



**PREFEITURA DE
CANOAS**



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL
DE SAÚDE DE CANOAS**

**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO BÁSICA**

SAÚDE DA CRIANÇA





**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO
BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CANOAS**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS

Jairo Jorge da Silva
Prefeito Municipal

Nedy de Vargas Marques
Vice-prefeito Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANOAS

Maicon Lemos
Secretário Municipal de Saúde

Luiz Octávio Martins Mendonça
Secretário Adjunto

Valdecir Barella
Secretário Adjunto

Michele Feltrin do Nascimento
Diretora do DPAS

Marco Stuczynski
Médico Responsável Técnico

Ana Lucia Konzen
Enfermeira Responsável Técnica

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANOAS

Gilberto Barichello
Diretor Presidente

Leandro Barcellos
Superintendente Executivo

Roberta Pires Bazzo
Diretora Técnica

Janaína Zatti
Enfermeira Responsável Técnica

Alessandra Wladyka Charney
Médica Responsável Técnica



ELABORAÇÃO/REVISÃO

Bruno Oliveira Vivian

Enfermeiro

COREN-RS: 243.780

Jones Soares de Oliveira

Enfermeiro

COREN-RS: 362.434

Janaína Borges Polli

Médica

CRM-RS: 36.223

Janaina Zatti

Enfermeira

COREN-RS: 233.736

Maicol Muneroli

Médico

CRM-RS: 38.858

Márcia de Oliveira

Enfermeira

COREN-RS: 324.470

Paulo Ricardo Rocha Nogueira

Enfermeiro

COREN-RS: 208.241

Silvia Ferrazzo

Enfermeira

COREN-RS: 272.141



APRESENTAÇÃO E ASPECTOS LEGAIS

A Atenção Básica constitui um importante componente de assistência à saúde, sendo a principal porta de entrada e articuladora do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde. Orienta-se pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, corresponsabilização e da humanização. Para atender esses princípios e diretrizes, a Atenção Básica desenvolve programas e ações, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários.

As equipes de atenção básica atuam em âmbito individual e coletivo, buscando a promoção da saúde e prevenção de agravos, provendo atenção integral aos usuários. Entre os diversos profissionais que compõem as equipes de atenção básica o enfermeiro é protagonista ao realizar o gerenciamento do cuidado.

De acordo com lei do exercício profissional, compete privativamente ao enfermeiro realizar consulta e prescrição de enfermagem. A consulta de enfermagem está regulamentada pela Lei nº 7.498/86 e pelo Decreto 94.406/87 que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem, pela Resolução COFEN 159/93 que dispõe sobre a consulta de enfermagem e pela resolução COFEN 358/09 que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem. Como integrante da equipe de saúde, cabe ainda a este profissional a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares, conforme Resolução COFEN Nº 195/97.

Com a implantação do Protocolo de Enfermagem busca-se oferecer aos enfermeiros a instrumentalização necessária para a atuação com segurança, autonomia e compromisso ético, fortalecendo o desempenho profissional e a assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde.

Cabe salientar que a atuação do profissional enfermeiro está embasada em seu conhecimento técnico-científico sendo de sua responsabilidade toda a ação praticada, estando sujeito às penalidades de acordo com a lei.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

- ✓ *A aplicabilidade deste documento restringe-se aos usuários de até 12 (doze) anos incompletos, seguindo o Estatuto da Criança e do Adolescente.*
- ✓ *Antes da prescrição de qualquer medicamento, verificar histórico de alergia.*
- ✓ *Durante a consulta de enfermagem, havendo qualquer dúvida, realizar interconsulta com o médico da equipe e/ou encaminhar o usuário para avaliação médica.*
- ✓ *Todo atendimento deverá ser registrado no prontuário do usuário.*
- ✓ *A prescrição de enfermagem deverá conter o medicamento, forma de apresentação, posologia, via de administração, quantidade e tempo de uso, além do carimbo e assinatura do profissional.*

Parâmetros de normalidade Sinais Vitais

Frequência Respiratória:

< 2 meses	até 60 mrpm
2 meses a 1 ano	até 50 mrpm
1 a 2 anos	até 40 mrpm

Frequência Cardíaca:

Recém-nascido	120 – 150 bpm
Lactante	90 – 140 bpm
Pré-escolar	80 – 115 bpm
Escolar	75 – 100 bpm
Adolescente	60 – 100 bpm

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser estruturada a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, objetivando implementar outros modelos de assistência, que atendessem às necessidades de saúde da população. Assim, no Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, alicerçado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção ao indivíduo, família e comunidade em todos os níveis de assistência.


A efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS) é capaz de assegurar à população a universalização do acesso aos serviços de saúde, promovendo ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. A APS é considerada o primeiro ponto de contato do indivíduo com o sistema de saúde. Por esse motivo, é necessário que a atenção seja de fácil acesso a toda a população.

A Atenção Básica como porta de entrada encontra referência na Carta dos Direitos dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006) (4). Dentre seus objetivos, destaca-se a ampliação de acesso aos serviços de saúde, a superação do modelo curativo e hospitalocêntrico, a reorientação do modelo de atenção para a vigilância à saúde, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, a implantação de novas práticas assistenciais e a atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

A APS busca implementar outros modelos de assistência à saúde, considerando que o modelo hospitalocêntrico não atende às transformações do mundo moderno e às necessidades de saúde da população e de suas famílias. A frequente busca de mudanças no modelo de atenção à saúde resultou, em 1994, na criação do Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde designado Estratégia Saúde da Família (ESF), por se tratar de uma estratégia operacional do governo para implementar a APS no País.

Em nível nacional, o Ministério da Saúde adotou, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) para reorientar o Sistema Único de Saúde (SUS) e expandir a APS. Como modelo de atenção centrado na família e na equipe multiprofissional com acompanhamento longitudinal. Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, o número de equipes de saúde da família implantadas e o financiamento para a expansão da ESF vem aumentando, abrangendo 52,1% da população brasileira.

Na atenção à criança, as ações realizadas na APS no âmbito da ESF são indispensáveis para a prevenção e a promoção à saúde, pois possibilitam a detecção precoce de possíveis alterações, com intervenção em tempo oportuno, reduzindo assim os riscos de



morbimortalidade na infância. O leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária constitui o atributo da integralidade. É o arranjo organizacional das ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença como ações de promoção, de prevenção, de cura e de reabilitação adequadas ao contexto da APS.


O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe por meio da coordenação entre os serviços (5). Outras três características, chamadas atributos derivados, também qualificam as ações dos serviços de APS. A orientação familiar, pela qual se deve considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e também de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral.

A criança, em seu contexto familiar e comunitário, pode estar sujeita a acometimentos em seu processo saúde-doença. Quando pensamos na saúde da criança, além de incluir a família, cabe refletir sobre o desenvolvimento infantil em sua integralidade e entendendo-o como um processo multifacetado, além dos indicadores de doença e mortalidade. Dessa forma, não estamos considerando a saúde da criança como a simples ausência de doença, mas como a vivência de um processo de desenvolvimento adequado em diversos aspectos.

Da mesma maneira, quando pensamos em atenção básica e ações de promoção à saúde, é preciso ir além das ações específicas baseadas nos indicadores de morbimortalidade, visando a promover o desenvolvimento saudável em vários aspectos e de forma mais ampla, considerando a saúde física e mental de forma integrada. O aumento da cobertura da ESF está ligado à redução da mortalidade infantil e à maior promoção da equidade. Tal evidência está presente em resultados de pesquisas nacionais, as quais indicam também maior qualidade da atenção pré-natal, da puericultura, da oferta de utilização dos serviços de saúde, embora em um contexto de baixa efetividade em todo sistema público de saúde. Buscando fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado, é imprescindível conferir autonomia aos profissionais para que cumpram suas funções com respaldo ético-legal, de forma segura e resolutiva.

Cabe ressaltar que, **a aplicabilidade deste documento restringe-se aos usuários de até 12 (doze) anos incompletos**, seguindo o Estatuto da Criança e do Adolescente: *“Considera-se criança, para efeitos desta lei, a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos”*.

Embora este protocolo tenha sido elaborado com base em evidências e programas e políticas de âmbito nacional, ele não abarca todas as possibilidades de arranjos e práticas de



cuidado à saúde da criança. Assim, outras demandas clínicas não contidas neste documento deverão ser consultadas nos cadernos de Atenção Básica e demais publicações do Ministério da Saúde.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO E ASPECTOS LEGAIS	2
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	5
INTRODUÇÃO.....	6
CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO	10
Dados Epidemiológicos - Saúde	11
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE	12
ATENÇÃO AS QUEIXAS MAIS FREQUENTES NA ATENÇÃO BÁSICA.....	13
Febre	13
Infecção Vias Aéreas Superiores (IVAS).....	14
Rinite Alérgica	16
Asma.....	17
Dor de Garganta	20
Dor de Ouvido	22
Anemia Ferropriva	24
Parasitose / Verminose	28
Miliária (Brotoeja).....	30
Monilíase	31
Constipação Intestinal	32
Diarreia Aguda	33
Dermatite Seborreica	35
Avaliação do Coto Umbilical	36
Escabiose	37
Pediculose.....	39
Impetigo.....	40
REFERÊNCIAS.....	41

CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

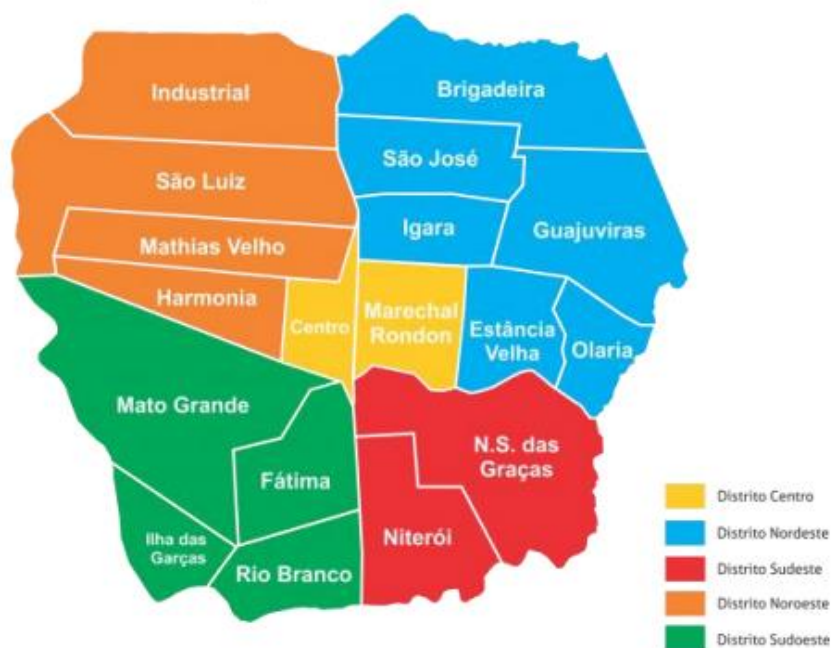
O município, fundado em 1939, é o maior da Região Metropolitana de Porto Alegre e possui o segundo maior PIB e a quarta maior população do estado, sendo vizinha da capital e sede de grandes empresas nacionais e multinacionais, como a Refinaria Alberto Pasqualini (Refap), além de nomes fortes nos ramos de gás, metalmeccânico e elétrico. A educação desponta como novo setor. A cidade tem uma das maiores redes de ensino do Estado.

No Brasil, Canoas é 50ª cidade com o maior PIB. Depois de Porto Alegre, Canoas é o município mais populoso da Região Metropolitana, com 323.827 habitantes, em uma área de 131,1 km², segundo a projeção mais recente do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010. Aqui também está o terceiro maior colégio eleitoral gaúcho, com 246.986 eleitores.

Canoas é dividida em 18 bairros, dos quais o Guajuviras, Mathias Velho e Niterói são os mais populosos. Pelo fato de maior parte da população estar concentrada nesses bairros, o comércio é bastante desenvolvido, assim como o turismo. Por outro lado, os bairros Guajuviras e Mathias Velho nos últimos anos têm apresentado altíssimo índice de violência. Com o objetivo de combater esta realidade, foi implantado no bairro Guajuviras o "Território de Paz".

