuam a disforia, como por exemplo: ocultação de mamas (binder), próteses externas: sutiã, cintas modeladoras, packer (prótese em formato de pênis).

Aos 16 anos:

Aos 16 anos, se persistir a identidade de gênero incongruente com o gênero designado ao nascimento e se a pessoa estiver apta a decidir, além das estratégias sociais, poderá ser induzida a puberdade com características corporais desejadas (**com intervenções farmacológicas, como o uso de hormônios**).

ETAPAS NA TRANSIÇÃO DE GÊNERO	
TRANSIÇÃO SOCIAL	Utilizar vestimentas, nome, pronomes, banheiros, de acordo com a identidade de gênero – reversível – qualquer idade, a qualquer tempo;
BLOQUEADORES DA PUBERDADE	Utilizar hormônios em fase específica da pré-puberdade para adiá-la enquanto a identidade de gênero se afirma– reversível.
HORMONIOTERAPIA	Utilizar terapia hormonal para gênero cruzado (conforme a identidade de gênero já afirmada) – parcialmente reversível – disponível no SUS a partir dos 16 anos de idade.
CIRURGIAS SECUNDÁRIAS	Retirada das mamas, do útero, mamoplastia de aumento, harmonização facial – irreversível – a partir dos 18 anos
CIRURGIA DE RESIGNAÇÃO GENITAL OU DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO	Cirurgias genitais conforme protocolos – irreversível – a partir dos 18 anos

CONSULTA VOLTADA AO ADOLESCENTE TRANS:

- Respeitar o nome social. Perguntar como a pessoa quer ser chamada(o) e por qual pronome quer ser chamada(o).
- Pergunta aberta inicial: “o que te trouxe aqui hoje? Como a gente pode te ajudar?”. Deixar os primeiros minutos de fala livre. Isso ajuda na identificação da demanda e valoriza a queixa da pessoa.
- Abordar e acolher as demandas de saúde, preocupações, ideias e expectativas trazidas pela pessoa, sejam elas relacionadas à transexualidade ou não.
- Identificar antecedentes pessoais, contexto familiar, rede de apoio social (amigos, família, escola, trabalho, relacionamento afetivo, comunidade religiosa e outros).
- Identificar a existência de histórico de uso de hormônios (tempo de uso, dosagem e acompanhamento) e de silicone industrial.
- Avaliar o conhecimento e orientar quando necessário sobre as possibilidades de transformações corporais e sociais para quem não quer ou ainda não tem idade para iniciar a hormonização: uso do nome social, corte de cabelo, uso de maquiagem, acessórios, roupas, pintar ou não as unhas, encaminhamento para educador físico para ajudar na musculatura, encaminhamento para a fonoaudióloga para verificar a voz.
- Avaliar o conhecimento e orientar quando necessário sobre as transformações corporais seguras, reversíveis e não reversíveis, e o tempo médio esperado para cada transformação, caso a pessoa tenha a intenção na hormonização. *
- Fazer uma questão aberta: há alguma coisa que você queira falar e eu não tenha perguntado?
- Oferecer, quando necessário, encaminhamento para acolhimento em Saúde Mental ou demais profissionais: médico, nutricionista, fonoaudióloga, educador físico, ou outros*.

- Acolher pais e outros familiares
- Orientar sobre a disponibilidade de Profilaxia Pós-exposição (PEP) ao HIV e a sobre Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV, dependendo da vulnerabilidade à IST/HIV/AIDS.
- Orientar sobre os serviços da rede em relação a retirada de documentos e alteração de nome.

* Unidades de referência REDE SampaTRANS -

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Rede_SAMPA_Trans_16_6_2023.pdf

Aproveitar a oportunidade para ofertar cuidados gerais de saúde:

Orientar e atualizar a carteira vacinal de acordo com as recomendações do Programa Estadual de Imunizações de São Paulo.
Saúde reprodutiva: qual é o melhor método contraceptivo.
Rastreamentos necessários e compatíveis: oferecer coleta de colpocitologia oncótica a todas as pessoas que possuam colo uterino, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Ter o cuidado para evitar o constrangimento.
Saúde bucal.
Orientar sobre as possibilidades de promoção e prevenção às IST/AIDS (Mandala de Prevenção Combinada).
De acordo com desejo e vulnerabilidade à IST/HIV/AIDS oferecer os Testes rápidos ou sorologias convencionais.
Oferecer a participação nos grupos realizados na Unidade de Saúde.
Identificar pessoas sintomáticas respiratórias (tosse há mais de três semanas). A oferta de exame de escarro para aquelas que estiverem com sintomas, é fundamental para o estabelecimento precoce do tratamento.
Aproveitar o momento da consulta para realizar uma abordagem comunitária: mapear com usuárias(os) se tem alguma casa de acolhimento, coletivo, ONG no território de abrangência.

BRASIL. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde.

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/segredo/você/para/Doc_Norteador_Primeira_Consulta_Multi_Red_e_SAMP.pdf.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. D'Agostim RG. Produto - PPGSCOL [Internet]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2020 [citado 2024 dez 30]. Disponível em: <https://www.unesc.br/porta/resposta/f/4/Pr%20-%20Rita%20-%20Dia%20-%20PPGS.pdf>
2. Primeira Consulta da Equipe Multiprofissional para Pessoas Transexuais/Travestis e com outras vivências de variabilidade de gênero nas Unidades da Rede SAMPA Trans, 2022. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Doc_Norteador_Primeira_Consulta_Multi_Rede_SAMPA_Trans.pdf
3. Orientações sobre apoio e cuidado da criança e adolescente transgênero. DAGOSTIM, RITA https://www.unesc.net/portal/resources/files/489/Produto%20-%20Rita%20Guimaraes%20Dagostim%20-%20PPGSCOL_compressed.pdf
4. São Paulo (SP). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. “Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo”, Secretaria Municipal da Saúde|SMS|PMSP, 2020: Julho - p. 133. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transsexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf
5. Jesus JG. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Brasília; 2012. 42 p.
6. Amorim APA. Material de apoio da Formação multiprofissional para atendimento em saúde de pessoas trans, travestis ou com vivências de variabilidade de gênero da ABRASITTI. São Paulo: ABRASITTI; 2022.

Capítulo 17 - INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs) NA ADOLESCÊNCIA

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são um grupo de doenças transmitidas principalmente por contato sexual desprotegido. ISTs são prevalentes entre adolescentes e aumentam o risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

De acordo com a SBP (2018), as ISTs mais frequentes na adolescência podem ser agrupadas em quatro grandes grupos:

- a) Úlcera genital
- b) Corrimento vaginal e uretral
- c) Desconto ou dor pélvica
- d) Lesões verrucosas

As diretrizes para a prevenção, diagnóstico, tratamento e manejo das ISTs/AIDS encontram-se disponíveis em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids_09-2020.pdf

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p.: il.

17.1 Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem na prevenção de ISTs em Adolescentes – CIPE

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Risco de Comportamento Sexual Desprotegido	Manutenção adequada da saúde sexual	<ul style="list-style-type: none">• Conversar sobre formas de transmissão e prevenção de ISTs• Informar sobre as testagens rápidas disponíveis na UBS para detectar algumas ISTs (Como HIV e Sífilis)
Déficit de conhecimento	Conhecimento acerca dos métodos de prevenção de ISTs	<ul style="list-style-type: none">• Demonstrar a utilização de preservativo (masculino e feminino)• Discutir sobre as opções dos métodos contraceptivos

		<p>disponíveis na rede para que se possa decidir em conjunto com a adolescente qual será adotado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar o adolescente a discutir com seus parceiros sexuais sobre a necessidade do uso de medidas protetivas. • Fornecer informações sobre métodos contraceptivos de emergência e quando e como usá-los, se necessário. • Abordar sobre a importância do consentimento mútuo em todas as relações性uais e como reconhecer e respeitar os limites pessoais e dos outros. • Incluir a família em sessões de aconselhamento para melhorar a comunicação sobre sexualidade e apoiar a educação sexual do adolescente.
--	--	--

Fonte: CIPE 2019

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis; 2022. 211 p.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Infecções Sexualmente Transmissíveis na Adolescência. 2018.

Capítulo 18 – SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

De acordo com a OMS, a saúde mental caracteriza-se por um estado de bem-estar, vivido pelo indivíduo que possibilita o desenvolvimento de suas habilidades pessoais para responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade. Tratando-se dos fatores agravantes na condição de saúde mental deve-se considerar questões biopsicossociais que impactam na saúde mental do indivíduo. O documento “Atenção psicossocial a criança e ao adolescente no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos” ressalta que os riscos acarretados pelo contexto social e desigualdades resultantes de processos históricos de exclusão e discriminação (pobreza, falta de acesso à educação e baixa escolaridade, exploração do trabalho, exposição a diversas formas de violência) influenciam no gozo dos direitos e oportunidades a que adolescentes e jovens brasileiros têm acesso. (Brasília, 2014).

Adolescentes com doenças crônicas que causam o atraso do crescimento e maturação sexual afetam a autopercepção corporal e causam sofrimento psicológico, somados ao estigma e preconceito impactam na morbidade e qualidade de vida.

Avaliação de Enfermagem

Entrevista/Anamnese

No encontro clínico, garantir a privacidade e o sigilo do usuário durante o atendimento de queixas de saúde mental. Na anamnese deve-se:

- Acolher a criança/adolescente sobre suas queixas, sinais e sintomas.
- Avaliar histórico psiquiátrico (pessoal e familiar)
- Compreender seu contexto socioeconômico, familiar e escolar, a fim de identificar possível comprometimento funcional significativo
- Avaliar vulnerabilidade social.
- Realizar a coleta de dados sobre seus fatores protetores e estressores: hábitos de vida, atividades diárias, rotinas, formas de entretenimento, alimentação, sono/reposo e uso de substâncias.
- Realizar seu genograma e ecomapa para entendimento de sua rede de apoio. (ANEXO 1 AO 5)

- Investigar situações de violência física, sexual e emocional, trabalho infantil, bullying e demais situações que firam os direitos da criança e do adolescente.
- Avaliar interação com o cuidador/responsável: NÃO realizar questionamentos que possam comprometer a segurança da criança/adolescente na presença do possível agressor.
- Avaliar tentativa de suicídio atual e previa.
- Investigar perspectivas de futuro, esperança.
- Avaliar peso, altura/estatura e IMC para avaliação nutricional
- Avaliar comportamento não-verbal

Exame psíquico: atenção, sensopercepção, memória, orientação, consciência, pensamento, linguagem, inteligência, afeto e conduta/crítica.

Em consultas com usuários acima de 14 anos e desacompanhados, compartilhar com usuário a necessidade de quebra de sigilo em casos de: risco de morte, presença de qualquer tipo de violência, sinais de dependência química e outros descritos em quadro no Capítulo 11.

Exame físico

Avaliar a presença de hematomas, *cutting* e cicatrizes condizentes a situações de mutilação e automutilação**

Sinais de alerta de maus-tratos a crianças: características clínicas

Maus-tratos físicos	Lesões (por exemplo, equimoses, queimaduras, marcas de estrangulamento ou de cinto, chicote, vara ou outro objeto); Qualquer lesão grave ou estranha inexplicada ou cuja explicação seja inadequada.
Abuso sexual	Lesões genitais ou anais ou sintomas sem explicação médica. Infecções sexualmente transmissíveis ou gravidez; Comportamentos sexualizados (por exemplo, indicação de um conhecimento sexual impróprio para a idade).
Negligência	Sujeira excessiva e roupas inadequadas; Sinais de má nutrição, saúde dentária muito ruim.

Maus-tratos emocionais e todas as outras formas de maus-tratos.	Qualquer mudança súbita ou significativa no comportamento ou estado emocional da criança ou do adolescente sem outra causa como explicação melhor, como: Medo incomum ou sofrimento intenso (por exemplo, choro inconsolável). Autoagressão ou retraimento social. Agressão ou fuga de casa. Busca indiscriminada de afeto de adultos. Surgimento de comportamentos novos de incontinência fecal e urinária ou de sucção do polegar.
--	---

Fonte: MI-mhGAP. Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. 2018

Principais Diagnósticos CIPE, CIAP, Resultados

Diagnóstico de Enfermagem CIPE	CIAP relacionado	Resultados esperados (CIPE)
10027901 - Humor deprimido, diminuído	P76 - Perturbações depressivas	10050027 - Humor, Melhorado
10040662 - Tristeza	P03 -Tristeza/ Sensação de depressão	10050027 - Humor, Melhorado
10038411 - Condição Psicológica, Prejudicada	P29 - Sinais/sintomas psicológicos, outros	10038430 - Condição Psicológica, Eficaz
10000703 - Medo	P01 - Sensação de ansiedade, nervosismo e tensão	10027889 - Medo, Reduzido
10022795 - Ideação suicida	P76 - Perturbações depressivas	10022378 - Enfrentamento, Eficaz **
10001623 - Automutilação	P29 - Sinais/sintomas psicológicos, outros	
10015318 - Risco de Automutilação	P29 - Sinais/sintomas psicológicos, outros	
10015356 - Risco de Suicídio	P77 - Suicídio/tentativa de suicídio	
10052151 - Privação do Sono	P06 - Perturbação do sono	10024930 - Sono, Adequado
10037615 - Risco de Sono, Prejudicado		
10001647 - Isolamento Social		10050070 - Isolamento Social, diminuído
10001022 - Socialização, Prejudicada	Z21 - Problema Comportamental De Familiar Z24 - Problema De Relacionamento Com Amigos **	10028282 - Capaz de Socializar-se

* *considerar fatores estressores do contexto do usuário.

Fonte: CIPE 2019 / Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2), – 2. ed.

