

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Mestrado Profissional Ensino em Saúde

Taysa Sant Ana Ferreira

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE DIAMANTINA, MINAS GERAIS, BRASIL**

Diamantina

2016

Taysa Sant Ana Ferreira

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE DIAMANTINA, MINAS GERAIS, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Área de concentração: Planejamento, Gestão e Integração Universidade e Serviço de Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mirtes Ribeiro

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Liliane da Consolação Campos Ribeiro

**Diamantina
2016**

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 – 2618.

F383p	<p>Ferreira, Taysa Sant'Ana Protocolo assistencial para a Atenção Primária à Saúde do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil / Taysa Sant'Ana Ferreira. – Diamantina, 2016. 315 p. : il.</p> <p>Orientador: Mirtes Ribeiro Coorientador: Liliane da Consolação Campos Ribeiro</p> <p>Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.</p> <p>1. Atenção Primária à Saúde. 2. Protocolo. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Saúde da Família. 5. Assistência Integral à Saúde. I. Título. II. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.</p> <p style="text-align: right;">CDD 614</p>
-------	---

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

TAYSA SANT' ANA FERREIRA

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DO MUNICÍPIO DE DIAMANTINA, MINAS GERAIS, BRASIL**

Dissertação apresentada ao
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
EM ENSINO EM SAÚDE, nível de
MESTRADO como parte dos requisitos
para obtenção do título de MAGISTER
SCIENTIAE EM ENSINO EM SAÚDE

Orientador : Prof.^a Dr.^a Mirtes Ribeiro

Data da aprovação : 17/08/2016



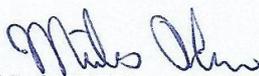
Prof.^a SINARA LUIZA MIRANDA DUPIM - SES



Prof.^a GABRIELA DE CASSIA RIBEIRO - UFVJM



Prof.^a Dr.^a LILIANE DA CONSOLACAO CAMPOS RIBEIRO - UFVJM



Prof.^a Dr.^a MIRTES RIBEIRO - UFVJM

DIAMANTINA

*Dedico este trabalho a mãe vizinha (in memoriam),
ao meu esposo Paulo, por me apoiar sempre, pela
compreensão e carinho. Obrigada por fazer parte
da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que conduz os passos da minha vida e me dá força para nunca desistir.

Ao meu marido, Paulo Henrique, por ser tão importante em minha vida! Sempre ao meu lado, compreendendo por muitas vezes minhas angústias, os momentos de ausências sem reclamar, me colocando para cima e me fazendo acreditar que posso mais que imagino, sempre baseado na paciência, companheirismo, apoio, compreensão e amor. Você é minha vida, Te Amo!

A mãe que por vezes correu atrás por mim “respirando aliviada” a cada conquista.

A minha irmã Marcela, pelo apoio e por me fazer rir tantas vezes, nos momentos de aflições, quando falava que já não aguentava mais ver na tela do computador escrito: Protocolo de.....

A toda minha família, em especial Stela, pela correria e presteza para traduzir os resumos, e amigos que me incentivaram durante a realização deste sonho. Em especial a amiga Vilma Santos (BA), pela força, incentivo, favores, sem ela com certeza não teria chegado até aqui, obrigada pela amizade e por estar ao meu lado, você foi peça ímpar nessa conquista.

A minha orientadora, professora Mirtes Ribeiro pela confiança e ensinamentos que contribuíram de maneira essencial para essa formação.

A minha coorientadora, professora Liliane da Consolação Campos Ribeiro pela colaboração, parceria, ensinamentos e atenção.

Aos professores do mestrado que contribuíram para minha formação.

A Samantha Moreira, Vitória Moreira e Diana Nunes pelo apoio e ajuda.

Aos profissionais da Atenção Primária e da Secretaria de Saúde, que muito me ajudaram quando precisei.

Aos profissionais que revisaram os protocolos, obrigada pelo tempo despendido em prol de contribuir com meu trabalho.

A UFVJM e ao Programa Ensa por ter me permitido essa oportunidade.

Enfim, ninguém vence sozinho... OBRIGADA A TODOS!

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota” (Madre Teresa de Calcutá).

“As grandes ideias surgem da observação dos pequenos detalhes” (Augusto Cury).

RESUMO

Protocolos são considerados ferramentas para apoiar as tomadas de decisões da rotina do serviço. Tais instrumentos visam direcionar a atenção à saúde dos usuários sendo considerados importantes para o enfrentamento de diversos problemas na assistência à saúde e na gestão dos serviços. É um documento normativo do processo de intervenção técnica e social, que se destina a orientar os profissionais no processo de realização de suas funções, tendo como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano do trabalho em saúde, de acordo com cada realidade, respeitando os preceitos éticos e legais. O presente estudo teve como objetivo elaborar o Protocolo Assistencial para a Atenção Primária a Saúde no município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica como metodologia, análise da realidade municipal e construção com a equipe multidisciplinar atuante no município, contando as seguintes etapas: sensibilização dos profissionais inseridos na atenção primária do município; criação de um diário de campo, e a partir dele foi escrito um artigo de relato de experiência; elaboração do protocolo assistencial; revisão do protocolo; pactuação do trabalho e legalização para posterior implantação. Foram desenvolvidos os seguintes temas de Atenção a Saúde: da Criança; do Adolescente; da Mulher; do Homem; Atenção a Saúde Mental; do portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes *Mellitus*; Prevenção e tratamento de feridas; Atenção a Hanseníase e do Idoso Deseja-se que esse documento seja norteador do processo de trabalho da assistência a saúde, promovendo a qualidade no que tange o cuidado prestado ao usuário.

Palavras – chave: Atenção Primária à Saúde. Protocolo. Qualidade da Assistência à Saúde. Saúde da Família. Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Protocols are considered tools to support the acquisition of the service routine decisions. These instruments are intended to direct attention to the health of users being considered important for dealing with various problems in health care and the management of services. It is a normative document of the technical and social intervention process, which is designed to guide professionals in the process of realization on its functions, based on scientific and practical health work everyday knowledge, according to each situation, respecting the ethical and legal precepts. This study aimed prepare the Assistance Protocol for Primary Health in the city of Diamantina, Minas Gerais, Brazil. A literature search was performed as methodology, analysis of municipal reality and construction with the multidisciplinary team operating in the municipality, counting the following steps: awareness of professionals inserted in the primary care of the municipality; creation of a field diary, and from it was written an experience report article; preparation of a clinical protocol; revision of the protocol; pact of work and legalization for later deployment. Please note the following themes of Health attention were developed: Children's; Adolescent's; Women's; Men's; Attention to Mental Health; Systemic Hypertension and Diabetes Mellitus carrier's; Prevention and Treatment of wounds; Attention to Leprosy and Elderly. It is hoped that these document is guiding of the health care work, promoting quality regarding to the care provided to the user.

Key-Words: Primary Health Care. Protocol. Health Assistance Quality. Family Health. Comprehensive Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa de localização do município de Diamantina/MG	24
Figura 2 - Fontanelas	55
Figura 3 - Reflexo de moro ou do abraço	58
Figura 4 - Reflexo de sucção	59
Figura 5 - Reflexo de preensão palmar	60
Figura 6 - Reflexo de preensão plantar	60
Figura 7 - Reflexo de marcha	61
Figura 8 - Reflexo tônico – cervical	62
Figura 9 – Classificação de Tanner – Estágio de Puberdade Feminino	94
Figura 10 – Classificação de Tanner – Estágio de Puberdade Masculino	96
Figura 11 – Neoplasia cervical	144
Figura 12 – Câncer cervical	145
Figura 13 – Colo do útero - Zona de transformação atípica	145
Figura 14 – Como preparar Insulina	210
Figura 15 – Local para aplicação de Insulina	211
Figura 16 – Avaliação sensibilidade com monofilamento	214
Figura 17 - Lesão por Pressão Estágio 1 - Pele íntegra com eritema que não embranquece	229
Figura 18 - Lesão por Pressão Estágio 2 - Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme	230
Figura 19 - Lesão por Pressão Estágio 3 - Perda da pele em sua espessura total	231
Figura 20 - Lesão por pressão Estágio 4 - Perda da pele em sua espessura total e perda tissular	231
Figura 21 - Lesão por Pressão Não Estadiável	221
Figura 22 - Lesão por Pressão Tissular Profunda	233
Fluxograma 1 - Fluxograma para acolhimento da criança	42
Fluxograma 2 - Assistência ao pré-natal de baixo risco - Diagnóstico de gravidez	109
Fluxograma 3 - Rotina de rastreamento de câncer de mama	137
Fluxograma 4 - Rotina de rastreamento de câncer de colo do útero	142
Fluxograma 5 - Fluxo para exame de prevenção ao câncer de mama masculino – consulta andrológica	160
Fluxograma 6 - Fluxo homem com câncer de pênis e testículo	162

Fluxograma 7 – Fluxograma de Atenção em Saúde Mental para os municípios da Microrregião Assistencial de Saúde de Diamantina - MG	172
Fluxograma 8 – Fluxograma de atendimento ao paciente de saúde mental	173
Fluxograma 9 – Fluxo de rastreamento e diagnóstico de HAS	183
Fluxograma 10 - Fluxo para atendimento ao suspeito/portador de DM tipo 2 – Rastreamento-	201
Fluxograma 11 – Fluxo para solicitação e recebimento de materiais para curativo/ Coberturas	237
Fluxograma 12 – Atuação na Suspeição e Acompanhamento de casos de hanseníase	253
Fluxograma 13 - Diagnóstico, o tratamento e a alta em hanseníase	260
Fluxograma 14 - Fluxo de Atendimento a Pessoa Idosa	272
Gráfico 1 - Distribuição da população residente em Diamantina/MG, segundo os grupos de idade	25
Gráfico 2 – Gráfico peso por idade dos 10 a 19 anos (escores-z)	92
Gráfico 3 – Gráfico de estatura por idade dos 10 aos 19 anos	93
Quadro 1 - Calendário básico de consultas para a assistência à criança de 0 a 10	44
Quadro 2 – Queixas mais comuns na infância e medicamentos para prescrição de enfermagem	47
Quadro 3 – Desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos	62
Quadro 4 - Evolução do ganho de peso, estatura - 1º ao 2º ano de vida	65
Quadro 5 – Suplementação de Ferro	68
Quadro 6 - Vitamina A	70
Quadro 7 – Avaliação da asma	72
Quadro 8 – Consulta de pré-natal para risco habitual	112
Quadro 9 - Exames laboratoriais que devem ser solicitados no Pré-Natal	114
Quadro 10 – Condutas nas queixas mais frequentes	117
Quadro 11 - A hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação é classificada nas seguintes categorias principais	121
Quadro 12 - Atribuições dos profissionais da ESF na anticoncepção no puerpério	127
Quadro 13 - Métodos contraceptivos disponíveis na Rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do município	128
Quadro 14 – Infecções Sexualmente Transmissíveis e prescrição de medicamento	138

pelo enfermeiro

Quadro 15 - Sinais e sintomas mamários altamente sugestivos de câncer de mama	140
Quadro 16 - Achados em exame de imagem altamente sugestivos de neoplasia mamária	141
Quadro 17 – Exame citopatológico	143
Quadro 18 - Valores de IMC com as respectivas classificações e riscos de comorbidade para homens	159
Quadro 19 - Circunferência abdominal e risco de complicações metabólicas associadas com obesidade em homens	159
Quadro 20 - Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos	181
Quadro 21 - Classificação da pressão arterial para crianças e adolescentes	182
Quadro 22 - Rotina de acompanhamento do hipertenso na ESF – Estratificação de Risco de Framingham	185
Quadro 23 - Medicamentos prescritos pelo médico e que podem ser mantidos pelo enfermeiro	187
Quadro 24 - Interpretação dos resultados da glicemia de jejum e teste de tolerância à glicose	202
Quadro 25 - Rotina de acompanhamento do diabético na ESF – a partir da Estratificação de Risco	202
Quadro 26 - Estratificação do risco metabólico segundo o IMC e a CA combinados	202
Quadro 27 - Classificação do estado nutricional de idosos, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC)	205
Quadro 28 - Medicamentos de uso oral, prescritos pelo médico e que poderão ser mantidos pelo enfermeiro	207
Quadro 29 – Tratamento medicamentoso da Hanseníase	258
Quadro 30 - Esquema de vacinação da BCG	262
Quadro 31 - Pontos de Corte do IMC estabelecidos para Idosos	274
Quadro 32 - Dados clínicos e diagnóstico de causas que podem levar a quedas	279
Quadro 33 - Escala ambiental de risco de quedas	281
Quadro 34 – Avaliação de atividades básicas da vida diária (ABVD) Índice de Katz	283
Quadro 35 - Escala de Lawton	284

Quadro 36 - Índice de Pfeffer	286
Quadro 37 – Mini Exame do Estado Mental	287
Quadro 38- Avaliação ocular	288
Quadro 39 - Teste do sussurro	289

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparativo percentual de saneamento básico da população residente em Diamantina, nos censos de 1991, 2000 e 2010	26
Tabela 2 - Quantitativo de profissionais das Estratégias Saúde da Família do município de Diamantina/MG	27
Tabela 3 – Equipe Saúde da Família no município Diamantina/MG	30
Tabela 4 – Repasse do governo federal ao município de Diamantina/MG – Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo	30
Tabela 5 – Repasse do governo federal ao município de Diamantina/MG - Piso da Atenção Básica Variável	31

LISTA DE SIGLAS

- AB** - Atenção Básica
- ABS** - Atenção Básica a Saúde
- ABVD** – Atividade Básica de Vida Diária
- ACS** – Agente Comunitário da Saúde
- AGE** - Ácido Graxo Essencial
- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AIVD** – Atividade Vida Diária
- AME** – Aleitamento Materno Exclusivo
- ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- APS** - Atenção Primária a Saúde
- AVD** – Atividade de Vida Diária
- BAAR** – Bacilos Álcool-Ácido Resistentes
- BCG** - Bacilo de Calmette e Guérin
- CA** – Circunferência Abdominal
- CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS AD** – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
- CD** – Crescimento e Desenvolvimento
- CEAE** - Centro Estadual de Atenção Especializada
- CER** – Centro Especializado em Reabilitação
- CISAJE** – Consórcio Intermunicipal do Vale do Jequitinhonha
- CIUR** – Crescimento Intra Uterino Restrito
- CMS** – Conselho Municipal de Saúde
- CNES** – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- COMSAD** – Conselho Municipal de Saúde de Diamantina
- COREN** – Conselho Regional de Enfermagem
- CTA** – Centro de Testagem e Aconselhamento
- CTAB** – Câmara Técnica da Atenção Básica
- CTI** – Centro de Terapia Intensiva
- DAB** – Departamento Atenção Básica
- DAI** - Dermatite Associada à Incontinência

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCV – Doença Cardiovascular

DIU – Dispositivo intra uterino

DL - Decilitro

DM – Diabetes *Mellitus*

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crônica

DPP – Data provável do parto

DST – Doença Sexualmente Transmissível

DTPA – Difteria, Tétano, Coqueluxe Acelular

DUM – Data da última menstruação

EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

ECA – Estatuto da criança e adolescente

ECM – Exame clínico das mamas

ESF – Estratégia da Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FG – Filtração glomerular

FNS - Fundo Nacional de Saúde

GT - Glutamil Transferase

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HBP - Hiperplasia Benigna Prostática

HCG – Gonadotrofina Coriônica Humana

HELLP – H: hemólise (fragmentação das células do sangue); EL: elevação das enzimas hepáticas, e LP: baixa contagem de plaquetas

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGG - Imunoglobulina G

IGM - Imunoglobulina M

ILA – Índice de Líquido Amniótico

ILPI – Instituições de Longa Permanência para Idosos

IMC – Índice de Massa Corporal

INMETRO - Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

KG - Kilograma

LAM – Amenorreia da Lactação

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LPTP - Lesão por Pressão Tissular Profunda

M – Metro (altura)

MB – Multibacilar

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MEEN – Mini Exame do Estado Mental

MG - Miligrama

MIF - Merthiolate–Iodo–Formol

ML - Mililitro

MMHG – Miligramas de Mercúrio

MS – Ministério da Saúde

NESCON - Núcleo de Atenção a Saúde Coletiva

NPUPAP - *National Pressure Ulcer Advisory Panel*

NUPAD – Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de saúde

PA – Pressão Arterial

PAB – Piso Atenção Básica

PAD – Pressão Arterial Diastólica

PAISM – Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PAS – Pressão Arterial Sistólica

PB - Paucibacilar

PC – Perímetro Cefálico

PFE – Pico de Fluxo Expiratório

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNTN - Programa Nacional de Triagem Neonatal

PQT – Poliquimioterapia

PSA - Antígeno Prostático Específico

PSF - Programa de Saúde da Família

PT – Perímetro Torácico

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RN – Recém-nascido

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB – Sistema de Informação Atenção Básica

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificações

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TDAH - Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

TFD – Tratamento Fora Domicílio

TGO - Transaminase Glutâmico-Oxalacética

TGP - Transaminase Glutâmico-Pirúvica

TORCHS - Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes simples, Sífilis

TSH - Hormônio Estimulante da Tireoide

TTG – Teste de Tolerância a Glicose

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFVJM - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 O cenário	23
1.1.1 Histórico	24
1.1.2 População	24
1.1.3 Saneamento básico	25
1.2 O Sistema Único de Saúde no município de Diamantina	26
1.2.1 Conselho Municipal de Saúde	26
1.2.2 Redes de Atenção a Saúde do Município	27
1.3 Recursos Financeiros	28
2 JUSTIFICATIVA	32
3 OBJETIVO	32
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
5 RESULTADO	36
Capítulo 1 - PREFÁCIO DO PROTOCOLO	37
Capítulo 2 – PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	38
1 Protocolo na Atenção à Saúde da Criança	38
Colaboradores: Lília Souza Maciel – Enfermeira da ESF Raul Alexander Vidal Milanés - Médico do Programa mais médicos da ESF Roberta Porto Silva – Enfermeira da ESF Roseane Amado da Matta – Nutricionista - Referência em Promoção em Saúde/SMS Simone do Rosário Santana – Coordenadora da Regulação Municipal/SMS Revisora: Alison Cristine Pinto Guelpeli – Médica Pediatra da Policlínica Regional do município - Docente assistente do PIESC - Práticas integrada ensino serviço e comunidade - da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.	
2 Protocolo na Atenção à Saúde do Adolescente	88
Colaboradores: Lília Souza Maciel – Enfermeira da ESF Roseane Amado da Matta – Nutricionista - Referência em Promoção em Saúde/SMS Roberta Porto Silva – Enfermeira da ESF	

Revisora: Alison Cristine Pinto Guelpeli – Médica Pediatra da Policlínica Regional do município - Docente assistente do PIEESC - Práticas integrada ensino serviço e comunidade - da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

3 Protocolo na Atenção à Saúde Mulher

105

Colaboradores: Luana Cristina Rodrigues Damasceno – Enfermeira da ESF

Líliá Souza Maciel – Enfermeira da ESF

Marconi Ricardo Dupim – Farmacêutico - Responsável Técnico pela Farmácia Básica

Roberta Porto Silva – Enfermeira da ESF

Roseane Amado da Matta – Nutricionista - Referência em Promoção em Saúde/SMS

Simone do Rosário Santana – Coordenadora da Regulação Municipal/SMS

Revisores: Daniela Barreto de Moraes – Médica - Docente assistente do PIEESC - Práticas integrada ensino serviço e comunidade - da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Especialista em medicina de família e comunidade.