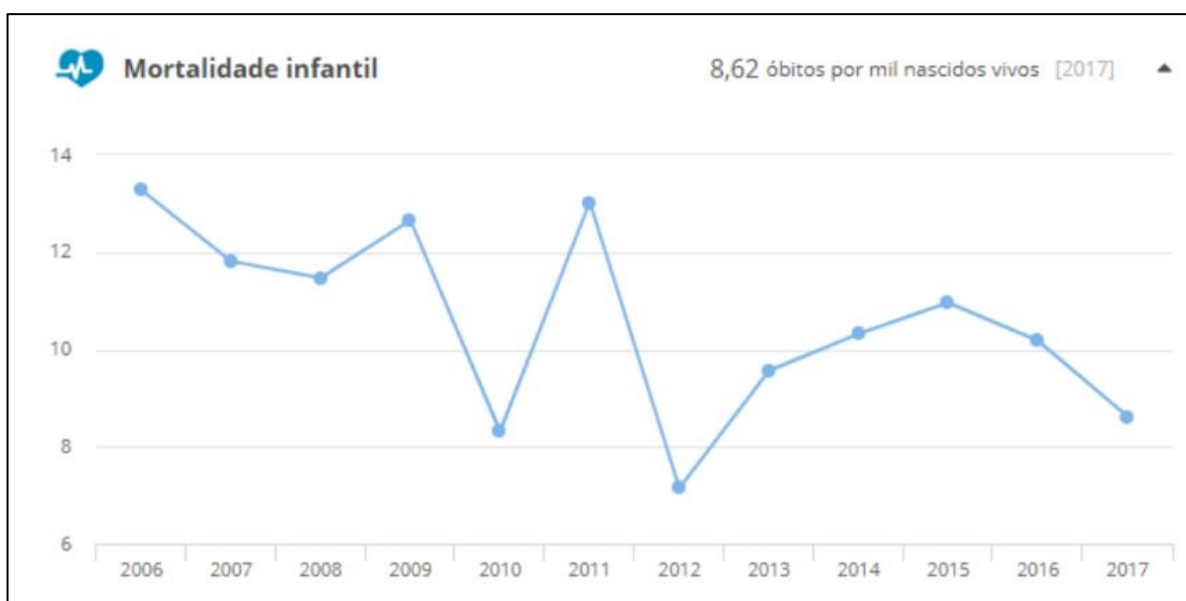
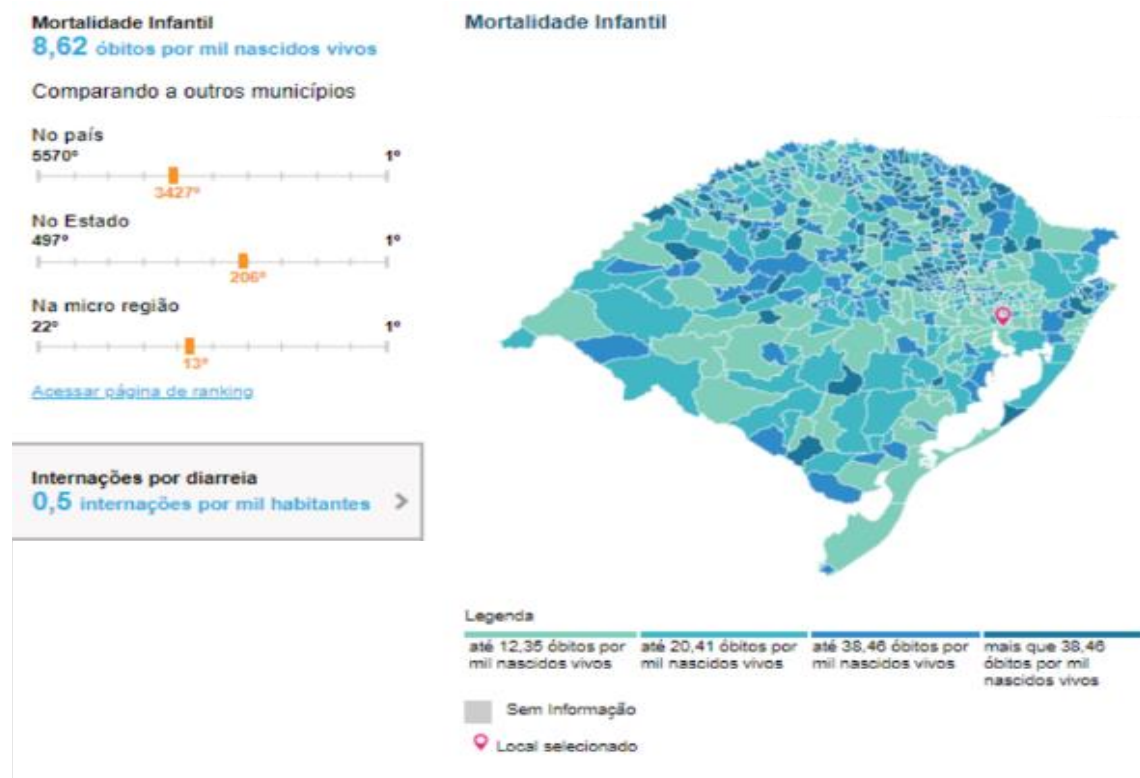
Trata-se do município mais populoso da Região Metropolitana e está dividido em 5 distritos: centro, nordeste, sudeste, noroeste e sudoeste. Na área da saúde, o município conta com Unidades Básicas de Saúde, Clínicas da Saúde, Hospitais, Centros de Especialidades e de Referência, Unidades de Pronto Atendimento e Farmácias Básicas, garantindo atendimento em todos os níveis de atenção à saúde.

Distritos do Município de Canoas:



Dados Epidemiológicos - Saúde

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 8.62 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.5 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 206 de 497 e 273 de 497, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3427 de 5570 e 3330 de 5570, respectivamente (8, junto com mapa).



Fonte: IBGE, 2010.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE

Ao verificarmos os dados epidemiológicos nacionais, percebe-se a necessidade de uma maior atenção a determinadas populações, consideradas de risco, pelos serviços de saúde, exigindo assim uma linha de cuidado que garanta o atendimento destas demandas de maneira eficaz, ágil e resolutiva. O Ministério da Saúde, preconiza o cuidado a Saúde da Criança, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, sendo esta utilizada como um norteador para a construção da Assistência de Enfermagem e Processos de Enfermagem a esta população.

Conforme o COFEN resolução 358/2009, a sistematização da Assistência de Enfermagem tem como objetivo organizar o método de trabalho tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Sendo esta competência privativa do profissional enfermeiro, possuindo assim a responsabilidade de gerenciar as diferentes categorias da profissão.

Neste sentido, a Assistência de Enfermagem possibilita uma melhor organização e qualidade do cuidado prestado aos usuários, podendo assim utilizar-se de meios científicos que agreguem na prática diária do trabalho. Desta forma, esta ferramenta de cuidado é fundamental para que os profissionais de enfermagem realizem um atendimento focado no público infantil, conseguindo assim atender as suas demandas e acompanhar o seu desenvolvimento psicomotor.

Conforme a Portaria GM/MS nº 2.436 de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no SUS, são definidas como atribuições do enfermeiro:

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

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

A consulta de enfermagem para o acompanhamento pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e possui etapas interrelacionadas entre si, objetivando a educação em Saúde para o autocuidado.

ATENÇÃO AS QUEIXAS MAIS FREQUENTES NA ATENÇÃO BÁSICA

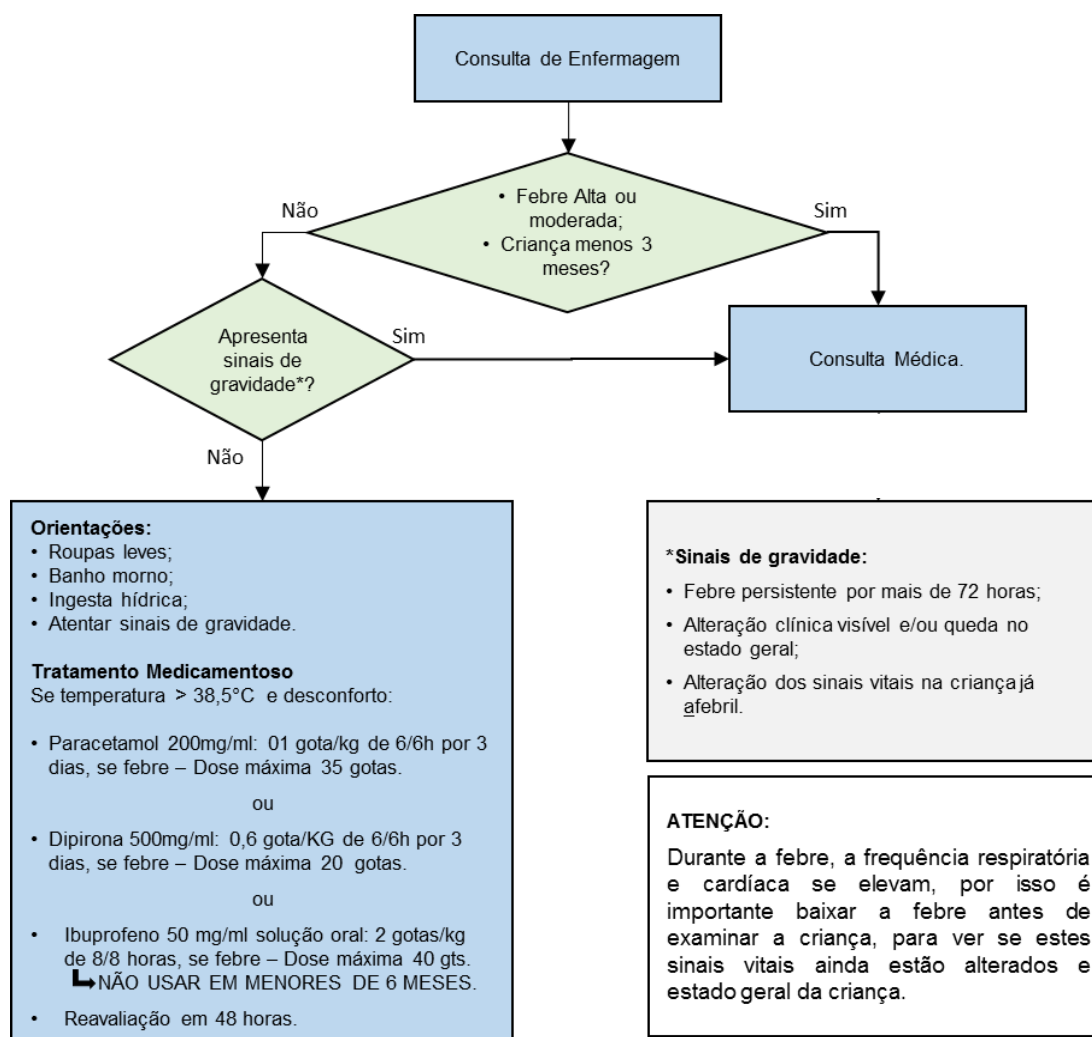
FEBRE

A febre é uma das manifestações de provável doença infecciosa, que não representa a doença em si, mas um sintoma fisiológico com papel imunológico importante. Embora o valor da temperatura possa causar medo e ansiedades aos pais e cuidadores, a vigilância do estado geral da criança é o foco de atenção nos quadros febris. Durante a febre, as frequências respiratória e cardíaca se elevam, por isso é importante baixar a febre antes de examinar a criança, para ver se estes sinais vitais ainda estão alterados e estado geral da criança.

Valores Temperatura Axilar	
Febre Baixa	37,2°C a 38,5°C
Febre Moderada	38,5°C a 39,2°C
Febre Alta	39,3°C a 40,5°C
Febre Muito Alta	Superior a 40,5°C

* Temperatura bucal é aproximadamente 0,5 °C maior do que a axilar, e a retal 0,8 a 1 °C maior que a axilar.

Fluxograma de manejo:



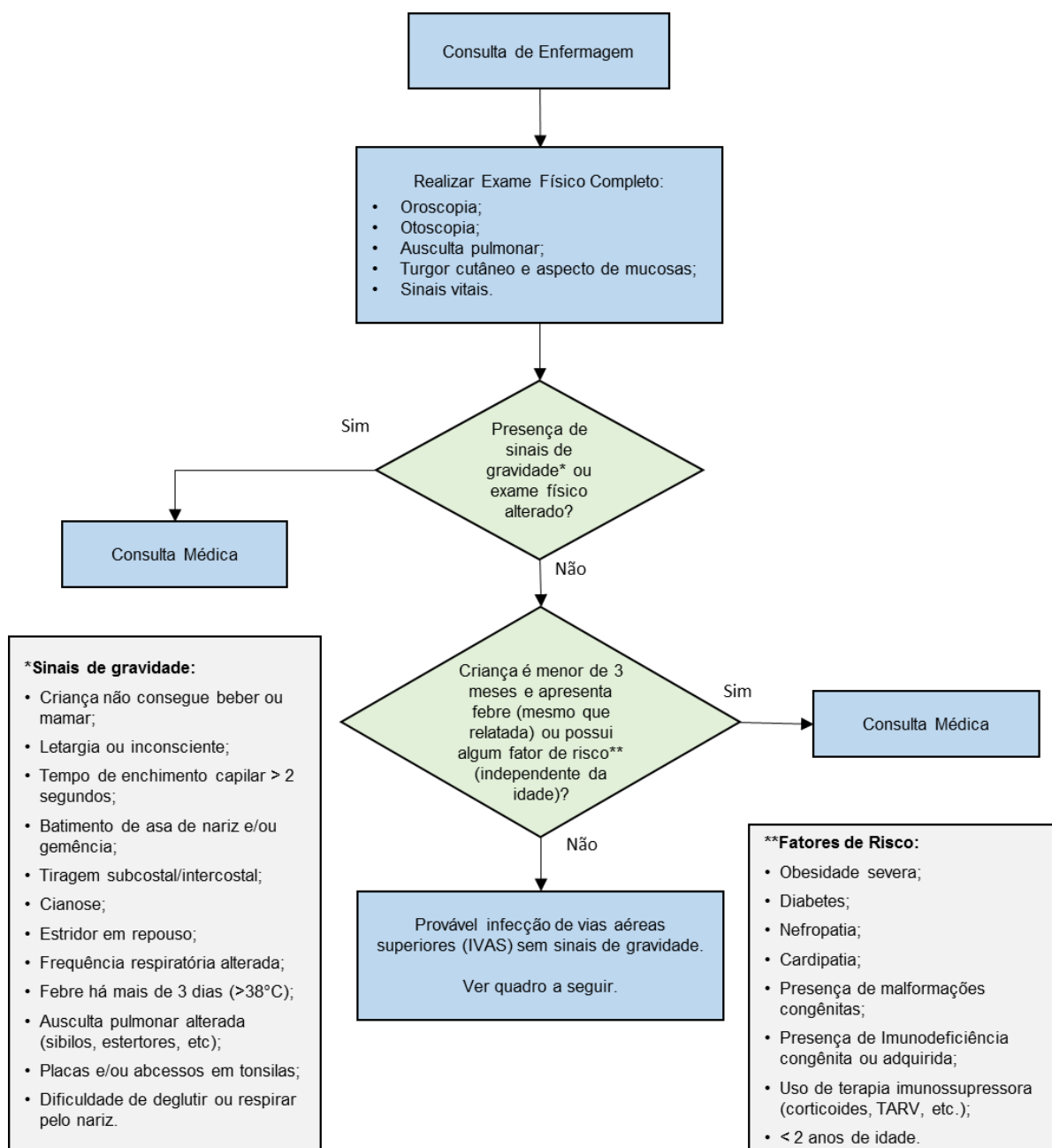
INFECÇÃO VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS)

As IVAS estão entre as causas mais comuns de procura por atendimento na atenção primária. Seu manejo adequado proporciona, além da identificação precoce dos sinais de alerta, o uso adequado e racional de medicamentos.

A classificação adequada a partir de sinais de tosse ou dificuldade para respirar, evitam administração inadequada de medicamentos e proporcionam manejo em tempo adequado nos casos que realmente devem ser utilizados.

A orientação dos pais sobre a natureza autolimitada e ausência de tratamento curativo dos resfriados reduz a ansiedade e poupa consultas desnecessárias.