Intervenções de Enfermagem

As intervenções devem considerar a individualidade e o contexto do usuário, e devem ser pensadas junto com ele. Considerar rede de apoio na construção do plano de cuidado. Algumas ferramentas que podem ser utilizadas nas consultas:

- Avaliar estado alimentar pelo **recordatório alimentar**: elenque em uma folha A4 os seguintes tópicos: data / hora / refeição / sentimento associado (se houver).
- Auxiliar na identificação e nomear emoções através da **roda dos sentimentos**.
- Solicitar **diário de emoções**.
- Incentivar a construção de um **projeto de vida** para curto, médio e longo prazo.
- Incentivar a prática de atividades físicas de pelo menos 60 minutos por dia por, no mínimo, 3 dias na semana – 180 minutos semanais.
- Orientar higiene do sono: horários regulares para dormir e acordar, evitar cochilos diurnos, evitar bebidas alcoólicas e dispositivos eletrônicos antes de dormir e evitar bebidas com cafeína 4 a 6 horas antes de dormir (por exemplo, café, chá preto, chimarrão, chocolate ou guaraná).
- Descarte condições físicas que podem se assemelhar aos transtornos emocionais ou exacerbá-los. Verifique se há sinais ou sintomas sugestivos de: Doenças da tireoide; doenças infecciosas, inclusive infecção pelo HIV/Aids; Anemia; Obesidade; Má nutrição; Asma; Efeitos colaterais de medicamentos (por exemplo, de corticosteroides ou medicamentos inalatórios para tratamento da asma) (MI-mhGAP, 2018)

Elaborar plano terapêutico em conjunto com equipe multiprofissional, matriciamento do caso e avaliação de critérios para compartilhamento com RAPS.

Em casos de violência, é necessário realizar a notificação do caso e acionar rede de proteção à criança em casos de violência, **conforme descrito em capítulo 22.**

Para o manejo de queixas de saúde mental, é possível utilizar técnicas de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). O profissional deve apresentar certificado validado pela supervisão técnica do município.

Para a periodicidade de consultas do adolescente, recomendado consultas semestrais, mas em caso de **situações de risco**, realizar **consultas mensais** e/ou com encontros clínicos a depender do critério do enfermeiro, a depender do risco, encaminhar para consulta médica (São Paulo, 2016)

Considera-se como situações de risco:

- Risco biológico: Obesidade e doenças crônicas

- Risco emocional: depressão/ansiedade, uso e abuso de drogas
- Risco familiar: pais que apresentam abuso de álcool e outras drogas, desempenho de responsabilidades de pais/responsáveis comprometido, com transtornos mentais e déficit intelectual
- Risco social: residir em áreas com presença de tráfico de drogas, pobreza extrema, exploração sexual infantil, violência, negligência do cuidador.

18.1. Ansiedade

Em todo o mundo, estima-se que 10% a 20% dos adolescentes vivenciem problemas de saúde mental, mas permanecem diagnosticados e tratados de forma inadequada, pois sinais e sintomas podem ser confundidos com mudanças esperadas de comportamento relacionados a essa fase da vida (OPAS,s.d) (considere o quadro: Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem nos Transtornos Alimentares no Adolescente.).

Dentre esses, os adolescentes podem desenvolver transtornos emocionais (ansiedade e depressão) associados a sintomas psicossomáticos tal como epigastralgia, cefaleia ou náusea (OPAS,s.d). Transtornos emocionais, como a ansiedade (definida como um sentimento desagradável que está associado a uma sensação de antecipação a um perigo, iminente ou futuro) podem ser profundamente incapacitantes para o funcionamento de um adolescente, afetando o trabalho e a frequência escolares. A retirada ou a separação de familiares, colegas ou comunidade podem exacerbar o isolamento e a solidão. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. (OPAS, s.d)

MEDOS E ANSIEDADES APROPRIADOS PARA A IDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Bebês e crianças de colo (9 meses a 2 anos)	Medo de desconhecidos, sofrimento quando se separam dos cuidadores.
Crianças pequenas (2 a 5 anos)	Medo de tempestades, fogo, água, escuro, pesadelos e animais.
Meio da infância (6 a 12 anos)	Medo de monstros, fantasmas, germes, catástrofes naturais, doenças físicas e acidentes graves Ansiedade em relação à escola ou ao desempenho diante de outras pessoas.

Adolescentes (13 a 18 anos)	Medo relacionado à rejeição por colegas, ao desempenho diante de outras pessoas, a doenças físicas, a procedimentos médicos, a catástrofes (por exemplo, guerra, ataque terrorista, desastres)
------------------------------------	--

Fonte: MI-mhGAP. Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. 2018

Em encontro clínico, para **realizar investigação dos transtornos emocionais** (sofrimento prolongado e incapacitante, com tristeza, medo, ansiedade ou irritabilidade), considere perguntar se a criança ou o adolescente:

- Frequentemente se sente irritável, facilmente incomodado, desanimado ou triste.
- Perdeu o interesse ou o prazer nas atividades.
- Tem muitas preocupações ou frequentemente parece preocupado.
- Tem muitos temores ou se assusta com facilidade.
- Frequentemente se queixa de cefaleias, dor no estômago ou náuseas.
- Frequentemente se sente infeliz, abatido ou choroso.
- Evita determinadas situações ou tem forte aversão a elas (por exemplo, guerra, ataque terrorista e desastres**).

A criança/adolescente apresenta dificuldade considerável de funcionamento diário nas áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas? Se sim, **considerar transtorno emocional**.

Para rastreio do transtorno de ansiedade generalizada em adolescentes, pode-se utilizar a escala General Anxiety Disorder 7 (GAD-7). Utilizar escala para apoio a decisão clínica para plano terapêutico e para matriciamento de caso: Equipe Multiprofissional e CAPS IJ.

Tabela S - General Anxiety Disorder 7 (GAD-7).

Nas últimas duas semanas com que frequência você ficou incomodado com esses sintomas?	Nenhum dia (0)	Vários dias (1)	Mais da metade dos dias (2)	Quase todos os dias (3)
Sentir-se nervoso, ansioso ou no limite				
Não ser capaz de parar ou controlar as preocupações				
Preocupar-se muito com diversas coisas				
Dificuldade para relaxar				

Nas últimas duas semanas com que frequência você ficou incomodado com esses sintomas?	Nenhum dia (0)	Vários dias (1)	Mais da metade dos dias (2)	Quase todos os dias (3)
Ser tão inquieto que se torna difícil permanecer parado				
Ficar facilmente irritado ou irritável				
Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer				

Fonte: Albert Einstein. Guia do Episódio de Cuidado: Transtornos Ansiosos na Atenção Primária. 2022. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Linha-de-Cuidado-Saude-Mental---Transtornos-Ansiosos-na-Atencao-Primaria.pdf>

De acordo com GAD-7:

- Ansiedade leve: 5 a 9 pontos
- Ansiedade moderada: 10 a 14 pontos
- Ansiedade grave: 15 a 21 pontos.

18.2. Depressão em crianças

A depressão em crianças é caracterizada por humor triste ou irritável, anedonia, menor capacidade de se divertir, baixa autoestima, perturbação do sono, retração social ou relações sociais prejudicadas e desempenho escolar deficitário (BMJ, 17 Dez 2024; última atualização 22 fev. 2024).

Crianças com depressão apresentam risco elevado de desmotivação escolar, transtornos relacionados ao abuso de substâncias, tentativas de suicídio e suicídio consumado. Apesar de não existir consenso sobre os critérios para o rastreamento de depressão em crianças, sugere-se avaliação na presença de fatores de risco para depressão.

Fatores de Risco para Depressão para Crianças e Adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> História familiar positiva de transtornos do humor História de eventos vitais estressantes (por exemplo, divórcio dos pais, depressão parental, afecção clínica parental grave, perda de um ente querido incluindo animais de estimação, conflito nos relacionamentos com colegas e amorosos, conflitos com os pais) ou trauma (incluindo abuso físico, sexual ou negligência) Baixo desempenho escolar História pessoal de outros transtornos psiquiátricos, afecções clínicas crônicas ou clínicas graves. Alterações funcionais significativas Tratamento com determinados medicamentos (por exemplo, corticosteroides, interferona)

Fatores de Risco para Depressão para Crianças e Adolescentes

- História recente de parto

Fatores de risco para depressão para crianças e adolescentes (BMJ Publishing Group 2025. Depressão em crianças. BMJ Best Practic, 17 Dez 2024; última atualização 22 fev. 2024).

Rastreamento

Assim como para crianças, não há consenso sobre a indicação e periodicidade do rastreamento para depressão adolescentes, mas a *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) recomenda rastreamento anual para depressão na APS para todas as crianças e adolescentes a partir dos 12 anos, mesmo sem fatores de risco específicos. Não há evidências sobre a periodicidade ótima para o rastreamento, mas pode-se considerar o rastreamento oportunístico dessa população, devido inconstante nos serviços de saúde, e a repetição na presença de fatores de risco.

O instrumento “Questionário sobre a saúde do paciente de nove itens” (*9-item Patient Health Questionnaire*; PHQ-9) pode ser utilizado para o rastreamento de depressão em adolescentes (USPSTF, 2022).

PHQ-9

Agora vamos falar sobre como o(a) sr. (a) tem se sentido nas últimas duas semanas.				
	Nenhum dia (0)	Menos de uma semana (1)	Uma semana ou mais (2)	Quase todos os dias (3)
1. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?				
2. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?				
3. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?				

Agora vamos falar sobre como o(a) sr. (a) tem se sentido nas últimas duas semanas.

	Nenhum dia (0)	Menos de uma semana (1)	Uma semana ou mais (2)	Quase todos os dias (3)
4. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?				
5. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?				
6. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?				
7. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?				
8. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?				
9. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?				
	Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Extrema dificuldade
Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar ou estudar ou tomar conta				

Agora vamos falar sobre como o(a) sr. (a) tem se sentido nas últimas duas semanas.

	Nenhum dia (0)	Menos de uma semana (1)	Uma semana ou mais (2)	Quase todos os dias (3)
das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?				

O score do PHQ-9 varia de 0 a 27

Pontuação PHQ-9	Nível de gravidade da depressão
0-4	Mínimo
5-9	Leve
10-14	Moderado
15-19	Moderadamente grave
20-27	Grave

Fonte: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. O PHQ-9: Validade de uma Medida Breve de Gravidade da Depressão. J Gen Estgiário Med. Setmebro de 2001; 16 (9):606–613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

* Os scores representam risco para a depressão e seu uso **não** determina o diagnóstico, o qual só poderá ser fechado após avaliação com profissional de saúde mental.

Assim como para crianças, é importante avaliar o risco de suicídio em todos os atendimentos de adolescentes com depressão, além de rastrear o de uso de substâncias, devido relação entre transtornos por uso de substâncias e transtornos depressivos.

Transtorno Depressivo Maior (TDM) é caracterizado por humor cronicamente triste ou irritável, ao longo de pelo menos 1 ano, com 2 ou mais sintomas depressivos adicionais. Identifica-se a presença de pelo menos cinco sintomas depressivos, com 3 níveis de gravidade: leve, moderado e grave.

Sintomas:

- Humor triste e/ou irritável ou anedonia presente na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas, e coexistir com quatro outros sintomas depressivos.
- Incapacidade funcional significativa em uma ou mais áreas (por exemplo, contextos sociais, familiares e/ou escolar).

É necessário excluir ausência de evidências de episódio maníaco ou hipomaníaco e de história de luto recente.

No acompanhamento, é importante avaliar o risco de suicídio em todos os atendimentos, e realizar o rastreio de uso de substâncias, devido relação entre transtornos por uso de substâncias e transtornos depressivos.

18.3. Risco de suicídio e autolesão

O Brasil enfrenta um crescimento alarmante no número de suicídios que se consolidam como um grave problema de saúde pública. Em 2021 foram levantados números que configuraram uma morte a cada 34 minutos, equivalente a 15,5 mil suicídios. Esses números tornam o suicídio como a 27^a causa de morte e 3^a maior entre jovens brasileiros. (Ministério da Saúde, 2024)

A autolesão sem intenção suicida (ASIS) e o suicídio são fenômenos multifacetados e influenciados por uma interação intrínseca de fatores biológicos, ambientais, psicológicos e sociais. Ambos fazem parte do grupo de violência autoprovocada, porém se distinguem na intencionalidade do ato. O suicídio há a tentativa de morte e na automutilação p alívio da angústia, sem intenção de morrer. Entender, ambos os fenômenos, vai além de compreender suas definições devendo-se valorizar os sentimentos e história do usuário, escutá-lo com atenção, reconhecer que o estigma aos comportamentos mencionadas existe e promover a transmissão de conscientização das pessoas, promover a valorização da vida, favorecer a procura por tratamento e prevenir situações e comportamentos de risco. Além disso, articulações no território para ações educativas de promoção de saúde mental, bem como matriciamento de casos com e-Multi e articulação com centros de atenção psicossociais (CAPS IJ) são indispensáveis para o planejamento do cuidado (Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio/15 a 18 anos, 2020).

Suicídio:

A pessoa que pensa em suicídio vive um sofrimento psíquica intenso, com sentimentos de desesperança, e o ato não deve ser visto como covardia. Mesmo pensamentos suicidas temporários devem ser levados a sério. Embora nem todos os suicídios tenham vínculo com hereditariedade, um histórico familiar aumenta o risco. Tentativas prévias de suicídio elevam a chance de novas tentativas, mas tratamentos podem ajudar a prevenir isso. É fundamental estar atento aos sinais e oferecer apoio. Cerca de 75% das vítimas de suicídio deixam sinais ou falam sobre suas intenções, e frases como "minha vida não presta" podem ser indícios de pedido de socorro. Falar

sobre suicídio, faz-se necessário, visto que possibilita que a pessoa se abra e busque ajuda por tratamento adequado (Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio/15 a 18 anos, 2020).

