

FICHA EDITORIAL

Todos os direitos reservados.

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

As fotos obtêm os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para este Manual, sendo, portanto, proibida a cópia, reprodução e divulgação das mesmas.

Série Enfermagem - Atenção Básica
– SMS-SP

CATALOGRÁFICA

S241m São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde.

Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde./ Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 4. ed. - São Paulo : SMS, 2015. Atualizado em 2016

136p. – (Série Enfermagem)

1. Administração da Saúde.
2. Atenção básica.
3. Enfermagem / normas.
4. Saúde da criança.
5. Saúde da família.
6. Serviços de saúde.
 - I. Atenção básica/Estratégia Saúde da Família.
 - II. Título: Saúde da criança e do adolescente
 - III. Série Enfermagem SMS - SP, 2015.

CDU 614.2

MANUAL DE ENFERMAGEM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - SMS/SP -2ª ed.

ORGANIZAÇÃO

Amara Lousiene Sales Patricio
Marisa Beraldo
Claudia Hernandez F. Takamatsu
Patrícia Luna
Ivani dos Santos
Reneide Rodrigues Ramos

ELABORAÇÃO

Amara Lousiene Sales Patricio
Andréa Lutten Leitão
Artur Vieira Castilhano Neto
Cecília Seiko Takano Kunitake
Claudia Hernandez F. Takamatsu
Heloisa Maria Chamma Leuzzi Lacava
Ivani dos Santos
Karina Mauro Dib
Leni Aparecida Gomes Uchoa
Maria Bernadete Sampaio Amaral Seixas
Maria Cristina H. dos Santos
Marisa Beraldo
Patrícia Luna
Priscila de Oliveira Conde Candido
Rhavana Pilz Canônico
Renata Sinti Bonanno
Reneide Rodrigues Ramos

Roberta Melão
Rosa Maria Bruno Marcucci
Silmara Alves dos Santos
Soraia Rizzo

COLABORADORES

PARCEIROS

Equipe de Enfermeiros:

- Associação Comunitária Monte Azul
- Associação Congregação de Santa Catarina
- Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)
- Associação Saúde da Família (ASF)
- Casa de Saúde Santa Marcelina
- Centro de estudos e pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM)
- Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto
- Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
- Fundação Faculdade de Medicina da USP (FFM)
- Instituto Adventista de Ensino (IAE)
- Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês
- Irmandade da Santa Casa de Misericórdia
- Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein
- Superintendência de Atenção à Saúde - SAS - OSS-SECONCI

ATENÇÃO BÁSICA / ÁREAS TÉCNICAS SMS-SP

Ana Barbara Kjekshus Rosas

Elaine Aparecida Lorenzato

Jonas Melman

Regina Auxiliadora A. Marques

Regina Helena Pinheiro Sanches

Valdete Ferreira dos Santos

EQUIPE TÉCNICA DE ENFERMAGEM DAS SUPERVISÕES TÉCNICAS DE SAÚDE SMS-SP

CRS SUL; CRS CENTRO OESTE; CRS NORTE; CRS SU-DESTE; CRS LESTE

Fotos

Amara Lousiene Sales Patricio

Heloisa M^º Chamma Leuzzi Lacava

Marisa Beraldo

Olga Aparecida Fortunato Caron

Patrícia Luna

AGRADECIMENTO

Os profissionais da enfermagem Atenção Básica SMS - SP agradecem, aos Enfermeiros abaixo relacionados, a dedicação na construção da primeira edição deste documento técnico:

Andrea da Silva Alves; Ana Izabel C. Gorgulho; Ana Maria A. Bergo; Denise Helena de Castro Freitas; Gloria Mityo Schulze; Leni A. Gomes Uchôa; Luciana Moraes Borges Guedes; Marina Arends Roschel; Maria das Graças L. Oliveira; Maria das Graças Lopes Bel. da Silva; Naira Reis Fazenda; Rachel Gonçalves Miguel; Regina T. Capelari; Rita de Cássia R. Pereira; Mercia Celeste; Patricia Luna; Nayara T. Hollen Dias; Sandra Regina Alves Freitas.

ESCOLA PAULISTA DE ENFERMAGEM - EPE - UNIFESP

DEPARTAMENTO DE AD. E SAÚDE COLETIVA

Eliana Campos Leite Saporoli

ESCOLA DE ENFERMAGEM - EEUSP - USP/SP

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

SAÚDE COLETIVA

Anna Maria Chiesa

Ana Luiza Vilela Borges

Maria De Laó

REVISÃO ÁREA TEMÁTICA

Dra. Athene Maria M. F. Mauro

Dra. Andrea da Silva Munhoz

Dra. Celina Marcia P. C. Silva

Maria Auxiliadora C. Cusinato

Colaboração - REVISÃO

Necha Goldgrub

Sumário

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	8
Capítulo 1 SAÚDE DA CRIANÇA	9
1.1 Atendimento à criança	10
1.2 Consulta de Enfermagem	13
1.2.1 Desenvolvimento da criança	14
1.2.2 Desenvolvimento pondero-estatural	20
1.2.3 Exame físico	21
1.2.4 Complementação vitamínica	27
1.2.5 Higiene oral	28
1.2.6 Aleitamento	29
1.2.6.1 Ordenha manual	32
1.2.6.2 Contra indicação ao aleitamento materno	33
1.2.6.3 Interrupção temporária da amamentação	34
1.2.6.4 Leite de vaca	35
1.2.6.5 Leite em pó integral	35
1.2.6.6 Leite integral fluído	35
1.2.7 Introdução alimentar	36
1.3 Conteúdo programático para grupos educativos	42
1.4 Calendário vacinal da criança	45
1.5 Assistência de Enfermagem aos problemas comuns na infância	45
1.6 Triagem Neonatal (TTN) - Exame do Pezinho	82
1.7 Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência	86

Capítulo 2		91
SAÚDE DO ADOLESCENTE		
2.1	Atendimento ao Adolescente	93
2.2	Consulta de Enfermagem ao Adolescente	96
2.2.1	Crescimento e desenvolvimento puberal - Avaliação	100
2.2.2	Prescrição Medicamentosa	103
2.2.3	Alimentação na Adolescência	103
2.2.4	Imunização ao Adolescente	105
2.3	Principais agravos na Adolescência	105
2.3.1	Obesidade	105
2.3.2	Transtornos alimentares – Anorexia Nervosa e Bulimia	107
2.3.3	Saúde Bucal do Adolescente	111
2.4	Gravidez na Adolescência	113
2.5	Violência na Adolescência	115
2.6	Doenças sexualmente transmissíveis	116
2.7	Grupos educativos na Adolescência	117
ANEXOS		120
1.	Gráficos	121
2.	Ficha de Notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência - SIVVA	124
3.	SAE – Adolescente - Consulta de Enfermagem - Sugestão	126
4.	Portaria no 915/2015 - SMS.G e Portaria 82/2015 SMS-G/S-SP	129
REFERÊNCIAS		131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS SAÚDE DA CRIANÇA		132
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS SAÚDE DO ADOLESCENTE		133

Apresentação

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS na cidade de São Paulo traz em sua história de consolidação, o papel fundamental da Atenção Básica. A Secretaria Municipal de Saúde definiu como estratégia para sua reestruturação e fortalecimento a implantação da UBS Integral que visa o acesso com qualidade e atendimento integral à saúde da população. O Atendimento nesse nível de atenção do sistema de saúde se caracteriza por uma atuação multi e interdisciplinar, o que inclui as Equipes de Enfermagem. Estas têm desenvolvido suas atividades com envolvimento e compromisso, com a proposta de responder às necessidades de saúde do seu território.

O presente trabalho é fruto da iniciativa dos profissionais da enfermagem da SMS/SP, na perspectiva de contribuir para o aprimoramento da assistência de enfermagem nas unidades de saúde, seguindo os princípios do SUS.

É com satisfação e reconhecimento que a Coordenação da Atenção Básica/SMS apresenta a presente publicação: **“Série Manuais de Enfermagem – SMS/SP”** composta por sete manuais atualizados, versando sobre os eixos: Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde do Adulto/do homem; Saúde da Pessoa Idosa; Normas, Rotinas e Procedimentos de Enferma-

gem; Risco biológico – Biossegurança na Saúde e Manual para Técnico e Auxiliar de Enfermagem, em consonância com as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde e do exercício profissional.

A SMS-SP coordenou o Grupo Técnico de trabalho, responsável pela revisão e atualização dos Manuais, composto por profissionais de Enfermagem da Coordenação da Atenção Básica e Coordenadorias Regionais de Saúde, com a valiosa contribuição das Áreas Técnicas da Atenção Básica, das Áreas Temáticas e Redes de Atenção, Coordenação de Vigilância à Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Instituições Parceiras e Universidades.

Acreditamos que os Manuais de Enfermagem serão uma importante ferramenta para contribuir na organização do trabalho, para atualização e alinhamento técnico frente às linhas de cuidados, promovendo novas habilidades na Assistência de Enfermagem em toda Rede da Atenção Básica.

Rejane Calixto Gonçalves
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Introdução

A Enfermagem na Atenção Básica atua em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos, visando à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

Na Saúde da Criança e do Adolescente, a Enfermagem, sobretudo, vem acompanhar o desenvolvimento infanto-juvenil e ampliar as competências e responsabilidades familiares no cuidado da criança e do adolescente.

Considerando a necessidade de instrumentalizar a Enfermagem, que atua nas Unidades Básicas de Saúde, e garantindo que essa Assistência ocorra conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde fez-se necessária a elaboração deste Instrumento, com o objetivo de nortear condutas no âmbito da Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente.

Tendo em vista a diversidade das condições de vida, de trabalho e do panorama epidemiológico que encontramos no Município de São Paulo, identificamos diferentes características de problemas e necessidades da população infantil e adolescente para estruturar as ações.

Portanto, cabem aos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde adequar as recomendações apresentadas para o cenário de atuação, identificando prioridades e elaborando um plano de intervenção que alcance as especificidades de cada região.

O presente Manual foi construído a partir da atualização do Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança – 3ª edição julho/2004. Foi um trabalho em conjunto com os Enfermeiros da Coordenação da Atenção Básica, das Coordenadorias Regionais de Saúde.

Apresenta os consensos entre as Áreas Técnicas Saúde da Criança e do Adolescente e Enfermagem da Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, nos termos da assistência realizada pela Enfermagem, bem como em suas ações nos diferentes tipos de tecnologias.

As ações do Enfermeiro, registrada neste manual, estão respaldadas pelas Portarias Municipais 915/2015 SMS-G/SP e 82/2015 SMS-G/SP, corroboradas pela Lei de Exercício Profissional nº 7498/86.

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

Capítulo 1

Saúde da Criança



1.1 Atendimento à criança

O atendimento à criança engloba uma sequência de ações ou medidas preventivas desde antes do nascimento evitando seu adoecimento para, desta forma, promover crescimento e desenvolvimento adequados.

COMO INICIAR E REALIZAR O SEGUIMENTO DA CRIANÇA

Primeiro atendimento: VISITA DOMICILIÁRIA (VD)

A PUÉRPERA E O RECÉM-NASCIDO (RN) deverá receber a visita domiciliária de Enfermagem logo que chegam ao domicílio, durante a primeira semana realizar Consulta de Enfermagem à mulher e à criança. Nesta visita deve-se:

- Parabenizar pela chegada da criança
- Perguntar como foi à experiência do parto, como se sentiu
- Observar indícios de depressão pós-parto (vide manual Saúde da Mulher) e se houve intercorrências pós-parto
- Fazer avaliação física da loquiação, episiorrafia ou rafia da cesárea
- Avaliar as mamas, observar a amamentação, orientando e incentivando o aleitamento materno exclusivo
- Orientar o retorno à atividade sexual e planejamento reprodutivo
- Verificar situação vacinal da mãe e da criança
- Orientar quanto à utilização da rede social de apoio à família
- Verificar se foram realizados os exames de triagem neonatal e orientar a levar os resultados na Consulta Médica
- Verificar o preenchimento completo do cartão de gestante/puérpera
- Quando se tratar de crianças em situação de rua, verificar se a mesma está abrigada, se sim, seguir a rotina de consulta, porém quando a mesma estiver na rua (sem ser abrigada) procurar saber onde e com quem ficou o para garantir a continuidade dos cuidados com a criança.

Esta primeira VD é uma oportunidade importante para orientar as peculiaridades do cuidado ao Recém-nascido (RN) como:

- Cólica
- Choro excessivo
- Cuidados com o coto umbilical
- Higiene em geral
- Posição do RN no berço sempre de barriga para cima
- Deixar fora do berço: travesseiros, brinquedos, almofadas e outros objetos fofos.
- Padrão de sono
- Eliminações – aspecto das fezes e urina
- Observar se há presença de icterícia
- Observar aceitação da amamentação.
- **O ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA DEVERÁ SER REALIZADO EM CONSULTA DE ENFERMAGEM, MÉDICA, VISITA DOMICILIÁRIA E GRUPOS EDUCATIVOS**
- **A CONSULTA DEVERÁ SEGUIR OS PADRÕES DO PRONTUÁRIO DA CRIANÇA**
- **PRIORIZAR SEGUIMENTO DO RN DE BAIXO PESO AO NASCER E DOS PREMATUROS**

PRIMEIRO ANO DE VIDA DE CRIANÇAS SEM RISCO

- CM Consulta Médica e CE - Consulta do Enfermeiro 1º mês -> (preferencialmente nos primeiros 10 dias de vida)
- CE - Consulta do Enfermeiro - 3º; 5º; 7º; 8º; 10º; 11º mês
- Após o 6º mês acontecerão: consultas médicas, do enfermeiro e, participação em grupos com a equipe, agenda que dependerá das características locais, considerando, principalmente, indicadores epidemiológicos.

DO PRIMEIRO AO SEGUNDO ANO DE VIDA → TRIMESTRALMENTE

- Intercalando Consulta Médica, de Enfermagem e participação nos grupos com a equipe.

DO SEGUNDO AO QUINTO ANO DE VIDA → SEMESTRALMENTE

- Intercalando Consulta Médica, de Enfermagem e participação nos grupos com a equipe.
- Obs: O seguimento da criança poderá ser adaptado a partir da realidade epidemiológica do território e da própria criança.
- Atentar à primeira CE, preferencialmente deve ser realizada quando na VD - PUÉRPERA E O RECÉM-NASCIDO (principais orientações no item 1.1)

CLASSIFICAÇÃO DOS RISCOS A SEREM OBSERVADOS:

- **Risco de crescimento e desenvolvimento:** Curva descendente ou horizontal, ganho de peso insuficiente, agravos nutricionais, prematuridade, desenvolvimento não compatível com a idade, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e infecção de repetição.
- **Risco de infecções de repetição:** Internação, atraso vacinal, desnutrição e aleitamento misto.
- **Riscos identificados ao nascer:** Baixo peso ao nascer (<2.500g).
Prematuridade
Morte de irmão menor de 5 anos de idade, internação após alta materna.
- **Risco ambiental:** Falta de saneamento básico, moradia inadequada, desestruturação familiar, situações de violência doméstica e sexual, uso e dependência de drogas lícitas e ilícitas.
- **Risco socioeconômico:** Desemprego, pais sem escolaridade, família proveniente de área social de risco, pessoas em situação de rua, mãe adolescente.

Tendo em vista o enfoque de risco, é necessário um planejamento com a equipe para um acompanhamento mais frequente das crianças, famílias e/ou cuidadores.



1.2 Consulta de enfermagem

Orientações

- Citar quem é o informante da consulta (mãe, pai, avó, babá, etc.) e quem vai cuidar dessa criança.
- Quem cuidará dela após o término da licença maternidade (creche, avó, babá, etc.).
- A mãe fez pré-natal? Fez todos os exames do pré-natal?
- Ficou doente durante a gravidez?
- Possui alguma doença imunossupressora?
- Usou drogas lícitas ou ilícitas?
- Quantos filhos ela já teve? São de um mesmo relacionamento?
- Quantos morreram?
- Quais as causas dos óbitos?
- A gravidez foi planejada?
- História de transtornos psiquiátricos?
- Aproveitar todas as oportunidades para investigar sinais indicativos de maus tratos, tais como, equimoses, hematomas, pequenos traumas e comportamento da criança
- Peso ao nascer
- Tipo de parto
- Verificar relatório de alta do RN
- Verificar se foi realizado o exame do pezinho e reflexo vermelho na maternidade
- A carteira de vacina deve ser verificada sempre, anotando se está em dia pela verificação direta

- Aproveitar qualquer vinda da criança à UBS para regularizar as vacinas (acolhimento, grupos, consultas médicas ou de enfermagem).