Fluxograma de manejo:



Manejo do quadro de infecção de vias aéreas:

Cuidados de Enfermagem	Conduta Farmacológica
<ul style="list-style-type: none">• Aumentar ingestão de água e outros líquidos (sucos e sopas, criança em aleitamento materno aumentar o número e intensidade das mamadas;• Se > 1 ano, orientar uso de 1 colher de chá de mel (2-5 mL) conforme necessidade e à noite, antes de dormir, aconselhando higiene bucal após uso;• Vaporização em domicílio (orientar possibilidades: vapor d'água do chuveiro, inalador, etc.);• Remover a umidade, mofo ou bolor da casa;• Manter a casa ventilada;• Estimular a lavagem seguida das mãos da criança;• Não fumar na presença da criança;• Orientar sinais de gravidade* e procurar a unidade de saúde ou emergência imediatamente;• Promover higiene nasal com SF a 0,9% (antes das mamadas, se lactante);• Evitar uso de antitérmico em crianças > 6 anos• Evitar aglomerações (avaliar exposição em escolas, creches, etc.).	<p>Se dor ou febre:</p> <p>Paracetamol 200mg/ml: 01 gota/kg de 6/6h por 3 dias – Dose máxima 35 gotas.</p> <p>OU</p> <p>Dipirona 500mg/ml: 0,6 gota/KG de 6/6h por 3 dias – Dose máxima 20 gotas</p> <p>OU</p> <p>Ibuprofeno 50 mg/ml solução oral: 2 gotas/kg de 8/8 horas – Dose máxima 40 gts. NÃO USAR EM MENORES DE 6 MESES</p>

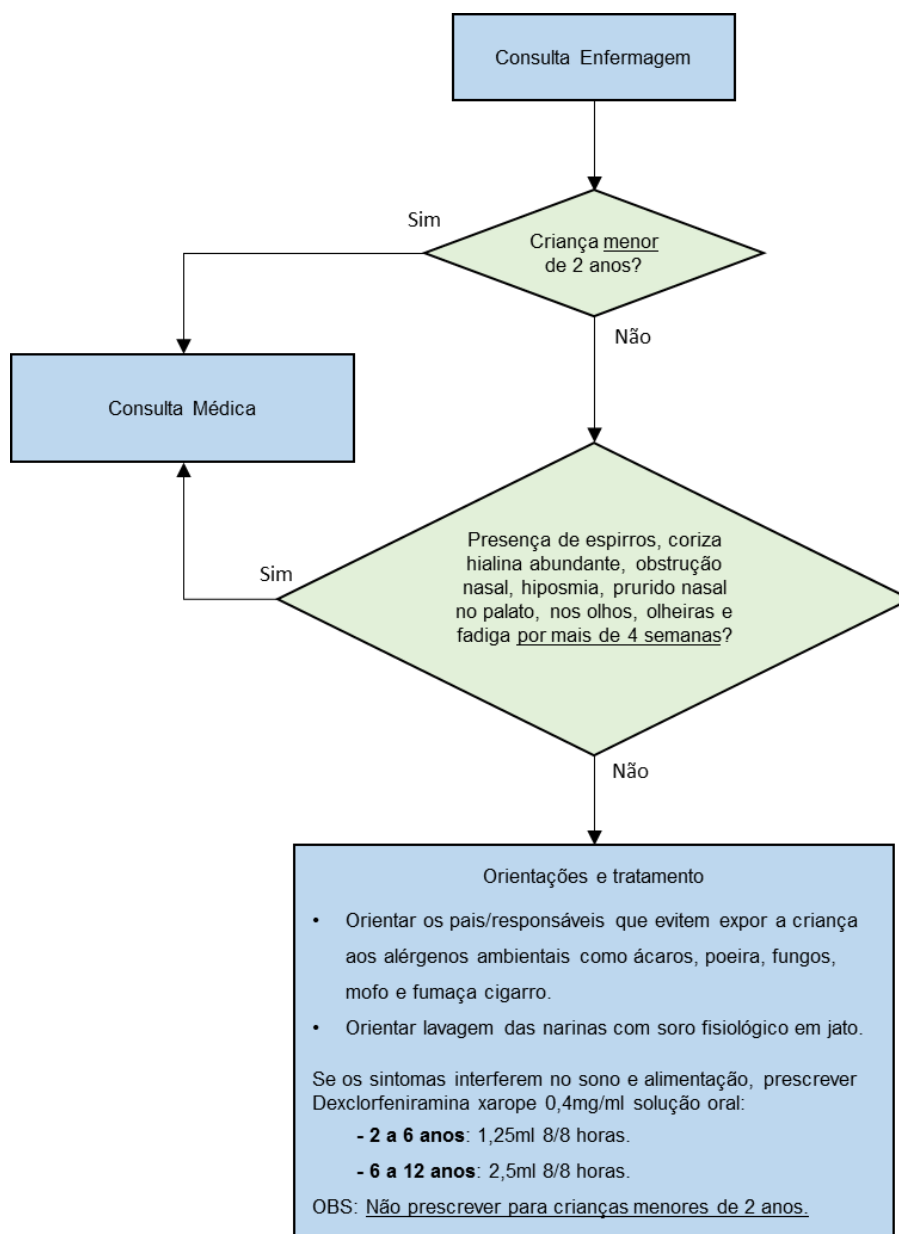
Adaptado do Protocolo de enfermagem Florianópolis – Atenção à demanda de cuidados na criança.

RINITE ALÉRGICA

Rinite é a inflamação aguda ou crônica, infecciosa, alérgica ou irritativa da mucosa nasal, sendo os casos agudos, em sua maioria, causada por vírus, ao passo que os casos crônicos ou recidivantes são geralmente determinados pela rinite alérgica, induzida pela exposição a alérgenos ambientais (ácaros, poeira, fungos, epitélio, urina e saliva de animais como cão e gato) e irritantes inespecíficos (fumaça do cigarro e compostos voláteis utilizados em produtos de limpeza e construção).

Os sintomas mais comuns são rinorreia aquosa, obstrução ou prurido nasal e espirros em salvas. Muitas vezes acompanham sintomas oculares como prurido, hiperemia conjuntival e lacrimejamento que podem melhorar espontaneamente. Nos casos crônicos, pode ocorrer perda do paladar e do olfato.

Fluxograma de manejo:

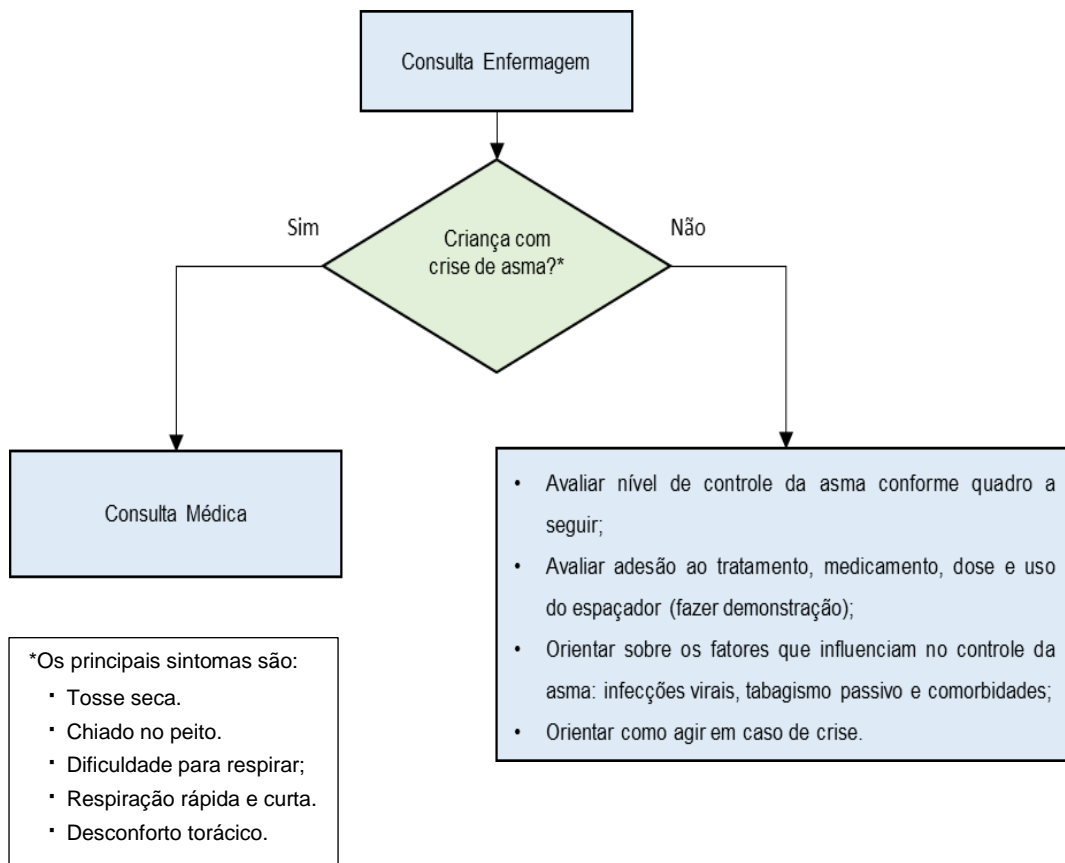


ASMA

A asma é uma das doenças respiratórias crônicas mais comuns. Suas principais características são a dificuldade de respirar, chiado e aperto no peito, respiração curta e rápida. Os sintomas pioram à noite e nas primeiras horas da manhã ou em resposta à prática de exercícios físicos, à exposição a alérgenos, à poluição ambiental e a mudanças climáticas.

Os fatores ambientais e genéticos podem gerar ou agravar a asma. Entre os ambientais estão a exposição à poeira, ácaros e fungos, às variações climáticas e infecções virais (especialmente o vírus sincicial respiratório e rinovírus, principais agentes causadores de pneumonia e resfriado, respectivamente). Para os fatores genéticos, destacam-se o histórico familiar de asma ou rinite e obesidade, tendo em vista que pessoas com sobrepeso têm mais facilidade de desencadear processos inflamatórios, como a asma.

Fluxograma de manejo:



Nas últimas quatro semanas o paciente:	Bem controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
Apresentou sintomas de asma durante o dia mais do que duas vezes/semana? () Não () Sim	Não para todas as questões	Sim para 1 ou 2 questões	Sim para 3 ou mais questões
Acordou alguma noite devido à asma? () Não () Sim			
Utilizou medicamento para alívio dos sintomas da asma mais de duas vezes/semana? () Não () Sim			
Apresenta qualquer limitação a atividades devido a asma? () Não () Sim			

Fonte: Telessaude Regula SUS Asma, 2016

Em crianças que utilizam terapêutica inalatória, é recomendado o uso de espaçadores. Atualmente, os espaçadores ocupam um papel de destaque dentro da terapia inalatória da asma na criança. Existem vários tipos de espaçadores, com características individualizadas.

Técnica recomendada para utilização de espaçador acoplado ao inalador pressurizado dosimetrado

– avaliar o dispositivo (assegurar-se de que não há objeto que possa ser aspirado ou obstruir o fluxo); – agitar o inalador pressurizado dosimetrado;

– acoplar o inalador pressurizado dosimetrado ao espaçador; – posicionar a saída do bocal em posição vertical à abertura da boca;

– executar manobra de pausa inspiratória (mínimo 10 segundos); – para os que não são capazes de coordenar o acionamento do dispositivo com a inspiração (crianças pequenas, pacientes em crise), realizar cinco respirações em volume corrente;

– manter a boca aberta, alinhada à saída do bocal do dispositivo; – expirar normalmente;

– colocar o bocal do espaçador na boca (ou ajustar a máscara sobre a boca e o nariz); – acionar o dispositivo (iniciar inspiração lenta e profunda);

– esperar 30 a 60 segundos antes de repetir o procedimento (somente um puff deve ser acionado por vez para a realização da técnica inalatória).

Fonte: Asma Pediátrica – Terapia Inalatória – Vantagens do Tratamento Oral. Sociedade Brasileira de Pediatria.

Como montar espaçador caseiro

Materiais necessários:



Duas garrafas PET iguais, de 500 a 600 mL e de material resistente



Régua e tesoura ou estilete



Espadrado impermeável



Caneco ou vasilha com água



Bombinha



ATENÇÃO!
Recomenda-se que o espaçador seja feito somente por adultos

Passo a passo para a confecção do espaçador com bocal

01

Retirar o rótulo das garrafas e lavá-las com água corrente. Nunca passar esponja ou outro objeto no interior da garrafa.



02

Cortar as garrafas conforme indicado. A primeira, a 10 cm do fundo, e a segunda, a 6 cm. Descartar os fundos.

03

Ferver a água no fogão ou no micro-ondas, por 2 minutos, na potência máxima.



04

Mergulhar o bico de uma das garrafas por 30 segundos na água quente.

05

Retirar o bico da garrafa da água quente e encaixar imediatamente no bocal da bombinha (sem tampa). Deixar encaixado até o bico da garrafa esfriar.



06

Unir as duas partes das garrafas e vedar o encaixe com esparadrapo.



Como preparar o espaçador para o uso

- Colocar 2 litros de água e 4 gotas de detergente neutro em uma jarra.
- Colocar o espaçador na água com detergente, de modo que toda a superfície interna do espaçador fique em contato com a água. Deixar na água por 30 minutos.
- Retirar o espaçador da água, deixar secar naturalmente e o seu espaçador estará pronto para uso!



30 min

 O processo de preparo é importante para o melhor aproveitamento do medicamento, pois evita que ele fique aderido na superfície do espaçador.

Espaçador artesanal com máscara

MODELO 01

Basta acoplar, no bocal do espaçador caseiro, uma máscara de nebulizador, dessas vendidas separadamente, em farmácias.

Fique atento! Há modelos para adultos e para crianças.



MODELO 02

Outra opção é fazer o espaçador caseiro conforme apresentado a seguir:

- Selecionar a garrafa adequada, de acordo com a tabela abaixo.
- Lavar a garrafa PET e cortá-la a 5 cm da base.
- Fazer um corte em formato de "V" ou de "U" para o encaixe do nariz.
- Colocar esparadrapo na borda da garrafa para evitar que a mesma irrite a pele durante o uso.
- Seguir o mesmo processo para moldar o bico da garrafa no formato da bombinha (etapas 3 a 5).