Automutilação:

A automutilação não é um transtorno mental, mas um comportamento relacionado a problemas emocionais e mentais, sendo um importante sinal de adoecimento. Geralmente, é um pedido de socorro e não uma busca por atenção. Quem se automutila busca aliviar dor emocional e, apesar de não ter intenção suicida, pensamentos suicidas podem surgir. Tratamentos são necessários para reduzir ou cessar a prática, que pode se tornar uma "válvula de escape" momentânea para o sofrimento (Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio/15 a 18 anos, 2020).

Para realizar o plano terapêutico da criança ou do adolescente, faz-se necessário realizar a classificação de risco do quadro apresentado, a fim de pactuar intervenções.

Critérios para avaliação de comportamento de risco na criança e no adolescente		
BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
Sem tentativa de suicídio prévia; Ideias de suicídio são passageiras e não perturbadoras; Não tem planejamento; Transtornos mentais, se presentes, com sintomas bem controlados; Apresenta foco e insight para mudanças e tolerância a frustração; Não apresenta impulsividade; Boa adesão ao tratamento; Tem rede de apoio funcional	Tentativa de suicídio previa; Ideias de suicídio persistentes e percebidas como solução; Não tem planejamento concreto ou acesso aos métodos potencialmente perigosos; Apresenta mínima capacidade de planejar esperar mudanças e tolerar frustrações; Não apresenta impulsividade; Deseja e/ou busca tratamento; Tem rede de apoio, mesmo que limitada; Não abusa/depende de álcool e drogas	Tentativa de suicídio previa; Apresenta afetos intoleráveis “psychache”; Tem planejamento e acesso a métodos; Depressão grave; Sintomas psicóticos (delírios ou alucinações); Baixa tolerância a frustração; Não apresenta foco e insight para mudanças; Apresenta impulsividade; Não deseja tratamento; Tem rede de apoio disfuncional ou inexistente; Abuso grave/ dependência de álcool e/ou outras drogas

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha de prevenção da automutilação e suicídio: orientações para educadores e profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020.

Após a classificação, é importante trazer para o momento da consulta perguntas abertas e fechadas em relação aos sentimentos e eventos do contexto vivenciado pelo paciente. Para isso, é necessária a construção do vínculo para que a criança ou o adolescente sintam confiança em expor pensamentos, livre de julgamentos.

- **PERGUNTAS INDIRETAS:**

Você está triste?

Há algo que está preocupando você?

Você se sente sozinho?

Você acha que alguém se preocupa com você?

Se a morte viesse, ela seria bem-vinda?

- **PERGUNTAS DIRETAS:**

Você já se automutilou ou atualmente se automutila?

Você já pensou ou tem pensado em morrer?

Você já pensou em tirar a própria vida?

Você já tentou tirar a própria vida?

Você planeja tirar a própria vida? Tem data?

Você tem meios para tirar a própria vida?

COMO FALAR SOBRE SUICÍDIO E AUTOMUTILAÇÃO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES?

Crianças de 4 a 8 anos

Fale com a criança sobre os seus sentimentos. Ajude-a a identificar as suas emoções e a compreender o que está sentindo e pensando;

Encoraje a criança a expressar os seus sentimentos, seja por palavras ou por outros meios, como a escrita, desenhos e outros métodos que permitam a expressão das emoções de maneira saudável;

Ajude a criança a compreender que sentir emoções desconfortáveis, como tristeza ou raiva, é algo que pode acontecer de vez em quando. Ajude-a a identificar quando essas emoções ficam muito intensas e a procurar ajuda nesses casos;

Busque assegurar que a criança não tenha acesso a materiais que possa usar para se machucar;

Tente se conectar com a criança em diferentes atividades para demonstrar que você está disponível para dar suporte quando necessário;

Ensine a criança a identificar adultos em que possa confiar. Mostre-a que, caso esse adulto não consiga ajudá-la com o problema, outro poderá ajudá-la.

Crianças e adolescentes de 9 a 13 anos

Fique atento aos sintomas depressivos que as crianças e os adolescentes possam apresentar e converse com eles sobre isso;

Essa fase do desenvolvimento pode vir com muitos estressores. Por isso, atente-se a isso e aborde esse tema com a criança ou com o adolescente;

Enfatize que alguns comportamentos de risco, como uso de álcool e drogas, não são boas estratégias para lidar com os estressores e com as emoções;

Ajude a criança ou o adolescente a reconhecer emoções, pensamentos e comportamentos que podem ser alarmes para problemas de saúde mental;

Encoraje a criança ou o adolescente a expressar os seus sentimentos. Ofereça uma escuta sem julgamentos e atenciosa aos problemas enfrentados;

Fique atento aos sintomas depressivos que as crianças e os adolescentes possam apresentar e converse com eles sobre isso;

Adolescentes de 14 a 18 anos

Reconheça os sinais de depressão em adolescentes e ajude-os a perceber se isso está acontecendo com eles;

Aborde de maneira aberta o que o adolescente está sentindo e pensando e qual o comportamento em relação a esses sentimentos e pensamentos;

Ofereça apoio para que o adolescente possa se expressar livremente. Evite críticas e julgamentos;

Tente escutar o que o adolescente tem a dizer e seja empático, não oferecendo apenas estratégias para resolver o problema;

Fique atento aos sinais de alerta verbais ou comportamentais de autolesão do adolescente. Ofereça ajuda quando perceber essas demonstrações;

Providencie ajuda se o adolescente expressar pensamentos relacionados a suicídio. Fique próximo ao adolescente e ajude-o a buscar ajuda profissional; Encoraje os adolescentes a ficarem atentos aos amigos e aos colegas e a reportarem aos adultos se observarem qualquer ameaça sugestiva de suicídio. Muitas vezes, os adolescentes irão informar primeiro aos amigos ou colegas sobre o que estão sentindo, sendo possível auxiliar essas pessoas sobre como agir nessa situação e sobre como oferecer ajuda

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha de prevenção da automutilação e suicídio: orientações para educadores e profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020.

*Além da depressão, existem também outros transtornos mentais mais associados ao comportamento suicida e autolesão. São eles: transtorno bipolar, transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras substâncias e esquizofrenia. O risco é maior com a associação entre duas condições, como no caso de uma pessoa com depressão e dependência de álcool.

18.4. Transtornos alimentares – Anorexia nervosa e Bulimia nervosa

Transtornos alimentares são caracterizados por um distúrbio persistente do comportamento alimentar ou relacionado à alimentação, que resulta em consumo ou absorção alterados de alimentos e prejudica significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.

A anorexia e bulimia constituem transtornos alimentares que acometem, principalmente, adolescentes e adultos jovens, mais do sexo feminino, apresentando gravidade semelhante em ambos os sexos.

Anorexia Nervosa

A anorexia nervosa é caracterizada pela recusa em manter um peso corporal saudável, acompanhada de distúrbios na percepção do peso e imagem corporal. Pode levar a consequências graves, como desnutrição extrema e até a morte. O transtorno geralmente é desencadeado por fatores estressantes, como comentários sobre o peso ou questões emocionais. Os indivíduos afetados frequentemente se percebem gordos, apesar de estarem excessivamente magros.

O diagnóstico é feito com base em critérios do DSM-5, que incluem: restrição de ingestão calórica, medo intenso de ganhar peso e distorção da imagem corporal. A anorexia pode ser classificada em dois tipos: restritivo, quando a perda de peso ocorre por dietas e exercícios excessivos, e compulsão alimentar com purgação, que envolve episódios de compulsão seguidos de métodos para eliminar calorias.

Com o tempo, o emagrecimento tende a se intensificar, e o tratamento é frequentemente buscado pelos familiares devido à desnutrição, embora o adolescente possa resistir. Durante a consulta, é essencial realizar uma avaliação clínica e mental cuidadosa, considerando outras possíveis doenças psiquiátricas, e avaliar a rede de apoio do paciente. A colaboração com equipes de saúde é importante para o tratamento eficaz. Realizar matriciamento com as equipes de saúde da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Bulimia Nervosa

A Bulimia Nervosa é marcada por episódios de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inadequados, como vômitos ou uso de laxantes, para evitar o ganho de peso. O transtorno é mais comum em mulheres e geralmente se inicia na adolescência ou início da idade adulta. Durante os episódios de compulsão alimentar, o indivíduo consome grandes quantidades de comida rapidamente, tentando depois controlar o peso de forma extrema.

Os episódios de compulsão alimentar provocam sentimentos de baixa autoestima, culpa, vergonha e depressão, levando ao isolamento social e evitando interações com os outros. A etiologia da bulimia também está frequentemente ligada a conflitos familiares, abuso sexual na infância e questões relacionadas ao desenvolvimento da feminilidade.

O tratamento da bulimia é desafiador, complexo e envolve uma abordagem multidisciplinar, com terapia nutricional, psicoterapia e, em alguns casos, medicamentos. Embora a desnutrição não seja tão grave quanto na anorexia nervosa, o impacto social e familiar das duas condições é similar. Diversas abordagens terapêuticas são necessárias, incluindo terapia nutricional, psicofarmacoterapia e psicoterapia individual e familiar, com o apoio de uma equipe multidisciplinar. Os episódios de compulsão alimentar provocam sentimentos de baixa autoestima, culpa, vergonha e depressão, levando ao isolamento social e evitando interações com os outros. A etiologia da bulimia também está frequentemente ligada a conflitos familiares, abuso sexual na infância e questões relacionadas ao desenvolvimento da feminilidade.

Avaliação subjetiva nos Transtornos Alimentares: Tópicos a serem abordados na avaliação subjetiva nos transtornos alimentares.

- Questionar sobre peso desejado pelo adolescente; início e padrão da menstruação*; restrições alimentares e padrões de jejum; frequência e extensão da hiperfagia e dos vômitos; uso de laxantes, diuréticos, pílulas para emagrecer; perturbações na imagem corporal; preferências e peculiaridades alimentares; padrões de exercícios.
- Dados da gestação, parto e condições de nascimento, e peso ao nascer
- Explorar a compreensão do adolescente sobre o seu impacto nos relacionamentos sociais, na escola e no trabalho, procurando identificar fatores socioculturais que influenciam o tipo e a quantidade de alimento que o adolescente consome e sua percepção sobre o tamanho corporal ideal
- Verificar a história psiquiátrica, história de uso de substâncias e avaliação familiar
- Avaliar a estrutura e funcionamento familiar, bem como, eventuais mudanças nas alianças, padrões e rituais, relacionados aos membros da família e a alteração do estado de saúde de um de seus membros.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. Transtornos alimentares na adolescência: anorexia e bulimia em tempos de pandemia, 2021

Exame físico:

Realizar um exame físico completo, com especial atenção para os sinais vitais, pele, sistema cardiovascular e evidências de abuso de laxantes ou diuréticos e vômitos.

Avaliar os indicadores de crescimento, desenvolvimento sexual e desenvolvimento físico.

Ferramentas para investigação:

Para identificar se o adolescente tem predisposição para desenvolver transtorno alimentar é possível utilizar as escalas seguintes escalas de avaliação: A escala Eating Attitudes Test – (EAT-26). O EAT-26 é um instrumento de autopercebimento, composto por 26 questões na forma de escala Likert de pontos (sempre = 3; muitas vezes = 2; frequentemente = 1; poucas vezes, quase nunca e nunca = 0).

É baseado em três critérios:

- 1) A pontuação total com base nas respostas às perguntas do EAT-26;

- 2) Respostas às questões comportamentais relacionadas aos sintomas alimentares e perda de peso
- 3) Índice de massa corporal (IMC) do indivíduo calculado a partir da altura e do peso. O EAT-26 demonstrou boa especificidade e sensibilidade moderada para detectar TAs. Caso a pessoa obtenha uma pontuação abaixo de 20 com o EAT-26, também pode ter um problema alimentar sério, portanto, sugere-se que isso não impeça de procurar ajuda.

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas Vezes	As Vezes	Poucas Vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorada com a ideia de estar engordando	<input type="radio"/>					
2. Evito comer quando estou com fome	<input type="radio"/>					
3. Sinto-me preocupada com os alimentos	<input type="radio"/>					
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar	<input type="radio"/>					
5. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços	<input type="radio"/>					
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como	<input type="radio"/>					
7. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas, etc)	<input type="radio"/>					
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais	<input type="radio"/>					
9. Vomito depois de comer	<input type="radio"/>					
10. Sinto-me extremamente culpada depois de comer	<input type="radio"/>					
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magra	<input type="radio"/>					
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito	<input type="radio"/>					
13. As pessoas me acham muito magra	<input type="radio"/>					

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas Vezes	As Vezes	Poucas Vezes	Quase nunca	Nunca
14. Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo	<input type="radio"/>					
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas	<input type="radio"/>					
16. Evito comer alimentos que contêm açúcar	<input type="radio"/>					
17. Costumo comer alimentos dietéticos	<input type="radio"/>					
18. Sinto que os alimentos controlam a minha vida	<input type="radio"/>					
19. Demostro auto-controle diante dos alimentos	<input type="radio"/>					
20. Sinto que os outros me pressionam para comer	<input type="radio"/>					
21. Passo muito tempo pensando em comer	<input type="radio"/>					
22. Sinto desconforto após comer doces	<input type="radio"/>					
23. Faço regimes para emagrecer	<input type="radio"/>					
24. Gosto de sentir meu estômago vazio	<input type="radio"/>					
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias	<input type="radio"/>					
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições	<input type="radio"/>					

EAT ® David M. Garner & Paul E. Garfinkel (1979), David M. Garner et al., (1982)

Tradução: Felicia Bighetti, 2003

Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem nos Transtornos Alimentares no Adolescente.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Emagrecimento Ingestão de Alimentos Insuficiente Condição nutricional prejudicada	Manutenção adequada do peso corporal Restabelecimento da condição nutricional	Desenvolver um plano nutricional junto com o adolescente que atenda às necessidades específicas dele e que se adeque ao seu grupo familiar. Compartilhar ideias e informações sobre a importância de uma dieta equilibrada com adolescente e a família. Incentivar a realização de atividade física. Realizar acompanhamento periódico para avaliar peso e IMC. Orientar a família sobre a necessidade de toda a família estar envolvida nos novos hábitos alimentares. Conversar com a família sobre a necessidade de apoiar e não julgar o adolescente. Encaminhar para consulta médica (preferencialmente com psiquiatra) e com nutricionista
Autoestima baixa Risco de baixa autoestima situacional	Autoestima positiva	Conversar com o adolescente sobre atividades que ele goste de fazer, como pintar, tocar instrumento, e elogiá-lo por isso. Incentivar o desenvolvimento e a prática de habilidades artísticas (escrever, cantar, desenhar) ou esportivas. Buscar com o adolescente atividades de cunho solidário que ele possa realizar na comunidade em que vive ou próxima. Orientar a família a oferecer suporte emocional consistente e incondicional, reforçando que o adolescente é valorizado e aceito.
Autoimagem negativa	Autoimagem Positiva	Refletir junto com o adolescente sobre os padrões de beleza veiculados pelas redes sociais.