Orientar a mãe ou cuidador sobre a importância da vacinação, que mantenham sempre consigo a Caderneta de Saúde da Criança, apropriando-se das informações nela contidas.

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) -> Atividade privativa do enfermeiro

O DE provém da identificação clara e específica do enfermeiro sobre fatores de risco e/ou alterações das necessidades humanas básicas encontradas durante o histórico de enfermagem (coleta de dados e exame físico). Sua descrição exige um pensamento crítico e profundo podendo ser registrado em até três partes:

- Nome da alteração encontrada;
- a causa que levou esta alteração;
- e os sinais e sintomas que a define.

Obs.: O Enfermeiro deverá utilizar uma taxonomia, que possua reconhecimento internacional para registrar seu diagnóstico.

LUNA, 2011

1.2.1 Desenvolvimento da criança

O acompanhamento do desenvolvimento biopsiossocial é um marco fundamental da atenção à saúde da criança. Além da importância para promoção da saúde, desenvolvimento de potencialidades, diagnóstico e tratamento precoce de patologias, contribui para uma melhor qualidade de vida.

De acordo com as orientações do Ministério da Saúde (MS) encontradas na Caderneta de Saúde da Criança, o seu crescimento e desenvolvimento são importantes indicadores de saúde e sofrem influência de fatores biológicos e ambientais.

É importante estimular desde cedo o desenvolvimento da criança para que ela adquira autoconfiança, autoestima e desenvolva capacidade de relacionar-se bem com outras crianças, com a família e com a comunidade.

Vigiar o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extrauterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, estando, portanto, mais sujeito à agravos.

É também nesta época que a criança responde melhor aos estímulos que recebe do meio ambiente e às intervenções, quando necessárias. Portanto, é importante que neste período o profissional de saúde, juntamente com a família e a comunidade, **faça a vigilância do desenvolvimento infantil e verifique o adequado preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança com os parâmetros para o desenvolvimento da criança.**

VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas no desenvolvimento.

É um processo contínuo, flexível, envolvendo informações dos profissionais de saúde, pais, professores e outros.

CONSULTA – detalhes perante a mãe/cuidador

- **Na primeira consulta da criança** é importante perguntar para a mãe/cuidador sobre fatos associados ao seu desenvolvimento, observar alguns detalhes no seu exame físico e finalizar com a observação da criança na realização de comportamentos esperados para a sua faixa etária.
- Aproveite para **observar a interação da mãe/cuidador com a criança** (vínculo mãe/filho), por ser esta relação importante fator de proteção para o desenvolvimento humano.
- Observe a forma **como a mãe segura à criança**, se existe contato visual e verbal de forma afetuosa entre mãe e filho.
- Veja ainda os **movimentos espontâneos da criança**, se ela apresenta interesse por objetos próximos e pelo ambiente.
- Verifique os cuidados da mãe ou cuidador com a criança pelo seu **estado de higiene e a atenção ao que ela está fazendo**, para onde olha ou o que deseja naquele momento. São observações que podem auxiliar na avaliação.

- É importante que o profissional esteja atento às **condições de saúde da mãe/cuidador**.
- **Mães podem apresentar depressão pós-parto (vide Manual de Saúde da Mulher)**. Nesses casos, é importante reforçar a confiança das mães e, se necessário, encaminhá-las para atendimento médico.

CONSULTA – detalhes perante o ambiente/ interação

- A **vigilância do desenvolvimento** da criança pode ser realizada pelo profissional da Atenção Básica com a utilização de alguns brinquedos e objetos que desencadeiam respostas reflexas.
- Certifique-se que **o ambiente** para avaliação seja o mais tranquilo possível e que a criança esteja em boas condições emocionais e de saúde para iniciar o exame.
- Se por algum motivo **não for possível avaliar o desenvolvimento** da criança naquela consulta ou, se ficar em dúvida quanto a algum item de avaliação, marque retorno o mais breve possível para proceder à avaliação com mais segurança.
- **Após investigar os fatores de risco** e de escutar a opinião dos pais/cuidadores sobre o desenvolvimento da criança, examine-a.



DESENVOLVIMENTO DE 0 A 12 MESES

IDADE	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	COMO PESQUISAR
0 a 1 mês	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.
	Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança e observe se a criança olha para você, de forma evidente.
	Reage ao som	Bata palmas ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage com movimento dos olhos ou mudança da expressão facial.
	Eleva a cabeça	Posicione a criança de bruços e observe se ela levanta a cabeça, levantando (afastando) o queixo da superfície, sem virar-se para um dos lados.
1 a 2 meses	Sorriso social quando estimulada	Sorrir e converse com a criança; sem fazer cócegas ou tocar sua face. Observe se ela responde com um sorriso.
	Abre as mãos	Observe se, em alguns momentos, a criança abre as mãos espontaneamente.
	Emite sons	Observe se a criança emite algum som que não seja choro. Caso não seja observado, pergunte ao acompanhante se faz em casa.
	Movimenta ativamente os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.
2 a 4 meses	Resposta ativa ao contato social	Fique em frente ao bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse “conversando” com você. Pode pedir que a mãe/ cuidador o faça.
	Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.
	Emite sons	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee, etc.).
	De bruços levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção com objetos e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.

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

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança - Ministério da Saúde. 6ª edição - 2009

DESENVOLVIMENTO DE 12 A 36 MESES

IDADE	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	COMO PESQUISAR
12 a 15 meses	Mostra o que quer	A criança indica o que quer sem que seja pelo choro, podendo ser com palavras ou sons, apontando ou estendendo a mão para alcançar. Considere a informação do acompanhante.
	Coloca blocos na caneca	Coloque 3 blocos e a caneca sobre a mesa, em frente à criança. Estimule-a a colocar os blocos dentro da caneca, mediante demonstração e fala. Observe se a criança consegue colocar pelo menos um bloco dentro da caneca e soltá-lo.
	Diz uma palavra	Observe se durante o atendimento a criança diz pelo menos uma palavra que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.
	Anda sem apoio	Observe se a criança já anda bem, com bom equilíbrio, sem se apoiar.
15 a 18 meses	Usa colher ou garfo	A criança usa colher ou garfo, derramando pouco fora da boca. Considere a informação do acompanhante.
	Constrói torre de 2 cubos	Observe se a criança consegue colocar um cubo sobre o outro sem que ele caia ao retirar sua mão.
	Fala 3 palavras	Observe se durante o atendimento a criança diz três palavras que não seja nome de membros da família ou de animais de estimação. Considere a informação do acompanhante.
	Anda para trás	Peça à criança para abrir uma porta ou gaveta e observe se dá dois passos para trás sem cair.
18 a 24 meses	Tira roupa	Observe se a criança é capaz de remover alguma peça do vestuário, tais como: sapatos que exijam esforço para sua remoção, casacos, calças ou camisetas. Considere informação do acompanhante.
	Constrói torre de 3 cubos	Observe se a criança consegue empilhar três cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão.
	Aponta 2 figuras	Observe se a criança é capaz de apontar dois de um grupo de cinco figuras.
	Chuta bola	Observe se a criança chuta a bola sem apoiar-se em objetos.

IDADE	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	COMO PESQUISAR
24 a 30 meses	Veste-se com supervisão	Pergunte aos cuidadores se a criança é capaz de vestir alguma peça do vestuário tais como: cueca, meias, sapatos, casaco, etc.
	Constrói torres de 6 cubos	Observe se a criança consegue empilhar seis cubos sem que eles caiam ao retirar sua mão.
	Frases com 2 palavras	Observe se a criança combina pelo menos duas palavras formando uma frase com significado, que indique uma ação. Considere a informação do acompanhante.
	Pula com ambos os pés	Observe se a criança pula com os dois pés, atingindo o chão ao mesmo tempo, mas não necessariamente no mesmo lugar.
30 a 36 meses	Brinca com outras crianças	Pergunte ao acompanhante se a criança participa de brincadeiras com outras crianças de sua idade.
	Imita linha vertical	Observe, após demonstração, se a criança faz uma linha ou mais (no papel), de pelo menos cinco cm de comprimento.
	Reconhece 2 ações	Observe se a criança aponta a figura de acordo com a ação, por exemplo: "quem mia?" "quem late"?, "quem fala?", "quem galopa?"
	Arremessa bola	Observe se a criança arremessa a bola acima do braço.

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança - Ministério da Saúde. 6ª edição - 2009

Observações:

- **Trabalhar com a avaliação da família sobre a criança.**
- **Investigar as oportunidades que a criança encontra para o seu desenvolvimento.**
- **Registrar as conquistas e elogiar a família em relação aos aspectos positivos.**

1.2.2 Desenvolvimento ponderoestatural

A partir do 2º mês de vida, o esperado para o ganho de peso é de 18 a 30 g/dia, mas, o crescimento individual de cada criança poderá ter variações. Nas crianças em aleitamento materno, a enfermagem deverá avaliar o momento da mamada (posição, pega e fluxo de leite).

Pela aferição de peso e estatura é possível o diagnóstico nutricional.

Esta aferição deve ser realizada na consulta de enfermagem, médica, no atendimento do auxiliar de enfermagem e em grupos de puericultura.

Deve-se garantir sempre a retirada completa das roupas, fraldas e calçados.

Estatura: 1º semestre de vida -> 15 cm; 2º semestre de vida -> 10 cm; 1º ano de vida -> 25 cm; 2º ano de vida -> 10 a 12 cm/ano; 3º e 4º ano de vida -> 7cm/ano

Peso: Nos primeiros meses de vida, o esperado para ganho de peso é de 700 a 1000 gramas/mês (mínimo de 20 gramas/dia). Ocorre uma perda de 10% do peso do nascimento até o 10º dia de vida.

Ganho de 20 a 30 g/dia durante os 3 primeiros meses de vida e triplica o peso do nascimento até 12º mês de vida.

Utilizar os gráficos em escore Z, vide (Anexo 1.1)



1.2.3 Exame físico

- O exame físico deve ser sempre detalhado, respeitando suas características de desenvolvimento
- Realizar o desnudamento da criança por partes
- Lembrar peculiaridades do RN, lactente, crianças entre 13 a 36 meses, pré-escolar e escolar
- Estar atento para hipoatividade ou abatimento da criança, assim como irritabilidade ou choro excessivo
- Sempre atentar para sinais de maus tratos, má higiene, abandono ou negligência.
- Deixar por último os procedimentos mais estressantes (otoscopia, inspeção da amígdalas, mensurações e outros)
- Deixar anotado no prontuário qualquer suspeita e discutir com a equipe.

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO



CABEÇA

Observar e registrar formato e simetria do crânio, face e integridade do couro cabeludo, medir o perímetro cefálico.

1º e 2º mês de vida -> 2 cm mês

3º e 4º mês de vida -> 1,5 cm mês

5º ao 12º mês de vida -> 0,5 cm mês

No 2º ano de vida -> 0,3 cm mês



FONTANELAS - Ao nascer

A fontanela anterior (bregmática) mede cerca de 2,5 cm e fecha entre 9 e 18 meses. A posterior (lambdoide) mede 1 a 2 cm e costuma fechar por volta de 2 meses.

Observar e palpar tamanho e tensão da fontanela. Avaliar fechamento precoce de fontanelas (craniossinostose).

OLHOS

Avaliar presença e tipo de exsudato, lacrimejamento, fotofobia, anisocoria, exoftalmia, microftalmia, cor da esclera, estrabismo, aspecto e simetria dos olhos.

Visão: presença da visão através da observação dos reflexos visuais, constrição visual direta e consensual à luz.

Exame do reflexo vermelho: Deve ser realizado no recém-nascido até três meses de idade para detecção precoce de catarata congênita.

Verificar se o exame do reflexo vermelho foi realizado na maternidade.

Caso o exame não tenha sido realizado: Colocar a criança sentada no colo da mãe em ambiente de penumbra. Utiliza-se para o exame o oftalmoscópio portátil, com o disco de enfoque do aparelho no zero. O profissional olha através da pupila da criança com o aparelho a uma distância de 30 cm.

O aspecto é considerado normal quando se observa um clarão avermelhado na pupila (exame que dependerá do ambiente adequado).

OUVIDOS

Observar a forma, alterações, implantação das orelhas, realizar otoscopia e verificar coloração.

Acuidade auditiva: observar os movimentos de piscar dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro. Em crianças maiores sussurrar a uma distância de aproximadamente de 3 metros

NARIZ

Verificar presença e aspecto da secreção. Inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal.

Observar porção interna anterior do nariz com iluminação empurrando a ponta para cima.

Observar coloração da mucosa, condições dos cornetos, calibre das vias aéreas e secreções.



BOCA E FARINGE

Observar integridade e coloração da mucosa oral, realizar inspeção dos dentes, gengivas, face interna das bochechas, língua e palatos, tamanho e aspecto das amígdalas, hipermia, petéquias, gota pós-nasal e placas de secreção.

PESCOÇO

Inspeção e palpação de gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência e avaliar rigidez da nuca.

TÓRAX

Observar forma, simetria, sinais de raquitismo, mamas e perímetro torácico.



PULMÃO

Verificar frequência respiratória, presença de tiragem, tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios. Percutir face anterior, lateral e posterior do tórax. Auscultar procurando presença de sons respiratórios normais.

CORAÇÃO

Verificar pulso apical, observar quanto à presença de cianose e edema. Ausculta: frequência, intensidade e ritmo deverão ser avaliados, procurando alterações e sua localização.



ABDOMEN

Observar alterações globais de forma, volume e abaulamento localizado, presença de hérnias umbilicais, ventrais e diástases.

As hérnias umbilicais podem fechar espontaneamente até dois anos de idade. Examinar o coto umbilical quanto à presença de exsudato, odor, hiperemia, higiene e cicatrização. A mumificação completa do coto ocorre aproximadamente entre o 7º e 10º dia de vida.

Realizar palpação geral, superficial e profunda, observando presença de dor abdominal e sua localização, defesa ou rigidez da parede.

Percussão: delimitar o tamanho do fígado, presença de gases ou massas.

Ausculta: buscar ruídos hidroaéreos em cada quadrante.

PELE/ MUCOSAS E UNHAS

A pele do RN deve estar lisa, macia, rósea e opaca.

Observar elasticidade, coloração, lesões, higiene e hidratação.

Observar presença de **millium** sebáceo, eritema tóxico, mancha mongólica.

A presença de cor amarelada significa **icterícia**, sendo visível após as primeiras 24 horas de vida. Quando aparece antes disso, pode significar incompatibilidade de grupo sanguíneo ou infecção.

No caso de icterícia solicitar avaliação médica

Observar **temperatura corporal** e turgor subcutâneo.

Examinar unha em relação à cor, formato, textura, flexibilidade e higiene.

GENITÁLIA E RETO - PERÍNEO

Meninos: realizar no pênis retração do prepúcio e observar higiene, presença de fimose e testículos na bolsa escrotal, pesquisar reflexo cremastérico, hidrocele, hipospádia ou epispádia.

Meninas: observar o hímen, presença de secreção vaginal ou sinéquia labial. Pode ocorrer presença de secreção mucóide ou às vezes sanguinolenta nos primeiros dias de vida.

Avaliar presença de hiperemia e lesões satélites com hiperemia intensa.

EXTREMIDADES/ COLUNA VERTEBRAL

Observar deformidades, valgismo/varismo, paralisias, edemas, alteração de temperatura, assimetria e marcha.

Palpar pulsos radial, femoral e pedioso;

Realizar a **Manobra de Ortolani** (aconselhável até dois meses) e verificar simetria de dobras da coxa e pregas glúteas e poplíteas.

Observar presença de dedos extranumerários e baqueteamento digital.

Examinar coluna vertebral em diversas posições, rigidez, postura, mobilidade, curvatura, presença de depressão ou abaulamento, além de tufo de pelos e hipersensibilidade.

EXAME NEUROLÓGICO

Observar comportamentos da criança comparados ao comportamento habitual e ao esperado para fase de desenvolvimento.

Avaliar nível de consciência, atividade normal habitual ou hipoatividade.

AValiação dos reflexos

Estão descritos a seguir alguns reflexos que podem ser avaliados, sendo necessária às vezes a procura de muitos outros durante a consulta de enfermagem. Reflexo é uma reação corporal automática à estimulação. Comportamentos reflexos ou respondentes são interações estímulo resposta (ambiente-sujeito) incondicionais.