Yamil Ovídio Gonzales Martinez - Médico do Programa mais médicos da ESF

4 Protocolo na Atenção à Saúde do Homem

154

Colaboradores: Anderson Geraldo dos Santos – Enfermeiro da ESF

Samuel Silva Rosário – Enfermeiro da ESF

Tatiane Vilela Bousada Dias Sigiliano – Médica da ESF

Revisor: Cláudio Manoel Ademar Gomes – Médico urologista do CISAJE

5 Protocolo na Atenção à Saúde Mental

167

Colaboradora: Luanna Kelen Godinho Pereira – Enfermeira do CAPS II de Diamantina

Revisora: Priscila Carraro Faria – Médica Psiquiatra do CAPS II de Diamantina

6 Protocolo na Atenção à Hipertensão

178

Colaboradoras: Líliá Souza Maciel – Enfermeira da ESF

Marcela Sant Ana Ferreira – Educadora Física

Roberta Porto Silva – Enfermeira da ESF

Simone do Rosário Santana – Coordenadora da Regulação Municipal/SMS

Revisoras: Maria Carolina Durães Freire Ferreira – Médica da ESF

Xiomara Lastres Nuevo – Médico do Programa mais Médicos da ESF	
7 Protocolo na Atenção à Diabetes <i>Mellitus</i>	198
Colaboradores: Lília Souza Maciel – Enfermeira da ESF	
Marcela Sant Ana Ferreira – Educadora Física	
Roberta Porto Silva – Enfermeira da ESF	
Simone do Rosário Santana – Coordenadora da Regulação Municipal/SMS	
Revisoras: Maria Carolina Durães Freire Ferreira – Médica da ESF	
Xiomara Lastres Nuevo – Médico do Programa mais Médicos da ESF	
8 Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas	224
Colaboradoras: Luana Cristina Rodrigues Damasceno – Enfermeira da ESF	
Revisora: Thayrine Elisa da Silva Gonçalves – Enfermeira	
9 Protocolo na Atenção à Hanseníase	247
Colaboradoras: Fernanda Gomes Horta – Enfermeira da ESF	
Luciana Maria Lauar de Almeida – Enfermeira da ESF	
Revisora: Raquel Galiciolli – Fisioterapeuta - Referência Técnica de Hanseníase, DST/HIV/AIDS, MDDA (diarreias e surtos) e Violências - Núcleo de Vigilância Epidemiológica – SRS	
10 Protocolo na Atenção à Saúde do Idoso	268
Colaboradores: Almir Sincurá Ribeiro Júnior – Médico da ESF	
Danielle Vieira Garcia – Enfermeira da ESF	
Lília Souza Maciel – Enfermeira da ESF	
Roseane Amado da Matta – Nutricionista - Referência em Promoção em Saúde/SMS	
Revisora: Fabiana Souza Máximo Pereira – Médica Geriatria	
CAPÍTULO 3 – CONSTRUÇÃO DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	298
1 INTRODUÇÃO	300
2 METODOLOGIA	301
3 RESULTADO E DISCUSSÃO	303
4 CONSIDERAÇÕES	304
REFERÊNCIAS	302
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	307
REFERÊNCIAS	308

1 INTRODUÇÃO

Concebido pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), tem como diretrizes o atendimento integral priorizando as atividades preventivas, sem dano aos serviços assistenciais. Em conformidade com tais diretrizes do SUS, os protocolos se constituem em instrumentos essenciais para criação e estabelecimento de rotinas que, além de estruturar a assistência, poderão contribuir com a organização trabalho cotidiano nas unidades de saúde (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A Lei Orgânica nº 8.080/92 que regulamenta o SUS destaca dentre os seus princípios e diretrizes a municipalização dos serviços de saúde, vista como uma estratégia que busca atingir condições favoráveis para uma determinada realidade local, fazendo-se necessário uma adequação organizacional a nível local (CORIOLANO *et al.*, 2010).

Em decorrência desse processo, diante da expansão com conseqüente consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o uso de protocolos nos serviços de saúde passou a fazer parte do cotidiano na maioria dos municípios brasileiros. Estes são relevantes tanto para o processo de planejamento, implementação e avaliação de ações desenvolvidas, como para normatizar o processo de trabalho, sendo componente significativo para se obter um serviço prestado com qualidade e de maneira organizada (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

De acordo com a Política Nacional de Humanização (2004), deve-se incentivar a construção de protocolos com caráter humanizado respeitando as peculiaridades do indivíduo, a fim de suprimir intervenções desnecessárias.

É um documento normativo do processo de intervenção técnica e social, que visa orientar os profissionais no processo de realização de suas funções, tendo como base conhecimentos científicos e práticos do cotidiano do trabalho em saúde, de acordo com cada realidade. Destinado ao registro de atos (ações, procedimentos) necessários ao processo de intervenção, abordagem de situações e problemas de saúde e instituídos como uma convenção com força reguladora do trabalho dos diferentes profissionais envolvidos no processo assistencial, no contexto daquele serviço ou instituição que o adota (CAMPOS, 2009).

Os protocolos são dispositivos instituídos pelos serviços frente a adversidades a serem superadas ou a partir da necessidade de se ordenar as ações desenvolvidas. Esses devem seguir as diretrizes do SUS que melhor se adapte a realidade dos territórios sob sua responsabilidade. E para tanto, não são neutros, pois seguem a Política de Saúde que ditam as diretrizes (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Esses são vistos como ferramentas que visam planejar e coordenar as ações da equipe de saúde, importante para se chegar a um nível de eficiência elevado no processo de assistência prestada (ROTER *et al.*, 2010).

Segundo Selhorst (2014) é um conjunto de dados que visa direcionar o trabalho e registrar de maneira oficial os cuidados executados buscando a resolução ou prevenção de um problema. A implantação de protocolos proporciona definitivamente um instrumento de mudanças com conseqüente aumento da capacidade crítica dos profissionais, melhorando o desempenho e a postura individual e coletiva, gerando um trabalho capaz de produzir mais saúde.

O uso no Brasil ainda é novo, e ainda complexo, porém ganhou destaque no trabalho da enfermagem devido a necessidade de se padronizar as condutas, estabelecendo quais e como as ações devem ser desenvolvidas, o papel e atividade exercida por cada profissional, os recursos disponíveis, embasadas no cientificismo, em manuais e documentos que permitam respaldar as atividades (ROSINI; SALUM, 2014).

Mesmo que de forma informal, sempre houve na enfermagem uma preocupação dos profissionais em seguir procedimentos de forma correta com o intuito a manter o controle da qualidade da assistência e o que isso levaria a bons resultados (CALDANA *et al.*, 2011).

A Lei do Exercício Profissional, nº 7.498, de 25 de junho de 1986, respalda legalmente a enfermagem. Esta dispõe que os enfermeiros são os indivíduos com diploma de graduação em enfermagem, que exercem diversas atividades dentre elas os de organização, direção, consulta de enfermagem, cuidados aos indivíduos graves e assistidos na Alta Complexidade, planejamento, prescrição de enfermagem, coordenação, auditoria, dentre outros. Essa Lei determina que se deve:

preservar a autonomia da profissão da enfermagem, garantir aos profissionais o direito legal de desenvolver papéis, funções, competências e saberes adquiridos, com eficiência e eficácia, na construção de uma política de saúde realmente voltada para o atendimento das necessidades da população. Reconhecer esses avanços não significa ter uma posição acrítica no que diz respeito aos graves problemas enfrentados pelos profissionais de enfermagem na rede de saúde. Ao contrário, é mais uma conquista que empodera a categoria e nos motiva para a busca de uma maior valorização profissional.

Para Alves *et al.* (2014) cada dia mais o termo protocolos assistenciais vem sendo implantado na cotidiano profissional, principalmente do enfermeiro, trazendo diversos benefícios tanto ao usuário como ao profissional. Este vem trazer o fortalecimento e reconhecimento da enfermagem enquanto ciência, e garantir visibilidade no seu trabalho.

A criação desses documentos deve ser feita a partir da realidade vivenciada para que possa se chegar ao resultado almejado em relação à prestação de cuidados visando à recuperação do usuário (PAES; LEITE; MELO, 2011).

A construção coletiva faz com que os profissionais se sintam atores ativos o que facilita que os mesmos desempenhem as ações conforme preconizado, se tornando corresponsáveis na resolução da assistência com qualidade ao usuário (ROSINI; SALUM, 2014).

Enfim, os protocolos podem ser vistos como dispositivo que busca a melhoria da qualidade nos serviços prestados, devendo ser utilizado como norteador para a Atenção a Saúde, possibilitando inovações no cuidado, não devendo, portanto, se organizar de maneira inflexível ou engessada (NETTO; DIAS; GOYANNA, 2016).

Diante do exposto e buscando estabelecer rotinas embasadas no conhecimento científico a fim de aprimorar a assistência prestada, o presente estudo surgiu da necessidade de elaborar o protocolo assistencial para a Atenção Primária a Saúde município de Diamantina, MG, no qual não havia até o momento a existência deste.

1.1 O cenário

O município de Diamantina, Minas Gerais, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015) têm uma população estimada de 47.952 habitantes, está localizado a 296 km da capital do estado.

É a cidade pólo da Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha, e apesar do reduzido número de habitantes comparado com outros pólos das regiões de saúde, o que faz ser um destaque em relação aos demais (MINAS GERAIS, 2010a).

Figura 1 – Mapa de localização do município de Diamantina



Fonte: IBGE.

1.1.2 Histórico

Segundo informações do histórico da cidade, contidas no site da Prefeitura Municipal de Diamantina, o município tem quase três séculos desde a sua fundação, iniciou como povoado passando por arraial até chegar a município rico em história e tradições.

A essência de sua formação está ligada a exploração de diamante e ouro. Aproximadamente em 1722, teve início o povoado, sempre seguindo as margens dos rios Jequitinhonha, Pururuca e Rio Grande, nos quais se encontraram grande quantidade de ouro que eram garimpados. A contar de 1730, o Arraial do Tejuco, como chamado, apesar de ter uma população flutuante significativa, começou a ficar mais densa. Com a expansão de pequenos arraiais ao longo dos cursos dos rios em direção ao núcleo administrativo do Tejuco, deu-se a formação do conjunto urbano de Diamantina, tendo como as primeiras vias o Beco das Beatas, Rua Espírito Santo e Rua do Burgalhau.

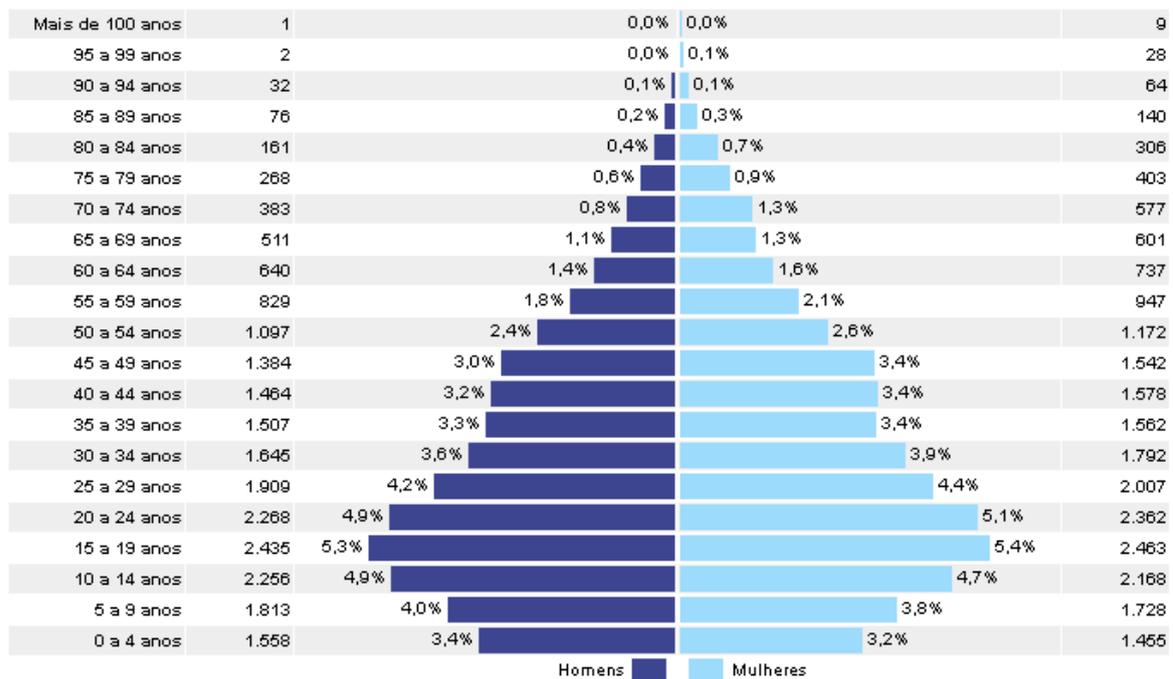
Em 1938, foi tombado pelo Instituto de Patrimônio Histórico e Artístico Nacional o Centro Histórico com todo seu arsenal arquitetônico, e no final da década de 90, Diamantina foi reconhecida mundialmente com o título de Patrimônio Cultural da Humanidade pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO).

No presente, o município é um dos mais conhecidos dentre as cidades históricas do país, sendo também uma das mais visitadas. Possui um patrimônio cultural, arquitetônico e natural rico e preservado.

1.1.3 População

O município tem uma população estimada de 47.952 habitantes (IBGE, 2015), uma média de 11,79 habitantes/km², cerca de 11.357 famílias. Esta população está distribuída por faixa etária e sexo conforme Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição da população residente em Diamantina/MG, segundo os grupos de idade



Fonte: IBGE: censo demográfico (2010).

De acordo com a distribuição etária, observamos que o município apresenta uma população predominantemente jovem, sendo a distribuição por sexo bastante regular. A população encontra-se distribuída a maioria na área urbana, em torno de 87,28% segundo dados do IBGE, censo demográfico de 2010.

1.1.4 Saneamento básico

Pode-se observar a partir da Tabela 1, que nos anos censitários comparados houve uma melhora geral nos indicadores de saúde relacionados à qualidade de saneamento oferecido à população, entretanto há ainda melhorias a serem conquistadas.

Tabela 1 – Comparativo percentual de saneamento básico da população residente em Diamantina, nos censos de 1991, 2000 e 2010

Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água			
Abastecimento Água	1991	2000	2010
Rede geral	69,6	82,6	88,47
Poço ou nascente (na propriedade)	15,2	11,9	6,56
Outra forma	15,2	5,5	7,44
Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária			
Instalação Sanitária	1991	2000	2010
Rede geral de esgoto ou pluvial	45,1	60,6	73,52
Fossa séptica	0,3	1,7	2,94
Fossa rudimentar	21,0	12,4	12,49
Vala	1,4	3,3	2,22
Rio, lago ou mar	-	9,5	5,12
Outro escoadouro	7,1	1,1	0,82
Não sabe o tipo de escoadouro	0,1	-	-
Não tem instalação sanitária	25,0	11,4	2,79
Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo			
Coleta de lixo	1991	2000	2010
Coletado	31,2	60,7	78,28
Queimado (na propriedade)	35,1	29,2	19,57
Enterrado (na propriedade)	1,1	0,5	0,17
Jogado	31,9	9,4	1,19
Outro destino	0,7	0,2	0,79

Fonte: IBGE/Censos Demográficos (1991, 2000 e 2010).

1.2 O Sistema Único de Saúde no Município de Diamantina

No município de Diamantina segundo dados do SIAB (2015), 87% da população é usuária do SUS.

1.2.1 Conselho Municipal de Saúde

O CMS do município foi criado pela Lei n.º 1797, de 13 de dezembro de 1990, alterada pelas Leis n.º 1824, 10 de maio de 1991 e n.º 2224, de 23 de novembro de 1994.

O projeto de Lei N.º 3882, de 29 de junho de 2015, reestrutura o conselho municipal de saúde de Diamantina (COMSAD), e revoga a Lei n.º 3172, de 29 de dezembro de 2006, dizendo que, o Conselho Municipal de Saúde de Diamantina, é um órgão colegiado de caráter paritário e deliberativo, de natureza permanente, integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde, nos termos da Resolução n.º 453/03, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde - CNS é composto por 16 (dezesesseis) membros titulares e mesmo quantitativo de suplentes, indicados por órgãos e entidades de cada segmento.

Atualmente o COMSAD é composto por: 08 (oito) usuários do SUS, 04 (quatro) prestadores de serviços para o SUS e governo, 04 (quatro) profissionais/trabalhadores de saúde no SUS, totalizando 16 (dezesesseis) conselheiros de saúde, a lista de suplente segue o mesmo quantitativo (COMSAD, 2016).

Obedecendo assim o preconizado pela Lei nº 8.142/90.

1.2.2 Rede de Atenção a Saúde do Município

Dentre a rede de serviço público de APS o município conta com 10 (dez) ESF, sendo uma delas tipo 2 (dois) que, de acordo com Portaria nº 340, de 04 de Março de 2013, é a unidade que abriga 2 (duas) Equipes de Atenção Básica, com número de profissionais condizentes, e 03 (três) Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Das equipes do município 07 são consideradas urbanas, 02 mistas e 04 rurais, sendo todas as equipes compostas por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, auxiliar e técnico de enfermagem (CNES, 2016). Tal quantitativo de pessoal esta em conformidade com o estabelecido pela Portaria 2.488 de outubro de 2011, que dispõe sobre a equipe multiprofissional mínima.

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a definição oficial brasileira de rural e urbano é baseada na lei e desconsidera o mensuramento de características como o tamanho populacional, ocupação, renda ou pressão antrópica. A classificação baseia-se nas áreas, sendo a população classificada como rural ou urbana de acordo com a localização de seu domicílio. São urbanas as sedes municipais (cidades) e as sedes distritais (vilas), cujos perímetros são definidos por lei municipal.

Tabela 2 - Quantitativo de profissionais das Estratégias Saúde da Família do município de Diamantina/MG

Profissionais da Equipe Saúde da Família	Quantidade
Médicos	05
Programas Mais Médicos	08
Enfermeiros	13
Agente Comunitário de Saúde	92
Técnico de Enfermagem	25
Auxiliar de Enfermagem	24

Fonte: CNES/DATASUS (2016).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES, 2016), a rede de saúde do município é composta por: dois hospitais filantrópicos, uma Policlínica Regional, um Centro de Testagem e Aconselhagem (CTA) em HIV/AIDS, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS II), um Centro de Apoio Psicossocial álcool e droga (CAPSAD), um Centro Especializado em Reabilitação tipo IV (CER IV), um Consórcio Intermunicipal do Vale do Jequitinhonha (CISAJE), além de serviços terceirizados que prestam assistência a prefeitura por meio de contratos.

1.3 Recurso Financeiro

Segundo a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, o financiamento do Sistema Único de Saúde, para suas ações e serviços é de responsabilidade do governo federal, estadual e municipal, como disposto na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde.

Os recursos advindos da esfera federal são organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento, sendo constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados, sendo eles: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde; Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (BRASIL, 2007).

Segundo a Portaria 2.488 de 2011, a Atenção Básica é tida como um conjunto de ações de saúde, que abrange a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção da saúde e redução de danos, do indivíduo e coletivo. Tem como objetivo prestar uma atenção integral que promova autonomia e dê respostas à situação de saúde do indivíduo e coletividade. É desenvolvida por meio de trabalho em equipe, sendo responsável pela população em território definidos.

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de ESF registrado no sistema de cadastro nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira (BRASIL, 2007).

O montante transferido varia segundo a modalidade da equipe, carga horária dos profissionais e número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) registrados, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica. Neste quesito o município recebe integralmente o valor do incentivo federal, pois todas as equipes de Saúde da Família são compostas pela equipe multiprofissional mínima exigida, assim como a carga horária estabelecida é também cumprida pelos profissionais que atuam nas ESF's do município (CNES, 2016).