CARACTERÍSTICAS	Volume da garrafa PET
Bebês (até 6 meses)	250 a 300 mL
Crianças maiores de 6 meses	500 a 600 mL
Adultos/idosos	1 a 2 litros

Referências bibliográficas: AGUIAR, R. et al. (2017); FRADE, J. C. Q. P. (2005); SBPT (2012); TelessaúdeRS (2015)

Autoria: Hágabo M. Silva e Josélia C.Q.P. Frade.

Revisão: Tarcísio J. Palhano, Lorenzo Bandeira e Carolina M. X. Olivera.

DOR DE GARGANTA

Episódios de dor de garganta são motivos frequentes de atendimento na atenção primária. A maior parte é de etiologia viral, apresentam boa evolução e são autolimitadas. O principal desafio é identificar os casos que necessitam de tratamento com antibiótico. Para isso, realizar oroscopia, avaliar sinais vitais e estado geral da criança.

Considerações relevantes da dor de garganta em crianças:

Como este sintoma pode ser um dos sinais de uma doença sistêmica, é imprescindível um exame físico completo. Realizar o diagnóstico diferencial com mononucleose infecciosa, patógeno comum causador de quadro similar a amigdalite (lembrando que amoxicilina nesse caso deve ser evitada devido apresentar com o antibiótico exantema maculopapuloso difuso, muitas vezes confundido com alergia a amoxicilina), dando ênfase no exame abdominal, para avaliar hepatoesplenomegalia. Atentar para possibilidade e sinais de trauma esplênico, neste caso, a criança fica mais prostrada

Na faringite viral, a presença de tosse, rouquidão, conjuntivite, rinite, coriza, estomatite ulcerativa anterior, diarreia, exantema viral e contato com pessoas com resfriado comum sugerem etiologia viral. Dentre os vírus mais comuns, destacam-se: Adenovírus, Influenza, Parainfluenza, Vírus Sincicial Respiratório, Rinovírus, Coronavírus, Cocksackie, Echovírus, Herpes .

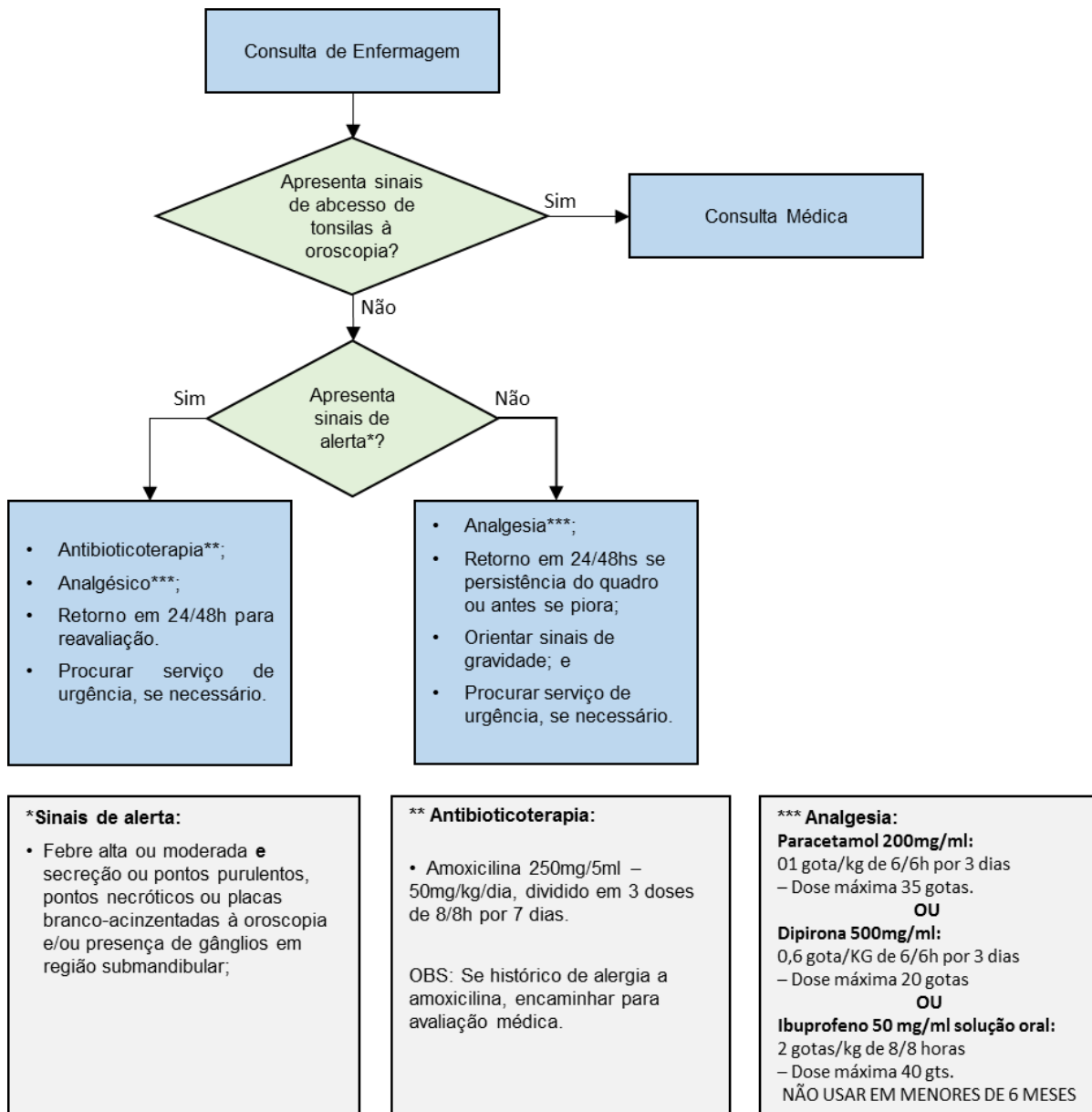
Na faringite estreptocócica, a criança apresenta sintomas como dor de garganta de início súbito, dor à deglutição, febre, cefaléia, náuseas, vômitos e dor abdominal. Se apresenta em pacientes entre 5 e 15 anos de idade inverno ou no início da primavera.

Especial atenção deve ser dada a sinais e sintomas sistêmicos concomitantes ao acometimento faríngeo, devido à possibilidade de, nesses casos, a “dor de garganta” ser o primeiro sinal de uma doença mais complexa.

Nota:

As amígdalas aumentam de tamanho até sete anos de idade, então diminuem gradualmente. Então as crianças geralmente tem hipertrofia, não sendo um ponto a se considerar tanto em uma dor de garganta)

Fluxograma de manejo:



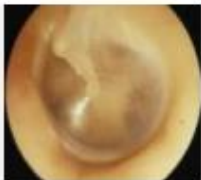
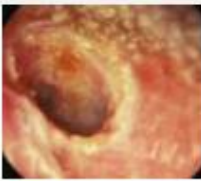
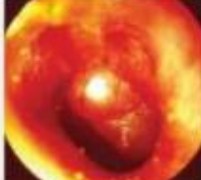

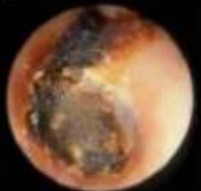
Nota:

Considerando a amplitude de possibilidades diagnósticas e terapêuticas da dor de garganta, sugere-se, em casos de suspeita de origem bacteriana, realizar interconsulta com profissional médico para melhor escolha de tratamento.

DOR DE OUVIDO

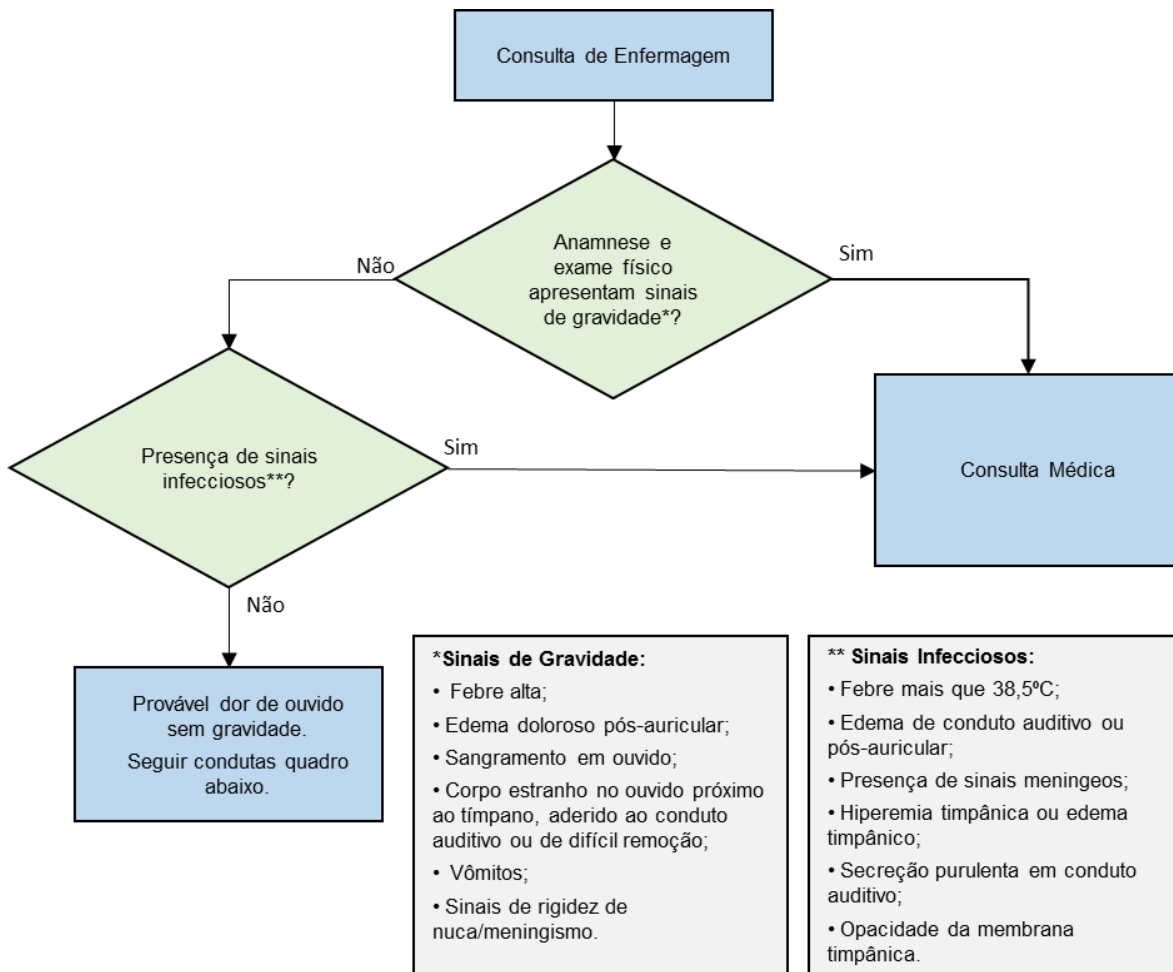
A dor no conduto auditivo é queixa frequentes nas consultas da atenção primária à saúde, podendo ou não estar associada a quadro infeccioso. O enfermeiro deve estar atento à identificação imediata de sinais de gravidade. Em crianças maiores, a dor é relatada, ao passo que nas que ainda não se comunicam, a dor geralmente é deduzida pelos pais ou cuidadores por vê-las com sintomas gerais, ou por manipularem o pavilhão auricular esfregando e puxando. Importante orientar os pais tanto para diferenciação de quadros graves de não graves, quanto para o auxílio nas medidas profiláticas.

Identificação das principais alterações à otoscopia:

	Achado na otoscopia	Sinais/sintomas	Alteração
	Membrana timpânica íntegra e conduto auditivo sem alterações.	-	Exame físico normal
	Hiperemia de conduto auditivo com secreção e descamação.	Dor e/ou prurido no ouvido, geralmente sem febre; Aumento da dor à mobilização do pavilhão auricular e palpação do tragus.	Otite externa
	Opacidade, hiperemia ou abaulamento timpânico.	Dor de ouvido leve a muito intensa com início súbito, podendo ocorrer febre e otorreia.	Otite média aguda (OMA)
	Perfuração da membrana timpânica.	Em decorrência de otite média crônica e otorreia supurativa; Pode ocorrer perda auditiva.	*Comum em otite média crônica ou por perfuração traumática.
	Cerúmen impactado.	Congestão – sensação de ouvido tapado e diminuição auditiva.	Cerúmen impactado por provável uso de cotonetes.

Fonte: Coren-SC, 2018.

Fluxograma de manejo:



*Sinais de Gravidade:

- Febre alta;
- Edema doloroso pós-auricular;
- Sangramento em ouvido;
- Corpo estranho no ouvido próximo ao tímpano, aderido ao conduto auditivo ou de difícil remoção;
- Vômitos;
- Sinais de rigidez de nuca/meningismo.

** Sinais Infecciosos:

- Febre mais que 38,5°C;
- Edema de conduto auditivo ou pós-auricular;
- Presença de sinais meningeos;
- Hiperemia timpânica ou edema timpânico;
- Secreção purulenta em conduto auditivo;
- Opacidade da membrana timpânica.

Orientações:

- Secar pavilhão auditivo;
- Compressa morna para conforto e alívio dos sintomas;
- Cuidados com piscina – Crianças com dor de ouvido não devem mergulhar;
- Evitar Hastes flexíveis;
- Retorno em 48h para reavaliação.
- Retorno imediato se aparecimento de sinais de gravidade.

Tratamento Medicamentoso:

Paracetamol 200mg/ml: 01 gota/kg de 6/6h por 3 dias
– Dose máxima 35 gotas.

OU

Dipirona 500mg/ml: 0,6 gota/KG de 6/6h por 3 dias
– Dose máxima 20 gotas

OU

Ibuprofeno 50 mg/ml solução oral: 2 gotas/kg de 8/8 horas
– Dose máxima 40 gts. **NÃO USAR EM MENORES DE 6 MESES**

Nota:

- Crianças resfriadas não devem mergulhar;
- A Sociedade Brasileira de Pediatria não recomenda o uso de protetores de ouvido em crianças, salvo exceções pós cirurgia de ouvido por exemplo;
- O uso de tampões para natação é contraindicado para as crianças.