Reflexo de moro	Utilizar estimulação de queda de cabeça ou som. Não usar estimulação intensa. A criança deve abrir e fechar os braços, sendo detectado até o 3º mês de vida.
Preensão palmar	Colocar o dedo do examinador na palma da mão da criança no nível das metacarpofalangianas. A criança responde com flexão de todos os dedos, flexão e adução do polegar, simultaneamente, sendo detectado até o 3º mês de vida.
Reflexos de sucção	É provocado tocando-se os lábios, o que desencadeia movimentos de sucção dos lábios e da língua. Este reflexo não deve ser pesquisado imediatamente após a mamada, sendo detectado até o 3º mês de vida.
Reflexo extensão plantar	Imobilize o membro inferior com a mão apoiada na porção média da perna, realizando pequenas e sucessivas excitações na borda externa do pé, na região infra-maleolar. A resposta será de extensão do hálux (sem ser lenta ou majestosa), com ou sem abertura em leque dos dedos, sendo detectado somente no 1º mês de vida.
Reflexo de marcha	Em suspensão vertical, numa superfície dura, segurando o bebê pelas axilas, realizar o contato da planta dos pés com a superfície, a criança estenderá os joelhos, que se mantinham semifletidos, sendo detectado até o 2º mês de vida.
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.

1.2.4 Complementação vitamínica

- Vitaminas **A e D** devem ser suplementadas a partir do 7º dia de vida até dois anos de idade como medida profilática.
- A deficiência de Ferro é a mais frequente dentre as carências nutricionais das crianças em todo o mundo, constituindo um grave problema de saúde pública. A deficiência de Ferro causa repercussões negativas para o desenvolvimento mental e motor das crianças, ocasionando uma redução do rendimento escolar.

Considerando a crescente prevalência de anemia ferropriva e as dificuldades de grande parte da população ao acesso aos alimentos ricos em Ferro ou aos alimentos fortificados, foi desenvolvido um Programa de Prevenção de Anemia Ferropriva na infância onde é indicado a **Suplementação de Ferro** elementar conforme quadro abaixo:

SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO			Produto	
Faixa Etária	Dose Profilática de Ferro elementar			
RECÉM - NASCIDO	TERMO	6 a 12 meses AM*	1 a 2- mg /Kg /dia a partir do 6º mês, ou introdução de outros alimentos	Solução oral 25 mg/ml (1,25 mg/gota)
		0 a 12 meses MISTO OU ARTIFICIAL c/ leite de vaca**	1 a 2mg/kg/dia até 1 ano de idade	
		0 a 12 meses FORMULA**	Não necessário se consumo mínimo de 500ml/dia de fórmula	
	PRÉ-TERMO e RN DE BAIXO PESO	Até 1500 g a partir de 30 dias de vida	2mg/Kg/dia durante 1 ano. Após 1ano 1 mg/Kg/dia por mais 1 ano	
		RN com peso 1000 -1500 g	3mg/Kg/dia durante 1 ano. Após 1 ano 1mg/Kg/dia por mais 1 ano	
		Com peso < 1000 g	4mg/Kg/dia durante 1 ano. Após 1 ano 1mg/Kg/dia por mais 1 ano	
12 a 24 meses		1 mg/kg/dia = 1 gota/Kg/dia de solução oral		

OBSERVAÇÃO:

Nos portadores de anemias hemolíticas (Falciforme, Talassemia, outras), a suplementação de ferro NÃO está indicada, salvo sob orientação médica.

Fonte: Protocolo Saúde da Criança – Atenção Básica– SMS, 2006.

*AM – aleitamento materno exclusivo ou misto

** Sem AM – uso de fórmulas

1.2.5 Higiene oral

A higiene oral deve ser realizada a partir da presença do primeiro dente decíduo, continuar fazendo a higiene da boca, friccionando cuidadosamente os dentes.

Recomenda-se que a primeira consulta odontológica do bebê seja feita entre o nascimento do primeiro dente (geralmente aos 6 meses) e os 12 meses de idade.

ERUPÇÃO DENTÁRIA

Há grande variabilidade individual, considerada normal, na cronologia de erupção dos primeiros dentes chamados de “leite” ou decíduos.

Alguns bebês já nascem com dentes chamados neonatais, outros, na idade de um ano, ainda poderão ser totalmente desdentados

De 06 a 18 MESES

Para bebês em fase de erupção dos dentes incisivos: gaze ou fralda umedecida em água potável, duas vezes ao dia

De 18 A 36 MESES

Para bebês em fase de erupção de molares já é possível limpar os dentes da criança com escova dental macia, duas vezes ao dia.

Após esta faixa etária deve ser feita com a supervisão de um adulto de maneira mais completa.

Em localidades onde a água de abastecimento público é fluorada, esta limpeza deve ser feita só com escova e água, sem dentifrício ou com dentifrício sem flúor, pelo risco de ingestão de pasta, comum nas crianças desta faixa etária; que pode levar a fluorose. O uso do fio dental está indicado quando os dentes estão juntos, sem espaços entre eles, uma vez ao dia.

Entre 3 a 7 ANOS

Após a criança ter escovado os próprios dentes, os pais deverão complementar esta higienização.

Evitar mamadas na madrugada, principalmente mamadeiras açucaradas e mesmo o leite materno, principalmente em crianças maiores de um ano: oferta inoportuna de alimentos desencadeia risco de aspiração, obesidade e “cárie de mamadeira” de difícil tratamento e controle.

1.2.6 Aleitamento

Todo desenvolvimento fisiológico depende direta ou indiretamente da nutrição, principalmente na criança, que está em plena aquisição de massa e crescimento.

O leite materno deve ser oferecido exclusivamente para a criança até os primeiros 6 meses de idade.

VANTAGENS	
NUTRICIONAIS	É um alimento fisiologicamente perfeito para a criança. A maioria das mulheres produz leite em quantidade e qualidade adequadas. O leite de mães de prematuros é diferente daquelas de bebês de termo. Colabora efetivamente, para diminuir a taxa de desnutrição energético-proteica e, conseqüentemente, a mortalidade infantil. Contraindicado o uso de chás, águas, leite e fórmulas lácteas e/ou outros alimentos, exceto em casos clinicamente indicados; com participação nos grupos de apoio à amamentação; manutenção após o término da licença maternidade.
IMUNOLÓGICAS E FÍSICAS	Protege a criança contra infecções, principalmente do aparelho digestivo, pois retarda a exposição a possíveis contaminações alimentares em ambientes desfavoráveis. Diminui a probabilidade de processos alérgicos decorrentes da exposição precoce às proteínas do leite de vaca.
IMPORTÂNCIA DA SUÇÃO	O exercício da sucção auxilia no desenvolvimento adequado da cavidade oral e conformação do palato duro, contribui para prevenir o respirador bucal e as infecções respiratórias, reduz os riscos de a mãe ter câncer de mama.
PSICOLÓGICAS	Contribui para melhora da relação afetiva mãe e filho.
ECONÔMICAS	Representa economia real.

HIGIENE DAS MAMAS

Não devem ser utilizados sabonetes, cremes ou óleos; realizar a limpeza somente com água.

SINAIS DE “BOA PEGA”	
POSIÇÃO	<p>A melhor posição para amamentar é aquela confortável e prazerosa para a mãe e a criança.</p> <ul style="list-style-type: none">• A criança deve estar virada para a mãe, junto de seu corpo, bem apoiada e com os braços livres (abraçando a mãe). A cabeça da criança deve ficar de frente para o peito e o nariz bem na frente do mamilo. Só coloque a criança para sugar quando esta abrir bem a boca.• Quando a criança pega bem o peito, o queixo encosta na mama, os lábios ficam virados para fora, o nariz fica livre e aparece mais aréola na parte de cima da boca do que na de baixo.
RITMO	<p>Cada criança tem seu próprio ritmo de mamar, o que deve ser respeitado.</p> <ul style="list-style-type: none">• Deixe-a mamar até que fique satisfeita.• Espere que ela esvazie bem a mama e então ofereça a outra.
CARACTERÍSTICA DO LEITE	<p>O leite no início da mamada tem mais água e elimina a sede; e no final, tem mais gordura e por isso, elimina a fome proporcionando maior ganho de peso.</p>
ESVAZIAMENTO DAS MAMAS	<p>No início da mamada a criança suga com mais força porque está com fome, assim, esvazia melhor a mama oferecida.</p> <p>Por isso, é boa que a mãe comece cada mamada pelo peito em que a criança mamou por último, podendo, a criança, ter a oportunidade de esvaziar bem as duas mamas.</p> <p>O importante para a mãe é ter bastante leite, devendo tomar líquidos várias vezes ao dia (6 a 8 copos de 250 ml).</p>
OFERTA	<p>Orientar a mãe a dar o peito toda vez que a criança chorar. Isso também fará com que haja maior produção de leite.</p>
INTERVALO ENTRE AS MAMADAS	<p>Alguns bebês são muito quietos e reclamam pouco, dormindo muitas horas. Isso faz com que tenham hipoglicemia, principalmente os prematuros. Orientar para acordá-los a cada 3 horas para mamar, pelo menos nos primeiros 15 dias de vida, depois haverá adaptação natural.</p>
TÉRMINO DA MAMADA	<p>Ao retirar a criança do peito, para que ela solte o mamilo sem machucá-lo, a mãe pode colocar o dedo mínimo no canto da boca da criança, entre as gengivas. Depois da mamada, é importante colocar a criança na posição vertical para que ela possa arrotar.</p>

PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS MAMAS

FISSURA; MASTITE; ABCESSO; INGURGITAMENTO; MAMILO INVERTIDO

TRAUMAS MAMILARES

ORIENTAÇÕES

- Orientar a mãe para não usar qualquer tipo de sabonetes e cremes nos mamilos
- Não lavar as mamas quando for amamentar; apenas quando tomar banho
- Corrigir a posição da mamada e estimular a mãe para continuar amamentando
- Pode começar a mamada na mama que não está com trauma ou ferimento
- Aconselhar a mãe a expor os mamilos ao ar e à luz, tanto quanto possível, no intervalo das mamadas e não usar pomadas
- Aconselhar a mãe a passar uma gota do leite do fim da mamada no mamilo e aréola, esperar secar antes de vestir a roupa, pois isto facilitará a cicatrização
- Algumas vezes, a dor continua mesmo depois da correção da posição de mamada. Outras vezes a mama está ingurgitada e com edema na região mamilo-areolar e a criança não consegue abocanhar o suficiente. Nesses casos, devemos orientar a ordenha manual e oferecer o leite para a criança em um copinho, enquanto a fissura cicatriza ou o edema regrida

1.2.6.1 Ordenha manual

TÉCNICAS PARA ARMAZENAMENTO DE LEITO MATERNO

Este procedimento deve ser realizado com cuidado, para que possamos preservar a qualidade do leite materno devido às diferentes formas de contaminação que podem ocorrer.

- Solicitar para a mãe que, na medida do possível procure um lugar privativo, silencioso onde ela fique confortável e tranquila, devendo tomar líquidos várias vezes ao dia (8 a 10 copos de 250 ml).

ORIENTAR À MÃE:

- 1 Realizar uma boa limpeza das mãos com água e sabão (e, se possível, uma escovação das unhas, imediatamente, antes de cada ordenha), tentando evitar ao máximo que o leite possa ser contaminado
- 2 Secar as mãos com toalha limpa
- 3 Fazer uma massagem circular nas mamas
- 4 Estimular suavemente os mamilos estirando-os ou rodando-os entre os dedos
- 5 Extrair o leite e desprezar os primeiros jatos de leite de cada lado
- 6 Colocar o polegar na parte superior da mama, onde termina a aréola e outros dedos na parte inferior, após a borda da aréola
- 7 Comprimir contra as costelas e também entre o polegar e o indicador, por trás da aréola
- 8 Repetir o movimento de forma rítmica, rodando a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas
- 9 Alternar as mamas a cada 10 a 15 minutos ou quando diminuir o fluxo de leite
- 10 Alertar que a quantidade de leite que se obtém em cada extração pode variar
- 11 Depois da ordenha, passar algumas gotas de leite nos mamilos
- 12 Estimular a mãe para oferecer o leite ordenhado através de copo ou colher.

CONSERVAÇÃO

O leite retirado através da ordenha deverá ser armazenado em um recipiente de vidro previamente submerso em água fervente por 15 minutos, o frasco deverá estar bem vedado para evitar que o leite absorva odores e outros voláteis nocivos e devem ser estocados de acordo com as orientações abaixo:

Prazo de validade de estocagem:

- 1 Refrigerador, por 24 horas
- 2 Congelador de geladeira (de duas portas) ou congelador, por 15 dias
- 3 Apesar de não ser o melhor procedimento, se for necessário, estocar em local fresco, protegido da luz, por 6 a 8 horas
- 4 Orientar para colocar uma etiqueta com a data e o horário da coleta.

1.2.6.2 Contra indicação ao aleitamento materno

CASOS DE:

- Mães infectadas pelo HIV
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2 (vírus linfotrópico humano de linfócitos T)
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são citados como contraindicações absolutas ou relativas ao aleitamento, como, por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos.
- Criança portadora de galactosemia, doença do xarope de bordo e fenilcetonúria

1.2.6.3 Interrupção temporária da amamentação

- **INFECÇÃO HERPÉTICA**, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia

- **VARICELA**: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber imunoglobulina humana antivariçela zoster (Ighavz), que deve ser administrada até 96 horas do nascimento, devendo ser aplicada o mais precocemente possível.

- **DOENÇA DE CHAGAS** na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente

Abscesso mamário, até que ele tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia

- **CONSUMO DE DROGAS DE ABUSO**: recomenda-se a interrupção temporária do aleitamento materno, com ordenha do leite, que deve ser desprezado. O tempo recomendado de interrupção da amamentação varia dependendo da droga (ver abaixo).

- **Drogas Período recomendado de interrupção da amamentação:**

Anfetamina, Ecstasy-> 24 a 36 horas,

Barbitúricos-> 48 horas,

Cocaína, Crack-> 24 horas

Etano -> 1 hora por dose ou até a mãe estar sóbria,

Heroína, Morfina -> 24 horas

LSD -> 48 horas,

Maconha-> 24 horas,

1.2.6.4 Leite de vaca

- Deve ser diluído até os 4 meses de idade da criança por causa do excesso de proteína e eletrólitos, que fazem sobrecarga renal sobre o organismo do lactente
- Na diluição de 2/3 ou 10% (42 calorias), há deficiência de energia e ácido linoleico. Então, para melhorar a densidade energética, a opção é preparar o leite com 3% de óleo (1 colher de chá = 27 calorias). O carboidrato fica reduzido, mas a energia é suprida e não é necessária a adição de açúcares e farinhas, que não são aconselhados para crianças menores de 24 meses. Portanto, até a criança completar 4 meses, o leite diluído deve ser acrescido de óleo, ou seja, 1 colher de chá de óleo para cada 100ml.
- Após o bebê completar 4 meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e nem acrescido do óleo, já que nessa idade a criança receberá outros alimentos. O preparo de fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto.

1.2.6.5 Leite em pó integral

- Preparo do leite em pó: primeiro, deve-se diluir o leite em pó em um pouco de água fervida e, em seguida, adicionar a água restante necessária.
- 1 colher rasa das de sobremesa para 100ml de água fervida
- 1½ colher rasa das de sobremesa para 150ml de água fervida
- 2 colheres rasas das de sobremesa para 200ml de água fervida.

1.2.6.6 Leite integral fluído

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

1.2.6.7 Introdução alimentar complementar

Deve ser indicado a partir do 6º ano de vida, mantendo o aleitamento materno

INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO: RECOMENDAÇÕES GERAIS

ADAPTAÇÃO AOS ALIMENTOS	<p>Iniciar um alimento de cada vez, verificando aceitação da criança, evitar misturas de frutas em sucos ou papas, pois se houver intolerância não saberemos o que provocou.</p> <p>O fato de a criança estar com fezes firmes é um sinal que o preparo do leite e alimentos está bom, sem agressões microbianas ao seu intestino (o que levaria as diarreias).</p>
HÁBITOS ALIMENTARES	<p>Respeitar os hábitos alimentares da família, desde que não haja privação de alimentos benéficos para a saúde da criança, como nos tabus alimentares.</p>
EQUILÍBIO NUTRICIONAL	<p>Orientar quanto ao equilíbrio nutricional, oferecendo alimentos dos três grupos: Construtores/proteicos (carnes, ovos, leguminosas como feijão e grãos), reguladores (verduras, legumes e frutas, fontes de fibras e vitaminas) e energéticos (carboidratos e gorduras).</p>
HIGIENE PREPARO CONSERVAÇÃO	<p>Dar extrema importância à higiene quanto ao preparo e conservação dos alimentos (lavagens das mãos, dos utensílios de cozinha, da esterilização de mamadeiras, lavagem de verduras e frutas, fervura, limpeza da geladeira, etc.).</p> <p>As peças de encaixe de mamadeiras, assim como a mamadeira (garrafa), devem ser muito bem lavadas e escovadas com detergente em água corrente. A seguir devem ser escaldadas para desinfecção e guardadas em recipiente tampado, de preferência em geladeira, sendo esterilizadas novamente a cada uso. Manter o furo original para que a criança faça força ao sugar, mantendo os exercícios bucais.</p>

Obs.: O ideal é que o leite de vaca e seus derivados, só deve ser inserido a partir do 1º ano de vida, bem como peixes, frutos do mar e frutas como morango e kiwi.