O bloco da Atenção Básica à Saúde (ABS) é constituído pelo componente do Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo – que se refere ao financiamento das ações de ABS, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma automática e regular, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios. Este recurso poderá ser destinado a implementação de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), em casos excepcionais. E do componente do Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável -, que é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, tais como: Saúde da Família; Saúde Bucal; Agentes Comunitários de Saúde; Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico, o repasse será Fundo a Fundo como já citado (BRASIL, 2007).

Para que se mantenha a transferência do bloco destinado a Atenção Básica devem ser cumpridos requisitos mínimos, de acordo com a legislação federal do SUS, como ter o Plano de Saúde municipal e a programação anual de saúde aprovado pelo Conselho de Saúde, tendo especificado a proposta de organização e como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica e o Relatório de Gestão deve demonstrar o resultado da aplicação como forma de serviços e ações para a população (BRASIL, 2011).

Caso não haja alimentação regular dos bancos de dados nacionais de informação, como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em caso de auditoria federal ou estadual, forem detectados malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos por parte dos municípios, dar-se-á a suspensão do repasse de recursos, até a adequação das irregularidades identificadas (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011), como pode ser visto na Tabela 5, em relação ao repasse da gestão federal ao município no componente Piso da Atenção Básica Variável.

Tabela 3 – Equipe saúde da Família no município Diamantina/MG

Equipe de Saúde da Família - 2016		
Teto	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema
23	19	13

Fonte: MS/SAS/DAB (2016).

Tabela 4 – Repasse do governo federal ao município de Diamantina/MG – Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo

Piso Atenção Básica Fixo	
Ano de 2015	Ano de 2016 até o presente momento (junho)
R\$ 1.291.500	R\$ 645.750,00 (R\$107.625,00/mês)

Fonte: FNS (2016).

Tabela 5 – Repasse do governo federal ao município de Diamantina/MG - Piso da Atenção Básica Variável

PISO DA ATENÇÃO BÁSICA VARIÁVEL						
AÇÃO/SERVIÇO/ESTRATÉGIA	Dezembro 2015	Janeiro 2016	Fevereiro 2016	Março 2016	Abril 2016	Mai 2016
Saúde Bucal - SB	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Agentes Comunitários de Saúde - ACS	0,00	93.288,00	93.288,00	178.464,00	93.288,00	93.288,00
Incentivo Adicional ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde	93.288,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - PMAQ (RAB-PMAQ-SM)	74.800,00	0,00	37.400,00	37.400,00	37.400,00	35.700,00
Saúde da Família - SF	0,00	78.345,00	78.345,00	149.560,00	78.345,00	78.345,00

Fonte: FNS (2016).

2 JUSTIFICATIVA

No município não há protocolos assistenciais na Atenção Primária à Saúde (APS), o que pode causar divergentes opiniões entre os profissionais de saúde em relação ao atendimento prestado ao usuário.

Com a elaboração de protocolos assistenciais para a Atenção Primária à Saúde do município, tem-se o propósito de uma melhoria no atendimento prestado ao usuário, promovendo o efetivo exercício profissional na implementação das ações de saúde ao indivíduo e sua coletividade, normatizar e institucionalizar as atividades assistenciais prestadas ao usuário, reduzir gastos, gerar ações compartilhadas na equipe no sentido de beneficiar o usuário, legitimar o exercício de cada profissional, junto à equipe interdisciplinar, à Instituição de Saúde e principalmente perante a sociedade, respaldar o serviço de enfermagem de acordo com a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem.

Portanto, este estudo justifica-se devido a necessidade de se organizar o atendimento prestado ao usuário, estabelecer fluxos no sentido de agilizar e qualificar a assistência, assim como realizar uma assistência integral, longitudinal, baseada na literatura científica, uma conquista almejada desde o ano de 2002.

3 OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi elaborar o protocolo assistencial para Atenção Primária a Saúde do município de Diamantina, Minas Gerais, Brasil.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Como metodologia de pesquisa foi utilizada uma pesquisa bibliográfica, que tem como objetivo escolher, analisar e apurar as principais contribuições sobre determinado assunto ou ideia. Segundo Gil (2010) a pesquisa bibliográfica é efetuada a partir de material já publicado com a finalidade de analisar diferentes posicionamentos em relação a determinado assunto. Pesquisa bibliográfica para Oliveira (1998) tem como objetivo conhecer as diferentes maneiras de contribuição científica sobre determinada temática.

Marconi e Lakatos (2010) compreendem como toda a bibliografia já tornada pública em relação ao conteúdo de estudo tem o propósito de colocar o observador próximo do que já foi dito ou escrito sobre determinado assunto. Tal pesquisa aproxima o pesquisador de ferramentas divulgadas sobre o tema de estudo, uma vez que é realizada a partir de material publicado (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Severino (2009) afirma que os dados ou categorias utilizados já foram trabalhados por outros pesquisadores e são devidamente registrados.

Para tal foi utilizado de uma ampla pesquisa de material disponível impresso e junto sites nacionais e internacionais especializados em saúde, tais como Ministério da Saúde, Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), Departamento da Atenção Básica (DAB), Núcleo de Atenção a Saúde Coletiva (Nescon), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Conselho Regional de Enfermagem do estado de Minas Gerais (COREN-MG) assim como outros sites de caráter geral que dispunham de protocolos assistenciais de outros municípios e livros. Cabe ressaltar que a pesquisa bibliográfica esteve presente em todas as fases do protocolo.

A elaboração do protocolo contou com as seguintes etapas: 1) sensibilização dos profissionais inseridos na atenção primária do município; 2) criação um diário de campo; 3) elaboração do protocolo; 4) revisão do protocolo; 5) pactuação do trabalho; 6) legalização do protocolo.

1ª etapa - Sensibilização dos profissionais inseridos na Atenção Primária do município em relação a Protocolo Assistencial -

Para sensibilização dos profissionais foi utilizado de uma metodologia ativa, que busca estimular processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivo, fazendo com que o educando participe e se comprometa com seu aprendizado. Esse método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do educando com a realidade assim como a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio, a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Diante da metodologia utilizada teve o intuito de fazer com que os profissionais analisassem em relação à sua prática profissional e a partir de então surgiu a reflexão do grupo em relação a criação de protocolo assistencial para a atenção primária à saúde, e as razões pelas quais até o momento o município ainda não dispunha de tal instrumento. A partir destas reflexões formou-se uma parceria entre os profissionais e autora para a construção do mesmo com foco nos diferentes ciclos e fases de vida do indivíduo, vistos como instrumentos norteadores da assistência, essenciais para a organização do serviço. Foi definida a equipe de profissionais que iria contribuir com as discussões, para que a construção do mesmo ocorresse

em grupos, pautada em uma literatura atual e na realidade do serviço de saúde do município e da população, seguindo recomendações do COREN-MG que orienta que o protocolo seja elaborado por meio da construção coletiva, envolvendo a equipe da ESF (CTAB/COREN-MG, 2006).

2ª etapa - Diário de campo –

Para Araújo (2013) o diário de campo constitui uma maneira de se compreender o objeto de estudo em suas várias dimensões. É um importante instrumento de registro e memória dos acontecimentos, auxilia na reflexão sobre o caminho percorrido desde o seu início até sua finalização, se tornando uma ferramenta para aprendizagem, valorizando os saberes e trocas entre o autor e o pensamento crítico.

Este é um dispositivo de caráter dinâmico e flexível, sendo utilizado como instrumento reflexivo capaz de potencializar a compressão dos movimentos do estudo. Constitui-se como lugar de registro interino da vivência do autor no decorrer do projeto (OLIVEIRA, 2014).

Neste estudo utilizamos deste instrumento com o intuito de se relatar detalhadamente todo o percurso para a construção desse estudo. O mesmo teve início na reunião entre os profissionais atuantes na rede de atenção primária em parceria com a autora, sendo transcorrido por várias etapas que culminaram com a pactuação dos protocolos. Através deste, surgiu um artigo de relato de experiência, intitulado: Construção de Protocolo Assistencial para a Atenção Primária a Saúde: Relato de Experiência

3ª etapa - Elaboração do Protocolo Assistencial –

A elaboração do documento se fez em um período de 15 (quinze) meses, de março de 2015 a maio de 2016, utilizando-se da pesquisa bibliográfica.

Foi criado um texto base para o protocolo e a partir disto foi compartilhado informações com os profissionais. Inicialmente optou-se em reunir os enfermeiros, referências técnicas da unidade, para desenhar a estrutura do documento, posteriormente houve contribuição dos demais membros da equipe multiprofissional, como também de profissionais atuantes na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), havendo uma troca constante do fazer saber, aprimorando o instrumento com diversos olhares e saberes que se uniram para garantir a eficácia do atendimento prestado ao indivíduo e família.

4ª etapa - Revisão do Protocolo –

Após sua elaboração, o instrumento foi revisado por profissionais especialistas na área como educador físico, enfermeiros especialistas, fisioterapeuta, médicos: geriatra,

pediatra, psiquiatra e urologista, muitos deles atuantes no município, e professores da universidade, a fim de deixá-lo atual e aplicável a realidade do trabalho. Posterior a revisão procedeu-se dois dias de encontro entre os profissionais da equipe de Saúde da Família, na Universidade Federal do Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) coordenado pela mestranda, para discussão da contribuição científica dos mesmos, aproveitando deste momento para avaliação e sensibilização de toda a equipe presente. O ato de sensibilização se torna significativo, uma vez que, induz as pessoas a refletir sobre a realidade e a diversidade das condições nas quais se pode viver (SALASAR; SILVA; MICHELON, 2016). Para Spironello *et al.* (2012) o processo de sensibilização faz-se necessário para que a conscientização ocorra, concentrando não somente na mudança de comportamento, mas também na tomada de atitude proveniente da mudança de valores.

Nestes encontros participaram todos os enfermeiros e médicos das ESF's, um técnico ou auxiliar de enfermagem e um ACS de cada equipe, estes últimos foram na condição de multiplicadores, a fim de propagar as informações para a equipe a qual está inserido. O profissional multiplicador tem a missão de fazer com que os demais compreendam o novo conhecimento a ser adquirido, as atitudes a serem assumidas e as novas habilidades a serem desenvolvidas (CAIRES, 2010). Não consiste apenas em conduzir informações, comunicar, e sim contextualizar os conhecimentos técnicos a partir da realidade vivenciada (CASTRO *et al.*, 2014).

Os temas foram divididos para discussão em grupos, em seguida, realizou-se a apresentação desses pelos profissionais. Concomitantemente, houve debate e análise das questões propostas para o alinhamento das condutas, passando por ajustes e acréscimos a fim de potencializar sua qualidade, servindo para finalizar o protocolo, de modo que os atores da construção e discussão se responsabilizassem em desenvolver as ações ali propostas.

5ª etapa - Pactuação do Trabalho –

No momento da discussão com os profissionais atuantes na Atenção Primária a Saúde do município, foi verificado que os mesmos se encontravam em consonância com as diretrizes e princípios do SUS, com as diretrizes da Secretaria de Saúde Municipal e com a realidade do município, ocorrendo então a pactuação do instrumento.

6ª etapa – Legalização do protocolo –

Para cumprir a etapa de legalização do protocolo, e para que sejam implementados/implantados no município, foi enviado à coordenação da Atenção Primária a Saúde e para o Gestor Municipal de Saúde, que apoiaram e reconheceram o trabalho desde

sua concepção, para apreciação e aprovação da sua utilização no município. Assim como foi encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação e para que a implantação seja reconhecida pela sociedade civil, assegurando visibilidade pública e amparo na assistência prestada ao usuário.

Após aprovação dos órgãos competentes, o documento será distribuído e amplamente divulgado entre os profissionais atuantes na Atenção Primária, e ainda haverá a tentativa de sua divulgação em meio eletrônico, no site da Prefeitura Municipal.

5 RESULTADO

Neste estudo, foi desenvolvido o protocolo assistencial para os profissionais da Atenção Primária do município, tendo os temas de Atenção a Saúde: da Criança; do Adolescente; da Mulher abrangendo os subtópicos Pré-Natal, Puerpério, Citológico, Mamas, Climatério e Planejamento Familiar; do Homem; Atenção a Saúde Mental; do portador de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes *Mellitus*; Prevenção e tratamento de feridas; e Atenção a Hanseníase do Idoso. Pretende-se que este seja um guia técnico para todos os profissionais que atuam na rede de Atenção Primária a Saúde do município, assim como para estudantes que por meio de convênio entre a Prefeitura Municipal e a UFVJM, venham utilizar do campo de estágio na ESF.

CAPÍTULO 1 – PREFÁCIO DO PROTOCOLO

Ao buscar o contínuo processo da qualidade da assistência prestada a população de Diamantina, Minas Gerais, Brasil, este documento visa otimizar o atendimento ao usuário, favorecer o trabalho em equipe, assim como valorizar todos profissionais. Os temas abordados foram baseados nos cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde, buscando abordar todos os ciclos de vida, assim como o processo saúde-doença.

Neste momento é pertinente enaltecer que não está contemplado neste instrumento, mas é de grande valia no sentido de contribuir com os profissionais que atuam na Atenção Básica, os acadêmicos da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri que por meio de convênio com Prefeitura Municipal fazem estágio nas unidades básicas de saúde, intensificando ainda mais a troca de saber - fazer entre profissionais/estudantes. Cada curso tem sua diretriz curricular na qual contempla as especificações e respalda o que cada estudante pode contribuir, bem como as atividades que o mesmo pode exercer dentro do serviço de saúde.

Cabe ainda ressaltar que outras pesquisas e/ou projetos que poderão surgir relacionadas aos serviços gerenciados pela Prefeitura Municipal de Diamantina deverão seguir o fluxo de submissão para parecer no Comitê de Ética do município seguindo as etapas: comunicar à Secretaria de Saúde, em forma de ofício, endereçado à Coordenação Vigilância em Saúde, contendo: nome do projeto, pesquisadores envolvidos e telefone de contato dos mesmos; forma de apresentação dos resultados obtidos, para a equipe da Secretaria de Saúde de Diamantina; data provável da apresentação acima mencionada; comprometimento de envio dos dados de interesse ao serviço, respeitando o direito autoral dos mesmos em congressos e artigos científicos; envio do projeto; envio do relatório final após a apresentação para a equipe.

Enfim o presente protocolo objetiva contribuir, de forma ética, responsável e crítica, para transformação das práticas e conseqüente ampliação da qualidade da assistência a saúde. Unidos somos mais fortes!

CAPÍTULO 2 – PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

1 PROTOCOLO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

1 INTRODUÇÃO

Em agosto de 2015 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), esta vem ao encontro com Pastoral da Criança, a Rede Nacional da Primeira Infância, a Pastoral da Criança, além de organismos como Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Tal política considera como criança a pessoa na faixa etária de zero a nove anos, sendo a primeira infância de zero a cinco anos (BRASIL, 2015).

A PNAISC tem como eixo a atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido, promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e alimentação complementar saudável; atenção à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno, cabendo a Atenção Básica acompanhar a criança por meio de estratégias a que lhe compete (BRASIL, 2015).

É importante que o profissional de saúde consiga perceber os problemas de saúde da criança, para que possa planejar as ações significativas para a saúde da população infantil, tendo um olhar integral sobre a mesma. Faz-se necessário o conhecimento e domínio de ações para que se preste uma assistência sistematizada, integral, legítima e atenciosa, influenciando diretamente no crescimento tanto pessoal como social da criança (SOUZA *et al.*, 2013).

2 ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

2.1 Atribuições comuns a todos os integrantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Fazer cadastro para acompanhamento;

Verificar condições gerais da mãe e da criança;

Preencher e avaliar condições da Caderneta da Criança, orientando a família sobre a importância da mesma;

Orientar sobre o uso adequado da medicação;

Verificar o entendimento e adesão às orientações;

Agendar consulta;

Realizar visita domiciliar;

Acolher a mãe, esclarecendo as dúvidas.

Realizar avaliação minuciosa avaliando e detectando riscos.

2.2 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Conferir a relação dos nascidos vivos de sua área realizando visita domiciliar para conhecer, cadastrar e encaminhar para a unidade todas as crianças;

Realizar as visitas mensais conferindo o cartão de vacina e o estado geral da mãe e da criança;

Identificar dificuldades com o aleitamento materno e avisar a equipe de sua área;

Realizar a busca dos faltosos ao programa;

Preencher o cartão espelho/ficha da criança para acompanhamento do peso e imunização (Anexo A);

Manter atualizado o caderno do ACS e os dados solicitados.

2.3 Atribuições do Técnico e Auxiliar de Enfermagem

Acolher a mãe, esclarecendo as suas dúvidas;

Administrar as vacinas conforme calendário;

Realizar o Teste do Pezinho;

Avaliar aleitamento materno, incentivando e detectando dificuldades;

Identificar os faltosos e solicitar convocação pelo ACS;

Realizar atendimento domiciliar, se necessário;

Preencher o gráfico de peso, estatura e perímetro cefálico nos cartões da criança.

2.4 Atribuições do Enfermeiro

Realizar o 1º atendimento de puericultura, de preferência, nos primeiros 15 dias após o nascimento;

Identificar dúvidas e dificuldades da mãe procurando esclarecê-las; Identificar dificuldades no aleitamento materno e promover a educação alimentar e nutricional;

Realizar atendimento domiciliar para acompanhamento dos recém-nascidos e consulta puerperal;

Avaliar a criança, monitorar seu crescimento físico e desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual, identificando riscos;

Identificar os faltosos na puericultura e solicitar a busca ativa pelo ACS;

Administrar as vacinas conforme o calendário;

Calcular cobertura vacinal e cobertura do programa;

Conferir se a mãe realizou ou agendou consulta de revisão puerperal;

Verificar estado vacinal da mãe e da criança;

Verificar se foi realizado o teste do pezinho, se não, proceder-encaminhar a coleta;

Promover a segurança e a prevenção de acidentes;

Promover a prevenção de lesões intencionais, principalmente no ambiente doméstico;

Estimular a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comuns na comunidade;

Promover a higiene física e mental e a prática e atividades de lazer adequadas às faixas etárias;

Propiciar a socialização, estimulação cultural e adaptação da criança e do adolescente em seu meio social;

Coordenação de palestras e atividades propostas para crianças;

Consulta do enfermeiro (monitoração e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança);

Promover a saúde da criança, atuando na prevenção de doenças infecto parasitárias.