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Alterações na Imagem Corporal		<p>Conversar sobre a aceitação da própria imagem e fatores que tem interferido nela.</p> <p>Incentivar a participação em grupos de adolescentes na UBS.</p> <p>Encaminhar para atendimento com psicólogo.</p>

18.5. Bullying

Bullying compreende todas as atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudantes contra outro(s), causando dor e angústia, e executadas dentro de uma relação desigual de poder, tornando possível a intimidação da vítima.

Subtipos de Bullying de acordo com a ação praticada:

- **Físico:** inclui batidas, chutes, empurrões, lesões ligadas a atos de pressão e contato, beliscões;
- **Verbal:** apelidos, intimidação, provocação, observações homofóbicas ou racistas, muitas vezes com início mais leve e discreto, até atingir o alvo;
- **Escrito:** que inclui bilhetes, cartas, pichações, cartazes, faixas, desenhos depreciativos;
- **Moral, social ou psicológico:** inclui difamar, caluniar, espalhar boatos, intimidar, ignorar, fazer pouco caso, imitar desfavoravelmente, usando trejeitos e fazendo piadas, excluir ou incentivar a exclusão social com objetivo de humilhar. É mais difícil de reconhecer, pois pode ser praticado de modo indireto.
- **Material:** que inclui estragar, danificar, furtar os pertences ou atirá-los contra a vítima;
- **Cyberbullying:** inclui a utilização de mídia eletrônica, por intermédio de e-mails, postagens, imagens ou vídeos. Tem o potencial de, em segundos, alcançar um número muito grande de pessoas deliberadamente e, em alguns casos, anonimamente, podendo causar danos psicológicos mais acentuados e negativos.

O bullying pode ainda se manifestar em três modalidades: direta ou indireta

- **Forma direta:** os alvos são atacados diretamente por meio de agressões físicas ou verbais (apelidos, ameaças, ofensas etc.), roubos, gestos que incomodam.

- **Forma indireta:** as ações levam ao isolamento social, ou seja, a agressão ocorre por meio de indiferença, isolamento, exclusão social ou difamação por boatos/fofocas.

Intervenções do Enfermeiro frente ao Bullying:

Acolhimento inicial, com escuta qualificada em um local que transmita segurança e garanta sigilo, percepção das necessidades do adolescente de forma legítima e sem julgamentos, de modo a buscar a resolutividade da situação apresentada.

Quando detectada uma situação de bullying, a equipe de saúde deve articular com a unidade de ensino e propor trabalho intersetorial com intervenções educacionais, tendo como uma possível ferramenta a implementação de grupos com o objetivo de estimular o entendimento em relação ao bullying, suas implicações no universo escolar e consequentemente, na sociedade.

As ações preventivas frente ao Bullying devem ser realizadas continuamente por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), incluindo esta temática em seu planejamento e intervenção, como já previsto pela portaria.

Bullying contra adolescentes dissidentes da matriz cis-heteronormativa

Este tipo de bullying está relacionado a atitudes agressivas no que tange questões de identidade de gênero, orientação sexual e questões como estereótipos relacionados ao gênero. A exemplo, temos incluídos neste grupo lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, dentre outros.

O Enfermeiro necessita conhecer as definições relacionadas à identidade de gênero e orientação sexual e abrir-se para compreender como o adolescente vivencia e lida com elas. Não se pode esquecer que na fase da adolescência os indivíduos estão se reconhecendo, criando sua identidade e agindo de acordo com suas preferências.

A seguir algumas definições que podem auxiliar o enfermeiro durante o atendimento de adolescentes, seja em consultas, atividades de educação em saúde ou em situação de bullying, no que tange as questões acima mencionadas.

Gênero: formas de se identificar e da pessoa ser identificada como homem ou como mulher. Gênero é social. Na definição do gênero o que importa não são os

cromossomos ou a conformação genital, mas a forma como a pessoa se percebe e se expressa socialmente (homem ou mulher).

- Cisgênero: pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído no nascimento.
- Não-cisgênero: pessoas que não são identificam com o gênero que lhes foi determinado.

Transexual: termo genérico que caracteriza a pessoa que não se identifica com o gênero que lhe foi atribuído no seu nascimento.

- Mulher transexual é toda pessoa que reivindica o reconhecimento social e legal como mulher.
- Homem transexual: é toda pessoa que reivindica o reconhecimento social e legal como homem.

Pessoas transexuais geralmente sentem que seu corpo não está adequado à forma como pensam e se sentem, e querem “corrigir” isso adequando seu corpo à imagem de gênero que têm de si. Isso pode se dar de várias formas, desde uso de roupas, passando por tratamentos hormonais e até procedimentos cirúrgicos.

Sexo: Classificação biológica das pessoas como machos ou fêmeas, baseada em características orgânicas como cromossomos, níveis hormonais, órgãos reprodutivos e genitais.

Intersexualidade: Conjunto amplo de variações dos corpos tidos como masculinos e femininos, que engloba, conforme a denominação médica, hermafroditas verdadeiros e pseudo-hermafroditas.

Travesti: Pessoa que vivencia papéis de gênero feminino, mas não se reconhece como homem ou mulher, entendendo-se como integrante de um terceiro gênero ou de um não-gênero.

Queer ou Androgino ou Transgênero: Pessoa que não se enquadra em nenhuma identidade ou expressão de gênero.

Orientação sexual: refere-se à atração afetivosexual por alguém de algum(ns) gênero(s).

- Homossexuais se sentem atraídos por pessoas do mesmo gênero,
- Heterossexuais se sentem atraídos por pessoas e outro gênero e
- Bissexuais por pessoas de qualquer gênero, o que não se relaciona com sua identidade de gênero.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_criancas_adolescentes_sus.pdf
2. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; [2020]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf>
3. [Insônia - Algoritmo de tratamento | BMJ Best Practice](#)
4. Organização pan-americana da saúde. Saúde mental dos adolescentes. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>
5. MI-mhGAP. Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. 2018
6. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP de, Silva NTB da, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2013 Aug 1;29(8):1533–43. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800006
7. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha de prevenção da automutilação e suicídio: orientações para educadores e profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_prevencao_automutilacao_suicidio_orientacoes_educadores_profissionais_saude.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha de prevenção da automutilação e suicídio: automutilação e do suicídio/15 a 18 anos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: https://prevencaoevida.com.br/wp-content/themes/opas/assets/pdf/cartilha_2.pdf?
9. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Volume 55, número 04. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. Atualizado em 26/02/2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view>
10. Departamento Científico de Adolescência (2019-2021) • Sociedade Brasileira de Pediatria. Giselle Dallazen. Transtornos alimentares na adolescência: anorexia e bulimia em tempos de pandemia, Nº 21, 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23202c-MO_Transl_alim_adl-AnorexiaBulimia_tempos_pandemia.pdf
11. Campos JGSC, Haack A. Anorexia e bulimia: aspectos clínicos e drogas habitualmente usadas no seu tratamento medicamentoso. Com Ciências Saúde. 2012;23(3):253-62.
12. Faria MA, Gomes MCA, Modena CM. “Mar de bullying”: turbilhão de violências contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais na escola. Educ Pesqui [Internet]. 2022;48. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202248241630por>
13. Hiluy JC, Nunes FT, Pedrosa MAA, Appolinario JC. Os transtornos alimentares nos sistemas classificatórios atuais: DSM-5 e CID-11. Rev Debates Psiquiatria. 2019;9(3):1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-9-3-1>
14. Lopes Neto AA. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. J Pediatr (Rio J). 2005;81(5):164-72.
15. Wang J, Iannotti RJ, Luk JW, Nansel TR. Cooccurrence of victimization from five subtypes of bullying: physical, verbal, social exclusion, spreading rumors, and cyber. J Pediatr Psychol. 2010;35(10):1103-12.
16. XIMENES, Rosana Christine Cavalcanti et al. Versão brasileira do BITE para uso em adolescentes. Arq. bras. psicol., Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 52-63, 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 dez. 2024

17. Sociedade Brasileira de Pediatria. Transtornos alimentares na adolescência: anorexia e bulimia em tempos de pandemia. 2021 [Internet]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23202c-MO_Transt_alim_adl-AnorexiaBulimia_tempos_pandemia.pdf
18. BIGHETTI, Felicia. Tradução e Validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de ribeirão preto-sp. 2003. 101 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2003.
19. RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Saúde do adolescente. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude662202203.pdf>

Capítulo 19 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS)

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

No Brasil, a oficialização das PICS ocorreu com a publicação da Portaria nº 971/2006, que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Posteriormente, em 2017 e em 2018, por meio das Portarias nº 849/2017 e nº 702/2018 respectivamente, novas práticas foram incluídas. Atualmente são 29 PICS reconhecidas e disponibilizadas na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). As definições de cada uma delas podem ser consultadas no site da área técnica de Saúde Integrativa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) (link:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php

?p=236370](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=236370)

Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e a Enfermagem

A atuação da enfermagem nas PICS cresce e ganha cada vez mais espaço no mundo e na Atenção Primária à Saúde. A regulamentação da atuação da categoria nas Práticas Integrativas e Complementares no Brasil foi visionária tendo iniciado com a Resolução do COFEN nº 197/1997, que foi publicada antes da PNPIC em 2006.

Na resolução do Cofen nº 739 de 5 de fevereiro de 2024, que normatiza a atuação da enfermagem nas PICS, há a recomendação da carga horária mínima para a atuação dos profissionais de enfermagem capacitados por meio de cursos livres e de pós graduação.

A resolução ressalta que, após as devidas capacitações, os enfermeiros poderão atuar em todas as PICS descritas na PNPIC, já os técnicos e auxiliares de enfermagem poderão atuar em algumas PICS, na modalidade de curso livre, desde que estejam sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

As Terapias Integrativas foram reafirmadas como especialidade de Enfermagem por meio da Resolução Cofen nº 581 de 2018, assegurando o respaldo ao profissional para atuação nesse cenário, bem como para desenvolver pesquisas na área das PICS. A Acupuntura havia sido regulamentada pela Resolução nº 362/2008, que autorizava o exercício da Acupuntura, após pós-graduação de 1.200 horas, com 1/3 de conteúdo teórico e 2 anos de curso e a Resolução nº 585/2018 que

estabeleceu e reconheceu a Acupuntura como especialidade e ou qualificação do profissional de Enfermagem após a decisão judicial do Tribunal Regional Federal (TRF), que foi favorável à Enfermagem no que diz respeito ao exercício da Acupuntura, desde que mantidas as definições quanto à formação, conforme a Resolução 362/2008. Para a sua execução devem constar no prontuário do paciente: a coleta de dados (anamnese), avaliação e identificação dos problemas, diagnóstico da MTC, princípios de tratamento, pontos de acupuntura a cada sessão, material utilizado, método de estímulo (tonificação, harmonização ou sedação) e tempo de aplicação, bem como as intervenções pactuadas com o paciente em seu plano de cuidado e a resposta do mesmo. Portanto os enfermeiros da SMS/SP, que atenderem as resoluções do COFEN, poderão realizar as aplicações de Acupuntura e PICS no sentido de ampliar o acesso aos pacientes do SUS, atuando de forma harmônica com a equipe multiprofissional, além de registrarem no sistema de informação o código destes procedimentos.

Conforme a Resolução COFEN Nº 739, de 05 de fevereiro de 2024, compete ao Enfermeiro:

Exercer cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. Assim, compete-lhe:

- a) Indicar, prescrever e implementar as PICS em todos os níveis de atenção, nos âmbitos privado e público;
- b) Coordenar, planejar, organizar e orientar a equipe de enfermagem na implementação das PICS na assistência de enfermagem;
- c) Utilizar os conceitos e visão de ser humano integral e de acolhimento como modelo de atendimento no oferecimento das PICS em sua prática;
- d) Instituir protocolos de atendimento em PICS nos serviços de saúde;
- e) Conduzir e coordenar atendimentos de PICS individuais e/ou em grupo;
- f) Desenvolver e incentivar ações favoráveis ao aperfeiçoamento e educação permanente, com o intuito de garantir a capacitação e atualização da equipe de enfermagem no âmbito das PICS;
- g) Realizar o processo de enfermagem e registrar no prontuário os dados relativos à atividade implementada de PICS;
- h) Promover o ensino e a pesquisa em PICS como contribuição para o conhecimento científico da Enfermagem;

- i) Manter-se atualizado em relação aos referenciais técnico-científicos, a legislação vigente, a segurança do usuário e do profissional e quanto aos aspectos éticos relativos às boas práticas em PICS na assistência de enfermagem;
- j) Atuar como docente em disciplinas de graduação e pós-graduação em PICS;
- k) Estabelecer e coordenar consultórios e clínicas de Enfermagem com foco em PICS, seguindo legislação vigente.