ALIMENTAÇÃO EM CRIANÇAS AMAMENTADAS ATÉ O 6º MÊS

- Geralmente a introdução dos novos alimentos se inicia no 6º mês, é introduzida a refeição de frutas (suco ou frutas raspadas/amassadas), água e a refeição de “sal”, em substituição a uma das mamadas;
- A forma líquida e o sabor naturalmente adocicado são de mais fácil aceitabilidade pela criança, além das frutas serem boa fonte de vitaminas e minerais.
- Quando a criança já estiver habituada ao suco, podem-se oferecer as frutas na consistência pastosa (papas), sempre uma fruta por vez, verificando-se a aceitabilidade da criança.
- Após o 6º mês, é introduzida a refeição de sal, sob a forma de papa (amassada com garfo – não bater no liquidificador ou peneirar), que é oferecida na hora do almoço, em substituição a uma das mamadas.
- Quando a criança estiver bem adaptada à rotina do almoço, introduzir a 2ª refeição de “sal” (jantar) a partir do 7º mês, verificando a aceitabilidade.

ALIMENTAÇÃO ARTIFICIAL

- Nos casos em que o aleitamento materno não é possível (trabalho, doença, óbito materno, adoção) podem ser utilizadas as fórmulas lácteas
- A água utilizada deve sempre ser fervida e, se possível, também filtrada
- No RN a termo em aleitamento artificial somente com fórmula, que esteja ingerindo 500ml/dia, não é necessário a suplementação com ferro
- Quando com leite de vaca (líquido), este deve ser bem fervido durante 3 minutos, para esterilização e desnaturação das proteínas, facilitando a digestão. No caso do leite em pó não ferver após a diluição, para não alterar o valor nutritivo, ferver a água e adicionar o pó
- No caso do aleitamento misto com leite de vaca ou, artificial com leite de vaca, a suplementação com ferro deve ser feitas assim que iniciado o leite de vaca
- A criança em aleitamento artificial deve receber uma quantidade maior de água, entre as mamadas, sob a forma pura, fervida, em chás ou sucos, devido à carga elevada de sais presentes no leite de vaca.

QUADRO SIMPLIFICADO DE ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA PARA CRIANÇA EUTRÓFICA - SUGESTÃO

IDADE	ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	ALEITAMENTO ARTIFICIAL (OU MISTO)	OBSERVAÇÕES
1º mês	Leite materno - livre demanda	Fórmulas lácteas ou leite de vaca integral líquido diluído em duas partes de leite para uma de água	A partir do 7º dia de vida iniciar suplementação vitamínica A+D e iniciar suplementação de ferro no caso de aleitamento misto ou artificial
2º mês	Idem acima	Idem acima	Manter suplementação vitamínica. Suplementação de ferro logo após o desmame.
3º mês	Idem acima	Idem acima	Oferecer o suco de colherinha ou copinho – Evitar “chucas” ou mamadeiras.
4º mês	Idem acima	Idem acima + iniciar a 1ª sopa com caldo de carne cozida, hortaliça, cereal e leguminosa e gema de ovo cozido (1/4), aumentando por semana até completar uma gema inteira. A carne de ser colocada somente durante o cozimento. Iniciar suco e papa de frutas.	Não usar liquidificador. Usar colher (de preferência de plástico). Amassar com garfo e passar em peneira grossa. Observar tolerância à gema.
5º mês	Idem acima	Fórmulas lácteas ou leite de vaca líquido integral	Usar temperos leves (cebolinha/tomate/pouco sal) refogados – Não usar temperos prontos.
6º mês	Idem acima + iniciar o suco e após 1 semana a papa de frutas, a mesma fruta por dois dias depois mudar. Final do 6º mês: almoço (sopa). Primeira sopa com hortaliças, legumes e cereais. A carne deve ser colocada somente durante o cozimento. Introduzir a gema de ovo cozida e aumentar semanalmente até completar uma gema inteira.	Iniciar a 2ª sopa no jantar com caldo de carne cozida, hortaliça, cereais e leguminosas, sobremesa de frutas. Manter média de três mamadeiras/dia (+/- 200 ml/cada, manhã, tarde e noite).	Observar tolerância à gema. Iniciar suplementação de ferro no caso de aleitamento materno exclusivo.
7º mês	Idem acima + iniciar jantar (2ª refeição). Sobremesa de frutas. Uso de gema de ovo 2 a 3 vezes na semana.	Idem acima	Idem acima – fazer lanche da tarde com frutas e/ou biscoitos (em Aleitamento materno ou artificial)
8º mês	Idem acima + lanche da tarde.	Idem acima + lanche da tarde.	Começar com a “comida de casa” arroz + feijão adaptando logo a criança aos hábitos alimentares da família.
9º ao 12º mês	Idem acima – iniciar clara de ovo cozido no 10º mês.	Idem acima – iniciar clara de ovo cozido no 10º mês.	Por volta do final do 1º ano – a criança deve acompanhar o ritmo de alimentação da família.

DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

Passo 1

Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chá ou quaisquer outros alimentos.

Passo 2

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

Passo 3

A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas e frutas) no mínimo duas vezes ao dia e a partir dos nove meses no mínimo três vezes ao dia.

Passo 4

A alimentação complementar deve ser oferecida em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança. Não oferecer sucos ou alimentos nos intervalos das refeições.

Passo 5

A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas /purês) e, aumentar aos poucos a sua consistência até chegar à alimentação da família. Amassar os alimentos com o garfo, não passar na peneira, nem usar o liquidificador. Cortar as carnes bem picadinhas ou oferecê-la moída.

Passo 6

Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia: grãos (cereais e feijões), carnes, frutas e legumes. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida. Oferecer água nos intervalos das refeições.

Passo 7

Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições. Os alimentos regionais e sazonais são uma boa escolha.

Passo 8

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

Passo 9

Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir armazenamento e conservação adequados. Lavar as mãos antes de preparar a refeição e de alimentar a criança. Não oferecer restos da refeição anterior. Não deixar os alimentos descobertos.

Passo 10

Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação. A criança doente tem menos apetite e pode perder peso. Na convalescença o apetite está aumentado, o que ajuda na recuperação do peso.

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. É importante que a criança coma devagar, pois assim, mastiga bem os alimentos, aprecia melhor a refeição e satisfaz a fome.

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. Dar preferência aos alimentos na sua versão integral e na sua forma mais natural.

Passo 3

Oferecer legumes e verduras nas duas principais refeições do dia; oferecer também, diariamente, duas frutas nas sobremesas e lanches. Todos esses alimentos são fontes de vitaminas e minerais que ajudam na prevenção de doenças e melhoram a resistência do organismo. Variando os tipos de frutas, legumes e verduras oferecidos, garante-se um prato colorido e saboroso.

Passo 4

Oferecer feijão com arroz todos os dias ou, no mínimo, cinco vezes por semana. Logo após a refeição, oferecer ½ copo de suco de fruta natural ou ½ fruta que seja fonte de vitamina C, como limão, laranja, acerola e outras para melhorar o aproveitamento do ferro pelo corpo. Essa combinação ajuda na prevenção da anemia.

Passo 5

Oferecer leite ou derivados (queijo e iogurte) três vezes ao dia. 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 com muito açúcar, balas, bombons, biscoitos doces e recheados, salgadinhos e outras guloseimas, no dia a dia. Esses alimentos podem ser consumidos no máximo duas vezes por semana, em pequenas quantidades, para não tirar a fome da criança. Uma alimentação muito rica em 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 à mesa. Evitar temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos como mortadela, presunto, salsicha, linguiça e outros, pois esses alimentos contêm muito sal. É importante que a criança se acostume com comidas menos salgadas desde cedo. Sal demais pode aumentar a pressão. Usar temperos como cheiro verde, alho, cebola e ervas frescas e secas ou suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos.

Passo 9

Estimular a criança a beber no mínimo quatro copos de água durante o dia, de preferência nos intervalos das refeições, para manter a hidratação e a saúde do corpo. Suco natural de fruta também é uma bebida saudável, mas só deve ser oferecido após as principais refeições, para não tirar a fome da criança durante o dia.

Passo 10

Incentivar a criança a ser ativa e evitar que ela passe mais do que 2 horas por dia assistindo TV, jogando videogame ou brincando no computador. É importante sair para caminhar com ela, levá-la para andar de bicicleta, passear com o cachorro, jogar bola, pular corda, ou seja, fazer algum tipo de atividade física. Criança ativa é criança saudável.

1.3 Conteúdo programático para grupos educativos

1º Grupo 0 - 6 meses

Amamentação

- Problemas comuns e suas soluções (fissuras, mamas ingurgitadas, posição para amamentar, uso de medicamentos, etc.). Orientar a mãe (ajudá-la e não culpá-la) no caso de insucesso do aleitamento materno exclusivo.
- Pressões sociais podem levar ao desmame precoce, principalmente em primigestas e adolescentes.

Controle da temperatura

Febre: o que é. Como manejar e sinais de alerta.

Cólicas do bebê

São temporárias, são aliviadas por massagem abdominal e calor local. Orientar dieta materna.

Problemas dermatológicos

Retirada de crostinhas, cuidados higiênicos, como prevenir assaduras, o banho, cuidados com as fraldas, evitar sabão em pó, alvejantes e amaciantes, destacar cuidados de higiene com os genitais.

“Exame do Pezinho”

Explicar do que se trata e sua importância.

Vacinação

Mostrar a importância de estar com a carteirinha em dia e quantas doenças poderão ser evitadas.

Ganho de Peso

Melhor padrão de saúde da criança, mostrar o esperado para a idade e esclarecer padrão individual.

Vínculo familiar

Valorização do tempo disponível com a criança, estabelecer limites nas solicitações da criança impondo rotinas da casa, cuidados físicos e emocionais, construção da identidade materna.

Prevenção de acidentes

Como quedas, sufocamentos e queimaduras, aspiração (posição no berço) e morte súbita.

Ciúme do irmão mais velho

Como tratar as reações de infantilização, verbalização da rejeição.

Estimulação neuropsicomotora

Como por exemplo, atividades com objetos educativos para a idade.

Manobras alternativas

Shantala, massagem terapêutica e toque terapêutico.

Direitos

Contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Autocuidado da mãe

- Estética, conforto, sexualidade, organização do tempo.
- Distribuição das atribuições da família nos cuidados
- Com a criança e nos afazeres domésticos.

Incentivar o pai a cuidar da criança.

Planejamento reprodutivo

2º Grupo 7 - 9 meses

Alimentação

- Salientar sobre alimentos que devem ser consumidos no 1º ano de vida, evitando os alimentos com alto teor de açúcar, sal e óleo.
- Introdução de novos alimentos.
- Aproveitamento integral dos alimentos da época.
- Preparo da sopa, cozimento, temperos leves.
- Amassar com garfo e não liquidificar.
- Ter rotina de horários com a criança, pois dá segurança psicológica e adequado funcionamento intestinal.

Importância da avaliação nutricional

- Acompanhar periodicamente o peso e estatura da criança.
- Estimular a mãe a manter sua criança eutrófica, (menor risco de doenças, melhor desenvolvimento físico e intelectual).

Desenvolvimento

- Identificar a percepção da família em relação à criança, e orientar como deverá ser estimulada.
- Importância do “alimento afetivo” para o bom desenvolvimento integral da criança.
- Destacar as conquistas realizadas pela mesma.

Doenças diarreicas

- Aleitamento materno e alimentos obstipantes
- Hábitos higiênicos pessoais/alimentares e domiciliares.
- Consequências nesse grupo etário (desnutrição, morbidades, morte e desidratação)
- Destino adequado do lixo e importância de água tratada
- Uso da Terapia de Reidratação Oral (TRO), sinais de alerta para desidratação e quando procurar ajuda.

Doenças respiratórias

- Resfriado/ afecção mais séria.
- Fatores desencadeantes: Aspectos ambientais (fumaça, poeira da rua, estações do ano). Aspectos domiciliares (insolação, ventilação, temperatura, tabagista em casa, animais, acúmulo de pó, tapetes, cortinas, umidade/infiltração).
- Orientar sinais de alerta: respiração rápida, tiragem e ruídos respiratórios.
- Orientar cuidados profiláticos: aumento do aporte hídrico, vaporização, tapotagem, limpeza nasal, fracionamento da dieta e controle da temperatura.

2º Grupo 7 - 9 meses

Crescimento e desenvolvimento

- Como estimular a criança.
- Aspectos peculiares do desenvolvimento emocional.

Avaliação nutricional

- Como está a curva de crescimento de cada participante.
- Correlacionar com morbidades, desmame, erro alimentar e buscar soluções.

Alimentação

- Reforçar a 2ª refeição de sal e a diminuição do leite como principal alimento.
- A criança começa a seguir o ritmo alimentar da casa.
- Buscar soluções simples e baratas para aproveitamento dos alimentos.

Cuidados com os dentes

- Mostrar que a dentição decídua é tão importante quanto a permanente.
- Limpeza após as mamadas e após as refeições.
- Uso prolongado da chupeta, mamadas noturnas e seus riscos (aspiração e cáries).

Prevenção de acidentes

- Quedas.
- Objetos perfurocortantes, deslizantes, (sobre móveis, eletrodomésticos).
- Queimaduras.
- Intoxicações/envenenamentos/engasgos e aspiração de pequenos objetos.
- Riscos que o bebê corre ao engatinhar (afogamentos, choque elétrico).
- Riscos de transporte (cadeirinha do carro, carrinhos de passeio).
- Riscos da exposição excessiva ao Sol.
- Proteção nas janelas, escadas, tanques, etc.

Importância do exemplo dos pais

- Diálogo.
- Brincar com as crianças.
- Construir brinquedos com sucata.
- Valorizar as conquistas.
- Bons hábitos alimentares.
- Oficinas com painéis.
- Ensinar habilidades.
- Evitar comparar com os outros irmãos, primos ou vizinhos.

Observações:

- Os grupos educativos podem se constituir, também, em espaço de educação continuada para o restante da equipe.
- Convidar o pai e outros familiares para participarem dos grupos.
- Podem ser utilizados vídeos em alguns grupos.

Pode ser interessante, manter um painel em local de visibilidade da UBS com alternativas criativas dadas pelas famílias no cuidado das crianças (receitas boas e baratas, alternativas para proteger a criança, construção de brinquedos).

Vale também buscar ocupar os espaços públicos do território, adaptando-os para utilização das crianças.

Dependendo da área física destinada ao grupo, podem ser organizadas oficinas culinárias para preparo de mamadeiras, papas, trocam receitas, preparo de chás caseiros, etc.