2.5 Atribuições do Médico

Acolher a mãe estabelecendo vínculo com a mesma;

Incentivar aleitamento materno exclusivo até o 6º mês, sempre que possível;

Detectar risco de desmame precoce;

Avaliar a criança, monitorar seu crescimento físico e desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual, identificando riscos;

Conferir se a mãe realizou ou agendou consulta de revisão puerperal;

Verificar estado vacinal da mãe e da criança;

Verificar se foi realizado o teste do pezinho, se não, proceder-encaminhar a coleta;

Promover a segurança e a prevenção de acidentes;

Promover a prevenção de lesões intencionais, principalmente no ambiente doméstico;

Estimular a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comuns na comunidade;

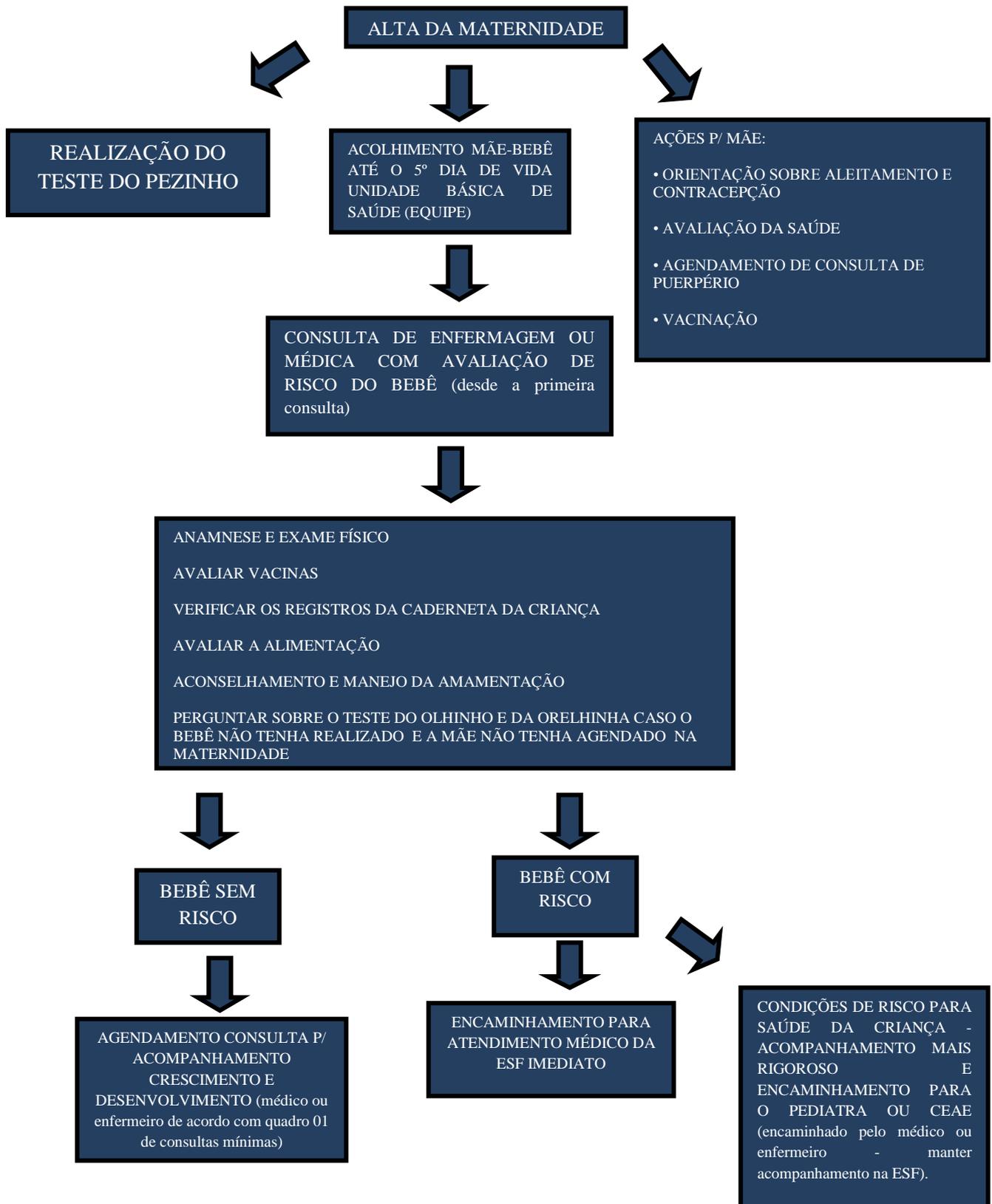
Promover a higiene física e mental e a prática e atividades de lazer adequadas às faixas etárias;

Realizar atendimento domiciliar, se necessário;

Propiciar a socialização, estimulação cultural e adaptação da criança e do adolescente em seu meio social.

Solicitar agendamento de retornos conforme calendário e risco da criança.

Fluxograma 1 – Fluxo para acolhimento da criança



3 CONSIDERAÇÕES GERAIS

1. A faixa etária para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento será de zero a dez anos, conforme rotinas de consultas estabelecidas no protocolo;
2. O teste do pezinho será realizado na ESF, preferencialmente, no 5º dia de vida;
3. A primeira consulta de puericultura será agendada por ocasião do teste do pezinho ou durante visita domiciliar;
4. As consultas subsequentes serão agendadas conforme calendário.
5. Será obrigatória a apresentação do Cartão de Vacina nas consultas;
6. Os dados antropométricos deverão ser verificados no momento da consulta;
7. Serão realizados grupos operativos para as mães e cuidadores das crianças acompanhadas na puericultura;
8. As medicações contempladas neste protocolo serão prescritas pelo enfermeiro.
9. Crianças com desvios de crescimento e desenvolvimento ou com outras situações de risco serão encaminhados pelo enfermeiro e/ou médico ao CEAE, demais intercorrências ao pediatra

4 OBJETIVOS DA CONSULTA A CRIANÇA

- Acompanhar o Crescimento e Desenvolvimento (CD) de criança de 0 a 10 anos;
- Identificar situações de risco para a saúde da criança e encaminhar os casos que necessitem de acompanhamento pelo pediatra e/ou especialista, juntamente com a equipe de atenção básica de saúde;
- Estimular o Aleitamento Materno e os Dez Passos da Alimentação Saudável;
- Prestar assistência às queixas comuns na infância;
- Estimular a formação de grupos educativos de puericultura;
- Reduzir a morbidade e mortalidade nessa faixa etária;
- Contemplar os direitos da criança (Estatuto da criança);
- Identificar, denunciar e encaminhar às instituições competentes os casos de acidentes e violência doméstica contra a criança.

5 AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS PELA EQUIPE DA ESF EM CRIANÇAS DE 0 A 10 ANOS

Crianças de 0 a 6 meses de idade

- Consultas de acordo com o calendário.
- Visitas domiciliares ao recém-nascido (principalmente nos primeiros dias de vida) e a puérpera.

- Orientações de grupos e/ou individual com os seguintes assuntos: aleitamento materno, desmame precoce e suas consequências, curativo do coto umbilical, cartão da criança, imunização, registro oficial, doenças comuns na infância e outros.

Crianças de 6 meses a 1 ano de idade

- Consulta de acordo com o calendário.

- Visita domiciliar quando necessário: alta hospitalar, busca ativa de faltosos, solicitação de ACS, dentre outros.

- Orientações de grupos e/ou individual com os seguintes assuntos: desmame, complementação alimentar, higiene corporal, cartão da criança, imunização, doenças comuns na infância (desnutrição, diarreia, desidratação, parasitoses, doenças respiratórias), dentição e outros.

Crianças de 1 a 2 anos de idade

- Consulta de acordo com o calendário.

- Visita domiciliar quando necessário: alta hospitalar, busca ativa de faltosos, solicitação de ACS, dentre outros.

- Orientações de grupos e/ou individual com os seguintes assuntos: cartão da criança, imunização, doenças comuns na infância (desnutrição, diarreia, desidratação, parasitoses, doenças respiratórias), higiene bucal, alimentação, prevenção de acidentes e outros.

Crianças de 2 a 10 anos de idade

- Consulta de acordo com o calendário.

- Visita domiciliar quando necessário: alta hospitalar, busca ativa de faltosos, solicitação de ACS, dentre outros.

- Orientações de grupos e/ou individual com os seguintes assuntos: cartão da criança, imunização, doenças comuns na infância (desnutrição, diarreia, desidratação, parasitoses, doenças respiratórias), violência doméstica, higiene bucal, alimentação, prevenção de acidentes e outros.

6 CONSULTA DE ENFERMAGEM OU MÉDICA DA CRIANÇA DE 0 A 10 ANOS

A avaliação das condições de saúde das crianças e seu estado de desenvolvimento e crescimento, devendo abranger educação para a saúde, condutas preventivas e curativas e encaminhamento conforme padronização das ações no programa. Durante a consulta o enfermeiro deverá seguir o seguinte roteiro:

- Recepção da mãe e criança.
- Solicitar o cartão da criança.
- Colher e anotar informações sobre a história pregressa e familiar.

- Indagar e anotar dados sobre alimentação, vacinação e hábitos.
- Realizar exame clínico (avaliar o crescimento e desenvolvimento dirigir o exame para queixa, pesquisar outros dados semiológicos).
- Descrever o estado clínico encontrado e formular diagnóstico de enfermagem ou médico.
- Anotar condutas (tratamento, orientações, encaminhamentos).
- Orientar as mães ou responsáveis pela criança sobre: higiene, alimentação, aleitamento materno, prevenção de acidentes, imunização, etc.
- Registrar intercorrências no gráfico de crescimento e encaminhar para clínica quando necessário.
- Orientar quanto à próxima consulta.

Quadro 1 - Calendário básico de consultas para a assistência à criança de 0 a 10 anos

Calendário de consultas	Agendamento
Consultas no primeiro ano de vida	Primeira consulta em até 21 dias e as demais no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º mês
Consultas no segundo ano de vida	15º, 18º e 24º mês
Consultas do terceiro ao décimo ano de vida	uma consulta ao ano

Fonte: Brasil (2012, p. 61) Adaptado.

6.1 Solicitação de exames complementares para crianças pelo médico ou enfermeiro

- Exame parasitológico de fezes ou com MIF (merthiolate-iodo-formol)
- Swab anal e vaginal para pesquisa de oxiúros
- Urina rotina, antibiograma quando necessário, urocultura
- Hemograma completo
- Sorologia para Toxoplasmose
- Sorologia para Rubéola
- Sorologia para sífilis
- Fator sanguíneo e fator Rh
- Glicemia de jejum
- Hemoglobina glicada
- Glicemia pós-prandial
- Curva glicêmica

- Anti-HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)
- Colesterol
- Dosagem de ferro sérico
- Bilirrubina

O enfermeiro poderá solicitar e avaliar os exames descritos acima e em casos de anemia ferropriva e parasitose intestinal, poderá também realizar tratamento medicamentoso, em caso de outras alterações o enfermeiro deverá encaminhar a criança ao médico da ESF.

Os exames de sangue, fezes e urina serão solicitados quando o profissional julgar necessário.

OBS: A solicitação de exames pelo enfermeiro tem por objetivo orientar a sua conduta e é amparado legalmente pela resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 195/97 e serão realizados anualmente.

6.2 Prescrição de medicamentos pela enfermagem

O enfermeiro poderá prescrever medicamentos básicos, estabelecidos pela instituição de saúde na lei do exercício profissional de enfermagem. Lei nº 7498/86 de 25 de Junho de 1986 e regulamentada pelo decreto nº 94406, de 8 de Junho de 1987.

Quadro 2 - QUEIXAS MAIS COMUNS NA INFÂNCIA E MEDICAMENTOS PARA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Situação encontrada	Medicação	Contra-indicação	Posologia	Efeitos adversos
Parasitose- Amebíase*	Metronidazol Comp: 250mg Suspensão: 40mg/mL (mililitro) (frasco 100mL)	Gravidez, lactação, insuficiência hepática, insuficiência renal, epilepsia.	Crianças: 25mg(miligramas)/Kilograma(Kg)/dia; três vezes ao dia, durante 07 dias.	Náusea, vômitos, cefaleia, agitação.
Parasitose- Enterobiose*	Mebendazol Comp: 100mg Suspensão: 100mg/5mL, (frascos com 30 mL)	Hipersensibilidade, gravidez ou lactação. Não usar em menores de dois anos.	Crianças: 100mg; dose única, repetir 15 dias depois. • Tratar todos os contatos domiciliares.	Tonteira, cefaleia, febre, dor abdominal, náuseas, vômitos, anemia, neutropenia.
	Albendazol Comp. mastigáveis: 400mg Suspensão: 400mg/10mL	Não usar em menores de dois anos e gravidez.	Crianças: 400mg/dia, dose única pela manhã, em jejum. Repetir após 15 dias • Tratar todos os contatos domiciliares.	Diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal, febre.

(continua)

Parasitose- Giardíase*	Metronidazol Comp: 250mg Suspensão: 40mg/mL (frasco 100mL)	Gravidez, lactação, insuficiência hepática, insuficiência renal, epilepsia.	Crianças: 30 a 40mg/Kg/dia; três vezes ao dia, durante 07 dias.	Náusea, vômitos, cefaleia, agitação, incoordenação.
Parasitose- Estrongiloidíase*	Tiabendazol Comp: 500mg Suspensão: 250mg/5mL	Gravidez, lactação, insuficiência hepática, insuficiência renal e úlcera gástrica.	Crianças: 25 mg/Kg/dia; duas vezes ao dia, durante 03 dias.	Anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, tonteira e febre.
	Ivermectina Comp: 6mg	Gravidez, lactação e criança < 15Kg Usar em > 5 anos	15 a 25Kg: meio comprimido 26 a 44Kg: 1 comprimido 45 a 64Kg: 1 e meio comprimido > 85Kg: 2 comprimidos	Náuseas, diarreia, dor abdominal, anorexia, constipação, fadiga, fraqueza, cefaleia e febre.
Parasitose- Larva Migrans*	Ivermectina Comp: 6mg	Gravidez, lactação e criança < 15Kg Usar em > 5 anos	15 a 25Kg: meio comprimido 26 a 44Kg: 1 comprimido 45 a 64Kg: 1 e meio comprimido > 85Kg: 2 comprimidos	Náuseas, diarreia, dor abdominal, anorexia, constipação, fadiga, fraqueza, cefaleia e febre.

Candidíase oral	Nistatina Frasco com 30, 50 ou 60 ml (100.000UI/ml)	Hipersensibilidade	Prematuros: 01ml, 4 x/dia Lactentes: 02ml, 4 x/dia Crianças: 03ml, 4 x/dia Aplicar metade em cada canto da boca durante 10 dias.	Náuseas, vômitos, diarreia (doses altas por via oral).
Candidíase perineal	Nistatina creme vaginal (100.000UI)	Hipersensibilidade	Crianças: Aplicar uma fina camada na área afetada, 02 a 03x/dia ou nas crianças a cada troca de fraldas.	Irritação vaginal
Escabiose (Doença contagiosa, pequenas pápulas, prurido intenso e mais acentuado à noite)	Benzoato de Benzila Solução a 25%		Crianças: Loção ou Solução: diluir a solução 1:1 e após um banho com água e sabão passar em todo o corpo, do pescoço para baixo e deixar secar. Remover com novo banho no dia seguinte. Usar por três vezes em dias alternados.	Irritação da pele em crianças; frequentemente com solução a 25%.
	Permetrina 5%	Hipersensibilidade	Loção cremosa: passar em todo o corpo, do pescoço para baixo e deixar secar por 8 a 12 horas e remover com um banho com água e sabão. Repetir o tratamento após uma semana	Prurido, ardência, vermelhidão, dormência, edema, exantema.

(continuação)

	Ivermectina Comp: 6mg	Gravidez, lactação e criança < 15Kg Usar em > 5 anos	15 a 25Kg: meio comprimido 26 a 44Kg: 1 comprimido 45 a 64Kg: 1 e meio comprimido > 85Kg: 2 comprimidos	Náuseas, diarreia, dor abdominal, anorexia, constipação, fadiga, fraqueza, cefaleia e febre.
Pediculose (Transmissão pessoa a pessoa ou através de roupas, intenso prurido).	Benzoato de Benzila Solução a 25%		Crianças: Loção ou Solução: diluir meio a meio em água e aplicar no couro cabeludo, deixar por uma hora e enxaguar	Irritação do couro cabeludo em crianças; frequentemente com solução a 25%.
	Permetrina 1%	Hipersensibilidade	Loção, xampu ou creme: lavar o cabelo normalmente e aplicar em todo o couro cabeludo por 10 minutos. Repetir o tratamento após uma semana	Prurido, ardência, vermelhidão, dormência, edema, exantema.
	Ivermectina Comp: 6mg	Gravidez, lactação e criança < 15Kg Usar em > 5 anos	15 a 25Kg: meio comprimido 26 a 44Kg: 1 comprimido 45 a 64Kg: 1 e meio comprimido > 85Kg: 2 comprimidos	Náuseas, diarreia, dor abdominal, anorexia, constipação, fadiga, fraqueza, cefaleia e febre.

Anemia Ferropriva	Sulfato Ferroso 12,5mg de ferro em 2,5ml de solução oral	Hemossiderose, hemocromatose, úlcera péptica, anemia hemolítica.	PROFILÁTICO (30 minutos antes da refeição) Crianças: 1mg/kg peso/dia TRATAMENTO Crianças: 03 a 06mg/Kg/dia (até um máximo de 60 mg de ferro elementar por dia), 2x dia, por 3 meses	Dor epigástrica, náusea e vômitos, diarreia, constipação, cólicas, mal estar.
Dermatite amoniacal ou de fralda	Nistatina creme vaginal (100.000UI)	Hipersensibilidade	Usar Nistatina creme após cada troca de fralda por 5 dias. Usar amido de milho na água do banho e/ou fazer pasta (diluir em água até obter consistência cremosa) para uso local;	Irritação vaginal
Congestão nasal	Soro Fisiológico 0,9%	Não há contra- indicações.	Crianças: Um jato em cada narina várias vezes ao dia e/ou quando necessário.	Ausência de reações adversas

(continuação)

Dermatite de contato, dermatite atópica, eczema alimentar	Dexametasona 0,1%	Hipersensibilidade	Crianças: Aplicar uma fina camada na área afetada, 02 a 03x/dia.	Atrofia da pele; aumento de pêlos, espinhas; irritação; pele seca.
Dermatoses inflamatórias secundariamente afetadas por fungos.	Cetoconazol-Betametazona- (Candicort, Trok)	Hipersensibilidade	Crianças: Aplicar uma fina camada na área afetada, 02 a 03x/dia.	Irritação da pele, coceira e vermelhidão da pele após aplicação.
Afecções da pele que exigem ações antiinflamatórias, antibacterianas e antimicóticas, causadas por germes sensíveis.	Cetoconazol-Betametazona-Sulfeto de neomicina (Novacort, Trok-N)	Hipersensibilidade	Crianças: Aplicar uma fina camada na área afetada, 02 a 03x/dia.	Irritação da pele, coceira e vermelhidão da pele após aplicação.

Dor e/ou febre	Paracetamol Frascos de 100mg/ml, considerando 1ml=20gotas 100mg/ml=5mg/gota 200mg/ml=10mg/gota	Hepatopatias graves	Crianças: cálculo aproximado Soluções com 100mg/ml: 01gota/Kg/dose. OBS: dose máx. de 30 a 40gts/dose Intervalo min. 6/6h	Tonteira, cefaleia, febre, dor abdominal, náuseas, vômitos, anemia, neutropenia.
	Dipirona Frascos de 500mg/ml	Gravidez, lactação, nefrites crônicas, discrasias sanguíneas, alergia grave à aspirina e antiinflamatórios não- hormonais.	Crianças: cálculo aproximado 01 gota/Kg/dose. OBS: dose máx. de 30 a 40gts/dose Intervalo min. 6/6h	Náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, rash cutâneo.
Carências vitamínicas	Polivitamínicos	Hipervitaminose A e/ou D, Insuficiência renal	Crianças: 12 gotas/dia. Observação: diluir em água ou suco de frutas naturais.	Náuseas, vômito, diarreia, eritema e prurido cutâneo.

(conclusão)

Excesso de gases no aparelho digestivo, constituído incômodo, dores ou cólicas.	Dimeticona (Luftal) Frascos com 75mg/ml	Não apresenta contra-indicações, após administração oral é eliminado de forma inalterada pelas fezes.	Crianças: 4 a 6 gotas 3x/dia.	Fisiologicamente inerte e desprovido de toxicidade.
Diarreia	Seguir Manejo do paciente com diarreia, anexo B			

Fonte: Brasil (2013); Brasil (2014); Rio de Janeiro (2012).