ANEMIA FERROPRIVA

Anemia é a condição na qual o conteúdo de hemoglobina no sangue está abaixo do normal. Denomina-se anemia ferropriva a causada por deficiência de ferro e é a mais comum. O ferro é um nutriente essencial para a vida e atua principalmente na fabricação das células vermelhas do sangue e no transporte do oxigênio para todas as células do corpo.

Os sinais e sintomas da carência de ferro são inespecíficos, necessitando de exames laboratoriais de sangue para que seja confirmado o diagnóstico de anemia ferropriva. Os principais sinais e sintomas são: cansaço generalizado, falta de apetite, palidez de pele e mucosas (parte interna do olho, gengivas), dificuldade de aprendizagem e apatia.

As crianças que possuem o maior risco de anemia, são os prematuros e recém-nascidos de baixo peso, os lactentes alimentados com leite de vaca ou cabra, sendo a faixa de risco máximo de 9 a 18 meses, e os lactentes no 2 e 3 semestres de vida cuja dieta não inclui alimentos ricos em ferro de boa disponibilidade, como a carne, e paciente com alergia leite vaca.

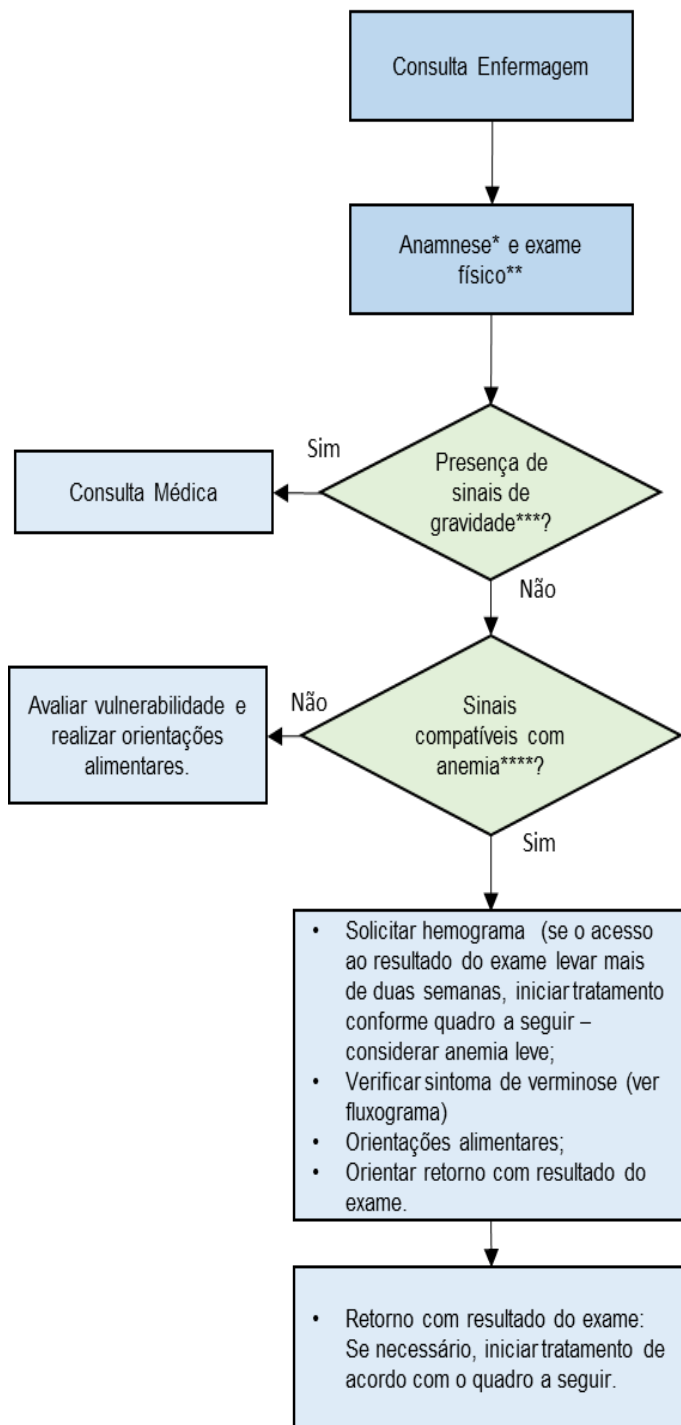
A investigação de outras causas é aconselhável se a anamnese ou exame físico sugerir uma causa não-alimentar, ou se não houver resposta ao tratamento.

Importante que na consulta, o enfermeiro explique sobre a importância de manter puericultura em dia.

Deve-se observar também série branca - avaliar se número de leucócitos e plaquetas estão normais. Se alterados encaminhar para avaliação médica.

Havendo necessidade de suplementação, a mesma deve ser mantida por no mínimo 3 meses, para corrigir a hemoglobina e repor as reservas de ferro.

Fluxograma de manejo:



***Anamnese:**

- Dados do parto (desnutrição intrauterina, prematuridade, baixo peso ao nascer);
- Estado nutricional, crescimento e desenvolvimento e ganho de peso;
- Tempo de aleitamento materno;
- Histórico alimentar, alergias, doença metabólica;
- Histórico vacinal, suplementação de ferro e vitamina A;
- História de parasitose intestinal;
- Presença de sinais e sintoma (fraqueza, sonolência, cansaço, palpitações, letargia, síncope, etc).

**** Exame Físico:**

- Peso e estatura;
- Frequência cardíaca e respiratória;
- Temperatura;
- Inspeção da pele e palma das mãos;
- Coloração de mucosas e conjuntivas;
- Ausculta pulmonar e cardíaca;
- Palpação abdominal;
- Exame do aparelho genital e região anal;
- Exame neurológico;
- Identificação de qualquer fonte de sangramento ativo ou agudo.

*****Sinais de gravidade:**

Dispneia, taquicardia, palpitações, letargia, síncope, sopros cardíacos, esplenomegalia.

******Sinais de anemia:**

- Fraqueza e sonolência;
- Cansaço, síncope;
- Cefaleia, zumbido;
- Glossite (alterações da língua como inchaço, dolorimento, mudança da coloração);
- Diminuição do apetite;
- Pica – fissura por substâncias não alimentares (gelo, giz, argila).

Classificação de acordo com níveis de Hemoglobina:

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

Conduta perante o quadro de anemia por evidência laboratorial:

Tipo de anemia	Conduta	Orientações	Seguimento
Leve	<p>Tratamento com sulfato ferroso 3 mg/kg/dia</p> <p>Apresentação: Sulfato Ferroso, solução oral, 125mg/dl o que corresponde a 1mg por gota.</p> <p>Dose máxima: 200mg/dia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fracionar a dose em 2 a 3x/dia; • Orientar ingestão após as refeições; • Evitar ingestão de leite e chás junto com o ferro; • Orientar consumo de alimentos fontes de ferro heme (origem animal); • Orientar consumo conjunto de alimentos com vitamina C ou A; • Verificar baixa renda e qualidade da alimentação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar exame laboratorial em um mês. Solicitar: <ul style="list-style-type: none"> - Novo hemograma; - Reticulocitos; - Ferritina. • Se não houver restabelecimento dos valores normais, realizar interconsulta com médico; • Manter tratamento na mesma dose por mais 2 à 4 meses para repor as reservas de ferro.
Moderada	Interconsulta com médico	Realizar orientações alimentares. Verificar baixa renda e qualidade da alimentação.	A partir de estabelecimento de valores compatíveis com “anemia leve”, o seguimento poderá ser realizado com enfermeiro.
Grave	Interconsulta com médico	Realizar orientações alimentares. Verificar baixa renda e qualidade da alimentação.	A partir de estabelecimento de valores compatíveis com “anemia leve”, o seguimento poderá ser realizado com enfermeiro.

Nota:

Orientar aos pais que as fezes ficam negras, e ainda, que algumas preparações podem manchar os dentes, temporariamente, por isso é indicado escovar após o uso.

Saiba Mais:

O Guia alimentar para a população brasileira, lançado pelo Ministério da Saúde, reforça a importância da ingestão de vísceras e miúdos, como o fígado bovino, moela, coração de galinha, entre outros, pelo menos uma vez por semana. Esses alimentos são excelentes fontes de ferro, nutriente essencial para evitar anemia.

Alimentos ricos em ferro

- Carne vermelha (bovina) frango, ovos.
- Salmão.
- Frutos secos: ameixas secas, passas, damascos.
- Cereais e pães com ferro integrado.
- Legumes: soja, lentilhas, ervilhas, feijões secos, favas, vagens.
- Verduras: espinafre, brócolis, couves, espargos, (folhosos verde-escuros).
- Grãos inteiros: trigo, aveia, arroz integral.
- Fígado ou vísceras.

Como aumentar a absorção do ferro

O ferro precisa ser captado corretamente pelo organismo, para que isso ocorra é preciso potencializar sua absorção.

- Vitamina C (ácido ascórbico): é importante a ingestão de uma fruta ou um copo de suco de fruta que contenha maior concentração de vitamina C com as refeições, para a melhor absorção do ferro;
- Outros ácidos orgânicos: ácido cítrico, tartárico, málico apresentam algum efeito em aumentar a absorção de ferro. O ácido cítrico está presente em frutas como limão, laranja, morango, abacaxi e em vegetais como tomate e pimenta. A maior fonte de ácido málico da dieta é a maçã. Já o ácido tartárico está presente nas uvas, cranberry e banana;
- Carne, frango e peixe: fornecerem o ferro heme e também aumentam a absorção de ferro não heme.

Cuidados ao consumir alimentos ricos em ferro

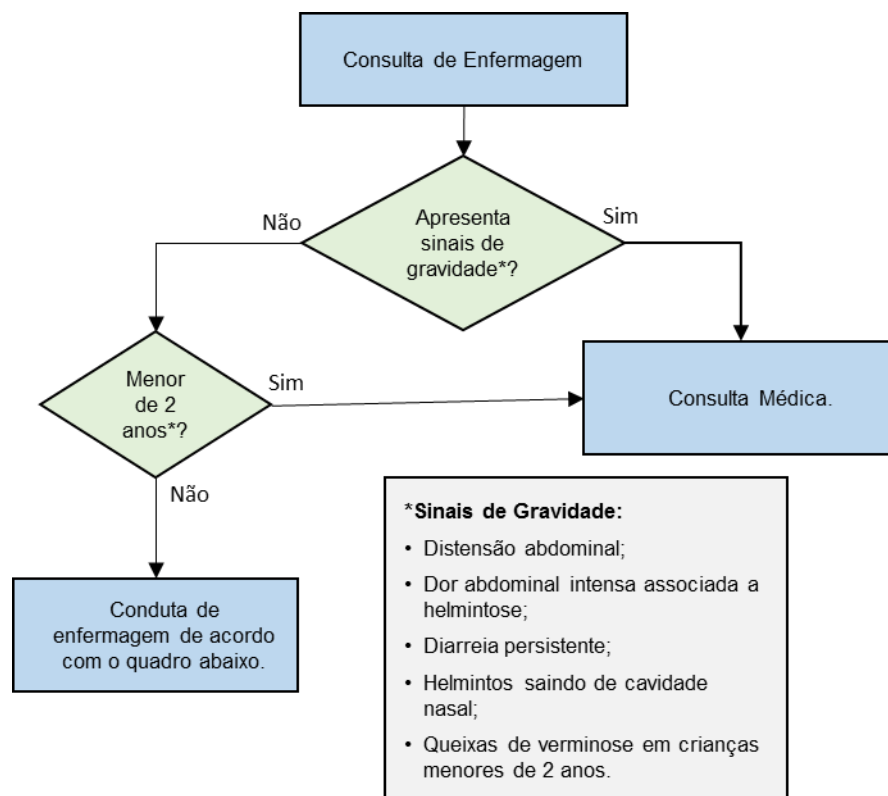
Existem alimentos inibidores da absorção de ferro não heme, por isso evite consumi-los na mesma refeição em que esteja consumindo alimentos fonte de ferro não heme. Os inibidores da absorção de ferro não heme são:

- Ácido fítico (fitato): o ácido fítico está presente leguminosas (feijão, lentilha), grãos integrais, castanhas e sementes. Deixar os grãos de molho e trocar a água, germinação, fermentação e cozimento ajudam a diminuir a presença de ácido fítico dos alimentos;
- Compostos polifenólicos: compostos presentes no café, chá preto e chás de ervas podem reduzir a absorção de ferro não heme. Para diminuir esse efeito, adicione na refeição algum alimento rico em vitamina C;
- Proteína de soja: a proteína de soja como a presente no tofu pode diminuir a absorção de ferro não heme.
- Cálcio: o cálcio pode afetar a absorção de ferro da dieta, não consumir derivados lácteos logo após as principais refeições (almoço e janta).

PARASITOSE / VERMINOSE

As parasitoses são um problema de saúde pública mundial. Elas pertencem ao grupo de doenças infecciosas negligenciadas em especial as helmintíases transmitidas pelo solo. Saneamento básico e medidas individuais e coletivas de higiene são de extrema importância para evitar a transmissão de parasitas. Em condições de grande vulnerabilidade, o tratamento periódico das parasitoses intestinais diminui sua prevalência, principalmente se associado a medidas de saneamento básico e higiene. O diagnóstico deve basear-se na anamnese, exame físico e em exames complementares.