Compete ao Técnico e ao Auxiliar de Enfermagem

Participar da execução das PICS, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro. Assim, compete-lhes:

- a) Auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem em PICS;
- b) Realizar as PICS conforme seu grau de habilitação, sob supervisão e orientação do enfermeiro.

A RESOLUÇÃO COFEN Nº 739/2024 recomenda ainda a carga horária mínima para atuação dos profissionais de enfermagem, capacitados por meio de cursos livres em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).

PRÁTICA INTEGRATIVA COMPLEMENTAR EM SAÚDE	E	CARGA HORÁRIA MÍNIMA
Apiterapia		80 horas
Aromaterapia		120 horas
Arteterapia		120 horas
Auriculoterapia		80 horas
Bioenergética		80 horas
Cromoterapia		60 horas
Dança Circular		40 horas
Geoterapia		40 horas
Hipnoterapia		120 horas
Imposição de mãos (inclui Toque Terapêutico, Reiki, toque quântico e outros)		120 horas
Massoterapia		120 horas
Meditação		120 horas
Musicoterapia		180 horas
Ozonioterapia*		120 horas
Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa (inclui Tai Chi Chuan, Chi-Kun e Nai- Kun)		80 horas
Reflexologia		60 horas
Shantala		40 horas
Terapia Comunitária Integrativa		240 horas
Terapia Floral		120 horas
Yoga*		180 horas

*Ozonioterapia e Yoga são práticas exclusivas do enfermeiro no âmbito da equipe de enfermagem.

As PICS são aplicadas em todas as fases da vida, inclusive na infância e adolescência, desde que o profissional esteja habilitado para reconhecer quais são as particularidades e limitações de cada ação para esse público, como por exemplo a acupuntura, que pode ser realizada através de estímulos não invasivos, nos canais energéticos, como o uso de sementes, moxabustão, pressão com os dedos, trigramas, cromopuntura e laser. Temos ainda o uso de fitoterápicos que pode levar as crianças menores de dois anos a episódios de diarreia, internação por problemas respiratórios, desnutrição, dentre outros. Portanto, cabe aos enfermeiros conhecer as especificidades, benefícios e contraindicações de cada Prática Integrativa, garantindo assim uma assistência segura e eficaz.

Alguns estudos já apontam a importância das PICS, de forma isolada ou complementar, para uma abordagem de saúde integral com a criança e adolescente, pois propicia a promoção, a reabilitação, a prevenção e a cura de alguns agravos, de forma a garantir a longitudinalidade do cuidado.

Alguns artigos evidenciam a importância de algumas práticas para as crianças e adolescentes e indicam resultados positivos em diversos estudos sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), abrangendo quatro dimensões. A primeira é a dimensão física e metabólica, que inclui indicadores de marcadores fisiopatológicos, além de sinais e sintomas de doenças agudas e crônicas, como dor, câncer, doenças neurológicas e distúrbios osteomusculares. A segunda dimensão refere-se à vitalidade, bem-estar e qualidade de vida. A terceira dimensão diz respeito à saúde mental, abordando questões como ansiedade, estresse, depressão e insônia. Por fim, a quarta dimensão envolve a saúde socioambiental e a espiritualidade, que considera a relação entre saúde, ambiente, fatores econômicos e a sociedade, além da espiritualidade, influenciando o processo de saúde e doença.

Práticas Integrativas e Complementares (PICS) e os seus efeitos positivos nos desfechos clínicos, de acordo com estudos previamente realizados sobre o tema.

PICS	Efeitos físicos e metabólicos	Saúde mental	Vitalidade, bem-estar e qualidade de vida	Socioambiental e espiritualidade
Acupuntura	X	X	X	X
Aromaterapia	X	X	X	
Arteterapia	X	X	X	
Ayurveda	X	X	X	X
Auriculoterapia	X	X	X	X
Biodança	X	X	X	X
Cromoterapia	X	X	X	X

Dança Circular	X	X	X	X
Hipnoterapia	X	X		
Meditação	X	X	X	X
Musicoterapia	X	X	X	X
Prática corporal Chinesa	X	X	X	X
Plantas medicinais	X	X	X	
Quiropraxia/ Osteopatia	X	X	X	
Reflexologia	X	X	X	
Reiki	X	X	X	X
Shantala	X	X	X	X
Yoga	X	X	X	X

Adaptado de: Instituto de Saúde, São Paulo – 2021.

Além dos aspectos mencionados anteriormente, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) também favorecem o desenvolvimento motor e comportamental de crianças e adolescentes. Para isso, é essencial que o enfermeiro identifique as necessidades das crianças e quais Práticas podem beneficiá-las, com o objetivo de promover a autonomia das mesmas.

As PICS realizadas pela equipe de enfermagem devem ser anotadas no Prontuário do Paciente, seguindo as orientações do Guia de Recomendações para os Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente, elaborado pelo COFEN, em 2015.

Todos os insumos utilizados durante as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde devem ter sido padronizados pela SMS/SP.

Antes de iniciarem as PICS no âmbito da SMS/SP os profissionais devem remeter seus certificados para avaliação da Área Técnica da Saúde Integrativa, em sua instância superior, na SMS/SP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Neturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexologia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Diário Oficial da União 2017; 28 mar.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. *Diário Oficial da União* 2018; 22 mar.
4. Conselho Regional de Saúde de São Paulo (COREN-SP). Manual de Práticas Integrativas e Complementares. São Paulo: COREN/SP, 2023. Acesso em 25 de novembro de 2024. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2023/12/Manual_de_praticas_integrativas_e_complementares.pdf
5. Conselho Federal de Enfermagem – Cofen. Resolução nº 739 de 5 de fevereiro de 2024. Brasília, DF: Cofen; 2024. Normatiza a atuação da Enfermagem nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-739-de-05-de-fevereiro-de-2024>
6. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 326/2008 de 22 de fevereiro de 2008. Regulamenta no Sistema COFEN/CORENs a atividade de acupuntura e dispõe sobre o registro da especialidade. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluao-cofen-n-3262008/>
7. Ministério da Saúde (Brasil). Práticas integrativas e complementares em saúde. Recursos terapêuticos PICS. Brasília: Ministério da Saúde; 07/11/2022; Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics/recursos-terapeuticos>.
8. Torres BV, Almeida LA, Silva RC, Silva JS, Vieira AC. Práticas integrativas e complementares no cuidado em saúde de crianças. Enferm Foco. 2021;12(1):154-62.
9. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: evidências científicas e experiências de implementação / organizadores: Tereza Setsuko Toma, Marcio Sussumu Hirayama, Jorge Otávio Maia Barreto, Laura Boeira, Daniel Miele Amado, Paulo Roberto Sousa Rocha – São Paulo: Instituto de Saúde, 2021. 362 p. (Temas em saúde coletiva; 29).
10. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Práticas Integrativas e Complementares de Saúde. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/pics> . Acesso em 29 de Janeiro de 2025.

Capítulo 20 - USO DE TELAS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

É cada vez mais presente o uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC), redes sociais e Internet pelas crianças e adolescentes, cujas repercussões de curto, médio e longo prazo se estabelecem em diversos componentes da saúde (física, mental, emocional, social).

Recomendações sobre o tempo de uso de telas por faixa etária segundo a SBP (2019):

Idade	Recomendação de tempo de exposição
Menores de 2 anos	Evitar a exposição de crianças às telas sem necessidade (nem passivamente!)
entre 2 e 5 anos	limitar o tempo de telas ao máximo de 1 hora/dia, sempre com supervisão de pais/cuidadores/ responsáveis.
entre 6 e 10 anos	limitar o tempo de telas ao máximo de 1-2 horas/dia, sempre com supervisão de pais/responsáveis.
entre 11 e 18 anos	limitar o tempo de telas e jogos de videogames a 2-3 horas/dia, e nunca deixar “virar a noite” jogando.

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Pediatria. Grupo de Trabalho Saúde na Era Digital (2019-2021). Menos telas, mais saúde. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient - MenosTelas_MaisSaude.pdf

Conforme postulado pela SBP (2019) as principais repercussões do uso inadequado das TICs, redes sociais e Internet são:

- Dependência Digital e Uso Problemático das Mídias Interativa
- Problemas de saúde mental: irritabilidade, ansiedade e depressão
- Transtornos do déficit de atenção e hiperatividade
- Transtornos do sono
- Transtornos de alimentação: sobrepeso/obesidade e anorexia/bulimia
- Sedentarismo e falta da prática de exercícios
- Bullying e cyberbullying
- Transtornos da imagem corporal e da auto-estima

- Riscos da sexualidade, nudez, sexting, sextorsão, abuso sexual, estupro virtual
- Comportamentos auto-lesivos, indução e riscos de suicídio
- Aumento da violência, abusos e fatalidades
- Problemas visuais, miopia e síndrome visual do computador
- Problemas auditivos e perda auditiva induzida pelo ruído (PAIR)
- Transtornos posturais e músculo-esqueléticos
- Uso de nicotina, vaping, bebidas alcoólicas, maconha, anabolizantes e outras drogas.

20.1. Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem para uso das tecnologias da informação e comunicação (TIC), redes sociais e Internet pelas crianças e adolescentes - CIPE

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Isolamento social	Manter o convívio social	Incentivar atividades offline e interações sociais reais.
Risco de humor depressivo	Mitigar o risco de ansiedade	Estimular o contato com a natureza e o brincar ao ar livre
Risco de ansiedade	Mitigar o risco de humor depressivo	Proibir o uso de telas em locais onde crianças e adolescentes ficam isolados, como nos quartos.
Risco de socialização comprometida		Estimular o uso de televisão, computador, tablet, celular, smartphones ou com uso de webcam apenas em locais comuns da casa. Desconectar das telas 1-2 horas antes de dormir. Não fazer uso de telas durante as refeições. Criar regras de segurança para uso de mídias sociais e outros jogos e aplicativos digitais, com uso de filtros apropriados e senhas compartilhadas com os responsáveis. Incluir na rotina diária momentos de desconexão e mais convivência familiar. Encontros com desconhecidos online ou off-line devem ser evitados, saber com

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
		<p>quem e onde seu filho está, e o que está jogando ou sobre conteúdos de risco transmitidos (mensagens, vídeos ou webcam), é responsabilidade legal dos pais/cuidadores.</p> <p>Estimular a mediação parental das famílias e a alfabetização digital nas escolas com regras éticas de convivência e respeito em todas as idades e situações culturais.</p> <p>Encaminhar serviço de Psicologia, se necessário.</p>

Fonte: CIPE 2019

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) [Internet]. Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>. Acesso em: 25 ago. 2024.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Grupo de Trabalho Saúde na Era Digital (2019-2021). Menos telas, mais saúde [Internet]. 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-MenosTelas_MaisSaude.pdf. Acesso em: 25 ago. 2024.

Capítulo 21 – VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A violência contra crianças e adolescentes pode ser definida como qualquer ação ou omissão que cause dano ou sofrimento físico, psicológico ou sexual a pessoas com até 19 anos de idade. Essa violência pode ocorrer em diferentes contextos, como na família, na escola, na comunidade ou na internet, e envolver diferentes agentes, como pais, parentes, professores, colegas, vizinhos ou desconhecidos. A violência pode ser classificada em diferentes tipos, como:

- **Violência física:** é o uso da força física para ferir, machucar ou provocar dor na criança ou no adolescente. Exemplos: bater, chutar, queimar, cortar, morder, sacudir ou sufocar.
- **Violência psicológica:** é o uso de palavras ou gestos para humilhar, ameaçar, rejeitar, isolar ou manipular a criança ou o adolescente. Exemplos: xingar, ofender, ridicularizar, criticar excessivamente, ignorar ou privar de afeto.
- **Violência sexual:** é o envolvimento da criança ou do adolescente em atividades sexuais que não correspondem ao seu nível de desenvolvimento ou que violam as normas legais ou sociais. Exemplos: abuso sexual (tocar, beijar, penetrar ou expor os órgãos genitais), exploração sexual (usar a criança ou o adolescente para fins comerciais ou pornográficos), assédio sexual (fazer propostas indecentes ou comentários obscenos) ou pornografia infantil (produzir, divulgar ou consumir imagens de crianças ou adolescentes em situações sexuais).
- **Violência patrimonial:** é o uso indevido ou a destruição dos bens materiais da criança ou do adolescente. Exemplos: roubar, extorquir, danificar ou se apropriar dos objetos pessoais, documentos ou recursos financeiros.
- **Negligência:** é a falta de cuidado ou de atenção às necessidades básicas da criança ou do adolescente. Exemplos: deixar de alimentar, vestir, higienizar, educar, proteger ou levar ao médico.
- **Trabalho infantil:** é a exploração da mão de obra da criança ou do adolescente em atividades que prejudicam seu desenvolvimento físico, mental, social ou educacional. Exemplos: trabalho doméstico, trabalho rural, trabalho industrial, trabalho informal ou trabalho escravo.