* O ideal é que os medicamentos para tratar parasitoses sejam prescritos para crianças maiores de 02 anos de idade

6.3 Exame físico

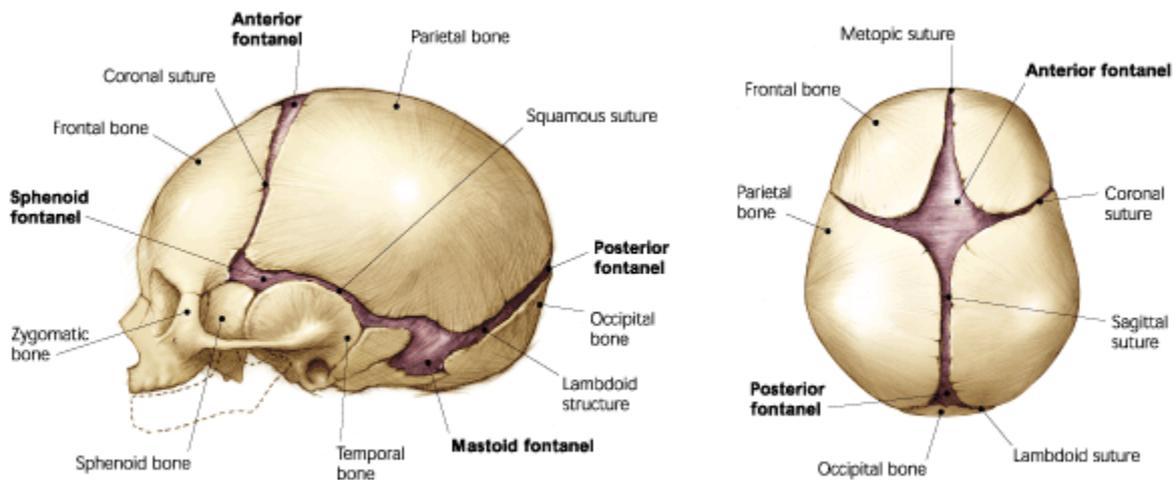
O exame deve seguir as seguintes etapas (BRASIL, 2013):

6.3.1 REGIÕES DA CABEÇA

- Couro Cabeludo - Observar higiene, crostas e lesões. O recém-nascido pode apresentar:
 - Bossa Serossanguinolenta: Acúmulo de líquido e sangue no couro cabeludo, sem limites específicos, pode aparecer petéquias no local, decorrentes da pressão da cabeça sobre o canal de parto, desaparecendo entre os primeiros dias de vida (24 a 48 horas).
 - Céfalo-hematoma: É o acúmulo de sangue na região subperiosteal e aparece por volta de 24 horas após o nascimento, causado pelo rompimento de vasos, devido à fricção da cabeça sobre o canal do parto. Possui contornos nítidos e regressões lentas, desaparecendo entre o 1º e 2º mês de vida.
- Fontanelas: É normal apresentarem-se planas em relação ao couro cabeludo.
 - Bregmática: encontra-se na região anterior, fechando-se por volta dos 18 meses de vida; se houver o fechamento antes do sexto mês, agendar consulta médica.
 - Lambdóide (posterior): encontra-se na região occipital, fechando-se entre o 2º e 3º mês de vida.
- Mensuração do Perímetro Cefálico (P.C.): Mede-se o PC colocando uma fita métrica acima das sobrancelhas, contornando a cabeça até as 02 proeminências ósseas na região occipital. Essa medida deve ser feita a cada consulta de Puericultura. Em crianças a termo, o PC de nascimento é em torno de 34 a 35 cm. Em crianças pré-termo, o PC de nascimento é em torno de 33 cm.

O aumento médio é de:

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

Figura 2 - Fontanelas

Fonte: <http://www.aafp.org/afp/2003/0615/p2547.html>.

- Olhos: Observar estrabismo (lembrar que pode ser normal até o 3º mês), devido à incoordenação do globo ocular; presença de secreção e lacrimejamento constante, encaminhar para consulta médica.

Pálpebras e Face: - Mancha Ectásica: mais comum nas pálpebras, decorrente de dilatação capilar superficial e desaparecem com o crescimento.

- Hemangioma capilar: são pequenas manchas róseo-avermelhadas, devido à dilatação capilar superficial, tendendo a desaparecer com o crescimento, se forem superficiais; caso contrário, podem clarear ou apenas diminuir de tamanho.

- Nariz: Observar simetria, obstrução e secreção (a presença de coriza sanguinolenta em criança até o 3º mês de vida sugere sífilis congênita).

- Miliun Sebáceo: São pontinhos amarelo-esbranquiçados que aparecem com frequência em base de nariz, queixo, pálpebras e região frontal. São causados por obstrução de glândulas sebáceas, devido ao acúmulo de secreção, desaparecendo espontaneamente, representa ação hormonal materna.

6.3.2 REGIÃO DO PESCOÇO

- É normal apresentar movimentos livres para os lados.

- Na presença de tumores, fístulas, torcicolos, gânglios, encaminhar para avaliação médica.

6.3.3 REGIÃO DO TÓRAX

- Glândulas Mamárias: É considerada normal a presença de secreção e tumefação nas primeiras semanas de vida (devido à ação hormonal materna). Não deve ser feita a expressão do mamilo.

- Brotoeja (Sudâmina ou Miliária Rubra): São pequenas bolinhas avermelhadas causadas pelo excesso de calor que aparecem com maior frequência em pescoço e tórax, às vezes há prurido.

Conduta:

- Banhos, com maior frequência.
- Evitar agasalhar em excesso a criança.
- Nos casos leves, recomendar banho com água e maisena dissolvida.
- Em casos resistentes às orientações, solicitar avaliação médica

Mensuração do Perímetro Torácico (P.T.): Deve ser medido de uma saliência escapular a outra, circundando o tórax, passando por cima dos mamilos.

6.3.4 REGIÃO DO ABDÔMEM

- Abdômem: É normal apresentar-se de forma cilíndrica.
- Coto umbilical: - Sua queda pode ocorrer do 4º ao 15º dia após o nascimento.
- Observar presença de secreção, odor e hiperemia.
- O curativo do coto deve ser feito diariamente. Após a sua limpeza com água e sabonete durante o banho, secar bem e passar álcool 70% com gaze ou haste de algodão na sua base, removendo a secreção (sem odor) que normalmente sai durante o processo de queda, evitar aplicar o álcool na pele do abdômen, pois pode irritar e ficar hiperemiado e mascarar uma possível infecção (onfalite).

Atenção: odor fétido da secreção, hiperemia periumbilical e calor local podem ser sinais de onfalite, encaminhar a consulta médica.

- Hérnia umbilical: Frequente em crianças pré-termos, sendo que na maioria dos casos regride espontaneamente. Caso persista até 02 anos de idade, encaminhar para avaliação médica. Orientar não colocar faixas, nem moedas, pois o fechamento do músculo abdominal acontece gradativamente após o nascimento.

- Hérnia Inguinal: Deve ser encaminhada para avaliação médica.

6.3.5 REGIÃO DO PERINEAL

- Genital Feminino: Os grandes lábios recobrem os pequenos lábios, onde se encontram os meatos uretral e vaginal, que devem ser pérvios (perfurados).

Pode ocorrer:

- Corrimento vaginal: de coloração clara, às vezes com estrias de sangue, que é devido ao excesso hormonal da mãe. Considera-se normal até o 1º mês de vida.

- Sinéquia de pequenos lábios: os pequenos lábios encontram-se aderidos. Neste caso, encaminhar para consulta médica.
- Imperfuração anal: deverá ser encaminhado para avaliação médica com urgência.
- Genital Masculino: O prepúcio recobre a glândula do pênis, apresentando o meato centralizado na extremidade. Normalmente os testículos estão na bolsa escrotal. Pode ocorrer:
 - Criptorquidia: é a ausência de testículos na bolsa escrotal. Deverá ser encaminhado para avaliação médica.
 - Hipospádia e epispádia: localização incorreta do meato uretral, deslocado para baixo (hipospádia), ou para cima (epispádia). Se presente, deverá ser encaminhado para avaliação médica.
 - Prepúcio irretrátil: frequente até os 18 meses.
 - Fimose: persistência do prepúcio irretrátil após os 18 meses. Deverá ser agendada consulta médica para avaliação.

6.3.6 MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

Devem ser simétricas, musculaturas firmes, movimentos livres.

Podem ocorrer:

- Polidactilia (maior número de dedos).
- Má formação congênita.
- Assimetria de movimentos, coordenação e tamanho.

Nesses casos, encaminhar para consulta médica.

6.3.7 REGIÃO DORSAL E SACRAL

Observar presença de:

- Mancha mongólica - mancha de cor azulada, localizada geralmente em região sacrococcígea, que significa miscigenação das raças.
- Pilificação em excesso.
- Fístulas em região sacral podendo ocorrer saída de fezes.

Deverá ser encaminhado para consulta médica.

6.4 Avaliação do desenvolvimento

6.4.1 Desenvolvimento neuropsicomotor

O acompanhamento do desenvolvimento deve ser feito sistematicamente, uma vez que ele traduz o crescimento, integridade e maturidade do sistema nervoso central (SNC), além da interação da criança com seu meio ambiente.

A avaliação do desenvolvimento deve ser realizada no decorrer da consulta, a criança deve estar confortável e alerta. Anotar as observações no prontuário da criança.

6.4.1.1 AO NASCER

Reflexo de Moro ou do abraço:

- Deixa-se o recém-nascido em decúbito dorsal, segure-o pelas mãos elevando seu tórax até aproximadamente 03 cm da superfície e solte suas mãos lentamente.
- Ele deverá responder abrindo os braços (simulando um abraço), podendo ser acompanhado de choro (<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexo-primitivo>).

Figura 3 - Reflexo de Moro ou do abraço



Fonte: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exameneurologico/reflexo-primitivo>.

Reflexo de sucção:

- Fazendo-se um estímulo, oferecendo a mama da mãe ou colocando a mão do bebê na boca, o mesmo deverá sugá-la (<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexo-primitivo>).

Figura 4 - Reflexo de sucção



Fonte: [http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame neurologico/reflexo-primitivo](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame%20neurologico/reflexo-primitivo).

Reflexo de preensão palmar e plantar:

- Coloca-se um objeto cilíndrico (dedo) para que ele segure com os dedos ou pelo menos os flexione ([http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame neurologico/reflexo-primitivo](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame%20neurologico/reflexo-primitivo)).

Figura 5 - Reflexo de preensão palmar



Fonte: [http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame neurologico/reflexo-primitivo](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame%20neurologico/reflexo-primitivo).

Figura 6 - Reflexo de preensão plantar



Fonte: [http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame neurologico/reflexo-primitivo](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame%20neurologico/reflexo-primitivo).

Reflexo de Marcha:

- O recém-nascido imita passinhos quando é segurado em posição elevada tendo como apoio uma superfície plana. Tende a desaparecer por volta dos 2 a 4 meses sendo substituídos por movimentos voluntários ([http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame neurologico/reflexo-primitivo](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame%20neurologico/reflexo-primitivo)).

Figura 7- Reflexo de Marcha



Fonte: [http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame neurologico/reflexo-primitivo](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame%20neurologico/reflexo-primitivo).

Reflexo tônico – cervical:

- Virar a cabeça da criança para um dos lados do corpo e ela assumirá a posição de esgrimista, sendo detectado até o 3º mês de vida ([http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame neurologico/reflexo-primitivo](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame%20neurologico/reflexo-primitivo)).

Figura 8 - Reflexo tônico – cervical

Fonte: [http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame neurologico/reflexo-primitivo](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame%20neurologico/reflexo-primitivo).

Reflexo plantar (babinsk)

- Obtido pelo estímulo da porção lateral do pé
([http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame neurologico/reflexo-primitivo](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame%20neurologico/reflexo-primitivo)).

Quadro 3 - Desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos

Época das consultas mínimas preconizadas pelo SSC	Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos
15 dias	Entre 1 e 2 meses: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa. Reflexos: • Apoio plantar, sucção e preensão palmar: desaparecem até o 6º mês. • Preensão dos artelhos: desaparece até o 11º mês. • Reflexo cutâneo plantar: obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desencadeia extensão do hálux. A partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica. • Reflexo de Moro: medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve

(continua)

	existir a partir do 6º mês. • Reflexo tônico-cervical: rotação da cabeça para um lado, com conseqüente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês
1 mês	Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.
2 meses	Entre 2 e 3 meses: sorriso social. Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros. Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).
3 meses	O bebê adquire noção de profundidade
4 meses	Aos 4 meses: preensão voluntária das mãos. Entre 4 a 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro.
6 meses	Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de “permanência do objeto”. Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha. Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.
7 meses	A partir do 7º mês o bebê senta-se sem apoio.
9 meses.	Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio. Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio.
12 meses	Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses: o bebê anda sozinho. Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto.
15 meses	Entre 1 ano e 6 meses a 2 anos: o bebê corre ou sobe degraus baixos.
2 anos	Entre 2 e 3 anos: o bebê diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus. Em torno dos 2 anos: o bebê reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta (atividade que deve ser estimulada, pois auxilia no desenvolvimento cognitivo e emocional,

(conclusão)

	<p>ajudando a criança a lidar com ansiedades e conflitos e a elaborar regras sociais).</p> <p>Entre 2 e 3 anos: os pais devem começar aos poucos a retirar as fraldas do bebê e a ensiná-lo a usar o penico.</p>
De 4 a 6 anos	<p>Entre 3 e 4 anos: a criança veste-se com auxílio.</p> <p>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.</p> <p>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 segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos “não se misturam” com meninas e vice-versa).</p>
De 7 a 9 anos	<p>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.</p>
10 anos	<p>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).</p>

Fonte: Brasil (2012).

6.5 Avaliação do crescimento

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2009):

O RN a termo pesa em média 3.000 a 3.500 g.

A criança poderá perder, nos primeiros 10 dias, até 10% de seu peso, começando a recuperar esta perda em torno do 11º dia de vida.

Os prematuros, nos primeiros meses de vida, em geral, não acompanham os padrões de peso de crianças nascidas a termo, podendo ser erroneamente classificados de desnutridos.

Observações:

- Criança até 24 meses, pesar sem roupa e utilizar a balança pediátrica.
- Crianças acima de 02 anos utilizar balança tipo plataforma.
- Associar a falta de ganho de peso com intercorrências (diarreia, vômitos, desmame, gripes e dentição).
- Crianças até 2 anos deverão ser medidas em decúbito dorsal, utilizando-se uma régua antropométrica.
- Criança com mais de 2 anos de idade, deve-se mantê-la em pé e fazer a aferição preferencialmente com estadiômetro de parede.

Quadro 4 - Evolução do ganho de peso, estatura - 1º ao 2º ano de vida

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

Fonte: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (2014).

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

6.6 Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos

Passo 1: Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

Dica ao profissional e à equipe: Rever se as orientações sobre aleitamento materno exclusivo são fornecidas desde o acompanhamento pré-natal até a época da alimentação complementar.

Passo 2: A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

Dica ao profissional e à equipe: Antes de dar a orientação deste passo, perguntar à mãe ou ao cuidador como ela (ele) imagina ser a alimentação correta da criança e, a seguir, convidá-la(o) a complementar seus conhecimentos, de forma elogiosa e incentivadora.

Passo 3: Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.

Dica ao profissional e à equipe: Sugerir receitas de papas, tentando dar a ideia de proporcionalidade, de forma prática e com linguagem simples.

Passo 4: A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança. Dica ao profissional e à equipe: Uma visita domiciliar pode ser uma estratégia interessante para aumentar o vínculo e orientar toda a família sobre alimentação saudável.

Passo 5: A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

Dica ao profissional e à equipe: Organizar, em parceria com a comunidade, oficinas de preparação de alimentos seguros e/ou cozinhas comunitárias. Convidar famílias com crianças sob risco nutricional.

Passo 6: Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

Dica ao profissional e à equipe: Conversar sobre a estimulação dos sentidos, enfocando que a alimentação deve ser um momento de troca afetiva entre a criança e sua família.

Passo 7: Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Dica ao profissional e à equipe: Pedir à mãe que faça uma lista das hortaliças mais utilizadas. Depois, aumentar essa lista acrescentando outras opções não lembradas, destacando alimentos regionais e típicos da estação.

Passo 8: Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Dica ao profissional e à equipe: Articular com a comunidade e outros setores uma campanha sobre alimentação saudável.

Passo 9: Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

Dica ao profissional e à equipe: Realizar grupo com pais, avós e/ou crianças sobre cuidados de higiene geral, alimentar e bucal.

Passo 10: Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Dica ao profissional e à equipe: Avaliar em equipe como está a acessibilidade da criança doente ao serviço de saúde (BRASIL, 2014). Adaptado.

6.7 Dez passos para uma alimentação saudável para crianças de 2 a 10 anos

Passo 1: Oferecer alimentos variados, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia. Não pular as refeições. É importante que a criança coma devagar, porque, assim, mastiga bem os alimentos, aprecia melhor a refeição e satisfaz a fome. Dar preferência a alimentos típicos da região e de acordo com a renda familiar.

Passo 2: Incluir diariamente alimentos como cereais (arroz, milho), tubérculos (batatas), raízes (mandioca, macaxeira, aipim), pães e massas, distribuindo esses alimentos nas refeições e lanches da criança ao longo do dia.

Passo 3: Oferecer legumes e verduras pelo menos nas duas principais refeições do dia; oferecer também, se possível, 2 frutas nas sobremesas e lanches.

Passo 4: Oferecer feijão com arroz todos os dias ou cinco vezes por semana. Essa combinação é muito boa para a saúde. Logo após a refeição, oferecer meio copo de suco de fruta natural ou meia fruta, que seja fonte de vitamina C, como laranja ou limão, para melhorar o aproveitamento do ferro pelo corpo. Essa combinação ajuda a prevenir a anemia.

Passo 5: Oferecer leite ou derivados. Esses alimentos são boas fontes de proteínas e cálcio e ajudam na saúde dos ossos, dentes e músculos. Se a criança ainda estiver sendo amamentada, não é necessário oferecer outro leite. Carnes, aves, peixes ou ovos devem fazer parte da refeição principal da criança. Além das carnes, oferecer à criança vísceras e miúdos (fígado, moela), que também são fontes de ferro, pelo menos uma vez por semana.

Passo 6: Evitar alimentos gordurosos e frituras; preferir alimentos assados, grelhados ou cozidos. Retirar a gordura visível das carnes e a pele das aves antes da preparação, para tornar esses alimentos mais saudáveis. Comer muita gordura faz mal à saúde e pode causar obesidade.

Passo 7: Evitar oferecer refrigerantes e sucos industrializados ou alimentos com muito açúcar (balas, bombons, biscoitos doces e recheados), salgadinhos e outras guloseimas no dia-a-dia. Uma alimentação com muito açúcar e doces pode aumentar o risco de obesidade e cáries nas crianças.

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

importante que a criança se acostume com comidas menos salgadas desde cedo. Sal demais pode aumentar a pressão arterial. Usar temperos, como cheiro verde, alho, cebola, ou suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos.

Passo 9: Estimular a criança a beber no mínimo 4 copos de água durante o dia, de preferência nos intervalos das refeições, para manter a hidratação e a saúde do corpo. Use sempre água tratada, fervida ou filtrada para beber e preparar refeições e bebidas.

Passo 10: Além da alimentação, a atividade física regular é importante para manter o peso e uma vida saudável. Atividades como caminhar, andar de bicicleta, passear com o cachorro, jogar bola, pular corda, brincar de esconde-esconde e pega-pega e evitar que a criança passe mais que 2 horas por dia assistindo TV, jogando videogame ou brincando no computador e celular contribui para que ela torne-se mais ativa (BRASIL, 2013; BRASIL, 2012). Adaptado.

7 ICTERICIA DO RECÉM-NASCIDO

É o aumento plasmático de bilirrubinas. Aproximadamente 2/3 dos recém-nascidos tem icterícia visível durante os primeiros dias de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

8 ANEMIA FERROPRIVA

A anemia por deficiência de ferro é definida quando os valores de hemoglobina no sangue abaixo do normal (WHO, 2001).

8.1 Programa Nacional de Suplementação de Ferro

A população que deverá ser atendida, bem como as respectivas condutas de intervenção estão discriminadas abaixo:

Quadro 5 – Suplementação de Ferro

Público	Conduta	Periodicidade
Crianças de 6 a 24 meses	1mg de ferro elementar/Kg	Diariamente até completar 24 meses

Fonte: Programa Nacional de Suplementação de Ferro (2013).