1.4 Calendário Vacinal da Criança

As atualizações dos calendários são feitas **EM TEMPO REAL NOS LINKS:**

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vacinacao/index.php?p=7313

ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/imuni08_ntprog.pdf

http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/imuni10_suple_norma_rev.pdf

1.5 Assistência de enfermagem aos problemas comuns na infância

AVALIAÇÃO DO PESO E GANHO PONDERAL



ORIENTAÇÕES PARA BAIXO PESO

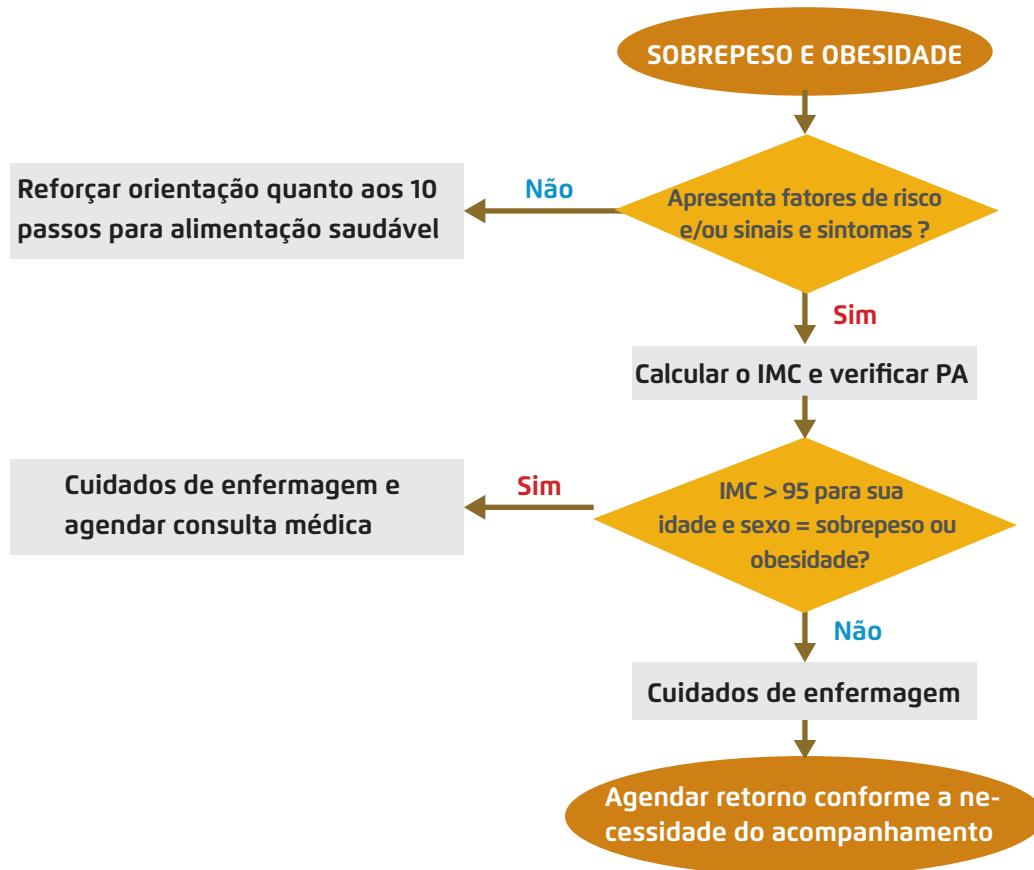
- Abordar hábito alimentar
- Oferecer 6 a 7 refeições por dia
- Evitar guloseimas entre as refeições
- Orientar diluição correta do leite e preparo de papas e purês
- Oferecer frutas e sucos
- Oferecer pratos coloridos com verduras e legumes
- Incentivar aleitamento materno e orientar alimentação complementar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

SOBREPESO E OBESIDADE

Fatores de risco → história familiar, alto consumo de alimentos energéticos/baixo consumo em alimentos ricos em fibras e sedentarismo.

Sinais e sintomas: Ganho de peso acima do esperado para estatura, segundo a idade e sexo e aumento de tecido celular subcutâneo.

Ob.: A obesidade por si só, é fator de risco importante. Portanto, toda criança com sobrepeso ou obesa deve passar em consultas médicas periódicas independente de ter outros fatores de risco associados.

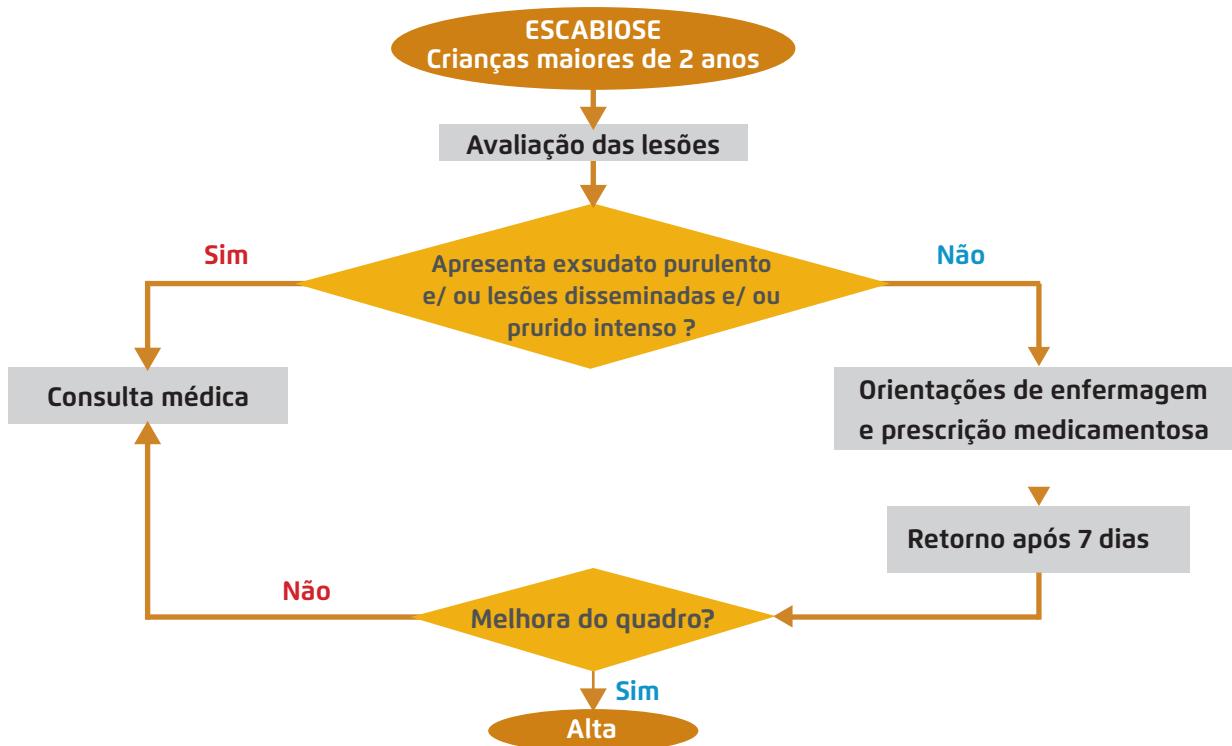


ORIENTAÇÕES SOBREPESO E OBESIDADE

- Montar uma rotina alimentar, junto à família, definindo horários para o café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar
- Evitar ingestão de alimentos nos intervalos das refeições
- Incentivar a família a aumentar o consumo de grãos, frutas e verduras, salientando a importância da mastigação, diminuir o consumo de alimentos ricos em carboidratos de absorção rápida e gorduras e a não ingestão de líquidos durante as refeições
- Ingerir água a vontade entre as refeições
- Estimular a prática de exercícios físicos regulares, lazer em áreas livres e parques, diminuindo o tempo destinado a assistir televisão
- Solicitar à família fazer um diário alimentar e trazê-lo às consultas.

ESCABIOSE

Doença de pele produzida pela penetração de um ácaro parasita, que provoca irritação e formação de vesículas e/ou pústulas e prurido intenso.



CRIANÇAS MENORES DE 2 (DOIS) ANO DE IDADE

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA

- Creme Permetrina 5% passa nas lesões com leve massagem antes de dormir ao despertar retirar no banho da manhã.
- Repetir o tratamento em 7 dias.

ORIENTAÇÕES ESCABIOSE

- Sobre transmissibilidade
- Higiene Pessoal

- Manter unhas cortadas
- Prevenção na família
- Investigar outros casos no núcleo familiar e escolar
- Lavar as roupas de cama e as de uso pessoal separadamente, se possível diariamente, passá-las a ferro e colocá-las ao sol.

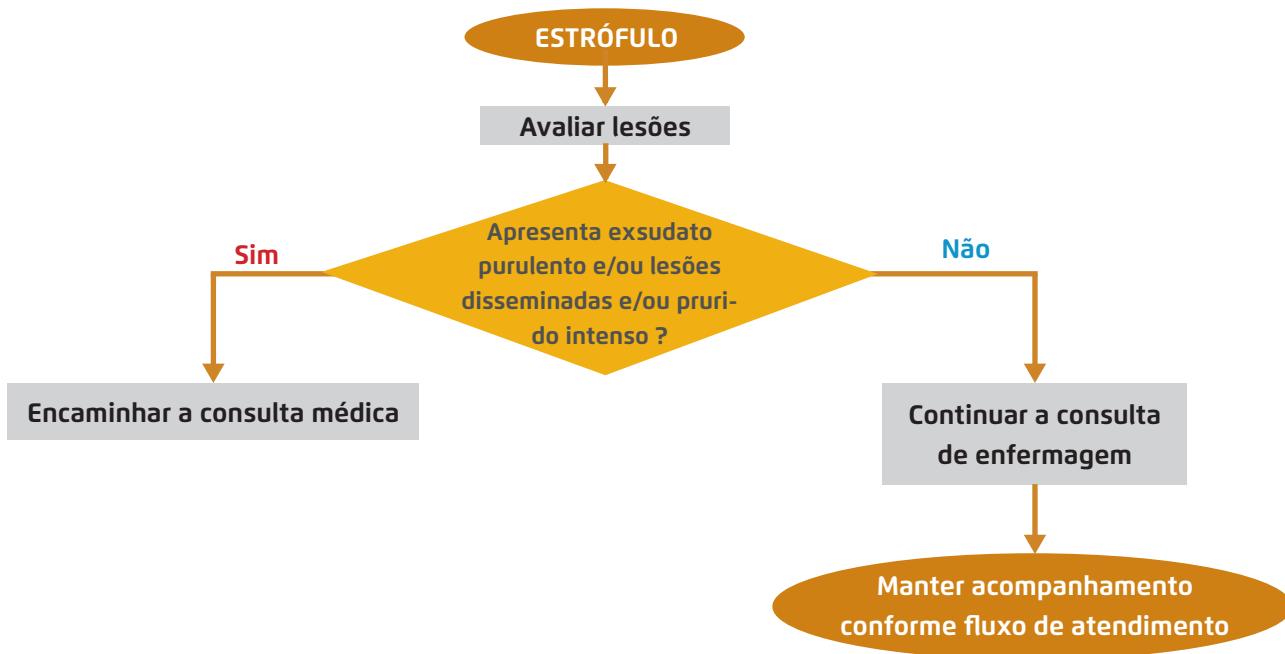
CRIANÇAS MENORES DE 2(DOIS) ANO DE IDADE

Encaminhar para consulta médica

ESTRÓFULO

Pápulas pruriginosas, em forma de cúpula, com vesículas às vezes umbilicadas, desaparecendo frequentemente pela escoriação.

É desencadeado por picada de insetos (uma só picada faz com que surjam inúmeras lesões). As extremidades e região da cintura pélvica são as mais acometidas.

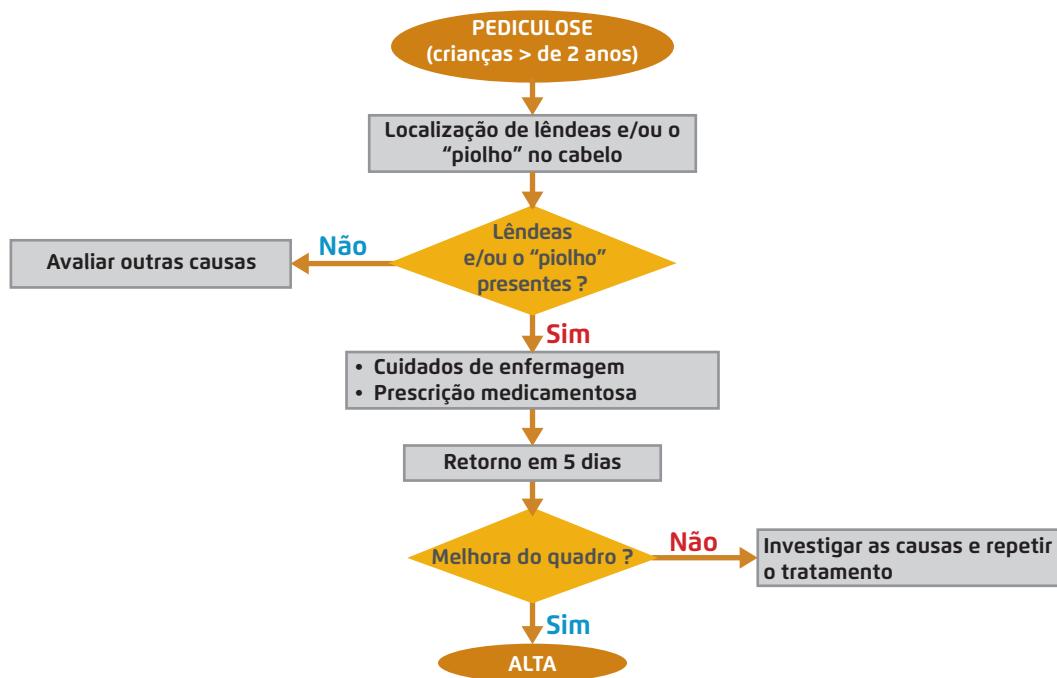


ORIENTAÇÕES ESTRÓFULO

- Usar telas nas janelas
- Manter unhas curtas e limpas
- Indicar o uso de pasta d'água ou amido de milho 3 a 4 vezes ao dia
- Pasta d'água caseira → ½ copo (americano) de água com três colheres de sopa de amido de milho. Fazer a pasta e aplicar no local da picada
- Lavar as roupas de cama e as de uso pessoal separadamente, se possível diariamente e passa-las a ferro.

PEDICULOSE

Doença produzida pela presença de um ácaro parasita que provoca prurido em couro cabeludo na sua maioria das vezes.



PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA -> PEDICULOSE

Loção capilar Permetrina 1%, para crianças maiores de dois anos

Aplicar o produto no couro cabeludo e deixa-lo agir por 10 minutos, lavando em seguida e repetir após 7dias. Cuidado com os olhos.

ORIENTAÇÕES PEDICULOSE

- Hábitos de higiene
- Prevenção na família
- Remoção das lêndeas manualmente umedecendo os cabelos com vinagre morno diluído em partes iguais em água (1:1)
- Utilizar o pente fino
- Pode-se aplicar também em crianças menores de dois anos
- Investigar outros casos no núcleo familiar e escolar
- Crianças menores de dois anos, encaminhar para Consulta Médica.

DERMATITE DAS FRALDAS

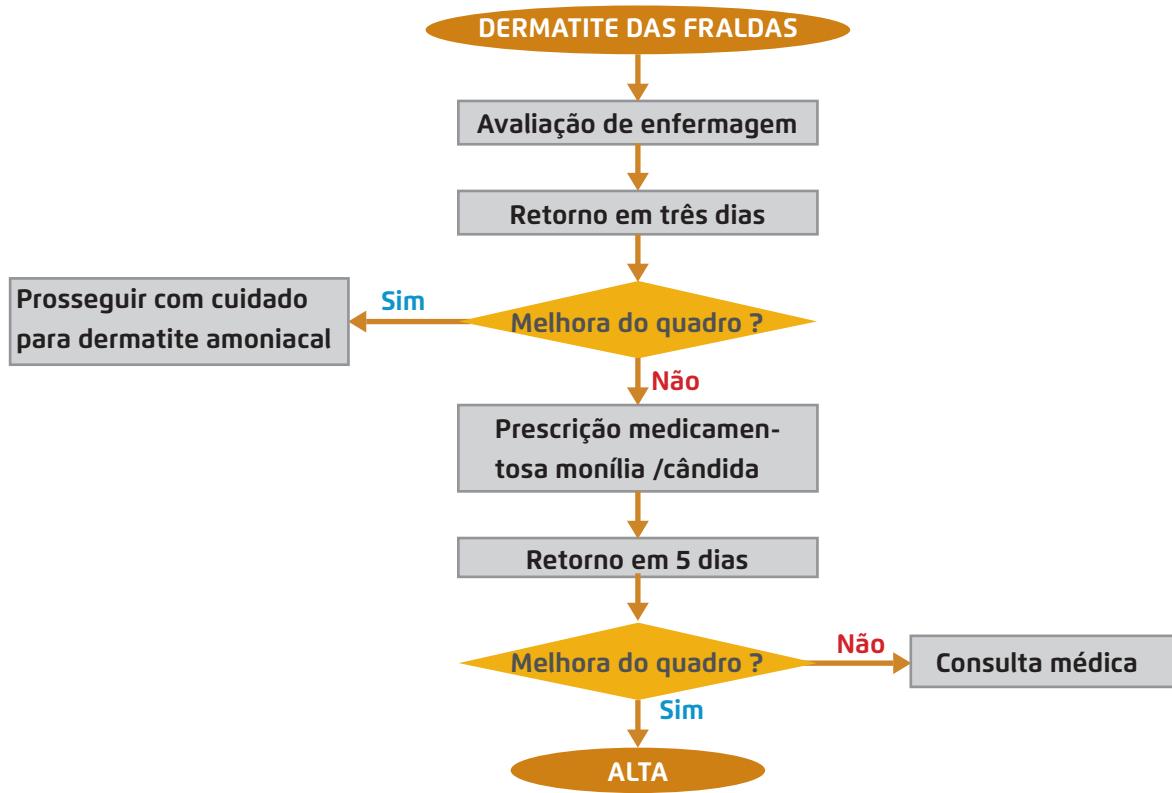
Erupção inflamatória da área de fralda causada por: urina, fricção, umidade, fezes, irritantes químicos e pela proliferação dos fungos monília e cândida.