Causas da violência contra crianças e adolescentes

A violência contra crianças e adolescentes não tem uma causa única nem simples. Ela é resultado de uma complexa interação de fatores individuais, familiares, sociais e culturais que influenciam as atitudes e os comportamentos dos agressores e das vítimas. Alguns desses fatores são:

- **Fatores individuais:** são as características pessoais dos agressores e das vítimas que podem aumentar a probabilidade ou a vulnerabilidade à violência. Exemplos: idade (crianças menores são mais suscetíveis), sexo (meninas sofrem mais violência sexual), etnia (crianças negras sofrem mais discriminação), deficiência (crianças com deficiência sofrem mais abuso), personalidade (agressores podem ter baixa autoestima, impulsividade, agressividade ou transtornos mentais), história de vida (agressores e vítimas podem ter sofrido ou testemunhado violência na infância ou na adolescência), consumo de álcool ou drogas (agressores e vítimas podem estar sob efeito de substâncias que alteram o julgamento ou a percepção).
- **Fatores familiares:** são as condições e as relações no ambiente doméstico dos agressores e das vítimas que podem favorecer ou dificultar a violência. Exemplos: estrutura familiar (famílias monoparentais, reconstituídas ou extensas podem ter mais conflitos ou menos supervisão), vínculo afetivo (famílias com baixa coesão, comunicação ou apoio podem gerar mais insatisfação ou frustração), padrão educativo (famílias com estilos autoritários, permissivos ou negligentes podem transmitir mais violência ou desrespeito), situação socioeconômica (famílias com baixa renda, escolaridade ou acesso a serviços podem enfrentar mais estresse ou privação), violência doméstica (famílias com histórico de violência entre os parceiros podem reproduzir ou tolerar a violência contra as crianças e os adolescentes).
- **Fatores sociais:** são as influências e as pressões do contexto externo aos agressores e às vítimas que podem estimular ou inibir a violência. Exemplos: rede social (amigos, vizinhos, professores ou profissionais que podem oferecer apoio, orientação ou denúncia), instituições sociais (escolas, igrejas, organizações ou mídias que podem promover valores, normas ou informações),

políticas públicas (leis, programas ou serviços que podem garantir direitos, proteção ou assistência), condições ambientais (violência urbana, desemprego, pobreza ou desigualdade que podem gerar insegurança, revolta ou exclusão).

- **Fatores culturais:** são as crenças e os costumes da sociedade em que os agressores e as vítimas estão inseridos que podem justificar ou condenar a violência. Exemplos: cultura patriarcal (que atribui superioridade ao homem sobre a mulher e aos adultos sobre as crianças), cultura machista (que legitima a dominação masculina sobre o feminino e a sexualização precoce das meninas), cultura da violência (que naturaliza a violência como forma de resolver conflitos ou expressar sentimentos), cultura do silêncio (que impede a fala ou a escuta das vítimas de violência por medo, vergonha ou culpa).

Consequências da violência contra crianças e adolescentes

A violência contra crianças e adolescentes pode trazer sérias consequências para o desenvolvimento físico, psicológico, social e educacional das vítimas. Essas consequências podem variar de acordo com o tipo, a frequência, a intensidade e a duração da violência, bem como com as características, os recursos e as reações das vítimas. Algumas dessas consequências são:

- **Consequências físicas:** são os danos causados ao corpo da criança ou do adolescente pela violência. Exemplos: ferimentos, hematomas, fraturas, queimaduras, cortes, mordidas, cicatrizes, infecções, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, aborto provocado, desnutrição, doenças crônicas ou morte.
- **Consequências psicológicas:** são os danos causados à mente da criança ou do adolescente pela violência. Exemplos: medo, ansiedade, tristeza, depressão, raiva, culpa, vergonha, baixa autoestima, baixo autocontrole, dificuldade de confiança, dificuldade de aprendizagem, dificuldade de concentração, dificuldade de memória, dificuldade de expressão, dificuldade de relacionamento, isolamento social, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno dissociativo, transtorno de personalidade, transtorno alimentar, transtorno do sono, transtorno do humor,

transtorno de ansiedade, transtorno de pânico, transtorno de adaptação, transtorno de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno do espectro autista, transtorno bipolar, esquizofrenia ou suicídio.

- **Consequências sociais:** são os danos causados à interação da criança ou do adolescente com os outros pela violência. Exemplos: retraimento social, agressividade social, bullying (ser vítima ou agressor), violência interpessoal (contra parceiros, amigos ou familiares), violência coletiva (contra grupos sociais ou instituições), marginalização social (exclusão ou discriminação), violação de direitos (desrespeito ou negação), criminalidade (envolvimento em atos ilícitos ou infrações), drogadição (uso abusivo ou dependência de substâncias), gravidez precoce (gestação antes dos 18 anos), evasão escolar (abandono ou desistência dos estudos) ou desemprego (falta ou perda de trabalho).
- **Consequências educacionais:** são os danos causados à aprendizagem da criança ou do adolescente pela violência. Exemplos: baixo rendimento escolar (notas baixas ou reprovação), dificuldade cognitiva (raciocínio lógico, linguagem oral ou escrita), dificuldade afetiva (motivação, interesse ou prazer), dificuldade comportamental (disciplina, atenção ou participação), dificuldade relacional (cooperação, respeito ou solidariedade), dificuldade pedagógica (metodologia, avaliação ou currículo), violência escolar (agressão física, verbal ou moral entre alunos ou entre alunos e professores) ou abandono escolar (saída definitiva da escola).

O enfermeiro deve estar atento constantemente aos sinais indicativos de violência na criança e no adolescente. Para nortear esta avaliação pode nortear-se pelos elementos descritos no quadro abaixo que trata das alterações comportamentais da criança e do adolescente em situações de violência.

Os espaços coloridos no quadro indicam a presença do sinal da violência na respectiva faixa etária.

21.1. Alterações comportamentais da criança e do adolescente em situações de violência

SINAIS DA VIOLÊNCIA	CRIANÇA Até 11 meses 1 a 4 anos 5 a 9 anos	CRIANÇA Até 11 meses 1 a 4 anos 5 a 9 anos	CRIANÇA Até 11 meses 1 a 4 anos 5 a 9 anos	ADOLESCENTE 10 a 19 anos
Choros sem motivo				
Irritabilidade frequente, sem causa aparente				
Olhar indiferente e apatia				
Tristeza constante				
Demonstrações de desconforto no colo				
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites				
Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas				
Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes				
Distúrbios de alimentação				
Enurese e encoprese				
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala				
Distúrbios do sono				
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento				
Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico				
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente				
Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola				
Comportamentos extremos de				

SINAIS DA VIOLÊNCIA	CRIANÇA Até 11 meses 1 a 4 anos 5 a 9 anos	CRIANÇA Até 11 meses 1 a 4 anos 5 a 9 anos	CRIANÇA Até 11 meses 1 a 4 anos 5 a 9 anos	ADOLESCENTE 10 a 19 anos
agressividade ou destrutividade				
Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações				
Pesadelos frequentes, terror noturno				
Tiques ou manias				
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas				
Baixa autoestima e autoconfiança				
Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio				
Problemas ou déficit de atenção				
Sintomas de hiperatividade				
Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes				
Uso abusivo de drogas				

Fonte: Adaptado de Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. atual. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 106 p. : il

21.2 Sinais de violência sexual em crianças e adolescentes

- Edema ou lesões em área genital, sem outras doenças que os justifiquem (como infecções ou traumas accidentais evidenciáveis).
- Lesões de palato ou de dentes anteriores, decorrentes de sexo oral.
- Sangramento vaginal em pré-puberes, excluindo a introdução de corpo estranho pela própria criança.
- Sangramento, fissuras ou cicatrizes, dilatação ou flacidez de esfíncter anal sem presença de doença que os justifiquem (como constipação intestinal grave e crônica).
- ISTs.
- Gravidez.

- Abortamento.

Qualquer profissional de saúde, deve acionar o Núcleo de Prevenção de Violência (NPV) que é a equipe de referência do Serviço de Saúde para pessoas em situação de violência e é responsável pela organização do cuidado e articulação das ações a serem desencadeadas para a superação da violência. Uma organização forte e qualificada rede de cuidados pressupõe um trabalho em equipe, portanto cabe ao NPV desenvolver ações intra e intersetoriais.

Acolhimento e Responsabilidade do Território



- Cada equipamento de saúde com sua rede protetiva estabelecida conhecida pelos profissionais compõe o NPV
- Conhecimento dos indicadores segundo os tipos de violência, faixa etária e raça/cor do seu território
- Ações de Educação Permanente em Saúde
- Organização do atendimento à essa população
- Ações de articulação de rede intersetorial
- Ações de promoção de saúde e prevenção de violência
- Interface com o sistema de garantia de direitos

Fluxograma de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência no MSP

Núcleo de Prevenção da Violência

É um articulador do cuidado no serviço. Deve facilitar a organização do processo e das informações.



Nota: A Portaria CONJUNTA SGM/SMADS/SMDHC/SME/SMS nº 21 / 2020, institui o FLUXO INTEGRADO DE ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE VÍTIMA OU TESTEMUNHA DE VIOLÊNCIA, sendo o NPV, na Saúde, o protagonista do fluxo intersetorial: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/governo/Fluxo%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20a%20Crian%C3%A7a%20e%20ao%20Adolescente%20V%C3%ADAtima%20de%20Viol%C3%A7%C3%A3o%20final%20ago2022.pdf>

As situações de violência entram no Fluxo Integrado por diversas portas da rede de proteção intersetorial e, ainda, por meio de denúncia, sistema de justiça e conselhos tutelares, sendo objetivos:

- Garantir o direito de confidencialidade e do sigilo em todos os momentos e atendimentos.
- A maior parte das violências acontece em ambiente doméstico, exigindo sensibilidade e cuidado ao observar alterações de comportamento ou sinais corporais.
- Acionar de imediato do fluxo em todos os casos, sobretudo nos que envolvem violência sexual, física grave e autoprovocada.
- Acolher a pessoa em situação de violência em todas as suas necessidades;

- Não revitimizar, não deve envolver procedimentos desnecessários, repetitivos e invasivos, que revivam a violência, gerando sofrimento, estigmatização ou exposição.

21.3. Esquema antirretroviral para PEP - Criança

Faixa etária	Esquema preferencial	Medicamentos alternativos
0 a 14 dias	Zidovudina + lamivudina + raltegravir	Zidovudina+ lamivudina + nevirapina
14 dias a 4 semanas	Zidovudina + lamivudina + raltegravir	Impossibilidade do uso de raltegravir: lopinavir/ritonavir
Acima de 4 semanas de vida	Zidovudina + lamivudina + dolutegravir 5 mg*	Impossibilidade do uso de dolutegravir: Lopinavir/ritonavir ou darunavir****/ritonavir
6 a 12 anos	Zidovudina + lamivudina + dolutegravir 50 mg*** ou Tenofovir** + lamivudina + dolutegravir 50mg ***	Impossibilidade do uso de dolutegravir: darunavir/ritonavir ou lopinavir/ritonavir
12 anos ou mais	Tenofovir** + lamivudina + dolutegravir 50mg*** ou Zidovudina + lamivudina+ dolutegravir 50mg***	Impossibilidade do uso de dolutegravir: darunavir/ritonavir

Fonte: DATHI/SVSA/MS

LEGENDA:

*Peso igual ou maior que 3 kg; **Peso igual ou maior que 35kg; ***Peso igual ou maior que 20kg;
****Peso maior ou igual a 15 kg;

Observações:

- Dolutegravir 5mg comprimido dispersível a partir do 2º mês de vida e peso igual ou superior a 3 kg.
Dolutegravir 50 mg comprimido a partir de 6 anos com 20kg.
- Darunavir para crianças maiores de 3 anos e com peso igual ou superior a 15 kg, que consigam deglutar o comprimido.
- Tenofovir indicado com peso corporal a partir de 35kg.

Tratamento para Profilaxia das IST em Situações de Violência Sexual

IST	Medicamento	Posologia	
		Adultos e adolescentes com mais de 45 kg	Crianças e adolescentes com menos de 45 kg
Sífilis	Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) ^a	50.000 UI/kg, IM ^a
Infecção por N. Gonorrhoeae e C. Trachomatis	Ceftriaxona + Azitromicina	500mg, 1 frasco-ampola, IM, dose única + 500mg, 2 comprimidos de 250 mg, VO, dose única	125 mg, IM, dose única + 20mg/kg, VO, dose única
Tricomoníase	Metronidazol ^{b,c}	500 mg, 2 comprimidos de 250mg, Via oral, dose única	15mg/kg/dia, divididos a cada 8 horas, por 7 dias.

Fonte: DATHI/SVSA/MS

Legenda:

^a Como profilaxia e em caso de sífilis recente, deve ser prescrito em dose única

^b Não deve ser prescrito no primeiro trimestre de gestação

^c Seu uso deverá ser postergado em caso de uso de contracepção de urgência ou ARV.

A construção do SUS pressupõe um esforço permanente na afirmação de seus princípios e na ampliação das redes solidárias institucionais com a sociedade organizada. O enfrentamento à violência emerge como um desafio sendo que: “É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade” (Nise da Siveira).

21.4 Em caso de suspeita ou confirmação de violência

1. Realizar a notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências nas situações de violências contra adolescentes.
2. Enviar cópia dessa notificação ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, conforme preconiza o ECA, e para a Unidade de Saúde/ESF.
3. Encaminhar para serviços de referência, Caps e e-Multi* os casos que necessitem de atendimento e investigação diagnóstica.
4. Encaminhar os casos identificados de adolescentes em situação de vulnerabilidade ou que sofreram violências para a rede de proteção social e de garantia de direitos, incluindo os Conselhos Tutelares, CREAS e CRAS.

*Na e-Multi, um dos papéis fundamentais no acompanhamento referencial de adolescentes em situação de violência ou no apoio matricial às ESF é o do psicólogo, que deve receber formação e/ou treinamento adequado para acompanhamento de adolescentes em situações de violências.