Recomendações especiais para o cuidado de crianças

- a) Casos de anemia já diagnosticados: o tratamento deve ser prescrito de acordo com a conduta clínica para anemia definida pelo profissional de saúde responsável.
- b) Para crianças pré-termo (< 37 semanas) ou nascidas com baixo peso (<2.500g), a conduta de suplementação a partir do 30º dia, segue as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012:

- Recém-nascido a termo, de peso adequado para idade gestacional em aleitamento materno: 1 mg/kg peso/dia a partir do sexto mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida.
 - Recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso até 1.500 g: 2 mg/kg peso/dia durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano.
 - Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g: 3 mg/kg peso/dia durante um ano. Posteriormente, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano.
 - Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1.000 g 4 mg/kg peso/dia durante um ano.
 - Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g
- c) Crianças em aleitamento materno exclusivo só devem receber suplementos a partir do sexto mês de idade. Se a criança não estiver em aleitamento materno exclusivo, a suplementação poderá ser realizada a partir dos quatro meses de idade, juntamente com a introdução dos alimentos complementares.
- d) As parasitoses intestinais não são causas diretas da anemia, mas podem piorar as condições de saúde das crianças anêmicas. Por isso, para o melhor controle da anemia, faz-se necessário que, além da suplementação de ferro, sejam implementadas ações para o controle de doenças parasitárias como a ancilostomíase e a esquistossomose.
- e) As crianças e/ou gestantes que apresentarem doenças que cursam por acúmulo de ferro, como doença falciforme, talassemia e hemocromatose, devem ser acompanhadas individualmente para que seja avaliada a viabilidade do uso do suplemento de sulfato ferroso. Ressalta-se que a complementação de ferro oral a essas crianças deve ser considerada, por apresentarem igual chance de desenvolverem anemia por deficiência de ferro na fase de crescimento. O diagnóstico das doenças que cursam por acúmulo de ferro está previsto no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) fase II, que inclui o diagnóstico da doença falciforme e hemoglobinopatias.
- f) A suplementação profilática com ferro pode ocasionar o surgimento de efeitos colaterais em função do uso prolongado. Os principais efeitos são: vômitos, diarreia e constipação intestinal. É fundamental que as famílias sejam orientadas quanto à importância da suplementação, bem como sejam informadas sobre a dosagem, periodicidade, efeitos, tempo de intervenção e formas de conservação, para que a adesão seja efetiva, garantindo a continuidade e o impacto positivo na diminuição do risco da deficiência em ferro e de anemia entre crianças.

9 Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A busca reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar), residentes em regiões consideradas de risco (BRASIL, 2013).

A partir do 6º até o 59º mês de idade, todas as crianças (exceto aquelas que fazem uso diário de polivitamínicos que contenham vitamina A) que residam em área de risco da deficiência devem receber doses de vitamina A nos contatos com os serviços de saúde. Para tanto, deve-se verificar no cartão da criança a data da última aplicação de suplementos de vitamina A (BRASIL, 2013).

A suplementação de vitamina A deve seguir o calendário de administração para que essa ação tenha bons resultados, conforme o quadro abaixo:

Quadro 06 – Vitamina A

Idade	Dose	Frequência
Crianças: 6-11 meses	100.000 UI	Uma vez a cada 6 meses
Crianças: 12-59 meses	200.000 UI	Uma vez a cada 6 meses

Fonte: Brasil (2014).

10 GRUPOS EDUCATIVOS

Os grupos servem para orientar as mães quanto as dúvidas com o bebê e pode ser realizado por qualquer membro da equipe da ESF.

Temas sugeridos:

- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança;
- Importância do teste do pezinho (o que é, quando fazer e quais doenças previnem);
- Aleitamento materno;
- Cartão de vacinação;
- Cuidados com o recém nascido: higienização, coto umbilical, banho, vestuário, choro, massagem para cólicas, etc.
- Intercorrências (cólicas, choro, monilíase, dermatite, nódulo mamário, obstrução nasal, hérnia umbilical e inguinal, icterícia, etc.)

11 VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA

Em casos de violência, acolher e escutar de maneira humanizada, identificar os sinais e sintomas, e seguir os Anexos C, D e E.

12 SITUAÇÕES DE RISCO QUE JUSTIFICAM O ENCAMINHAMENTO PARA REFERÊNCIA SECUNDÁRIA – CEAE –

Em relação a saúde da criança são critérios de encaminhamento para atenção secundária, segundo SES (2012):

SAÚDE DA CRIANÇA

Neonatologia

- Prematuridade ≤ 34 semanas ou peso ao nascer ≤ 1800 g;
- RN prematuros ou não que tiveram sofrimento fetal agudo: APGAR $<+ 7$ no 5º minuto de vida;
- Egressos de internação Unidade Neonatais de Cuidados Progressivos (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Convencional, Unidade de Cuidado Intermediário Canguru);
- Doenças Infecciosas de transmissão perinatal: HIV, TORCHS (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes simples, Sífilis) e Zika;
- Patologias classificadas como raras que necessitem manejo por equipe multiprofissional, incluindo necessidade de medicação ou dieta específica;
- Prematuros com doença pulmonar crônica;
- Recém-nascidos com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor;
- Recém-nascidos com alterações hematológicas crônicas.

Pediatria

- Crianças egressas da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica;
- Crianças com doenças gastrointestinais crônicas com repercussão nutricional (diarreia crônica, doença celíaca, atresia das vias biliares cirroses, alergias alimentares, etc.);
- Crianças com doenças respiratórias crônicas (asma não controlada – Quadro 07-, fibrose cística, pneumonias de repetição etc.);
- Crianças com imunodeficiências congênitas;
- Crianças com alterações renais crônicas (Infecção do Trato Urinário de repetição, nefroses, hematúrias a esclarecer, etc.);
- Crianças com problemas oncológicos;
- Crianças com distúrbios psiquiátricos e/ou TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade);
- Crianças com diabetes (1ª Consulta), sendo as outras na Atenção primária;
- Crianças portadoras de cardiopatias congênitas e hipertensão arterial;

- Patologias classificadas como raras que necessitem manejo por equipe multiprofissional, incluindo o uso de medicação e/ou dieta específica.

Quadro 7 - Avaliação da asma

Avaliação do controle clínico atual (preferencialmente nas últimas quatro semanas)			
PARÂMETROS	Asma controlada (todos os parâmetros abaixo)	Asma parcialmente controlada (1 ou 2 parâmetros abaixo)	Asma não controlada (3 ou mais dos parâmetros da asma parcialmente controlada)
Sintomas diurnos	Nenhum ou ≤ 2 por semana	3 ou mais por semana	
Limitação de atividades	Nenhuma	Qualquer	
Sintomas/despertares noturnos	Nenhum	Qualquer	
Necessidade de medicação de alívio	Nenhuma ou ≤ 2 por semana	3 ou mais por semana	
Função pulmonar (Pico Fluxo Expiratório ou Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo)	Normal	$< 80\%$ predito ou do melhor prévio (se conhecido)	

Fonte: J Bras Pneumol. v.38, Suplemento 1, p.S1-S46, Abr (2012).

Pneumopatias crônicas:

Tosse diária (ou quase diária) por 3 meses;

Mais de 1 pneumonia nos últimos 2 anos;

Sibilância por 3 meses no último ano (considerar mínimo de 7 dias/mês);

Radiografia de tórax com alteração persistente por 3 meses.

REFERÊNCIAS

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN. **The abnormal fontanel.** Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2003/0615/p2547.html>>. Acesso em 10 out. de 2015.

ARAUJO, Juliane Pagliari *et al* . História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 6, p. 1000-1007, dez. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000601000&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Bulário Eletrônico.** Disponível em:< <http://www.anvisa.gov.br/>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança Menino.** 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf>. Acesso em 20 jan. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.** Diário Oficial da União [Internet]. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7_498.htm> Acesso em: 20 de maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, 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).**

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução COFEN-195/1997. **Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.** Rio de Janeiro, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução COFEN-271/2002 – Revogada pela Resolução COFEN--317/2007. **Regulamenta ações do Enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames.** Rio de Janeiro, 2007.

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.** Brasília, 2010. 104p. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos** - 1ª edição 3ª reimpressão. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_alimentacao_saudavel_menores_2anos_1_edicao.pdf>. Acesso em: 20 maio de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: **manual de condutas gerais**. Brasília, 2013. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed., 1. reimpr. Brasília, 2013. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1247, de 10 de novembro de 2014. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Anemia por Deficiência de Ferro**. Disponível em <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2014/pcdt_AnemiaDeficienciaFerro_2014.pdf>. Acesso em 15 jan. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Vitamina A mais: **Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: condutas gerais**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. 2. ed. – Brasília, 2013. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: **Rename 2014**. 9. ed. Brasília, 2015. 228 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Cartaz Manejo da Diarreia**. Janeiro, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás**. Organizadores Claci Fátima Werich Rosso...[et al.]. – Goiânia, 2014. 336p.

CIAMPO, Luiz Antônio Del *et al.* O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Fundação de Amparo ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. (11)32, 2006.

DIAMANTINA. Prefeitura Municipal. Secretaria de saúde. Coordenação da Atenção Primária à Saúde. **Ficha de acompanhamento da criança. 2016.**

FERREIRA, RA e al. Adolescente: particularidades de seu atendimento. **Pediatria Ambulatorial**. 3ed. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

MONTEIRO, Flávia Paula Magalhães; CAETANO, Joselany Áfio; ARAUJO, Thelma Leite de. Enfermagem na saúde da criança: estudo bibliográfico acerca da avaliação nutricional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 406-411, June 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Julho 2016.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde**. Rio de Janeiro, Prefeitura, 2012.

RUMARCK, BH. Chemical and drug poisoning. In: Nelson WE; Behrman, RE; Kliegmon, RM, *et al.* **Nelson textbook of pediatrics**. 15th ed. Philadelphia, Saunders, 1996.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde**. 4. ed. São Paulo, 2012. (Série Enfermagem).

SÃO PAULO.– Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde **Protocolo de enfermagem – Atenção à Saúde da Criança**. Vários autores. Disponível em <http://www.ee.usp.br/departamento/ens/sel/protocolo_cca.pdf>. Acesso em: 15 jan. de 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES). **Critérios de encaminhamento para o centro estadual de atenção especializada**, 2012. Belo Horizonte.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Anemia ferropriva em lactentes**: revisão com foco na prevenção. São Paulo: Departamento Científico de Nutrologia, 2012. Disponível em: < http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/Documento_def_ferro200412.pdf>. Acesso em: 10 jan. de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Avaliação nutricional da criança e do adolescente – **Manual de Orientação**. Departamento de Nutrologia. – São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2009. 112 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Neonatologia. **Icterícia no recém-nascido com idade gestacional > 35 semanas**. 2012. Disponível em:<<http://www.sbp.com.br>>. Acesso em 10 julho de 2016.

SOUZA, Andressa Louisy Ferraz *et al.* Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na atenção básica. **Rev Enferm UFPI**, Teresina, 2(spe):31-5, dec., 2013.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Faculdade de Ciências Médicas. **Neurologia infantil – Reflexos primitivos**. Disponível em:<<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/en/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexo-primitivo>>. Acesso em 20 jan. de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers**. WHO/NDH/01.3. Geneve: WHO/NHD, 2001. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66914/1/WHO_NHD_01.3.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 julho de 2016.

ANEXO B – Manejo do paciente com diarreia



MANEJO DO PACIENTE COM DIARREIA

AValiação DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE

ETAPAS	A	B	C
OBSERVE			
Estado geral	Bem, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normal, sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
EXPLORE			
Sinal de prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, fraco	Muito fraco ou ausente*
DECIDA			
	SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	SE APRESENTAR DOIS OU MAIS SINAIS COM DESIDRATAÇÃO	SE APRESENTAR DOIS OU MAIS SINAIS, INCLUINDO Pelo menos um dos destacados com asterisco (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE			
	USE O PLANO A	USE O PLANO B (pese o paciente)	USE O PLANO C (pese o paciente)

PLANO A PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO	
Explique ao paciente ou acompanhante para fazer no domicílio:	
1) OFERECER OU INGERIR MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:	
<ul style="list-style-type: none"> O paciente deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, sopa caseira, chá, suco e sopas) ou Solução de Reidratação Oral (SRO) após cada evacuação diarreica. Não utilizar refrigerantes e não adoçar o chá ou suco. 	
2) MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:	
<ul style="list-style-type: none"> Continuar o aleitamento materno. Mantêr a alimentação habitual para as crianças e os adultos. 	
3) SE O PACIENTE NÃO MELHORAR EM DOIS DIAS OU SE APRESENTAR QUALQUER UM DOS SINAIS ABAIXO, LEVÁ-LO IMEDIATAMENTE AO SERVIÇO DE SAÚDE.	
SINAIS DE PERIGO:	
<ul style="list-style-type: none"> Flores na diarreia Vômitos repetidos Muita sede 	<ul style="list-style-type: none"> Recusa de alimentos Sangue nas fezes Diminuição da diurese
4) ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:	
<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer os sinais de desidratação. Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral. Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos). 	
5) ADMINISTRAR ZINCO UMA VEZ AO DIA, DURANTE 10 A 14 DIAS:	
<ul style="list-style-type: none"> Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia Maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia 	
IDADE	Quantidade de líquidos que devem ser administrados/ingeridos após evacuação diarreica
Menores de 1 ano	50-100ml
De 1 a 10 anos	100-200ml
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar

PLANO B PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NA UNIDADE DE SAÚDE	
1) ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL:	
<ul style="list-style-type: none"> A quantidade de solução ingerida dependerá do cede do paciente. A SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação. Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100ml/kg para ser administrado no período de 4-6 horas. 	
2) DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO "AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE":	
<ul style="list-style-type: none"> Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o PLANO A. Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastrólise). Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o PLANO C. 	
3) DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE ORIENTAR A:	
<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer os sinais de desidratação. Preparar e administrar a Solução de Reidratação Oral. Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higienização dos alimentos). 	
O PLANO B DEVE SER REALIZADO NA UNIDADE DE SAÚDE. OS PACIENTES DEVERÃO PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.	

PLANO C PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE NA UNIDADE HOSPITALAR		
O PLANO C CONTEMPLA DUAS FASES PARA TODAS AS FAIXAS ETARIAS:		
A FASE RÁPIDA E A FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO		
FASE RÁPIDA - MENORES DE 5 ANOS (fase de expansão)		
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
Soro Fisiológico a 0,9%	Iniciar com 20ml/kg de peso. Repetir essa quantidade até que a criança esteja hidratada, reavaliando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrada. Para recém-nascidos e cardiopatas graves começar com 10ml/kg de peso.	30 minutos
AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE		
FASE RÁPIDA - MAIORES DE 5 ANOS (fase de expansão)		
SOLUÇÃO	VOLUME TOTAL	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º Soro Fisiológico a 0,9%	30ml/kg	30 minutos
2º Ringier Lactato ou Solução Polieletrólita	70ml/kg	2 horas e 30 minutos
FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETARIAS		
SOLUÇÃO	VOLUME EM 24 HORAS	
Soro Dilecosado a 1% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção) +	Peso até 10kg	100ml/kg
	Peso de 10 a 20kg	100ml + 50ml/kg de peso que exceder 10kg
	Peso acima de 20kg	150ml + 20ml/kg de peso que exceder 20kg
Soro Dilecosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição) +	Iniciar com 50ml/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.	
KCl a 10%	2ml por cada 100ml de solução de fase de manutenção.	
AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. SE NÃO HOUVER MELHORIA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO		
<ul style="list-style-type: none"> Quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação venosa, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação endovenosa. Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações. Lembrar que a quantidade de SRO a ser ingerida deve ser maior nos primeiros 24 horas de tratamento. Observar o paciente por pelo menos seis (6) horas. 		
OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVEM PERMANECER NA UNIDADE DE SAÚDE ATÉ QUE ESTEJAM HIDRATADOS E CONSEGUINDO MANTER A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL.		

IDENTIFICAR DISENTERIA E/OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS A DIARREIA

1- PERGUNTAR SE O PACIENTE TEM SANGUE NAS FEZES

Em caso positivo e com comprometimento do estado geral:

- Reidratar o paciente de acordo com os planos A, B ou C.
- Iniciar antibioticoterapia.

Tratamento de crianças:

- Ciprofloxacina:** 15 mg/kg a cada 12 horas, via oral, por 3 dias.
- Ceftriaxona:** 50 a 100mg/kg intramuscular, uma vez ao dia, por 2 a 5 dias, como alternativa.
- Orientar o acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio.
- Reavaliar o paciente após dois dias.
- Se mantiver presença de sangue nas fezes após 48 horas do início do tratamento, encaminhar para internação hospitalar.

Observação: crianças com quadro de desnutrição devem ter o primeiro atendimento em qualquer Unidade de Saúde, devendo-se iniciar hidratação e antibioticoterapia de forma imediata, até que chegue ao hospital.

Tratamento de adultos:

- Ciprofloxacina:** 500 mg de 12/12h, via oral, por 3 dias.
- Orientar o paciente ou acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual, caso o tratamento seja realizado no domicílio.
- Reavaliar o paciente após 2 dias.
- Se mantiver presença de sangue nas fezes ou melena após 48 horas do início do tratamento:
 - Se o paciente estiver com condições gerais boas, iniciar **Ceftriaxona 2g** via intramuscular, 1 vez ao dia, por 2 a 5 dias.
 - Se estiver com condições gerais comprometidas, encaminhar para internação hospitalar.

2- PERGUNTAR QUANDO INICIOU A DIARREIA

Se tiver mais de 14 dias de evolução:

- Encaminhar o paciente para a unidade hospitalar se:
 - menor que seis meses.
 - apresentar sinais de desidratação. Neste caso, reidratar o primeiro e em seguida encaminhar a unidade hospitalar.

Quando não houver condições de encaminhar para a unidade hospitalar, orientar o responsável/acompanhante para administrar líquidos e manter a alimentação habitual no domicílio.

- Se o paciente não estiver com sinais de desidratação e nem for menor de seis meses, encaminhar para consulta médica para investigação e tratamento.

3- OBSERVAR SE TEM DESNUTRIÇÃO GRAVE

- Se a criança estiver com desnutrição grave (utilizar para diagnóstico e Cede da Secretaria de Saúde do Município do Ministério da Saúde):
- Em caso de desidratação, iniciar a reidratação e encaminhar o paciente para o serviço de saúde.
- Entregar ao paciente ou responsável envelopes de SRO em quantidade suficiente e recomendar que continue a hidratação até que chegue ao serviço de saúde.