Fluxograma de manejo:

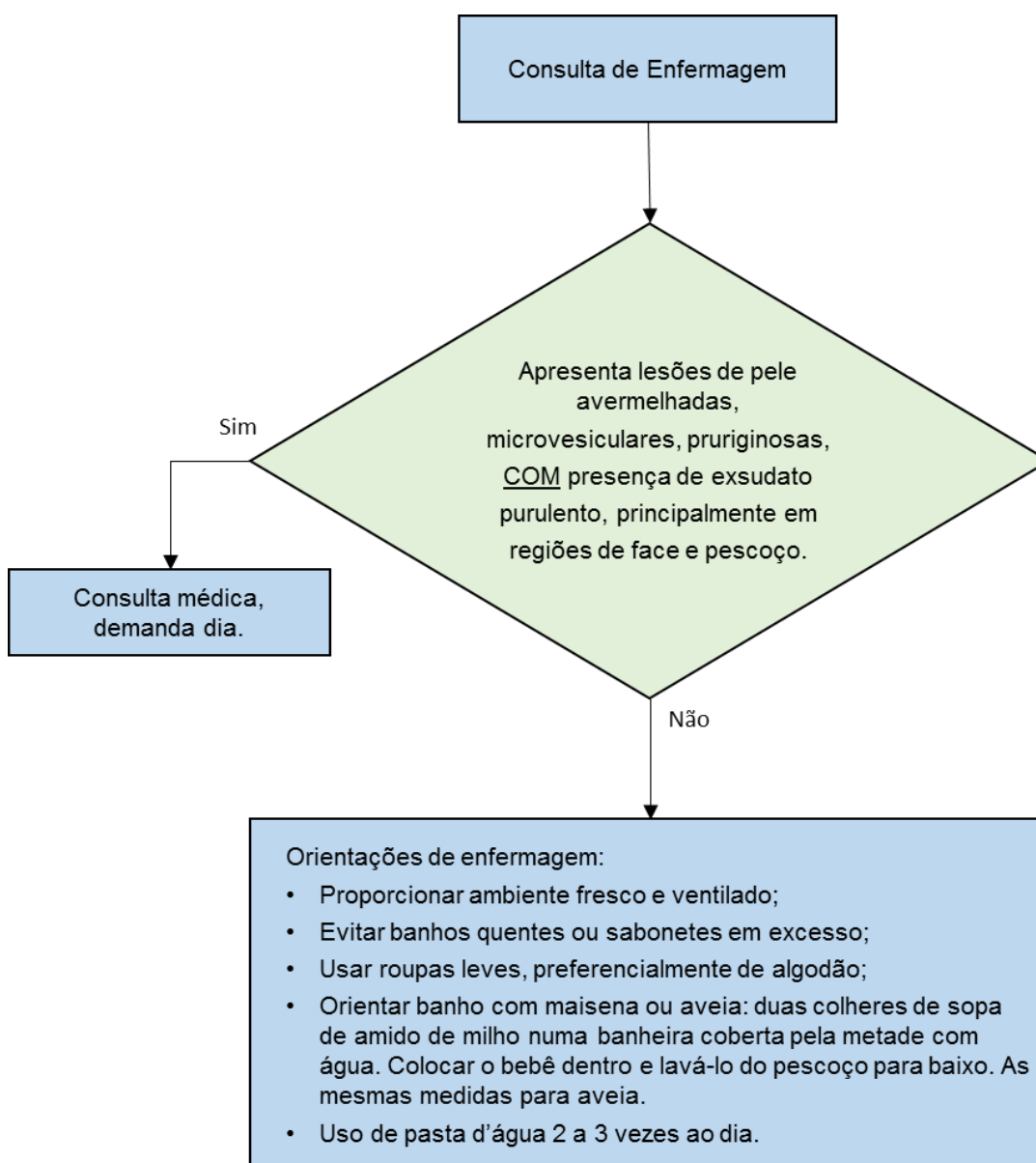


Queixas mais comuns	Conduta de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> • Prurido anal; • Presença de vermes em fezes ou roupas íntimas; • Presença de cistos (ovos) visíveis em fezes ou roupas íntimas; • Dor abdominal, afastados sinais de alerta/gravidade; • Diarreia intermitente não relacionada com a alimentação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento: Albendazol 40mg/ml - 10 ml em dose única <u>Não indicado para menores de dois anos.</u> Ou Nitazoxanida 20mg/ml - (0,375ml/kg – 2 x dia por 3 dias (7,5 mg/kg dose / dose medidora tem 0,375ml). Importante: não usar com anticonvulsivantes. Repetir o tratamento em 7 dias. • Orientações: <ul style="list-style-type: none"> - Reforçar medidas de higiene com mãos e alimentos crus (lavá-los bem); - Consumir alimentos bem cozidos e água filtrada ou tratada; - Manter as unhas das crianças sempre bem aparadas e orientar higiene frequente das mãos.

MILIÁRIA (BROTOEJA)

Miliária, também conhecida como brotoeja, é uma dermatite inflamatória causada pela obstrução das glândulas sudoríparas, que impede a saída do suor. As vesículas podem ser pequenas, transparentes e sem sinal de inflamação. Quando observamos pus, provavelmente, está ocorrendo uma infecção bacteriana secundária. O tratamento da brotoeja leva em conta as características das lesões, o local onde se instalaram e a idade do paciente. Na grande maioria dos casos as lesões desaparecem com medidas de controle do calor, mas em casos mais avançados, podem ocorrer lesões infecciosas secundárias que necessitam de intervenção medicamentosa.

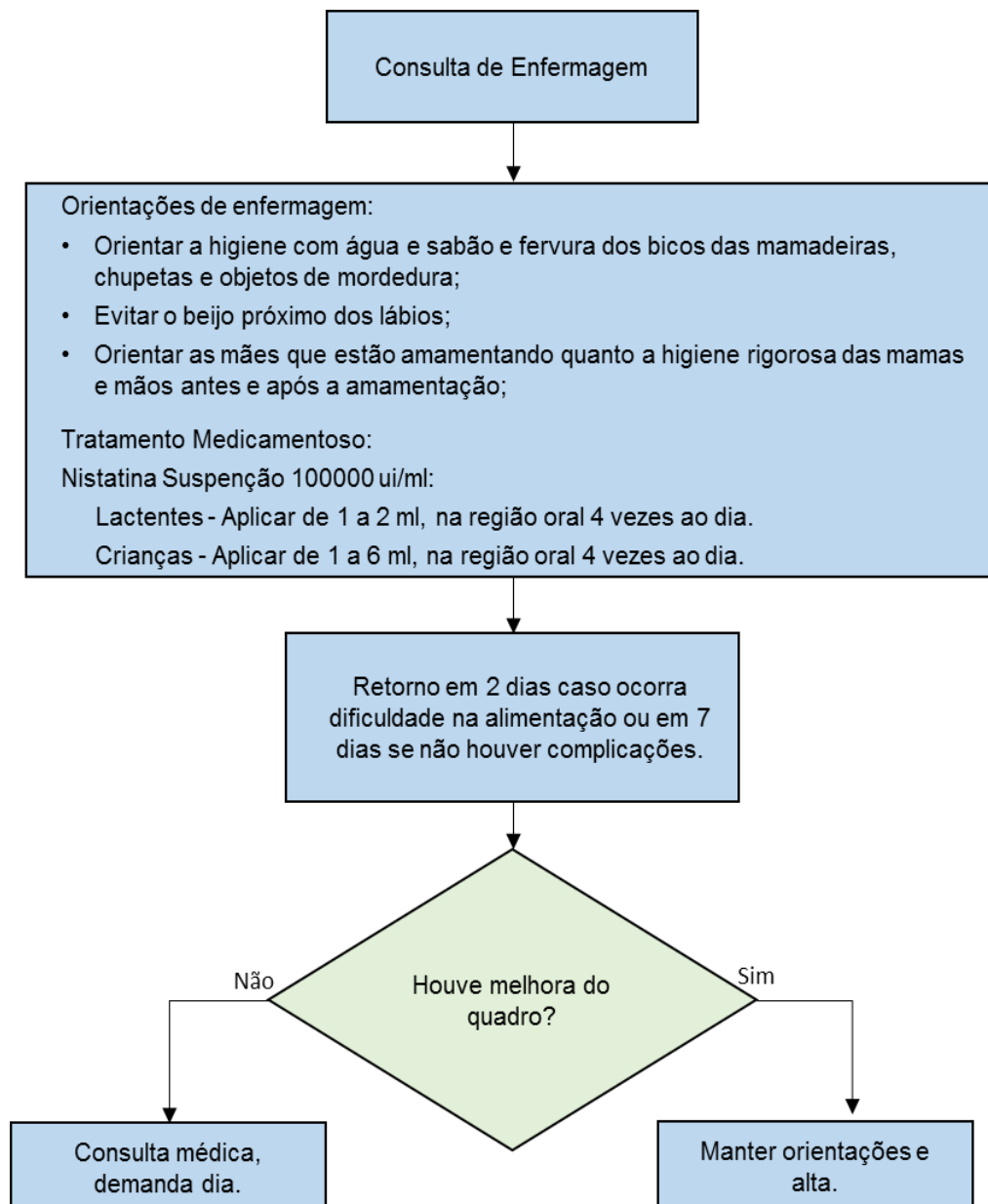
Fluxograma de manejo:



MONILÍASE

Também conhecida como candidíase oral, são lesões orais que se apresentam com placas esbranquiçadas circundadas por halo avermelhado, que acometem língua, mucosa labial, gengivas e, em especial, a mucosa das bochechas. São de origem fúngica.

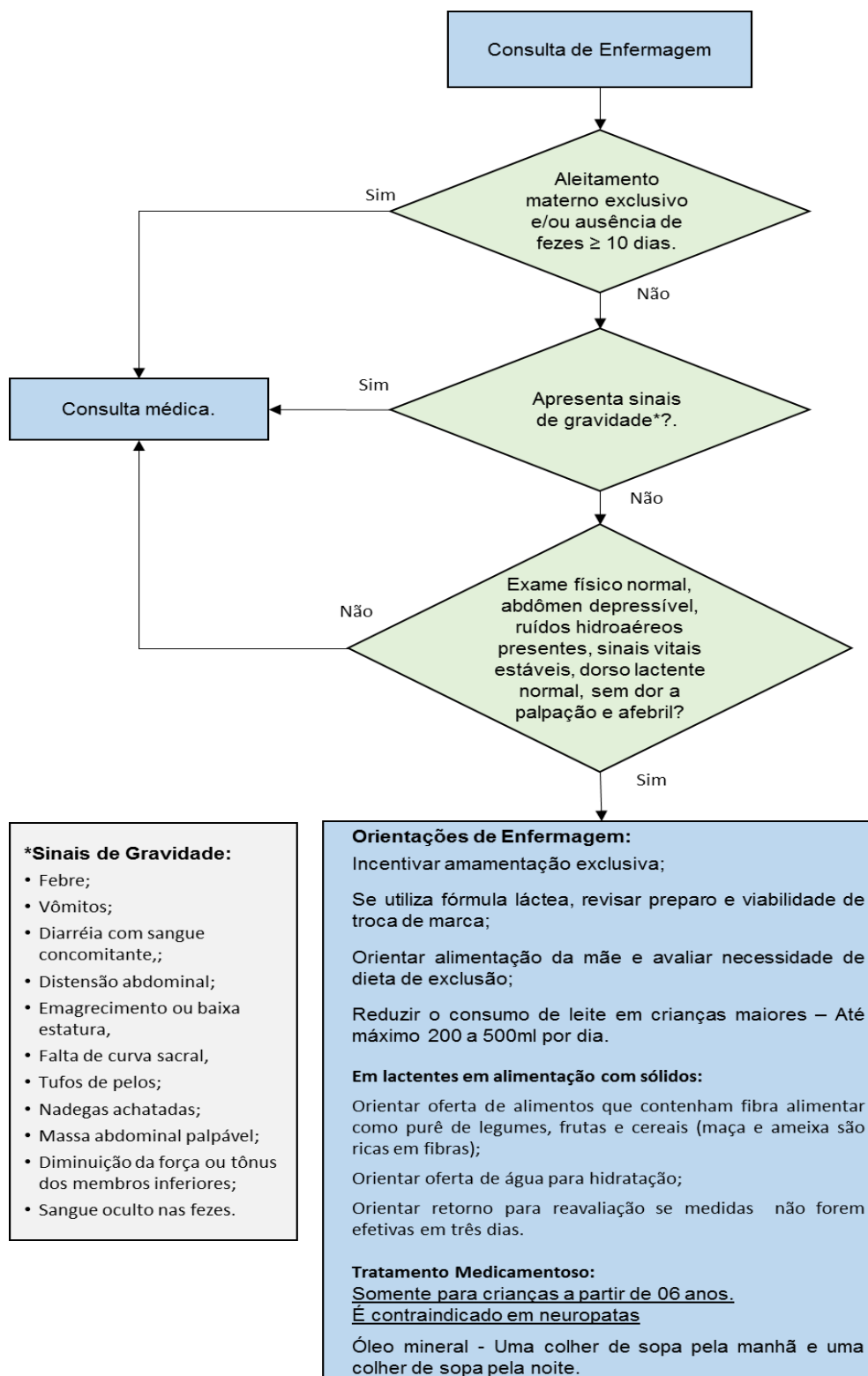
Fluxograma de manejo:



CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Dificuldade para evacuar ou eliminação de fezes secas, duras, volumosas e de eliminação dolorosa.

Fluxograma de manejo:

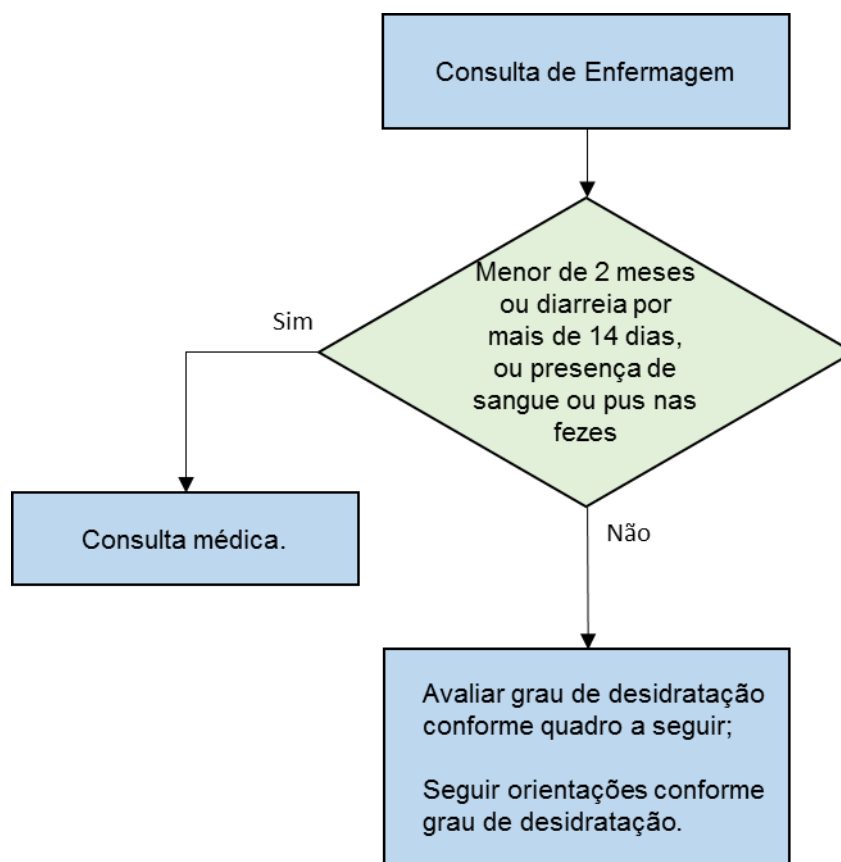


DIARREIA AGUDA

Caracteriza-se pelo aumento da quantidade e frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentando algumas vezes, muco ou sangue. É importante questionar se alguém da família ou pessoa próxima está com os mesmos sintomas.