Para maiores informações acesse:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/index.php?p=266739

Documentos para notificação de Violência ([clique para ser direcionado](#)):

SINAN - Instrutivo Complementar para o Município de São Paulo - 2019
Manual de Verificação de Possíveis Inconsistências no SINAN das Violências
Comunicado para o Conselho Tutelar
Nota Técnica 001/2018 -Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente
Nota Técnica CVDANT 01/2021 - Orientação sobre o registro de lesões autoprovocadas na ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN
Nota Técnica CVDANT 01/2022 – Orientação sobre o registro de ocupação para crianças e adolescentes na ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do SINAN
Nota Técnica Nº 62/2022-CGDANT/DAENT/SVS/MS
Nota Técnica NDANT Nº01/2023 – Orientação complementar à NOTA TÉCNICA Nº 62/2022-CGDANT/DAENT/SVS/MS

Em caso de suspeita ou confirmação de distúrbios psiquiátricos e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas.

- Encaminhar para os Caps, emoli e/ou serviço de referência, os/as adolescentes identificados como usuários de álcool e outras drogas.
- Garantir e realizar o tratamento de adolescentes usuários(as) de álcool e outras drogas.
- Em caso de prescrição medicamentosa psicotrópica, orientar o adolescente, os familiares/responsáveis sobre a utilização, os efeitos adversos, as interações e os cuidados necessários a partir do uso.
- Disponibilizar e realizar ações de atenção integral à saúde, mobilizando adolescentes, famílias e comunidade.
- Deverá informar aos pais sobre a situação de saúde do adolescente, caso o mesmo esteja impossibilitado clinicamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 106 p.
2. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Violências e acidentes [Internet]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/index.php?p=266739. Acesso em: 30 ago. 2024.
3. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS; 2007. 60 p.
4. Linha de Cuidado (LC) para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência no Município de São Paulo [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/baixacartilhaviolencia(1).pdf)
5. Protocolo Integrado da Primeira Infância www.prefeitura.sp.gov.br/protocolosprimeirainfancia.

Capítulo 22 - BRINCAR E O CONVÍVIO COM A NATUREZA

Enfermeiros devem ter como prioridade intervenções que estimulem o brincar ao ar livre e a conexão com a natureza para crianças e adolescentes de todas as idades. No Brasil, o direito à natureza e ao brincar está previsto em vários marcos legais relacionados à infância e à adolescência.

As crianças e adolescentes devem ter acesso diário, no mínimo por uma hora, a oportunidades de brincar, aprender e conviver com a natureza para que possam se desenvolver com plena saúde física, mental, emocional e social.

Brincar durante a infância está associado ao pleno desenvolvimento cerebral. Como resultado, há melhorias nas:

- funções executivas
- linguagem,
- habilidades matemáticas,
- integração sensorial,
- capacidade de pensar criativamente
- capacidade de realizar multitarefas

O **convívio com a natureza** na infância e na adolescência melhora:

- o controle de doenças crônicas como diabetes, asma, obesidade.
- diminui o risco de dependência ao álcool e a outras drogas.
- favorece o desenvolvimento neuropsicomotor.
- contribui para o desenvolvimento de múltiplas linguagens.
- reduz os problemas de comportamento.
- proporciona bem-estar mental.
- equilibra os níveis de vitamina D.
- diminui o número de visitas ao médico.
- fomenta a criatividade, a iniciativa, a autoconfiança, a capacidade de escolha, de tomar decisões e resolver problemas.

Há também benefícios ligados aos valores éticos ética e do campo da sensibilidade, como encantamento, empatia, humildade e senso de pertencimento.

Avaliação Subjetiva sobre o Brincar e o Convívio com a Natureza

Perguntar sobre:

- ✓ Quanto tempo a criança tem disponível todos os dias para brincar livremente a céu aberto e destacar o papel do recreio escolar nesse cenário.
- ✓ Como são as rotinas e os espaços da escola que a criança frequenta.

- ✓ Quanto tempo o adolescente tem disponível todos os dias para encontros sociais a céu aberto e destacar o papel do recreio escolar nesse cenário.
- ✓ Como são as rotinas e os espaços da escola que o adolescente frequenta.
- ✓ Atividades ao ar livre preferidas pela família e discutir sobre outras que não tenham sido aventadas - observação de pássaros, cultivo de plantas, piqueniques.

Avaliar:

- ✓ Hábitos de sono, alimentação, atividade física, comportamentos, desempenho escolar, uso de equipamentos digitais e dinâmica familiar, destacando a importância das experiências ao ar livre para o desenvolvimento saudável e bem-estar da criança e do adolescente.
- ✓ Quais são as principais barreiras que limitam o acesso de todos os membros da família à prática de atividades de lazer a céu aberto (falta de tempo, falta de transporte, desconhecimento sobre onde ir e o que fazer, dificuldades financeiras).

Orientações Gerais sobre o Brincar e o Convívio com a Natureza

Crianças

- Aconselhar e orientar as famílias em consultas pré-natais e de puericultura do lactente sobre a importância do contato com a natureza para o bebê e sua mãe (que também se beneficiará física e mentalmente de passeios ao ar livre).
- Orientar sobre a importância do tempo destinado ao recreio e ressaltar que a criança precisa ter muito tempo para brincar com liberdade em espaços abertos durante o período que passa na escola, para que possa se concentrar durante as atividades acadêmicas.
- No caso das crianças pequenas, o foco deve ser no livre brincar, no movimento de ir além, nas experiências sensoriais e no papel do adulto como um companheiro de exploração e descobertas.

Adolescentes

- Aconselhar e orientar sobre a importância dos encontros e das relações entre pares na rotina dos adolescentes. Destacar que atividades esportivas são muito importantes, mas que os encontros livres e sem direcionamento têm qualidades especiais que os esportes não têm, e que os espaços naturais são fundamentalmente lugares privilegiados para essa atividade.
- Orientar sobre a importância do tempo destinado ao recreio e ressaltar que o adolescente precisa ter tempo para a convivência social entre pares durante o período que passa na escola, para que possa se concentrar durante as atividades acadêmicas.
- Incentivar o adolescente a planejar encontros com amigos em parques e áreas abertas. Orientá-lo sobre as questões relativas à segurança nesses locais e

encorajar os responsáveis a encontrar espaços ao ar livre que sejam seguros e agradáveis.

- Sugerir que os pais conversem com outras famílias sobre como proporcionar oportunidades de convívio social para os adolescentes fora dos espaços fechados e privados como shopping centers.
- Destacar a importância de que a criança e o adolescente tenham contato com animais domésticos (cães, gatos, hamster, passarinhos e outros) e também com plantas em vasos ou canteiros na residência, mostrando que crianças e adolescentes que convivem com a natureza e também com animais domésticos são frequentemente mais saudáveis, principalmente do ponto de vista imunológico.
- Enfatizar que mesmo em espaços pequenos é possível cultivar vasos de plantas** e até uma horta, e que as crianças e adolescentes se beneficiam muito com essa prática.
- ** Alertar sobre a escolha das plantas e vasos, evitando as espécies tóxicas ou alergênicas.

Intervenções com as crianças, adolescentes e suas famílias para o convívio com a natureza:

- Brincar no parquinho mais próximo pelo menos uma hora por dia;
- Fazer um passeio ou caminhada num jardim ou na orla de uma praia ou lagoa;
- Fazer um piquenique num parque diferente uma vez ao mês;
- Assistir ao pôr do sol e ao início da noite e procurar estrelas;
- Passar o final de semana ou período de férias em algum lugar natural ou onde as crianças e os adolescentes possam se locomover com autonomia e liberdade, com regras de supervisão e proteção social.

22.1 Alguns diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem para o brincar e o convívio com a natureza para crianças e adolescentes

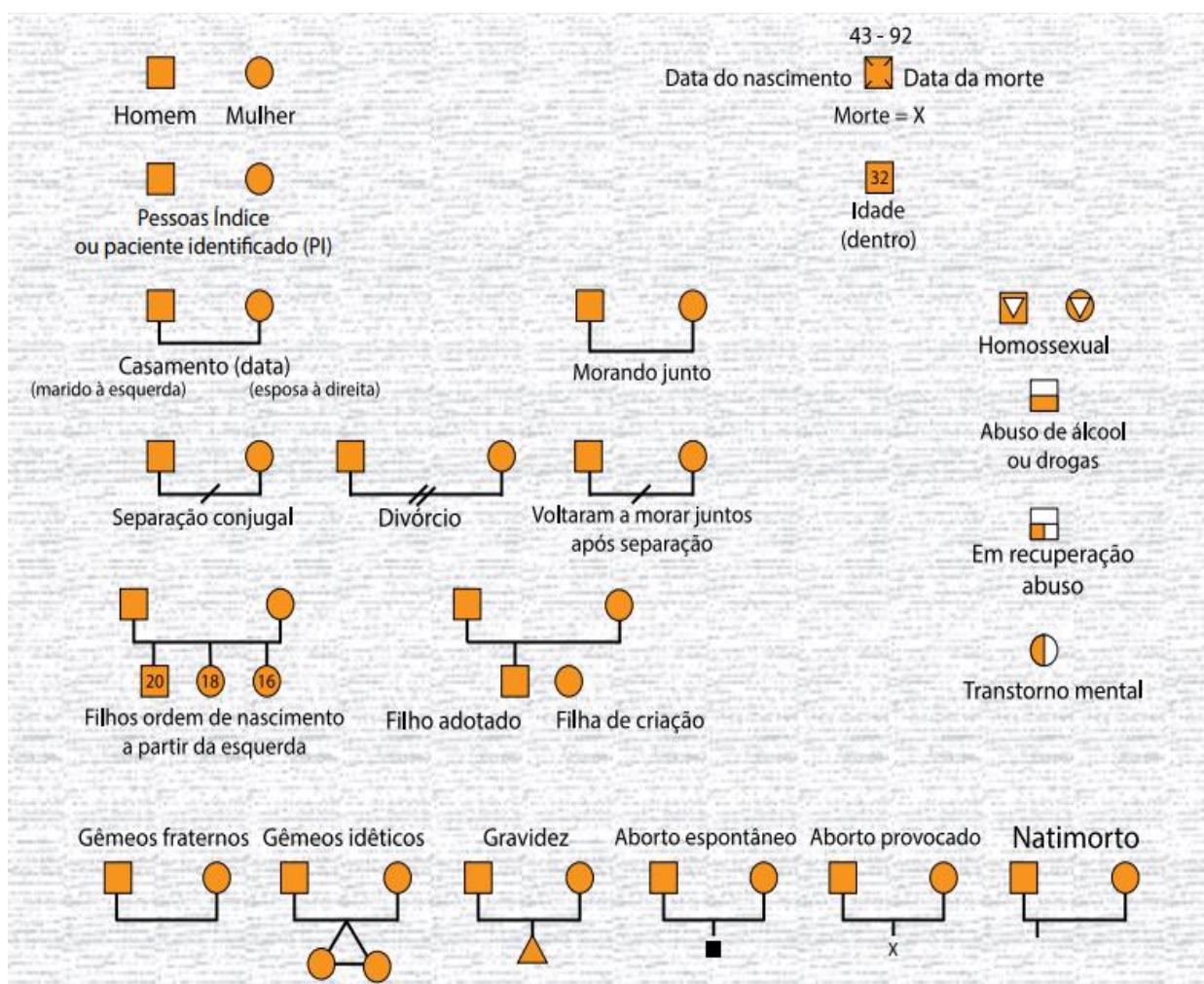
Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Risco de Socialização Prejudicada	Socialização adequada	Avaliar/ aconselhar/ orientar sobre os benefícios que o contato com a natureza traz para as crianças e adolescentes durante a entrevista ou consulta e correlacioná-los com os sintomas apresentados pelos pacientes (ansiedade, obesidade, sobrepeso, sedentarismo, distúrbios de sono, falta de coordenação motora).
Risco de socialização comprometida	Prevenir estilo de vida de isolamento social	
Problema de Comportamento	Comportamento adequado	
Desenvolvimento Infantil Prejudicado	Desenvolvimento infantil adequado	

Diagnósticos de Enfermagem	Resultados Esperados	Intervenções
Risco de crescimento prejudicado	Crescimento adequado	Ao avaliar os parâmetros de crescimento, mostrar as curvas e conversar com os responsáveis sobre a influência fundamental do movimento físico ao ar livre no desenvolvimento infantil, especificamente na produção do hormônio de crescimento.
Ansiedade	Melhora da Ansiedade	
Sono Prejudicado	Sono adequado	Aconselhar e orientar sobre a importância do brincar na rotina da criança. Destacar que atividades esportivas são muito importantes, mas que o brincar livre tem qualidades especiais que os esportes não têm, e que os espaços naturais são fundamentalmente lugares privilegiados para essa atividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