4- VERIFICAR A TEMPERATURA

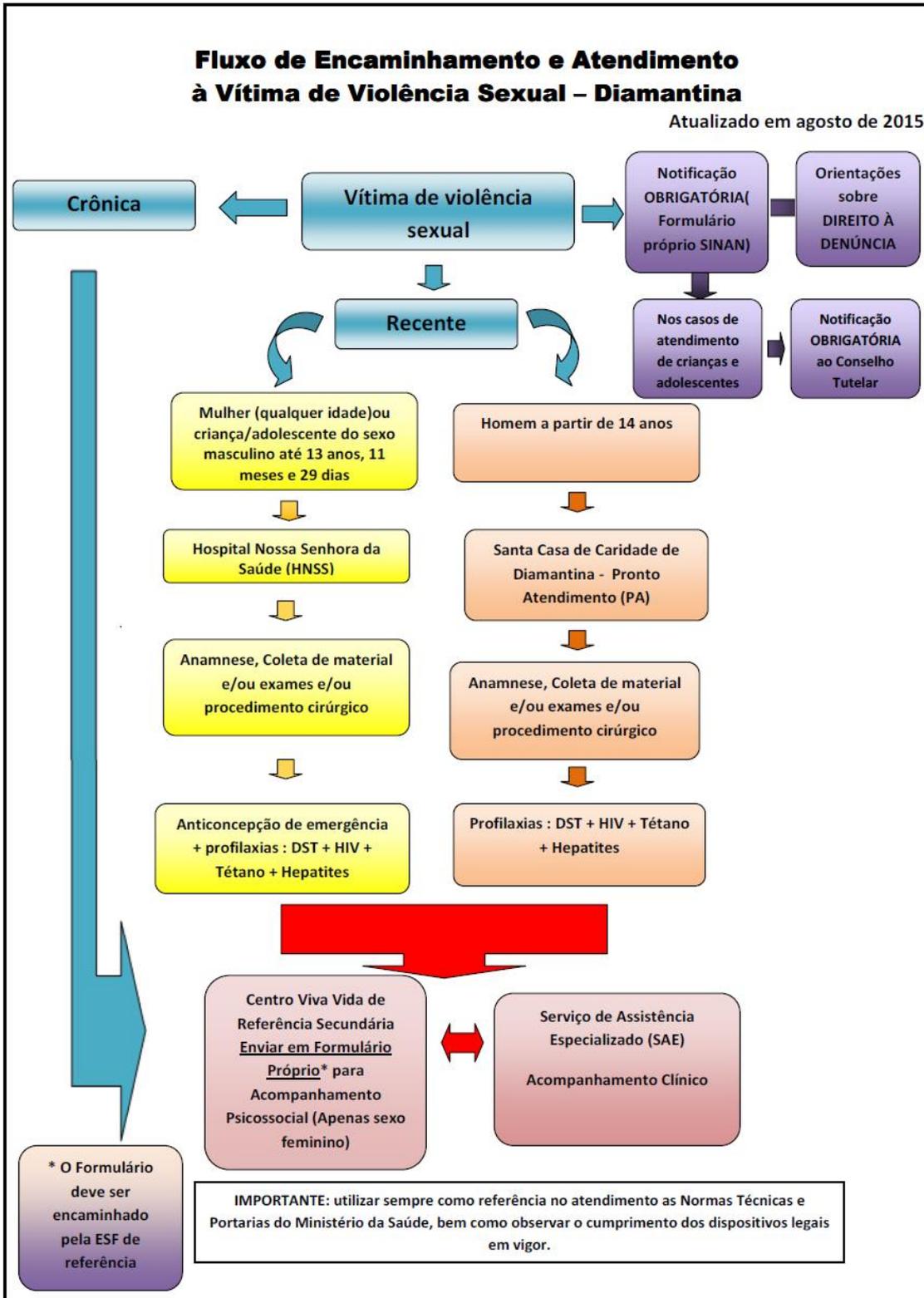
Se o paciente estiver, além da diarreia, com a temperatura de 39°C ou mais, investigar e tratar outras possíveis causas, por exemplo, pneumonia, otite, amigdalite, faringite, infecção urinária.

USO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES COM DIARREIA

- Antibióticos:** devem ser usados somente para casos de diarreia com sangue (dysentria) e comprometimento do estado geral ou em casos de cólera grave. Em outras condições, os antibióticos são ineficazes e não devem ser prescritos.
- Antiparasitários:** devem ser usados somente para:
 - Amebíase, quando o tratamento de dysentria por *Shigella* sp. fracassar, ou em casos em que se identificam nas fezes trofozoítos de *Entamoeba histolytica* englobando hemácias.
 - Giardíase, quando a diarreia durar 14 dias ou mais, se identificarem cistos ou trofozoítos nas fezes ou no aspirado intestinal.
- Zinco:** deve ser administrado, uma vez ao dia, durante 10 a 14 dias:
 - Até seis (6) meses de idade: 10mg/dia.
 - Maiores de seis (6) meses de idade: 20mg/dia.

ANTI-DIARREICOS E ANTIEMÉTICOS NÃO DEVEM SER USADOS

ANEXO C - Fluxo de encaminhamento em caso de Violência Sexual



ANEXO D – Protocolo de atendimento caso de violência não sexual

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA NÃO SEXUAL EM DIAMANTINA

Agosto.2015

FAIXA ETÁRIA	ENCAMINHAMENTOS
CRIANÇAS E ADOLESCENTES (0 a 13 anos 11 meses e 29 dias)	Comunicações obrigatórias: <ul style="list-style-type: none"> • Polícia • Conselho Tutelar (na ausência de responsável legal ou violência doméstica, negligência/abandono, trabalho infantil) • CREAS • SMS (Ficha de Notificação)
	Atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • HNSS (exceto casos neurológicos) • Atendimento Especializado: Rede de Saúde Municipal
ADOLESCENTES A PARTIR DE DE 14 ANOS E ADULTOS	Comunicações obrigatórias: <ul style="list-style-type: none"> • Polícia • Conselho Tutelar (na ausência de responsável legal ou violência doméstica, negligência/abandono, trabalho infantil, em menores de 18 anos) • CREAS (exceto violência extra-familiar: criminalidade, delinquência) • SMS (Ficha de Notificação)
	Atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • P.A. Santa Casa de Caridade • HNSS (Ortopedia) • Atendimento Especializado: Rede de Saúde Municipal
MULHERES	Comunicações obrigatórias: <ul style="list-style-type: none"> • Polícia • CREAS • SMS (Ficha de Notificação)
	Atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • P.A. Santa Casa de Caridade • HNSS (gestantes, ortopedia) • Atendimento Especializado: Rede de Saúde Municipal
IDOSOS	Comunicações obrigatórias: <ul style="list-style-type: none"> • Polícia • CREAS • SMS (Ficha de Notificação)
	Atendimento: <ul style="list-style-type: none"> • P.A. Santa Casa de Caridade • HNSS (ortopedia)
	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento Especializado: Rede de Saúde Municipal

ANEXO E - Ficha de notificação individual

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL					
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação		
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09		
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)		
	10 Nome do paciente			11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora 2- Dia 3- Mês 4- Ano	13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado	
	16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica				
	17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe		
	Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
		22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...) Código	
		24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)	
		27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência	
30 (DDD) Telefone		29 CEP			
31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)			
Dados Complementares					
Dados da Pessoa Atendida		33 Nome Social		34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado				
39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento					
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...) Código		
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		
	49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas) <input type="checkbox"/>		
	53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espôncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
69 Data de encerramento: _____			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS TELEFONES ÚTEIS Disque Direitos Humanos 136 Central de Atendimento à Mulher 100 180			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/auto provocada Sinan SVS 15.06.2015			

ANEXO F - Valores normais do hemograma na criança

Idade	Hemácias (milhões/mm³)	Hemoglobina (g/dL)	Hematócrito (%)	Volume Corpuscular Medio (VCM)-fl	Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)-pg	Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média (CHCM)-%
NASCIMENTO	3,9 – 5,5	13,5 – 19,5	42 – 60	98-118	31-37	30-36
1 a 3 dias	4,0 – 6,6	14,5 – 22,5	45 – 67	95-121	31-37	29-37
1 semana	3,9 – 6,3	13,5 – 21,5	42 – 66	88-126	28-40	28-38
2 semanas	3,6 – 6,2	12,5 – 20,5	39 – 62	86-124	28-40	28-38
1 mês	3,0 – 5,4	10,0 – 18,0	31 – 55	85-123	28-40	29-37
2 meses	2,7 – 4,9	9,0 – 14,0	18 – 42	77-115	26-34	29-37
3 a 6 meses	3,1 – 4,5	9,5 – 13,5	29 – 41	74-108	25-35	30-36
6 meses a 2 anos	3,7 – 5,3	10,5 – 13,5	33 – 39	70-86	23-31	30-36
2 a 6 anos	3,9 – 5,3	11,5 – 13,5	34 – 40	75-87	24-30	31-37
6 a 12 anos	4,0 – 5,2	11,5 – 15,5	35 – 45	77-95	25-33	31-37
12 a 18 anos Masc.	4,5 – 5,3	13,0 – 16,0	37 – 49	78-98	25-35	31-37
Feminino	5,1 – 5,1	12,0 – 16,0	36 – 46	78-102	25-35	31-37

18 a 49 anos Masc.	4,5 – 5,9	13,5 – 17,5	41 – 53	80-100	26-34	31-37
Feminino	4,0 – 5,2	12,0 – 16,0	36 – 46	80-100	26-34	31-37
Mulheres grávidas		Mínimo de 11,0	Mínimo de 33	Mínimo de 85		Mínimo de 32

CÉLULAS	RN (%)	1 ANO (%)	4 ANOS (%)	6 ANOS (%)	10 ANOS (%)	14 ANOS (%)	21 ANOS (%)
MIELÓCITOS	0	0	0	0	0	0	0
NEUTRÓFILOS - Bastão	5,2	3,1	3	3	3	3	3
NEUTRÓFILOS -Segmentados	52	28	30	40	50	53	56
LINFÓCITOS	31	61	50	42	38	37	34
MONÓCITOS	5,8	4,8	5	4,7	4,3	4,7	4
EOSINÓFILOS	2,4	2,6	2,8	2,7	2,4	2,5	2,7
BASÓFILOS	0,5	0,4	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5

Fonte: Nelson textbook of Pediatrics (1996); pediatria Ambulatorial (1998).

ANEXO G – Ficha de Puericultura

PUERICULTURA

NOME: _____ DN: ____/____/____

MÃE: _____ PRONTUÁRIO: _____

ENDEREÇO: _____

CNS: _____ Data do Cadastro: ____/____/____

Peso ao Nascer: _____ Estatura: _____ PC: _____ APGAR: ____/____

IG do Parto: _____ G__P__A__ Tipo de Parto: _____

Intercorrências no parto ou gestação: _____

Teste do Pezinho: Data: ____/____/____ Resultado: _____

Teste da Orelhinha: Data: ____/____/____ Resultado: _____

ATIVIDADE	Dia s	Meses															Anos				
	5 /21	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	18	2	3	4	5		
Consulta Enfermagem																					
Consulta Médica																					
Grupo Educativo																					
Aleitamento																					

Materno*																			
Avaliação de Risco**																			

*Aleitamento exclusivo (E), predominante (P), Misto (M), Artificial (A)

sem risco (SR), risco grau I (RI), risco grau II (RII) *Não compareceu (NC)

Patologias importantes: _____

Internações: _____

OBS: _____

2 - PROTOCOLO NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento do ser humano situada entre a infância e a vida adulta, e marcada por profundas transformações biopsicossociais. Essas transformações modificam o relacionamento do indivíduo consigo mesmo, com a família e o mundo, proporcionando a formação da identidade e a busca da autonomia. Como cidadãos, os adolescentes têm direito a saúde e é dever do Estado garantir este acesso, dentro dos preceitos do SUS. As características desse grupo, bem como sua vulnerabilidade às questões econômicas e sociais e a importância desse período na formação de hábitos, determinam a necessidade de uma atenção mais específica (ECA, 1990).

A puberdade é um parâmetro universal, ocorre de maneira semelhante em todos os indivíduos e constitui uma parte da adolescência caracterizada, principalmente, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, evolução da maturação sexual. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008b). O Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita a adolescência como o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade e juventude, como o situado entre 15 e 24 anos. Adota ainda o termo “pessoas jovens” para se referir àquelas com idade entre 10 e 24 anos (BRASIL, 2010a). Instituído em 13 de julho de 1990 pela Lei nº 8.069, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que considera adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade e sustenta uma doutrina da proteção integral, prioridade e política de atendimento à criança e ao adolescente. E ainda, reconhece-os como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado.

O ECA preconiza que o adolescente tem direito à saúde, independente de sua condição de vida, gênero, classe social, cor, raça ou religião, valorizando seu crescimento e desenvolvimento. Tais direitos estendem-se aos adolescentes em conflito com a lei que cumprem medidas sócio-educativas, privados de liberdade (ECA, 1990; BRASIL, 2010a).

2 ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE

2.1 Atribuições comuns a todos os integrantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

- Fazer cadastro para acompanhamento, caso não tenha;
- Verificar condições gerais do adolescente;
- Verificar o entendimento e adesão às orientações;

Agendar consulta;
 Realizar visita domiciliar;
 Avaliação integral da saúde do adolescente;
 Acolher o adolescente de maneira integral.

2.2 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Captar os adolescentes da área de abrangência e cadastrá-los;
 Orientar as gestantes adolescentes sobre o pré-natal e os cuidados com o bebê;
 Orientar sobre o uso do preservativo e explicar sobre a importância da consulta médica e auxiliar a equipe de saúde nas visitas domiciliares;
 Orientar e encaminhar as adolescentes grávidas para iniciar o pré-natal o mais rápido possível.

2.3 Atribuições do Auxiliar e Técnico de Enfermagem

No acolhimento, avaliar a queixa do adolescente verificando situações de riscos e divulgando o atendimento dentro e fora da unidade;
 Agendar consulta (enfermeiro ou médico);
 Avaliar a situação vacinal dos adolescentes;
 Aferir sinais vitais (peso, altura, PA, frequência cardíaca e respiratória), quando necessário, e anotar;
 Identificar situações de risco (obesidade, gravidez, tabagismo, abuso de drogas, sexo desprotegido, IST, AIDS, violência doméstica, entre outros) e encaminhar para as ESF;
 Orientá-los e suas famílias sobre hábitos saudáveis de vida, prevenção de riscos e importância da socialização (nos grupos, sala de espera, sala de vacina) em toda oportunidade;
 Realizar atendimento domiciliar, quando necessário.

2.4 Atribuições do Enfermeiro

Realizar consulta de enfermagem, pelo menos uma ao ano, observando: higiene, alimentação, orientação anticoncepcional, orientação para exercício da sexualidade com segurança, vacinas, risco de violência sexual, drogas, evasão escolar, fuga de casa;
 Garantir confiança, respeito e privacidade no atendimento;
 Captar, atender e realizar consulta ou encaminhá-los para avaliação de saúde anual priorizando casos de maior risco (gravidez, IST/AIDS, drogadição, vítimas de violência);
 Desenvolver atitude acolhedora e flexível, com escuta atenta às suas queixas e demandas;

Identificar situações de risco como: violência doméstica e sexual, abuso de álcool e drogas, distúrbios de comportamento e nos casos pertinentes notificar;

Realizar consulta de pré-natal conforme Protocolo da Saúde Mulher;

Fazer aconselhamento e orientação sobre uso de preservativos e contraceptivos;

Verificar situação vacinal e orientar atualização do Cartão de Vacina;

Realizar atendimento domiciliar, quando necessário.

2.5 Atribuições do Médico

Desenvolver atitude acolhedora e flexível, com escuta atenta às suas queixas ou demandas;

Garantir confiança, respeito e privacidade no atendimento;

Realizar consulta médica, pelo menos uma vez ao ano: avaliar patologias clínicas próprias da idade, avaliar crescimento e desenvolvimento, avaliar maturação sexual, avaliar situação nutricional, vacinal e escolar, orientar sobre saúde sexual e reprodutiva, prescrever anticoncepcionais, se necessário;

Prescrever anticoncepção de emergência, se necessário e tratar as doenças sexualmente transmissíveis;

Avaliar o crescimento e desenvolvimento e o estadiamento puberal através da Tabela de Tanner;

Realizar pré-natal de baixo risco; consulta ginecológica; tratar as doenças sexualmente transmissíveis; prescrever anticoncepção de emergência, se necessário; auxiliar os clínicos e pediatras no tratamento das vulvovaginites, encaminhar para colposcopia quando os exames preventivos mostrarem alterações; avaliar e tratar as disfunções menstruais e notificar as situações de risco ou de violência contra crianças e adolescentes;

Avaliar hábitos alimentares e distúrbios nutricionais (desnutrição, sobrepeso, obesidade);

Questionar e avaliar o comportamento em relação à família, escola, socialização (participação em grupos); esportes, lazer, afetividade, sexualidade (namoro, vida sexual, contracepção, prevenção de IST/ AIDS);

Promover e participar de grupos operacionais;

Realizar atendimento domiciliar, quando necessário.

3 CONSULTA AO ADOLESCENTE PELO ENFERMEIRO OU MÉDICO DA ESF

3.1 Avaliação clínica

A consulta de rotina do adolescente deve incluir orientações sobre prevenção de doenças e promoção de saúde.

3.2 Anamnese

Questionar quanto a menarca, espermarca, ciclo menstrual, atividade sexual, uso de drogas e ideação ou tentativa de suicídio.

3.3 Exame físico

É imprescindível a presença, no consultório, de outro profissional de saúde, principalmente se esse estiver sozinho;

Aferir a PA em cada consulta, permitindo um diagnóstico precoce da hipertensão arterial;

O exame ginecológico em meninas é rotina somente para aquelas que sejam sexualmente ativas (seguir Protocolo Saúde da Mulher);

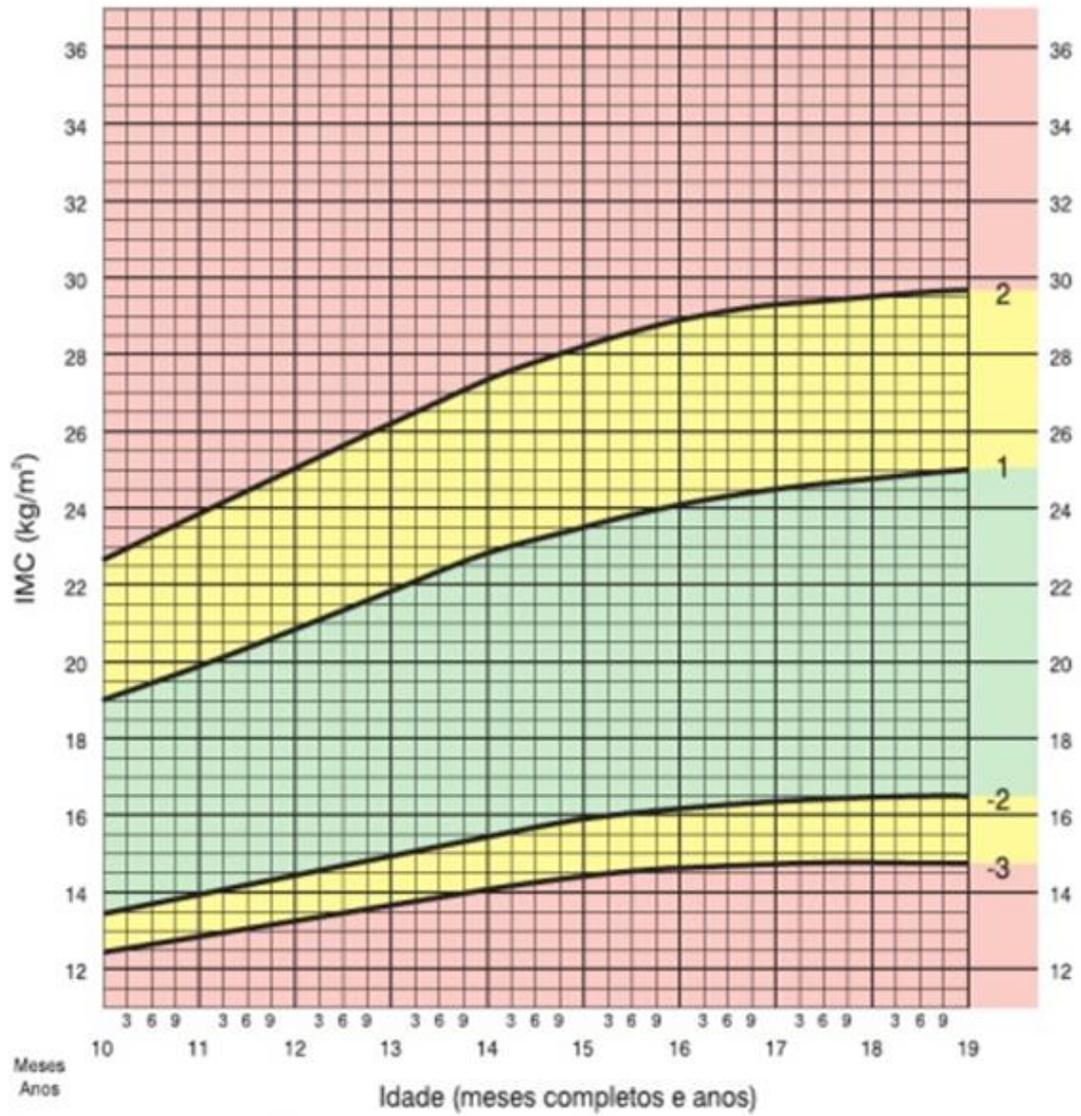
O exame da mama (detecção de massas e ensino de auto-exame);

Exame do testículo (pesquisa de tumores e ensino de auto-exame);

Avaliação da coluna vertebral (escoliose e outros, o pedido de exame se necessário deverá ser prescrito pelo médico).