Avaliar a gravidade dos sintomas, número de evacuações, presença de febre, vômitos, sangue ou muco nas fezes.

Fluxograma de manejo:



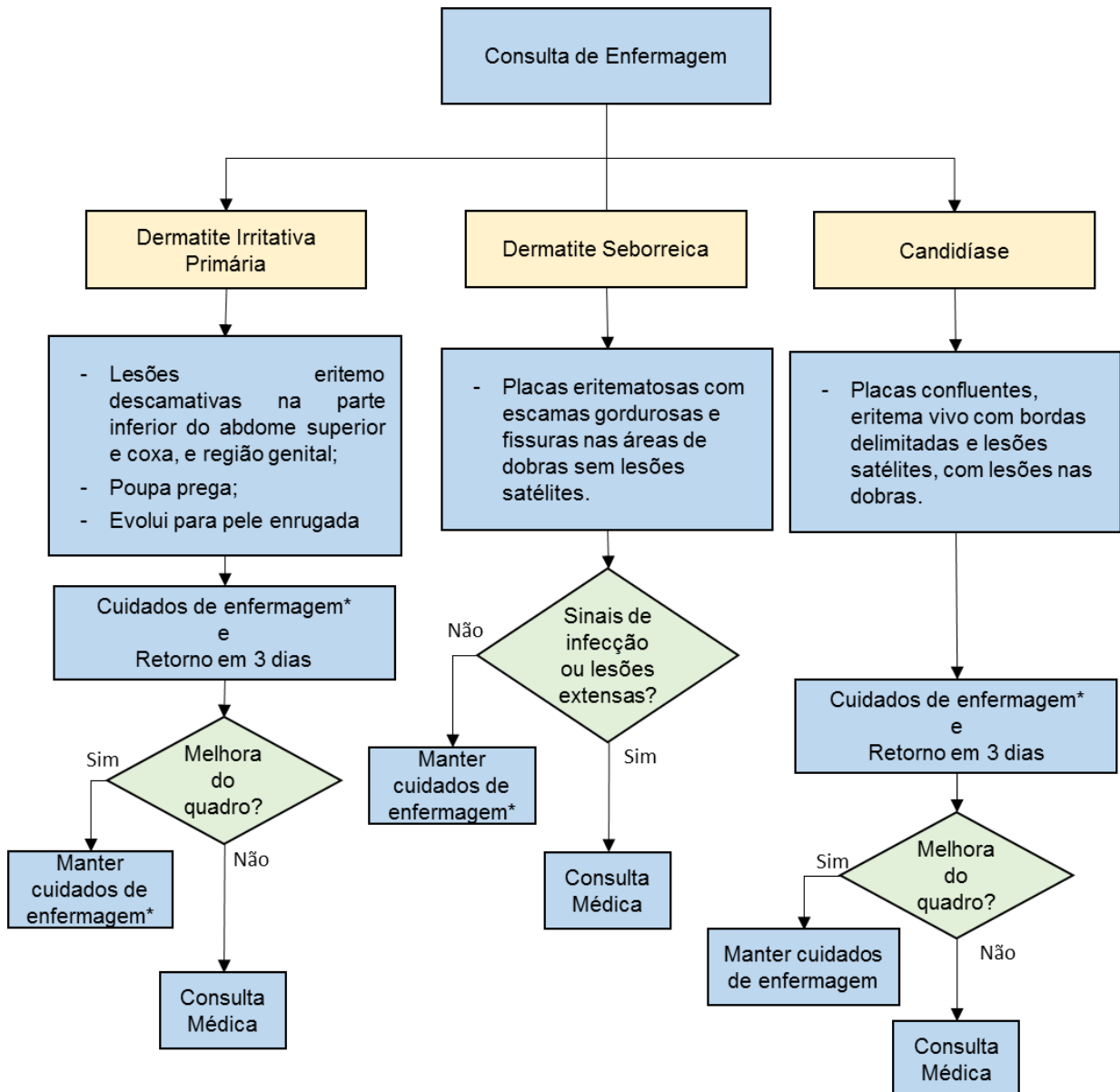
Classificação	Avaliação	Conduta
Grupo A Criança Hidratada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criança alerta ▪ Olhos brilhantes com lágrimas ▪ Mucosas úmidas ▪ Fontanela normotensa ▪ Turgor cutâneo preservado ▪ Pulso cheio ▪ Perfusão normal (< que 2'') ▪ Circulação/pressão arterial normal ▪ Diurese usual. 	<p>Administração de Sal de reidratação oral (SRO):</p> <ul style="list-style-type: none"> → Crianças menores de 1 ano: 50 a 100 ml após cada perda hídrica, ofertar outros líquidos conforme aceitação; → Crianças maiores de 1 ano: 100 a 200 ml após cada perda hídrica e conforme aceitação. <p>Demais cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Amamentar mais seguidamente e por tempo mais longo; → Incentivar aleitamento materno; → Crianças em aleitamento misto ou desmamadas, devem ingerir além do SRO outros líquidos (sucos, caldos, sopas, água potável, etc.); → Orientar sempre sinais de alerta. <p><i>Alertar para sinais de perigo: piora da diarreia, vômitos repetidos, sede excessiva, recusa de alimentos, sangue nas fezes, diminuição da diurese.</i></p>
Grupo B Criança desidratada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criança irritada, com sede ▪ Olhos encovados ▪ Mucosas secas ▪ Fontanela deprimida ▪ Turgor cutâneo pouco diminuído ▪ Pulso palpável diminuído ▪ Perfusão normal (< que 2'') ▪ Circulação/pressão arterial normal ▪ Diurese pouco diminuída 	<ul style="list-style-type: none"> → Realizar terapia de reidratação oral na unidade, avaliar a necessidade de hidratação endovenosa. → Prescrever e orientar Sal de Reidratação Oral - 75 ml/kg em 4 horas; → Reavaliar a cada 30 minutos a 1 hora e estar atento a sinais de gravidade; → <u>Se sinais de gravidade ou ausência de melhora, solicitar avaliação médica imediata.</u>
Grupo C Criança muito desidratada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criança deprimida/comatosa ▪ Olhos muito encovados/sem lágrimas ▪ Mucosas muito secas ▪ Fontanela muito deprimida ▪ Turgor cutâneo muito diminuído ▪ Pulso rápido, ausente ou débil ▪ Perfusão alterada (> que 2'') ▪ Circulação/pressão arterial alterada ▪ Diurese oligúria/anúria. 	<p>Avaliação médica imediata e hidratação endovenosa.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Puncionar acesso venoso calibroso para infusão de SF 0,9% e volume conforme conduta médica.

Fonte: Adaptado conforme protocolo de enfermagem na atenção primária de Florianópolis, 2018.

DERMATITE AMONICAL

Também conhecida como dermatite das fraldas, 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. As lesões variam de eritematosas exsudativas a eritemato-papulosas e descamativas nas áreas convexas da região delimitada pelas fraldas. Frequentemente pode surgir infecção secundária por Cândida ou por bactérias como *Bacillus faecalis*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus* e *Streptococcus*.

Fluxograma de manejo:



*Cuidados de enfermagem:

- Troca de fraldas frequente;
- Lavar com água morna e sabão suave, somente pós evacuações;
- Limpeza com algodão, suspender lenços umedecidos;
- Deixar área exposta ao sol ou banho de luz com lâmpada comum por 15 minutos;
- Se dermatite mais intensa, realizar compressas frias por 15 minutos 4 X ao dia;
- Pode-se orientar no enxague do banho, usar 2 colheres de sopa de amido de milho para 1 litro de água;

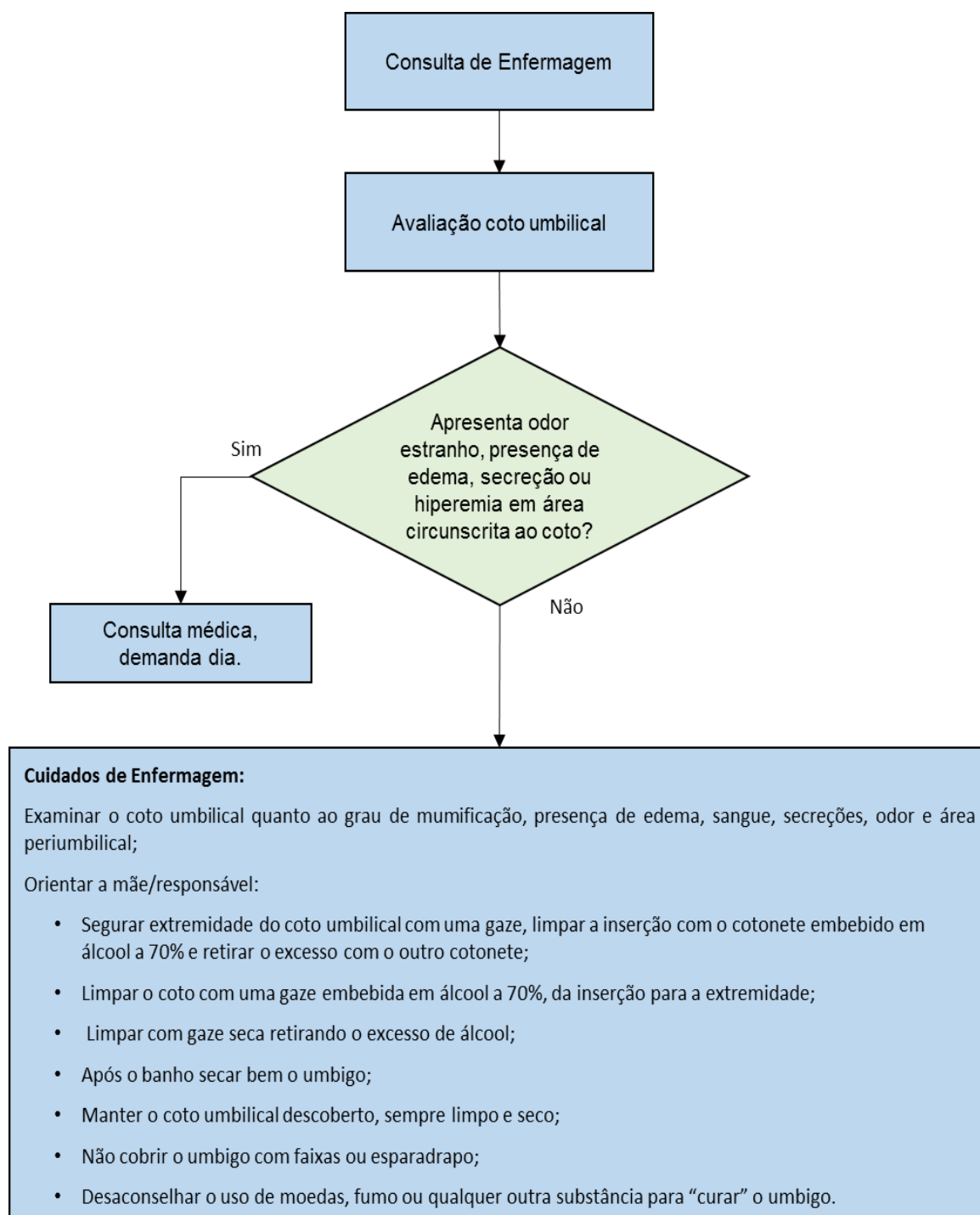
- Tratamento Candidíase:
Nistatina 100.000UI/g + Óxido de Zinco 200mg/ml - aplicar nas regiões de fralda acometidas, após cada troca de fraldas.
- Tratamento Dermatite Seborreica:
Hidrocortisona 1% creme antifúngico.

AVALIAÇÃO DO COTO UMBILICAL

O cordão umbilical é o elo entre o feto e a mãe que serve para promover a troca de nutrientes e de gases (como o oxigênio) fundamentais para a sobrevivência fetal. Após o nascimento, o que resta do cordão umbilical, que fica ligado ao recém-nascido, dá-se o nome de coto umbilical.

Após seu clampeamento, com o uso de álcool 70%, entre 7 a 15 dias, o coto desidrata, mumifica e cai. Após a queda, é comum a ocorrência de sangramento em pequena quantidade.