Monilíase

É provocada pelo fungo monília, que se prolifera na região em que se colocam as fraldas, por ser um ambiente úmido, devido à presença de fezes e urina. O principal sintoma é a pele avermelhada, com ou sem pontos esbranquiçados.

Candidíase

É provocada pelo fungo cândida, e apresenta os mesmos sintomas que a monilíase.



PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA -> DERMATITE POR MONÍLIA OU CÂNDIDA

- Miconazol creme (2%, 30g)* após cada troca de fralda de 7 a 10 dias -> *prescrever o creme disponível na REMUME
- Observação: tratamento somente para lesões satélites e hiperemia intensa
- Reavaliar após sete dias, ou antes, se necessário.

ORIENTAÇÕES DERMATITE AMONICAL

- Verificar a característica da hiperemia (intensa, brilhosa, com ou sem lesões)
- Lavar o local com água morna a cada troca de fralda
- Realizar compressas com chá de camomila frio
- Suspender o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele)
- Expor a área afetada ao sol uma vez ao dia de 5 a 15 minutos (no início da manhã ou no final da tarde)
- Cuidados com a fralda de pano: usar somente branca, lavar com sabão em pedra e enxaguar com muita água. Não usar sabão em pó, líquido, amaciantes e alvejantes. Ferver após lavagem por 5 minutos. Secar e passar com ferro.
Na última água de enxague, adicionar uma colher (sopa) de vinagre branco (solução: uma colher (sopa) de vinagre branco para dez litros de água).
- Prescrever creme de Óxido de zinco com Vitamina A e D às trocas das fraldas, se necessário.

DERMATITE SEBORRÉICA

Infecção fúngica do couro cabeludo causada por uma hiperatividade das glândulas sebáceas.

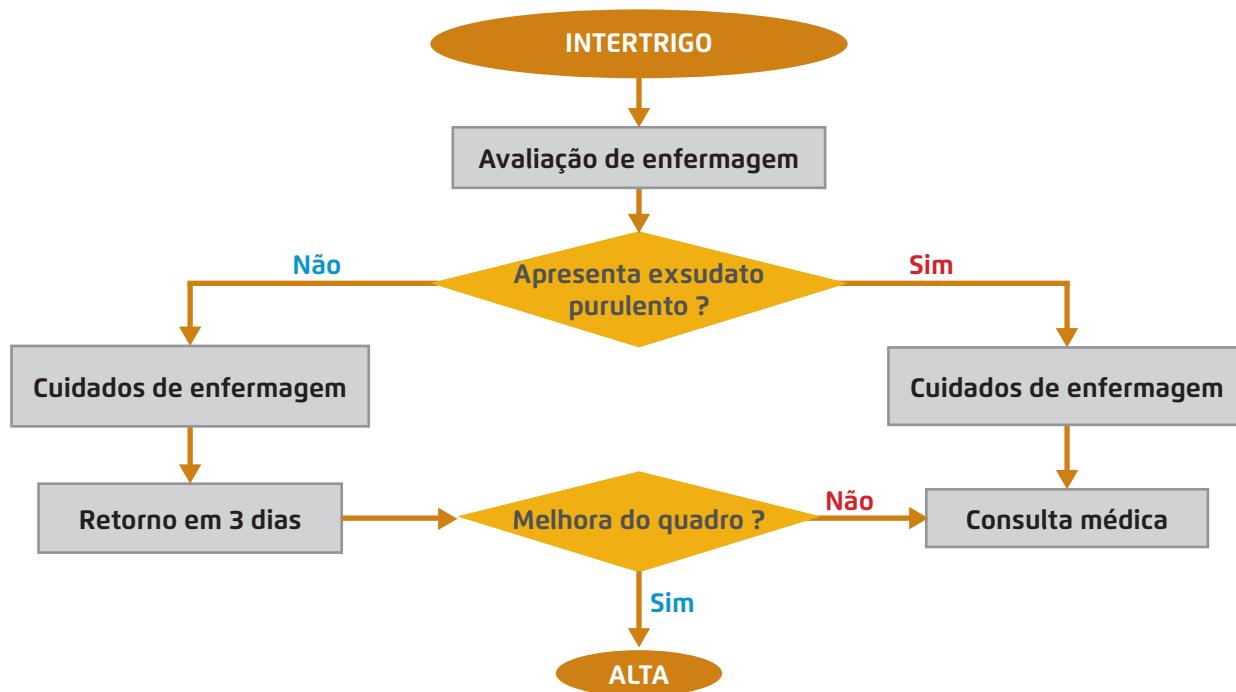


ORIENTAÇÕES DERMATITE SEBORRÉICA

- Uma vez ao dia: passar no couro cabeludo vaselina ou óleo mineral, deixar por uma hora e retirar delicadamente, com escova fina
- Lavar a cabeça com sabonete neutro
- Banho completo com sabonete neutro de glicerina – de preferência sem perfume.

INTERTRIGO

Lesão hiperemiada de dobras consequente a maceração pelo suor excessivo.

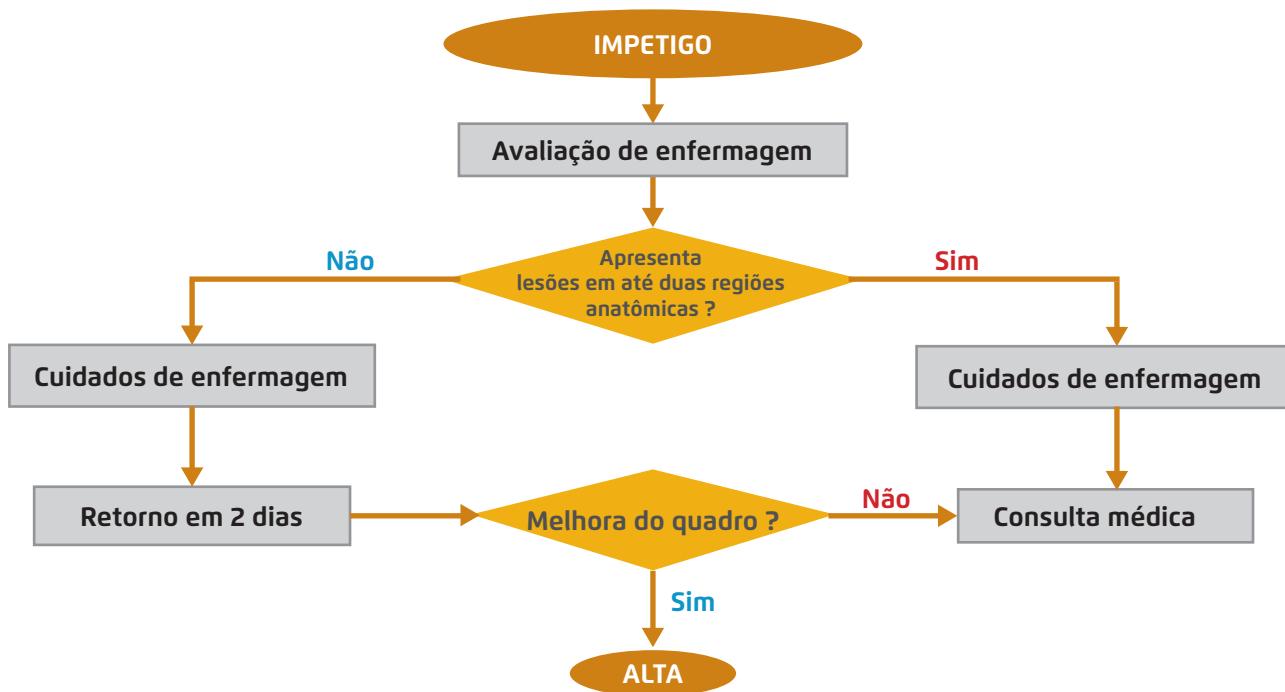


ORIENTAÇÕES INTERTRIGO

- Lavar o local com água e sabonete neutro
- Secar bem o local
- Exposição ao sol pela manhã e final de tarde de 5 a 15 minutos
- Usar roupas que não provoquem suor
- Aplicação do amido de milho diretamente sobre a pele ou creme de óxido de zinco com Vitamina A e D.

IMPETIGO

Infecção primária da pele altamente contagiosa, caracteriza-se por lesão maculoeritematosa, que logo se transforma em vesículo-papular.



ORIENTAÇÕES IMPETIGO

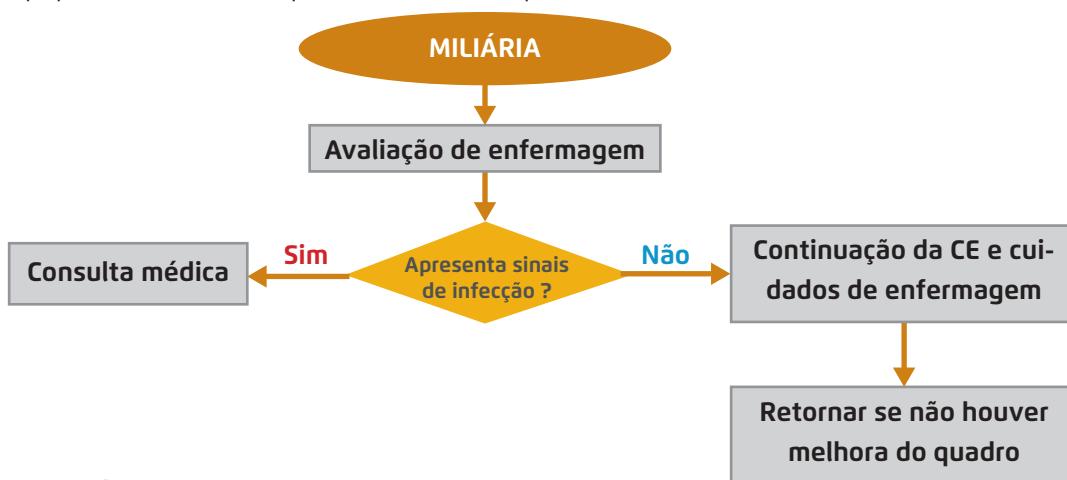
- Lavar as lesões com água morna e sabonete neutro durante o banho
- Manter as unhas curtas
- Lavar as mãos, frequentemente.

MILIÁRIA (Brotoeja)

Lesão eritematosa microvesicular, pruriginosa, desencadeada por calor excessivo e umidade ou por substâncias que podem obstruir os poros (cremes, talcos ou óleos).

Pode apresentar-se das seguintes formas:

- Cristalina: pequenas vesículas de coloração clara, pruriginosas, localizadas no pescoço e axilas.
- Rubra: vesículas em base eritematosa, pápulas e prurido, localizadas em regiões cobertas por roupas (tronco e braços).
- Profunda: pápulas rosadas com pouco ou nenhum prurido acometendo o tronco.



ORIENTAÇÕES MILIÁRIA (Brotoeja)

- Usar roupas leves
- Lavar as roupas novas antes de usá-las
- Evitar amaciantes, talcos, cremes e perfumes
- Banhos frequentes usando sabonetes neutros
- Enxaguar a criança após o banho com: 1 litro de água com 2 colheres (sopa) de amido de milho 3 vezes ao dia; ou aplicar o amido de milho diretamente na pele como se fosse talco; ou aplicar pasta d'água 3 vezes ao dia após o banho caso sejam das formas rubra e/ou profunda
- Orientar o pai quanto ao contato com a barba.

Obs.: O uso de talco é sempre desaconselhável para bebês e crianças

DOR DE OUVIDO SEM FEBRE E EM BOM ESTADO GERAL



PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA - DOR DE OUVIDO

Paracetamol 200 mg/ml, 1 gota/kg de 6/6 horas

OU

Dipirona 500 mg/ml, 1 gota/kg ou 10 a 15 mg/kg, intervalo mínimo de 6 horas para crianças maiores de 3 anos.

ORIENTAÇÕES DOR DE OUVIDO

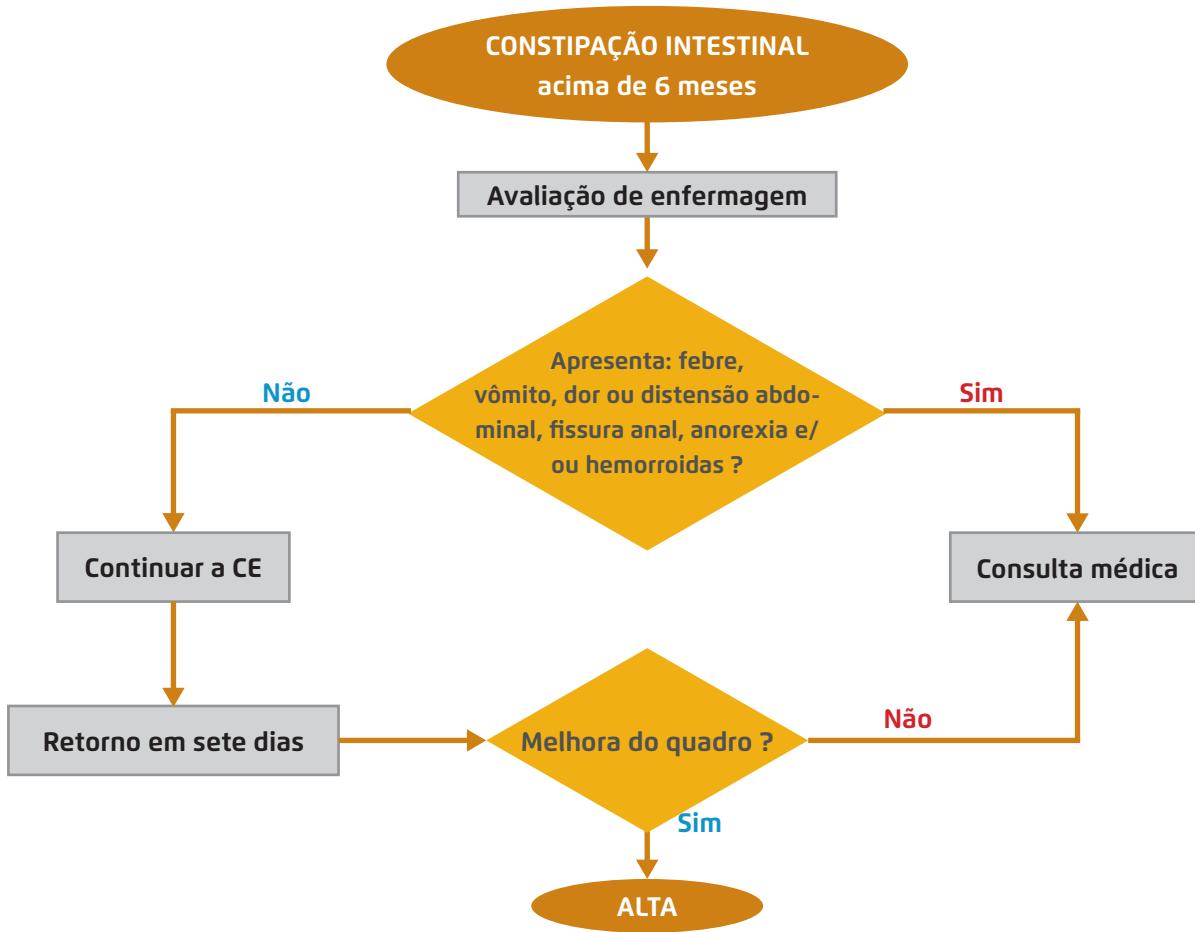
- Sem exsudato purulento: orientar o uso de calor seco duas vezes ao dia de 15' a 20' e retornar em dois dias
- Realizar limpeza nasal com SF 0,9%, quando houver coriza ou usar a seguinte solução nasal: Preparar e fazer lavagem nasal 2 a 3 vezes ao dia com: 300 ml de água fervida e fria, acrescentar duas colheres de café de sal, uma colher de chá de bicarbonato de sódio (se secreção nasal)
- Evitar ingestão de líquidos na posição horizontal.
- Evitar uso de chupetas.