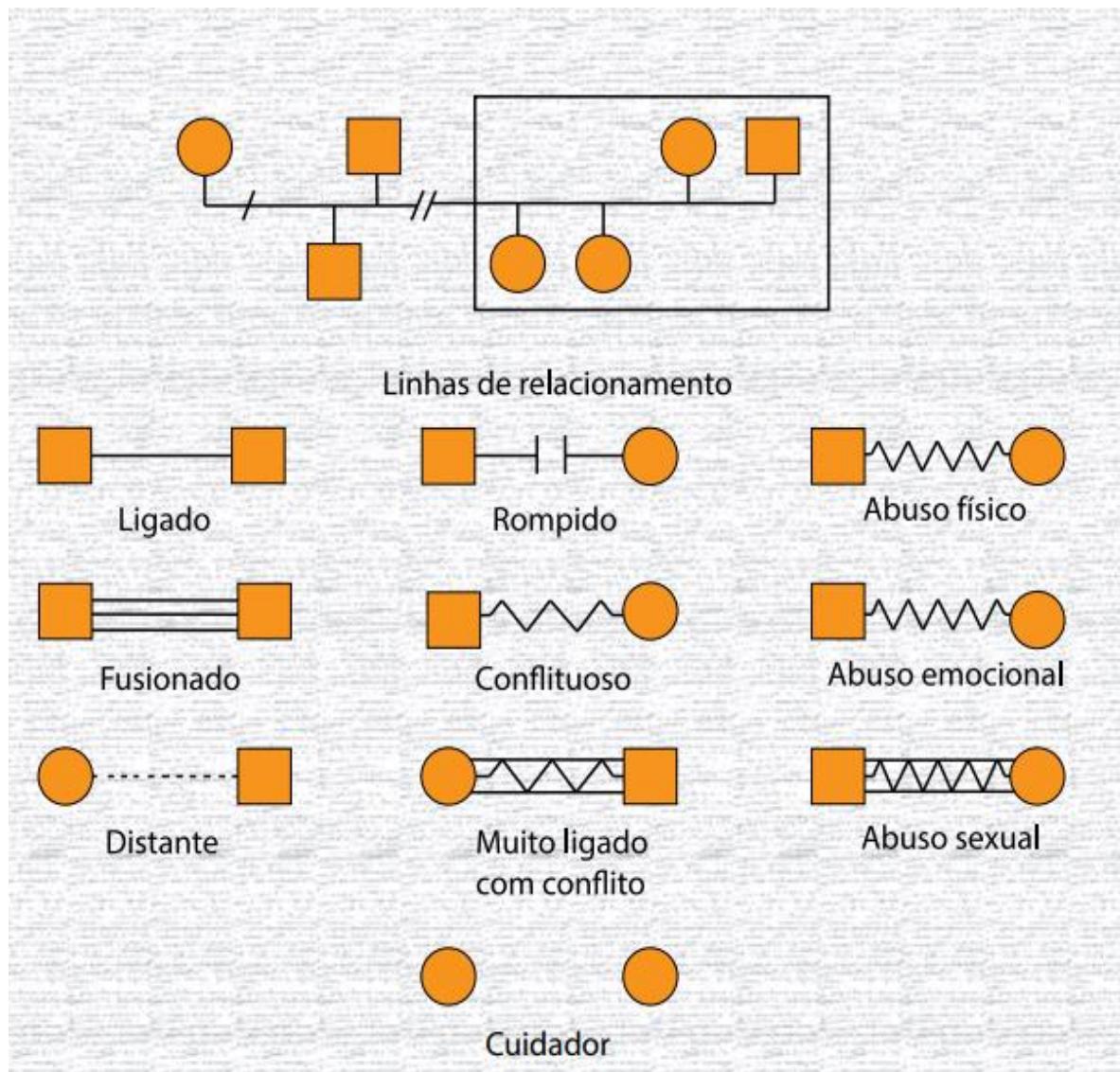
1. Chawla L. Benefits of nature contact for children. *J Plan Lit.* 2015;30(4):433-52.
Hughes J, Rogerson M, Barton J, Bragg R. Age and connection to nature: when is engagement critical? *Front Ecol Environ.* 2019;17(5):265-9.
2. Louv R. A última criança na natureza: resgatando nossas crianças do transtorno do déficit de natureza. São Paulo: Aquariana; 2016.
3. O começo da vida [DVD]. Direção: Estela Renner. Produção: Maria Farinha Filmes; 2016. 1 DVD (90 min.). Disponível em: <https://ocomecodavida.com.br/>
4. O começo da vida: lá fora [DVD]. Direção: Estela Renner. Produção: Maria Farinha Filmes; 2020. 1 DVD (90 min.). Disponível em: <https://ocomecodavida.com.br/>
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Benefícios da natureza no desenvolvimento de crianças e adolescentes. 2019.
6. Whitten T, et al. Connection to the natural environment and well-being in middle childhood. *Ecopsychology.* 2018;10(4):270-9.
7. Yogman M, Garner A, Hutchinson J, et al. The power of play: a pediatric role in enhancing development in young children. *Pediatrics.* 2018;142(3)

ANEXO 1 - Símbolos utilizados no Genograma



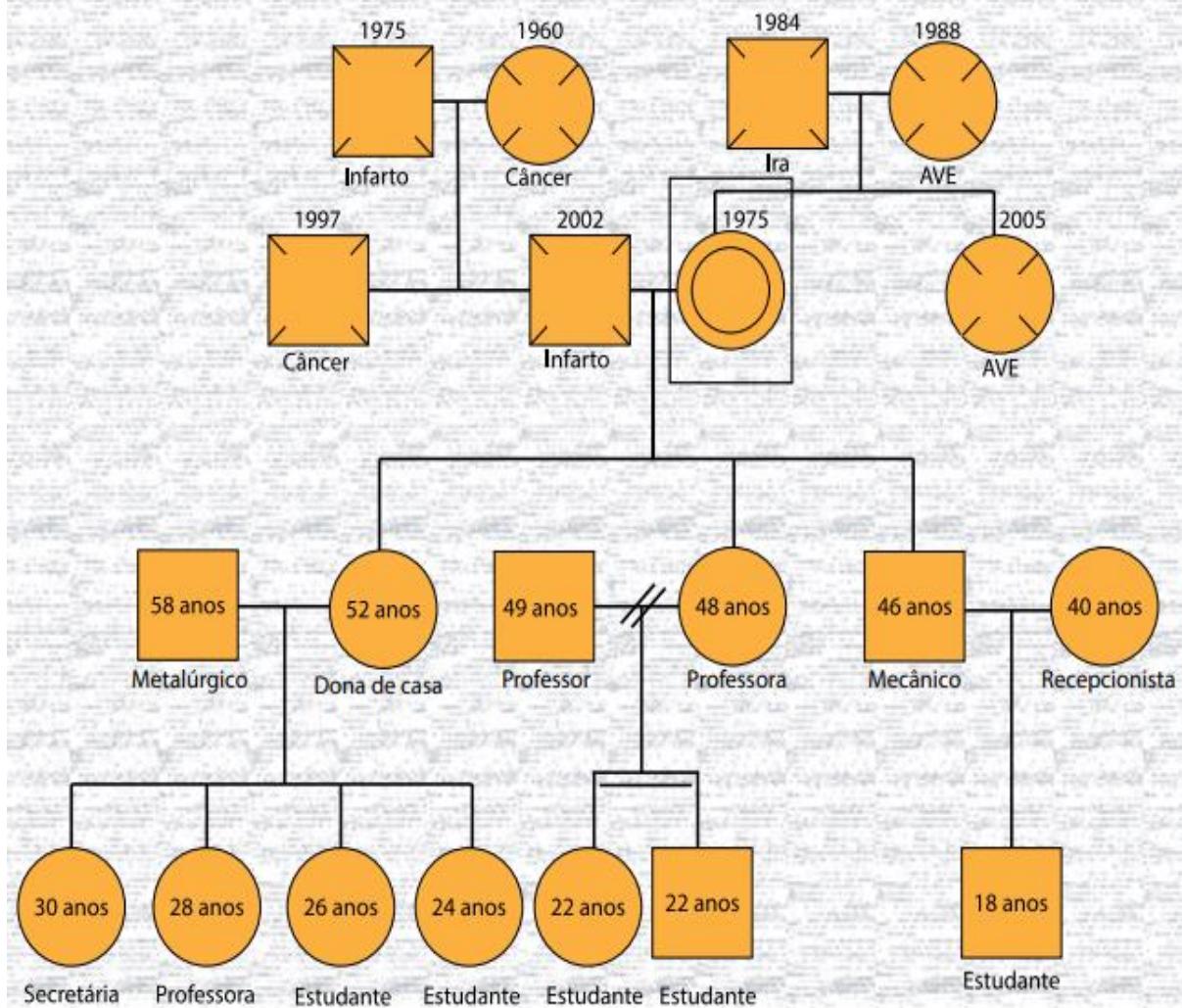
Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

ANEXO 2 - Linhas de relacionamento e de moradia



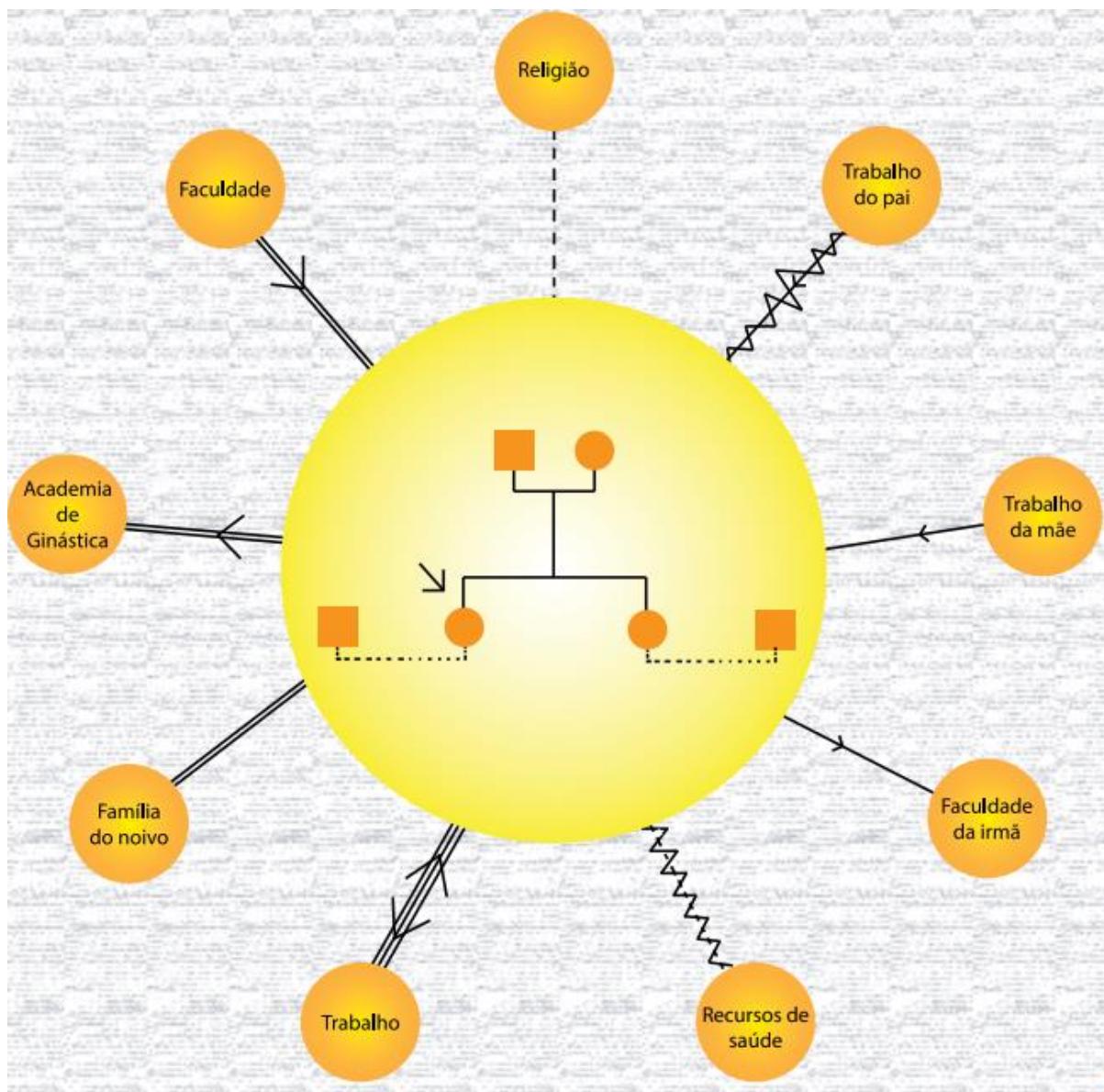
Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

ANEXO 3 - Exemplo de um genograma



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

ANEXO 4 - Estrutura de um ecomapa



Fonte: Horta, 2008

ANEXO 5 - Símbolos utilizados no diagrama de vínculos

_____ linhas contínuas: ligações fortes, relações sólidas
----- linhas tracejadas: ligações frágeis, relações tênuas
__//__ linhas com barras ou talhadas: aspectos estressantes, relações conflituosas
←→→< setas: fluxo de energia e/ou recursos
Ausência de linhas: ausência de conexão

Fonte: Horta, 2008

ANEXO 6 - Questionário SNAP IV

NOME:				
SÉRIE:	IDADE:			
OBS.: para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o(a) aluno(a) e marque um X				
QUESTÕES	RESPOSTAS			
	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1 – Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2 – Tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.				
3 – Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				
4 – Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas e obrigações.				
5 – Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
6 – Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7 – Perde coisas necessárias para atividades (por exemplo, brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8 – Distraí-se com estímulos externos.				
9 – É esquecido em atividades do dia a dia.				
10 – Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.				
11 – Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.				
12 – Corre de um lado para outro ou sobe nas mobílias em situações em que isso é inapropriado.				
13 – Tem dificuldade para brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.				
14 – Não para ou costuma estar a “mil por hora”.				
15 – Fala em excesso.				
16 – Responde às perguntas de forma precipitada antes que elas tenham sido terminadas.				
17 – Tem dificuldade para esperar sua vez.				
18 – Interrompe ou outros ou se intromete (por exemplo, intromete-se em conversas/jogos)				
COMO AVALIAR 1: havendo pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 1 a 9 = existem mais sintomas de desatenção que o esperado numa criança ou adolescente.				
COMO AVALIAR 2: havendo pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 10 a 18 = existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que o esperado numa criança ou adolescente.				
FONTE: adaptado de Bordini et al. (2010) (segundo os autores: versão em português validada por Mattos et al., 2005)				