Fluxograma de manejo:

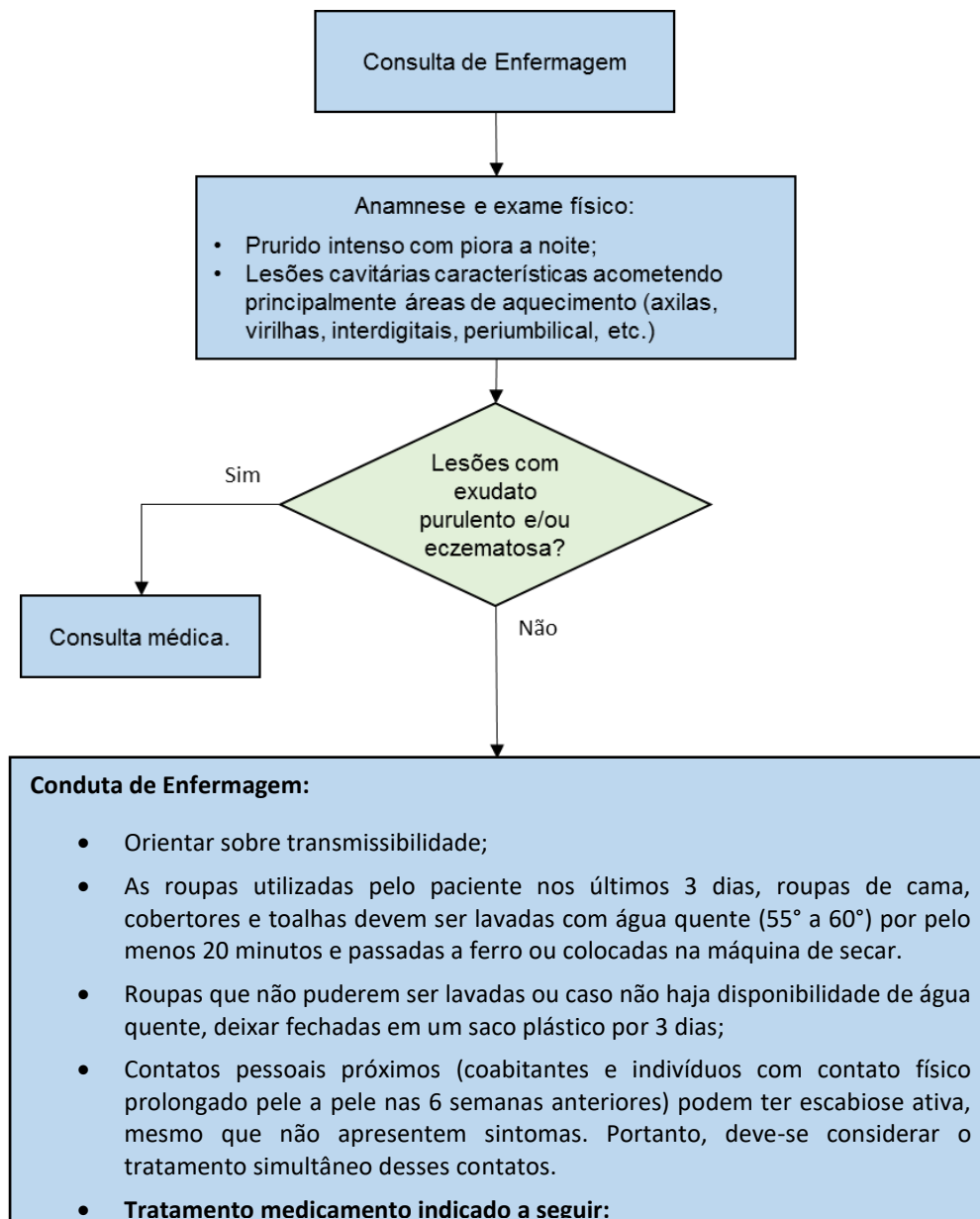


ESCABIOSE

Também conhecida como Sarna é uma parasitose humana causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* da variedade *hominis*. Doença altamente infecciosa, o contágio ocorre por contato direto com pessoa, roupas, roupas de cama e outros objetos contaminados e deve ser prolongado para que ocorra a contaminação, tendo um período de incubação de 1 dia há 6 semanas.

O contágio se dá **SOMENTE ENTRE HUMANOS**. O ácaro penetra na pele humana deixando lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. As áreas preferenciais da pele onde se visualiza essas lesões são: regiões interdigitais, punhos, axilas, região periumbilical, sulco interglúteo, região genital, em idoso e crianças pode ocorrer no couro cabeludo, palmas das mãos e plantas dos pés. A movimentação do ácaro na pele causa prurido, mais intenso a noite quando o ácaro é mais ativo, escoriações na pele são frequentes por causa da ação de coçar, podendo haver infecções secundária (impetigo).

Fluxograma de manejo:



Tratamento:

- **PRIMEIRA ESCOLHA:**

Loção de permetrina 5% uso tópico - aplicar a loção do pescoço para baixo inclusive nas palmas das mãos, plantas dos pés, região genital, sob as unhas, preferencialmente a noite. Enxaguar no banho após 8 a 14 horas, repetir na noite seguinte e, aplicar novamente em 14 dias. Pode ser utilizada por gestantes, lactantes, e crianças acima de 2 meses.

- **SEGUNDA ESCOLHA:**

Ivermectina oral - Dose única, repetindo a dose de 7 a 14 dias, conforme tabela*

*Dose recomendada de ivermectina 6mg segundo peso corporal	
15 a 24 kg	½ comprimido
25 a 35 kg	1 comprimido
36 a 50 kg	1 ½ comprimido
51 a 65 kg	2 comprimidos
OBS: Não deve ser administrado em crianças menores de 5 anos ou com menos de 15 kg.	

PEDICULOSE

Doença parasitária causada por piolhos, *Pediculus humanus capilis*, parasita que vive na superfície da pele entre os cabelos e pelos. A infecção se dá através de contato direto destacando-se as situações de aglomeração infantil, como escolas e creches. Existe outro tipo que é a pediculose do corpo causada pela variedade *corporis*, adquirida pelo uso compartilhado de roupas.

A ação do parasita provoca prurido intenso e a ação de coçar provoca pequenos ferimentos na cabeça, atrás das orelhas e nuca, ainda é possível visualizar o parasita no couro cabeludo e seus ovos (lêndeas). Comum surgir em crianças sobretudo as de cabelos longos.

Pode ocorrer infecção secundária devido as lesões, piodermites.

Conduta de Enfermagem:

- Orientar sobre transmissibilidade;
- As roupas utilizadas pelo paciente nos últimos 2 dias, roupas de cama, cobertores e toalhas devem ser lavados com água quente e passadas com ferro;
- Pentos e escovas utilizados pelo usuário devem ser mergulhados em água quente por 5 a 10 minutos.
- Acessórios que têm contato com o cabelo e que não podem ser lavados devem ser limpos e colocados em uma sacola plástica fechada por duas semanas.

Tratamento:

- PRIMEIRA ESCOLHA: Loção de Permetrina 1%
 1. Lavar os cabelos com shampoo (não usar condicionador);
 2. Secar com toalha e com os cabelos quase secos aplicar a loção em todo couro cabeludo (não esquecer a nuca e atrás das orelhas);
 3. Deixar agir de 10 a 15 minutos;
 4. Enxaguar com água morna e não lavar o cabelo pelas próximas 24 horas;
 5. Repetir o tratamento em 7 dias.

OBS: Deve-se fazer a retirada manual das lêndeas, com um pente fino, a cada 2 a 3 dias, até a completa remoção de todos os ovos. Realizar esse processo no cabelo úmido com auxílio de um condicionador.

- SEGUNDA ESCOLHA: Ivermectina 6mg
Usuários com tratamento com loção não efetivo, apresentando piolhos após 24h.

OBS: Tratar pessoas que dividem a mesma cama mesmo que não apresentem piolhos ou lêndeas.

*Dose recomendada de ivermectina 6mg segundo peso corporal	
15 a 24 kg	½ comprimido
25 a 35 kg	1 comprimido
36 a 50 kg	1 ½ comprimido
51 a 65 kg	2 comprimidos
OBS: Não deve ser administrado em crianças menores de 5 anos ou com menos de 15 kg.	

IMPETIGO

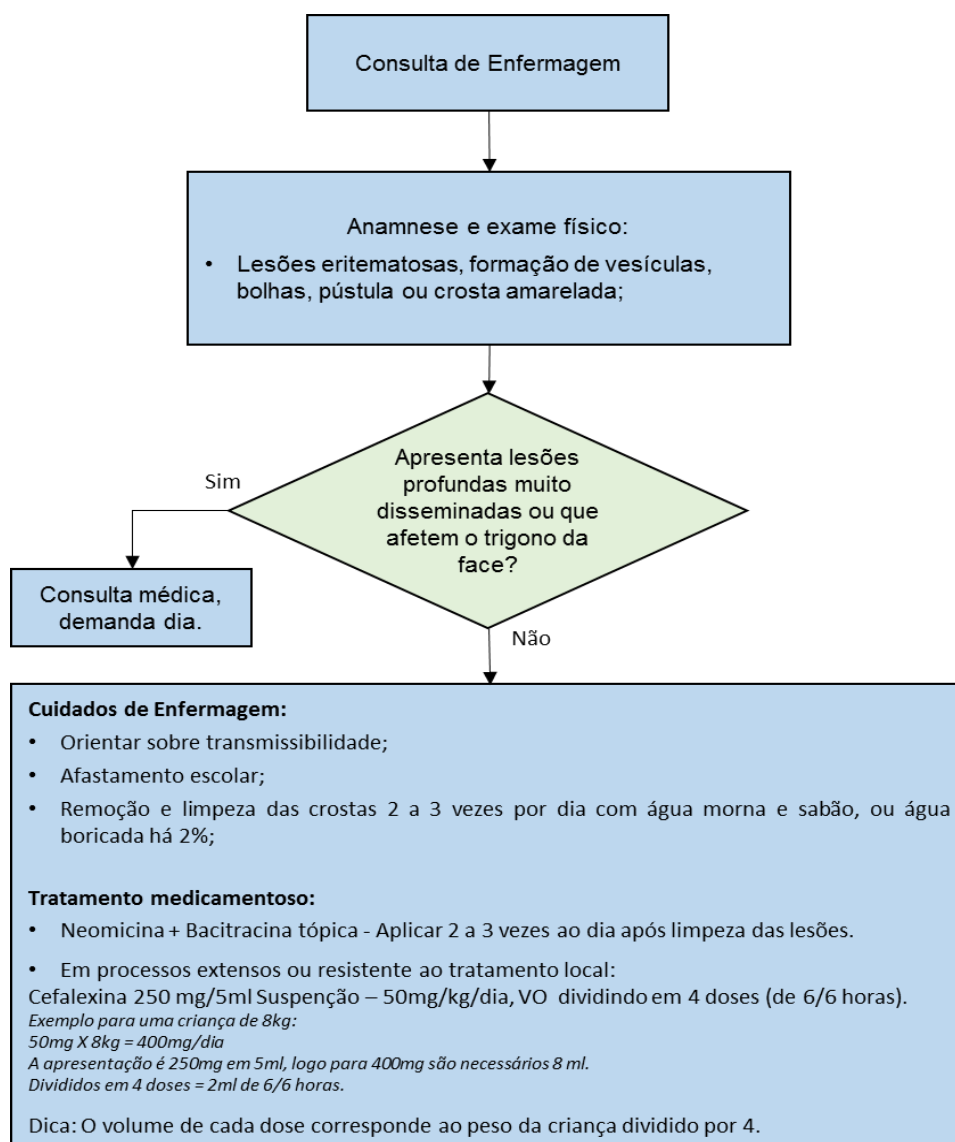
Infecção bacteriana superficial, causada por *Staphylococcus aureus* e/ou *Streptococcus pyogenes*, de alta transmissibilidade, favorecida por pequenos traumatismos e picadas de inseto. As lesões podem durar dias ou semanas, se não tratadas podem atingir a derme causando úlceras com crostas hemorrágicas, ectima, é dividida em 2 subtipos:

Impetigo não bolhoso (Streptocócico): Inicia-se com lesão eritematosa, seguido da formação de vesícula ou pústula que se rompem rapidamente formando a típica crosta de coloração amarelada. Presente preferencialmente na face, braços, pernas e nádegas, é comum presença de lesões satélites que ocorrem por auto-inoculação.

Impetigo bolhoso (estafilocócico): Ao se romperem espontaneamente ou por pressão deixam uma base desnuda vermelha, e evoluem centrifugamente. Inicia-se com formação de vesículas e bolhas em pele normal, sem eritema ao redor, o conteúdo seroso ou sero-purulento das bolhas seca, resultando em crosta amarelada típica. Presente preferencialmente no tronco, face, tornozelos, pés, coxas e nádegas.

Os principais sintomas são as lesões típicas, crostosas, amareladas e disseminadas.

Fluxograma de manejo:



REFERÊNCIAS

Atenção integral à saúde da criança: medicina [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Ana Izabel jatobá de Souza... [et al] (Organizadores). 2. ed. — Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://bvsm.sau.gov.br/dicas-em-saude/431-anemia>>. Acesso em: 21 de mar. de 2019.

BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica/

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de condutas Gerais, Brasília, 2013.

BRASIL. Portaria GM nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2015; 5 ago.

BRASIL. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, 2017.

CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA. Doenças respiratórias crônicas. Brasília-DF: Editora Ministério da Saúde, 2010.

Canoas. Wikipédia, a enciclopédia livre. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Canoas>>. Acesso em: 19 de jun. de 2019.


Canoas. Prefeitura Municipal de Canoas. Disponível em: <<https://www.canoas.rs.gov.br/sobre-canoas/>>. Acesso em: 26 de mar. de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 24 de set. de 2019.

DUNCAN, Bruce B [et al]. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária baseadas em evidência. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

Fernandes Juliana Dumet, Machado Maria Cecília Rivitti, Oliveira Zilda Najjar Prado de. Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas: parte II. An. Bras. Dermatol. [Internet]. 2009 Feb [cited 2017 Oct 18] ; 84(1): 47-54

FRANK, Bruna Regina Bratti et al. Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. Saúde debate [online]. 2015, vol.39, n.105, pp.400-410. ISSN 0103-1104.



Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002008>>. Acesso em: 09 de jul. de 2019.

IBGE. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/canoas/panorama>>. Acesso em: 17 de jun. de 2019.

MURAHOVSKI, J. *Pediatria: diagnóstico e tratamento*. 7.ed. São Paulo: Sarvier, 2013. Editora: Guanabara I.S.B.N.978852771489

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Maria Regina Viana et al. *Atenção à saúde da criança*. Belo horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224 p

MOLINARI, Juliana Salum de Oliveira; SILVA, Maria de Fatima M. C.; CREPALDI, Maria Aparecida. *Saúde e desenvolvimento da criança: a família, os fatores de risco e as ações na atenção básica*. PSICOLOGIA ARGUMENTO. Curitiba, v. 3, n. 43, p.17-26, 2005.

Oliveira V, Veríssimo M. *Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care*. REEUSP [Internet]. 1Feb.2015 [cited 1Jul.2019];49(1):30-6. Available from: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103156>>

Protocolo de enfermagem – *Atenção à demanda de cuidados na criança*. Volume 5. Florianópolis, 2018. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/06_08_2018_22.40.49.d753b8b01501870a92a4b236f73d9b3a.pdf> Acesso em: 23 de mai. de 2019.

Reichert Altamira Pereira da Silva, Leônico Alane Barreto de Almeida, Toso Beatriz Rosana Gonçalves, Santos Nathanielly Cristina Carvalho de Brito, Vaz Elenice Maria Cecchetti, Collet Neusa. *Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança*. Ciênc. Saúde coletiva.