3.4 Avaliação nutricional

Gráfico 2 – Curva de peso por idade dos 10 a 19 anos (escores-z)

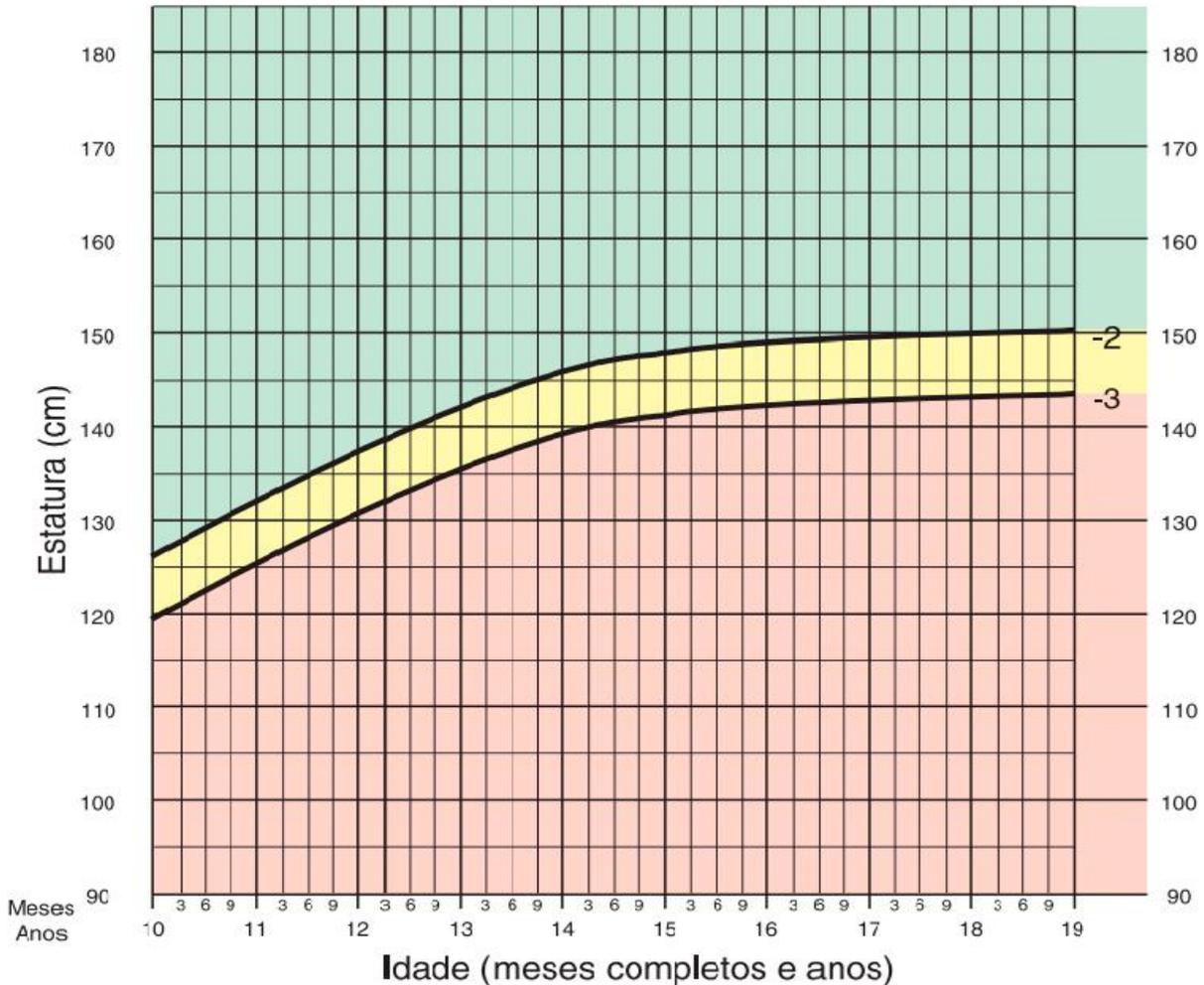


Valores Críticos DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL	
> Escore-z +2	Obesidade
> Escore-z +1 e < Escore-z +2	Subpeso
> Escore-z -2 e < Escore-z +1	Eutrofia (IMC Adequado para a idade)
> Escore-z -3 e < Escore-z -2	Magreza
< Escore-z -3	Magreza acentuada

Fonte: Brasil (2012).

3.5 Avaliação do crescimento

Gráfico 3 – Curva de estatura por idade dos 10 aos 19 anos



VALORES CRÍTICOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
\geq Escore-z -2	Estatura adequada para a idade
\geq Escore-z -3 e $<$ Escore-z -2	Baixa estatura para a idade
$<$ Escore-z -3	Muito baixa estatura para a idade

Fonte: Brasil (2012).

3.6 Maturação sexual

A maturação sexual será avaliada e acompanhada pelas tabelas de Tanner (BRASIL, 2008; SÃO PAULO, 2015).

SEXO FEMININO

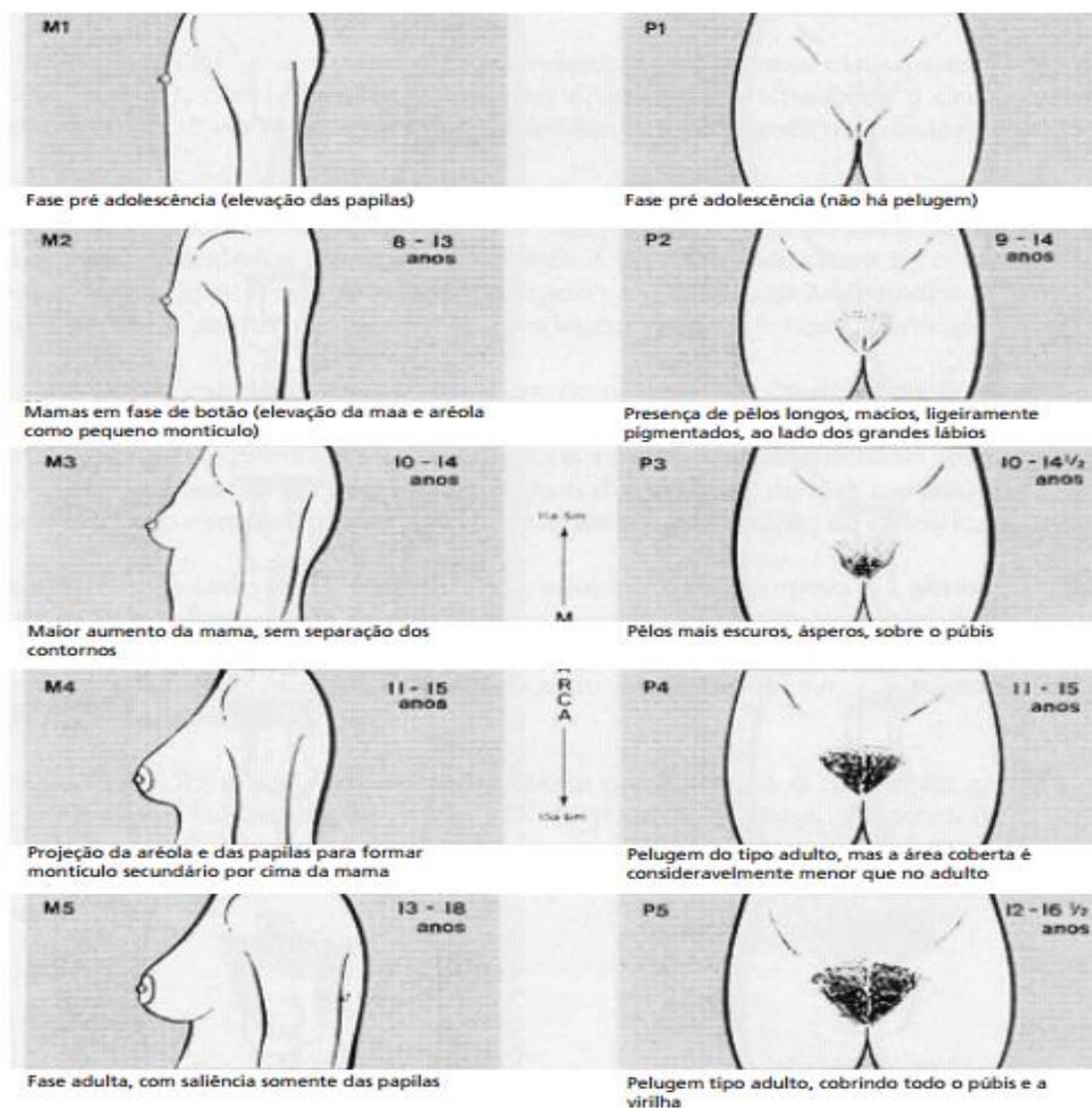
A primeira manifestação é o surgimento do broto mamário, por volta dos 9 anos, pode causar dor, podendo ser unilateral, demorando até 6 meses para o crescimento do contralateral. Ainda no mesmo ano tem início ao crescimento dos pêlos pubianos.

Em torno dos 10 anos de idade há o aparecimento dos pêlos axilares acompanhados pelo desenvolvimento das glândulas sudoríparas, o que pode propiciar o odor característico do adulto.

A primeira menstruação, chamada de menarca, pode vir acompanhada de secreção vaginal clara. A idade média para a menarca é por volta de 12 anos. Os primeiros ciclos menstruais normalmente são anovulatórios e irregulares, por até 3 anos pós menarca.

Após a menarca a adolescente pode vir a crescer em média 7 cm.

Figura 9 – Classificação de Tanner – Estágio de Puberdade Feminino



Fonte: Tanner JM. Growth at adolescent, 2nd ed. Oxford Blackwell (1962). Adaptado.

SEXO MASCULINO

O primeira sintoma de maturação sexual é o aumento do volume testicular, em média aos 10 anos. O crescimento peniano ocorre normalmente um ano após o crescimento dos testículos, o pênis cresce primeiro em comprimento e depois em diâmetro.

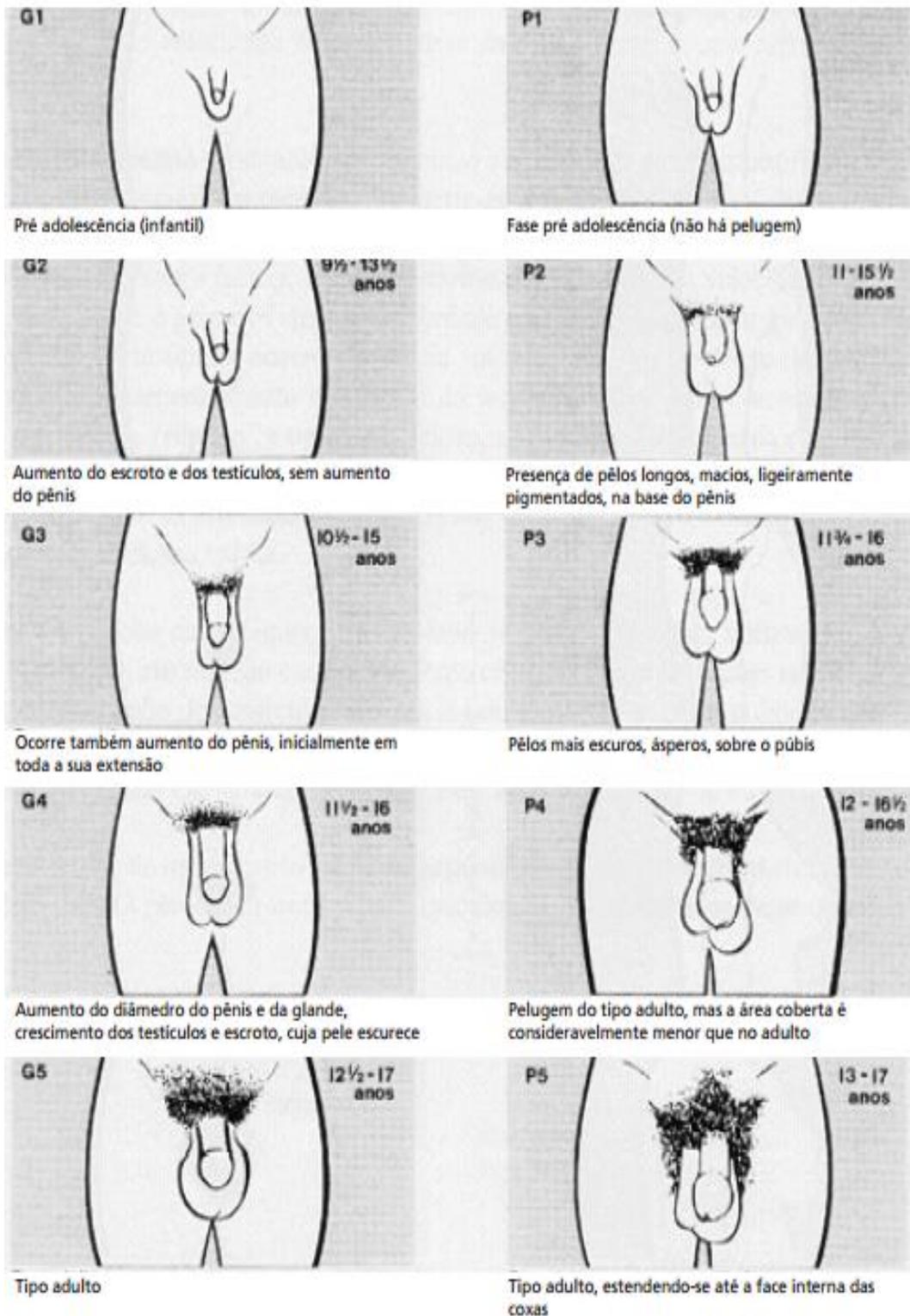
Os pêlos pubianos surgem em torno dos 11 anos, após são os pêlos axilares, da face e os do restante do corpo.

A primeira ejaculação chamada espermarca, ocorre por volta dos 12 anos, e a mudança da voz vem posteriormente.

No adolescente masculino é comum acontecer entre os 13 e 14 anos, a ginecomastia púbere (aumento do tecido mamário), frequentemente bilateral, com consistência móvel e firme, podendo ser doloroso. Retrocedem de maneira espontânea em até 2 anos. Quando não regride em 24 meses deverá ser avaliada pelo médico da unidade para avaliar encaminhamento para especialista.

A polução noturna é a ejaculação noturna involuntária (saída de sêmen durante o sono), advinda de incitação cerebral para sonhos eróticos que levam ao orgasmo. É um evento fisiológico normal, mas pode causar constrangimentos algumas vezes e dúvidas aos adolescentes, que devem ser orientados e tranquilizados pelo profissional da unidade.

Figura 10 – Classificação de Tanner – Estágio de Puberdade Masculino



Fonte: Tanner JM. Growth at adolescence, 2nd ed. Oxford Blackwell (1962). Adaptado.

3.7 Solicitação de exames para adolescentes pelo enfermeiro ou médico da ESF (deverá avaliar criteriosamente cada caso)

- Hemograma
- Glicemia jejum
- Teste de tolerância à glicose (TTG)
- Hemoglobina glicada
- Urina rotina e urocultura
- Exame parasitológico de fezes
- Colesterol total e frações
- Triglicerídeos
- Beta HCG (Gonadotrofina Coriônica Humana)
- Sorologia para sífilis
- Anti – HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana)
- Hepatites

Caso o exame tenha resultado alterado, não podendo ser tratado pelo enfermeiro deverá ser encaminhado para o médico.

3.8 Passos para uma alimentação saudável

Passo 1: Para manter, perder ou ganhar peso procure a orientação de um profissional de saúde.

Passo 2: É legal comer 5 ou 6 vezes ao dia: no café da manhã, no almoço e no jantar, além de fazer lanches saudáveis nos intervalos dessas refeições.

Passo 3: Tente comer menos salgadinhos de pacote, refrigerantes, biscoitos recheados, lanches industrializados, alimentos de preparo instantâneo, doces, sorvetes e frituras.

Passo 4: Procure comer, sempre que puder, frutas, verduras e legumes.

Passo 5: Faz bem comer feijão, arroz, massas, tomar leite e/ou derivados todos os dias.

Passo 6: Escolha sempre alimentos saudáveis nos lanches da escola e nos momentos de lazer (BRASIL, 2012). Adaptado.

4 ATENDIMENTO MÉDICO OU DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE, DESACOMPANHADO DOS PAIS OU DE RESPONSÁVEL

O adolescente de 10 a 19 anos mesmo desacompanhado deve ser acolhido na sua demanda. Durante o atendimento do adolescente menor de 14 anos desacompanhado deve-se avaliar a sua capacidade de distinguir com clareza para que possa assumir o auto - cuidado. Caso não haja deverá solicitar a presença de um acompanhante. A realização do exame físico

deverá ocorrer na presença de outro profissional de saúde da equipe (BELO HORIZONTE, 2014).

5 VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA

Identificar fatores de risco e de proteção para violências, incluindo as violências domésticas, urbana e sexual.

Em caso de violência seguir Anexos A, B e C.

6 SEXUALIDADE E SAÚDE REPRODUTIVA

6.1 Prescrição e liberação de preservativos

O preservativo masculino deve ser disponibilizado a todo adolescente que procure o insumo na ESF, de forma ágil e respeitando sua privacidade.

Preferencialmente, o preservativo deve ser disponibilizado em conjunto com ações educativas que oriente o seu uso correto e discutam as dificuldades em utilizá-lo e maneiras de superá-las (BRASIL, 2010; ECA, 1990; BRASIL1996).

6.2 A prescrição de métodos anticoncepcionais de rotina e de emergência sem o conhecimento dos pais ou responsável legal.

O adolescente tem direito à orientação sobre anticoncepção, acesso a preservativos e à prescrição de outros métodos anticoncepcionais (anticoncepcionais hormonais orais e injetáveis, anticoncepção de emergência, diafragma e Dispositivo Intra Uterino) (BRASIL, 2010; ECA, 1990; BRASIL, 1996).

A prescrição deverá ser realizada pelo profissional médico.

7 GRUPOS EDUCATIVOS NA ADOLESCÊNCIA

A ESF deverá promover atividades de grupos de educação em saúde para promoção e prevenção de agravos, através de dinâmicas participativas, possibilitando a discussão e reflexão sobre temas como afetividade, sexualidade, contracepção, prevenção de IST/AIDS, gravidez, alimentação, atividade física, prevenção do tabagismo e uso de outras drogas, hábitos saudáveis de vida, construção de projeto de vida (pessoal, afetiva, profissional), perspectivas de estudo e trabalho, autonomia e responsabilidade.

O grupo pode ser realizado por qualquer membro da equipe da ESF, nas escolas ou na sede da unidade.