Obs.: Portaria 82/2015

§ 2º Quando a prescrição expressar o uso de um medicamento de forma condicional, tais como "se dor", "se febre", "se náuseas", dentre outras, será dispensada quantidade suficiente para 3 (três) dias de tratamento.

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

É a eliminação de fezes de consistência endurecida, em pequenos volumes, ocasionando grande esforço e dor por parte da criança, independente do intervalo entre as evacuações.



ORIENTAÇÕES CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

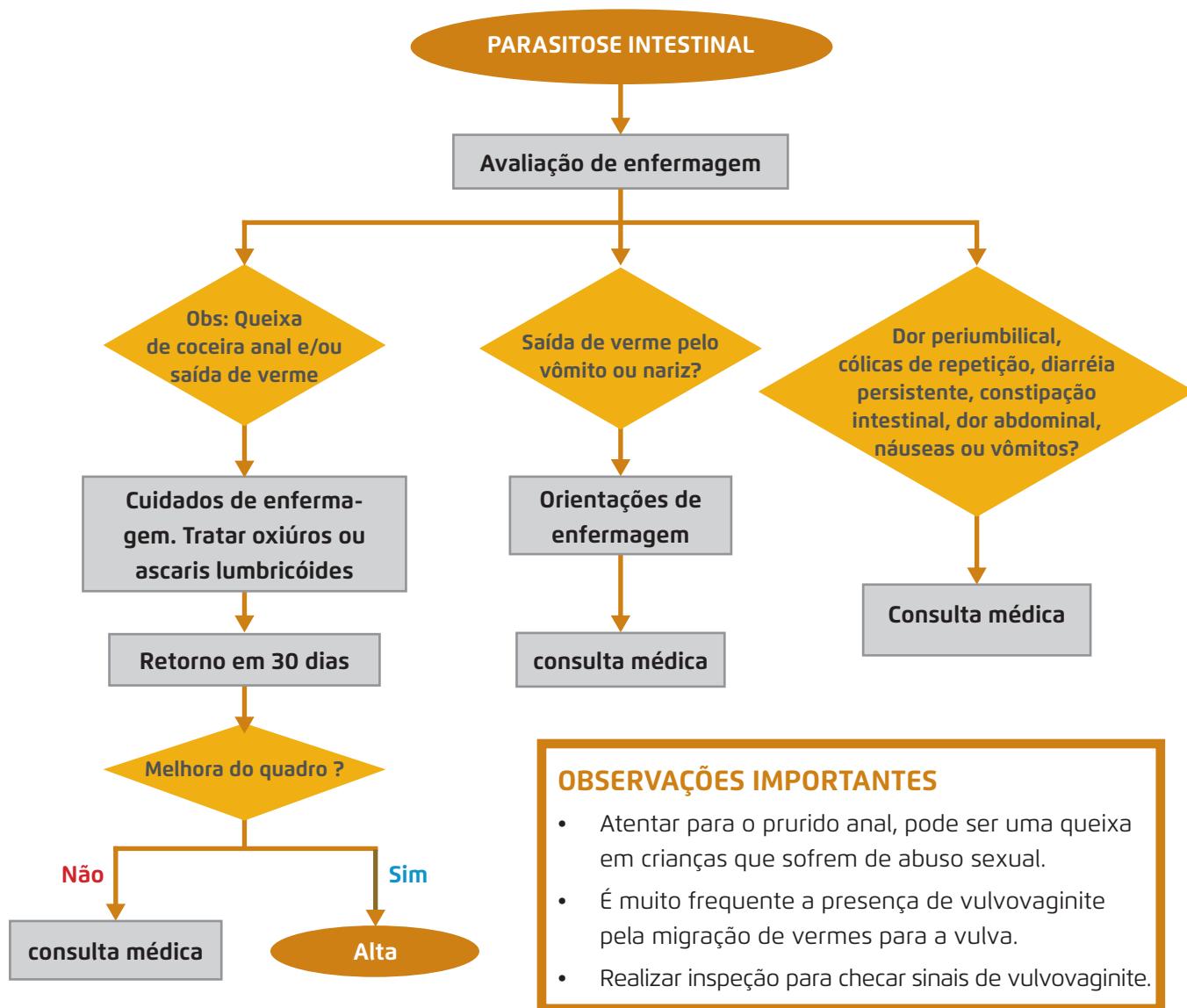
- Diminuir alimentos obstipantes (batata, cenoura cozida, banana-maçã e farináceos)
- Oferecer alimentos ricos em fibras: verduras, mamão, laranja, tomates verdes, cenoura crua, farelo de trigo e aveia
- Aumentar a ingestão hídrica
- Oferecer chá de ameixa preta, 1 a 2 ameixas de molho em 75 ml de água filtrada
- Se a criança controla o esfíncter, estimular o uso do vaso sanitário, após as refeições principais, momento em que o reflexo gastrocólico estimula as contrações em massa e a evacuação pode ser facilitada
- Garantir a criança uma postura fisiológica durante a evacuação
- Exercícios e massagem abdominal no sentido horário
- Ajudar a criança a elaborar o medo da fase anal.
- No caso de fissura anal -> orientar passar lidocaína gel 20 minutos, ou mais, antes das evacuações.
(Atentar - possibilidades de violência).

OBSERVAÇÃO:

Nos recém-nascidos com aleitamento materno exclusivo pode ocorrer ausência de evacuação até sete dias (constipação intestinal fisiológica), porém devem ser avaliados pelo médico.

Se houver eliminação de flatos, o abdome estiver flácido ou mesmo ocorrer eliminações de fezes amolecidas em intervalos longos, sem a presença de outros sintomas, isto indica normalidade para crianças em aleitamento materno exclusivo.

PARASITOSE INTESTINAL



TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PARASITOSE INTESTINAL

Conforme fluxograma de Parasitose Intestinal ou quando em presença do resultado do PPF

Doença	Idade/Peso	Medicamento	Posologia	Observação
ASCARIDÍASE	Acima de 10Kg Acima de 2 anos	Mebendazol 20mg/ml Albendazol 400 mg	5ml 2x/dia por 3 dias 01 cp ou 10ml V.O/ dose única	Repetir após 3 semanas.
TRICOCEFALÍASE	Acima de 2 anos	Albendazol 400 mg	10ml em dose única ou 1 cp de 400 mg repetir em 14 dias s/n	Efeitos colaterais: dor abdominal, cefaleia, diarreia, náuseas e vômitos
ANCILOSTOMÍASE	Acima de 10Kg	Mebendazol 20mg/ml	5 ml 2 x/dia por 3 dias	Repetir em 3 semanas.
ENTEROBÍASE OU OXIURÍASE	Dose para todas as crianças independente do peso e da idade	Mebendazol 20mg/ml	5 ml 2 x/dia por 3 dias repetir em 3 semanas	Tratar todas as crianças da casa
ESTRONGILOIDÍASE	Criança acima de 2 anos	Albendazol 400 mg	1 cp vo dose única repetir em 3 semanas	idem
TENÍASE	Criança acima de 2 anos	Mebendazol 20mg/ml ou Albendazol 400 mg	10 ml 2x/dia por 3 dias 1cp VO dose única	idem
GIARDÍASE	Criança acima de 2 anos	Metronidazol	15 mg/kg/dia (máximo 250mg) VO 2x/dia por 5 dias	Efeito Colateral: náuseas, cefaleia, gosto metálico, vômitos, diarreias, erupção cutânea, ataxia, leucopenia, convulsões
AMEBÍASE	Criança acima de 2 anos	Metronidazol Não exceder 750 mg/dose	35 mg/kg/dia 3x/dia nos casos das leves por 5 dias. Extra-intestinal ou sintomática 50 mg/kg/ dia por 10 dias	idem

ORIENTAÇÕES PARASITOSE INTESTINAL

- Utilizar água tratada ou fervida
- Lavar bem os alimentos e deixá-los de molho em água com hipoclorito 2,5% (duas gotas por litro) por 30 minutos e lavar novamente
- Comer carne bem cozida ou assada, nunca comer carne crua
- Manter sempre as mãos limpas, principalmente antes das refeições, após evacuações e ao preparar os alimentos
- Manter as unhas curtas e limpas
- Proteção dos alimentos contra poeira, moscas e outros animais
- Estar sempre com os pés calçados
- Manter vasos sanitários e fossas sempre cobertos e higienizados
- Não usar água parada para banho ou brincar
- Se indicado medicamento, salientar usar conforme foi orientado
- Crianças abaixo de 10 kg devem ser encaminhadas para Consulta Médica.
- Investigar queixas nos demais membros da família:

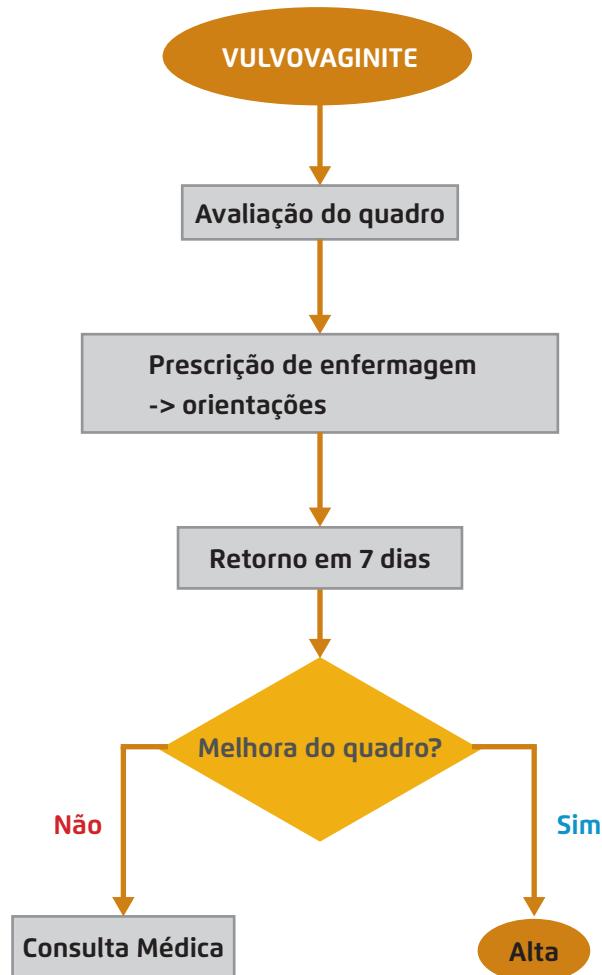
Na suspeita em adultos, solicitar exame Protoparasitológico de fezes.

No caso de queixas das demais crianças da família, encaminhar para o Médico.

Mapear os casos de incidência para buscar ações intersetoriais ligados às causas.

VULVOVAGINITE

Prurido vulvar, ardência ao urinar, presença de secreção amarelada em vulva (que suja a calcinha).



PRESCRIÇÃO – BANHO DE ASSENTO

- Antes do banho de assento realizar higiene íntima com sabonete neutro em pouca quantidade, enxaguar bem e secar delicadamente
- Fazer banho de assento durante 20 minutos 2 a 3 vezes ao dia por 5 a 7 dias
- Após o banho de assento não enxaguar somente secar.

BANHO DE ASSENTO

- Água morna
- Chá de Camomila/ Vinagre
- Vinagre: diluir 2 colheres de sopa em cada litro de água.

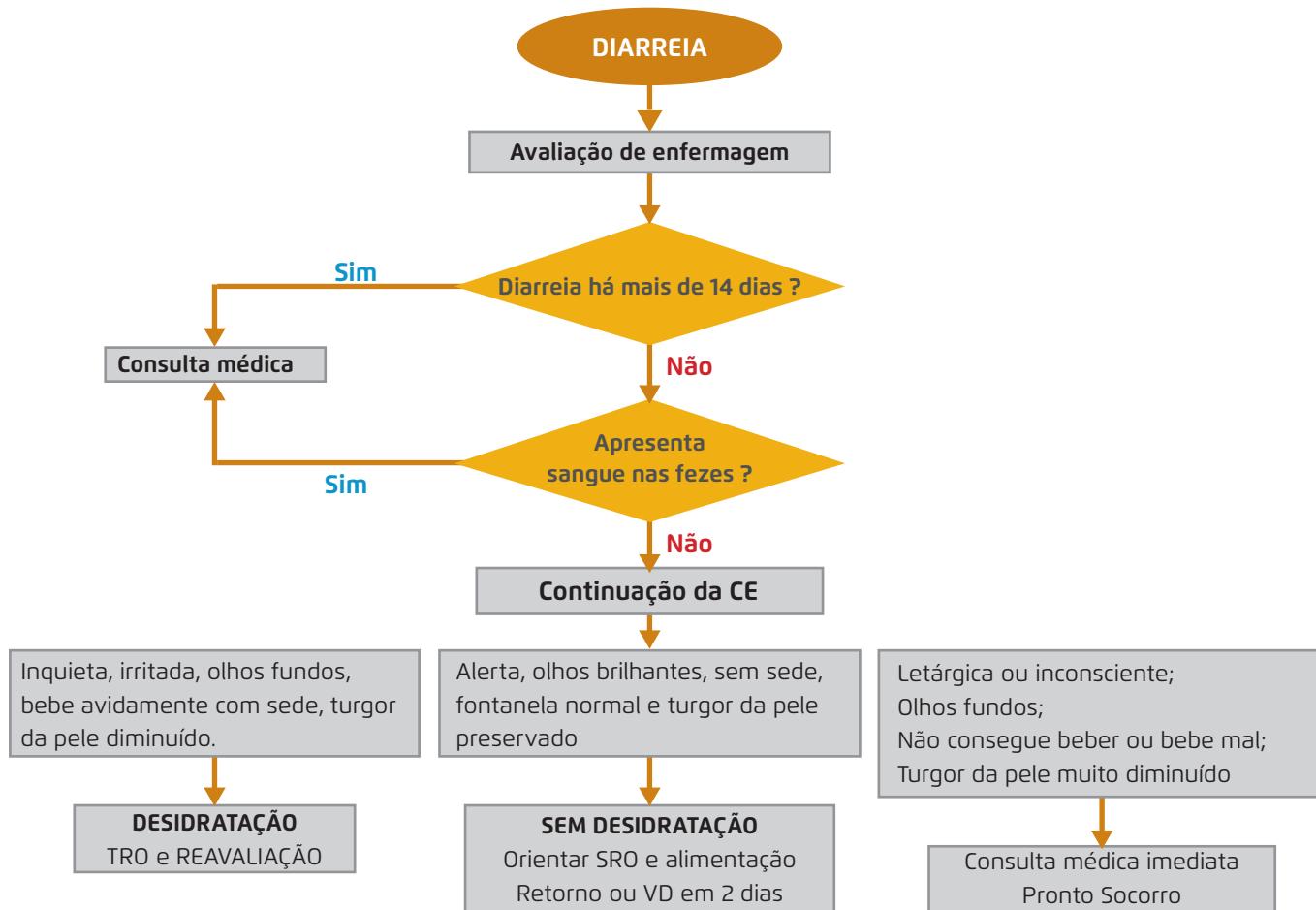
ORIENTAÇÕES VULVOVAGINITE

- Higiene adequada após micção com papel higiênico e lavagem após defecação
- Lavar as mãos antes e após a higiene da região vulvar e anal
- Lavar calcinha da criança separadamente das roupas íntimas dos adultos
- Fazer uso de calcinha de algodão
- Evitar uso de calças jeans ou de difícil ventilação, principalmente no calor
- Passar a ferro o fundo das calcinhas
- Não usar talco
- Desaconselhar o uso de protetores de calcinha para adolescente (mini absorvente ou absorvente).

DIARREIA

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

Considera-se diarreia quando há ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas. A maioria dos episódios de diarreia é provocada por um agente infeccioso e dura menos de duas semanas. Caso a diarreia dure mais de 14 dias, é considerada diarreia persistente.



SRO – soro de reidratação oral
TRO – terapia de reidratação oral
VD – visita domiciliar

ORIENTAÇÕES

- Aumentar a oferta de líquidos de baixa osmolaridade: água, leite materno, chá, suco, água de coco fresca, sopa (alimentos de fácil digestão e absorção)
- Não introduzir novos alimentos
- Diminuir a quantidade de alimentos, mas aumentar o número de refeições para evitar a anorexia. Melhorar o teor energético, cuidado com o acréscimo de gorduras
- Oferecer de hora em hora soro distribuído na rede pública, principalmente após evacuações líquidas
- As crianças com desidratação leve ou moderada devem receber TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL na Unidade de Saúde e ser reavaliada pelo Enfermeiro
- Não oferecer suco artificial, refrigerantes ou bebidas isotônicas (tipo gatorade)
- Orientar sinais de desidratação e, no caso, retorno ao serviço de saúde.

TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL (TRO)

Definição: Reposição de líquidos e eletrólitos

Objetivos: Prevenção da desidratação e seus agravos

Responsável: Enfermeiro

- Realizar consulta de enfermagem
- Encaminhar para consulta médica quando necessário

Prescrever os cuidados de enfermagem – sistematizar o cuidado

Execução do procedimento: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Material

- Envelope de soro de reidratação oral
- Água filtrada ou fervida (fria)
- Jarra de 1 litro (vidro ou plástico)
- Copo descartável
- Colher de plástico cabo longo
- Balança: adulto e infantil

TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL (TRO)

Descrição do procedimento:

- Pesar a criança no início da TRO e a cada hora
- Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água
- Determinar a quantidade de soro a ser administrada durante as primeiras quatro horas, conforme Manual de Atenção a Saúde da Criança
- Ofertar o SRO, com uma colher, copo ou seringa plástica toda vez que a criança desejar, no volume que aceitar e toda a vez que a criança evacuar.
- Não usar mamadeira, pois se associa com maior risco de vômitos
- Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente
- Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: criança inquieta e irritada, olhos fundos, bebe avidamente e com sede, boca seca e com ausência de saliva, ausência de lágrima e o sinal da prega cutânea (a pele volta lentamente ao estado anterior).

Após 4 horas:

- Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação
- Selecionar o plano apropriado para continuar o tratamento
- Se possível, começar a alimentar a criança no serviço de saúde
- Continuar a amamentar no peito sempre que a criança desejar.

TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL (TRO)

Se, em situações excepcionais, a mãe/cuidador precisar ir para casa antes de terminar o tratamento:

- Orientar como preparar a solução em casa sempre com água fervida ou filtrada
- Orientar sobre a quantidade de SRO a ser administrada até completar o tratamento em casa
- Entregar uma quantidade de pacotes de SRO suficiente para completar a reidratação. Entregar também um pacote adicional.

Explicar as três regras do Tratamento Domiciliar:

1. Dar líquidos adicionais.
2. Continuar a alimentar.
3. Quando retornar.

Esquema de manutenção

- Crianças até 12 meses => 50 a 100 ml após cada evacuação aquosa
- Crianças maiores de 12 meses => 100 a 200 ml após cada evacuação aquosa
- Crianças de 10 anos ou mais => à vontade, podendo oferecer água de coco natural.

TRATAR A DIARREIA EM CASA

DAR LÍQUIDOS ADICIONAIS (tanto quanto a criança aceitar)

Recomendar à mãe:

- Amamentar com maior frequência e por tempo mais longo a cada mamada
- Se a criança se alimenta de leite materno, pode se dar SRO, além do leite materno com colher ou copo.
- Se não estiver em regime exclusivo de leite materno, dar um ou mais dos seguintes:
 - Solução SRO
 - Líquidos caseiros (tais como: chás, água de coco, soro caseiro).
 - Água potável

Orientação à Mãe quando a Unidade tiver como disponibilizar a colher Medida

SORO CASEIRO:

1 (um) litro de água filtrada ou fervida e fria

1 (uma) colher de sopa (20gr) de açúcar

1 (uma) colher de café (3,5gr) de sal

É especialmente importante dar o SRO em casa quando:

A criança recebeu tratamento de desidratação na Unidade e não puder retornar a um serviço de saúde, e se a diarreia piorar.

- Ensinar a mãe/cuidador a preparar a mistura e a dar o SRO
- Entregar um pacote ou mais de SRO para a mãe/cuidador se necessário
- Mostrar à mãe/cuidador a quantidade de líquidos adicionais a ofertar em casa além dos líquidos habituais
 - Até 1 ano – 50 a 100 ml depois de cada evacuação aquosa
 - 1 ano ou mais – 100 a 200 ml depois de cada evacuação aquosa

Recomendar à mãe/ cuidador:

- Administrar pequenos goles de líquidos de uma xícara, com colher ou seringa.
- Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente.
- Continuar a dar líquidos até a diarreia parar.
- Continuar a alimentar a criança.
- Orientar sobre sinais de desidratação grave e procurar imediatamente atendimento médico.

As crianças com desidratação deverão permanecer no serviço de saúde até a reidratação completa.

Durante um período de 4 horas administrarem, no serviço de saúde, a quantidade recomendada de SRO.

DETERMINAR A QUANTIDADE DE SRO A SER ADMINISTRADA DURANTE AS PRIMEIRAS 4 HORAS:

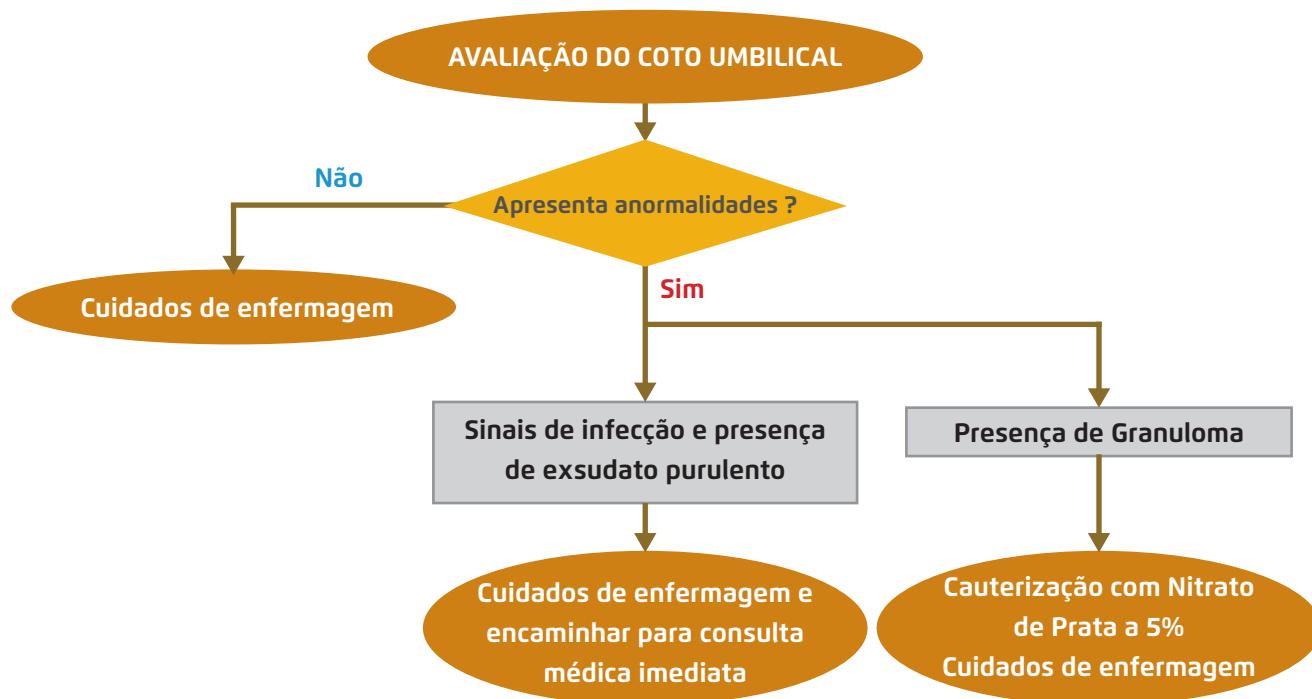
IDADE*	PESO	SRO (ml)
Até 4 meses	< 6 Kg	200 – 400
4 a 11 meses	6 - <10 Kg	400 – 700
12 a 23 meses	10 - <12 Kg	700 – 900
2 a 4 anos	12 - <19 Kg	900 - 1400

Obs:

- Somente utilizar a idade da criança quando desconhecer o peso.
- A quantidade aproximada de SRO necessária (em ml), também pode ser calculada multiplicando o peso da criança (em Kg) por 75.

Se a criança quiser mais SRO do que as quantidades citadas, OFERECÊ-LA MAIS.

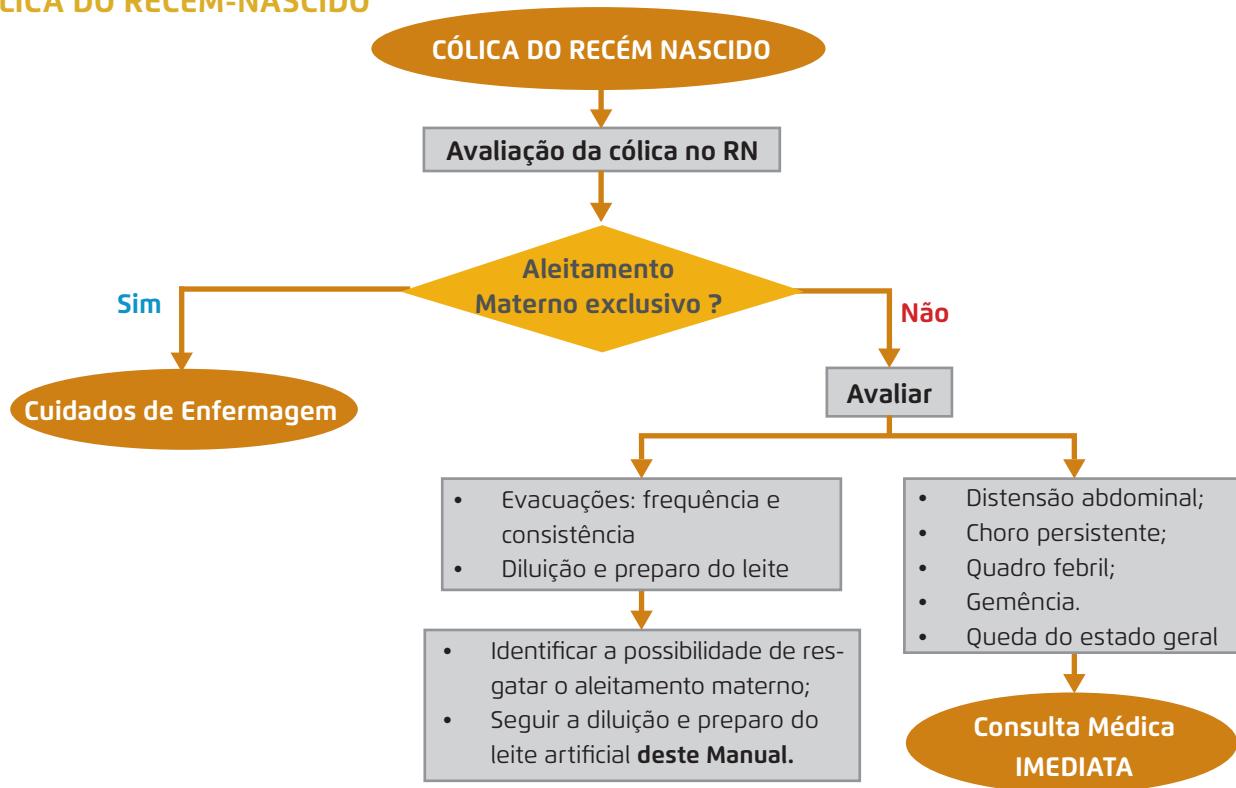
COTO UMBILICAL



ORIENTAÇÕES - COTO UMBILICAL

- Higiene diária com água e sabão, enxaguar e secar bem
- Aplicar álcool a 70% após cada troca de fralda
- Mãe ou Cuidador -> observar sinais de infecção
- Salientar necessidade de não usar a fralda ou faixas sobre a região
- Reforçar a não utilização de outros produtos como: pomadas, talcos, moedas, etc.
- Acompanhamento, avaliação da cauterização e duração do tratamento é realizado pelo Enfermeiro
- Cauterização com nitrato de prata: seguir orientações do Manual de Normas e Rotinas (acompanhamento -> avaliação da cicatrização e duração do tratamento -> realizada pelo enfermeiro)

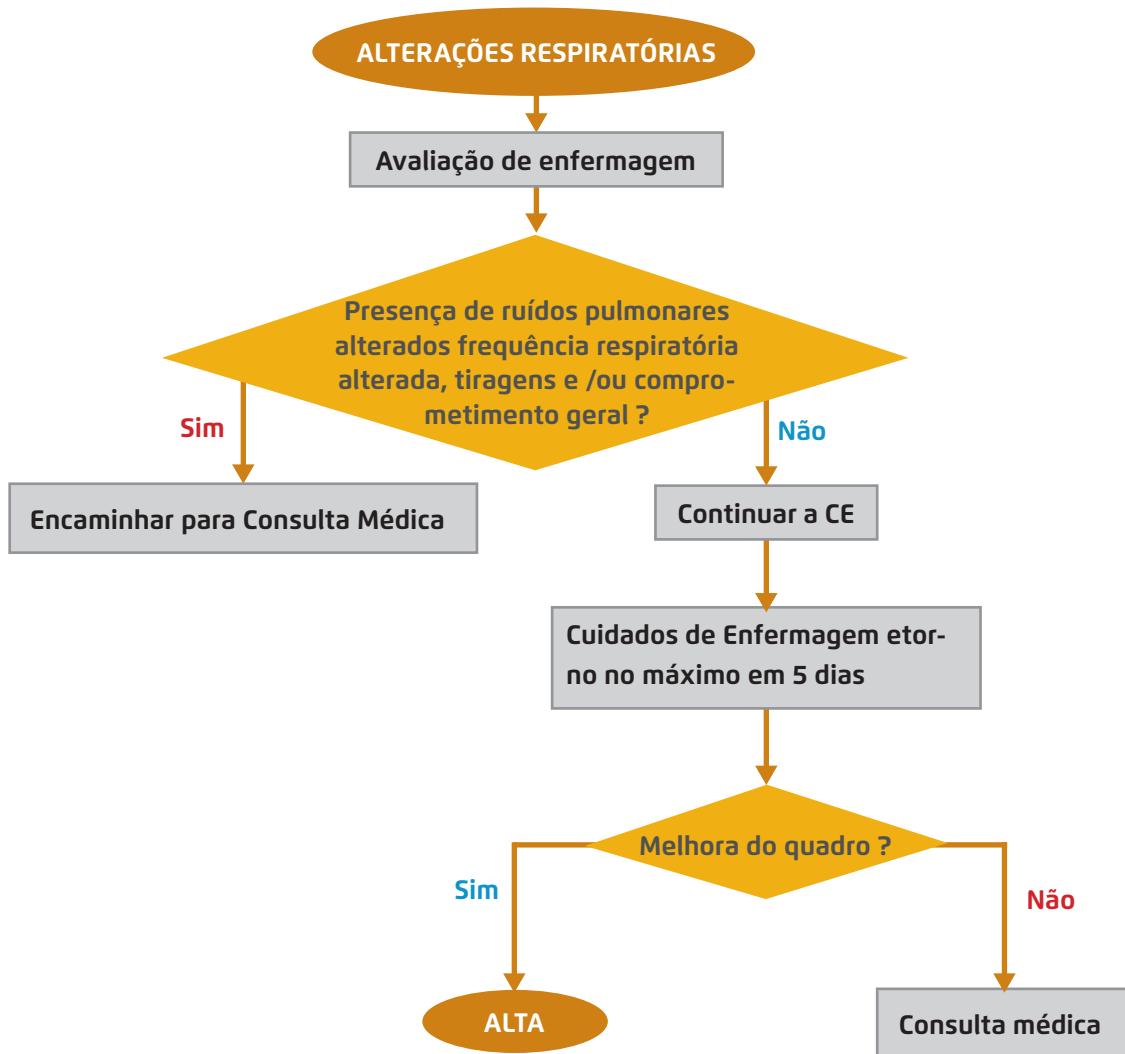
CÓLICA DO RECÉM-NASCIDO



ORIENTAÇÕES - CÓLICA DO RECÉM-NASCIDO

- Colocar a criança em decúbito ventral apoiada nos braços sem mamar
- Massagear o abdome em movimentos circulares no sentido horário
- Compressas mornas no abdome
- Dieta hipoalergênica materna pode ajudar
- Não utilizar medicamentos tipo anti-espasmódico ou chás
- Tranquilizar a mãe, incentivando o vínculo e observar a dinâmica familiar
- Orientar dieta do lactente sem aleitamento materno
- Encaminhar para avaliação médica.

ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

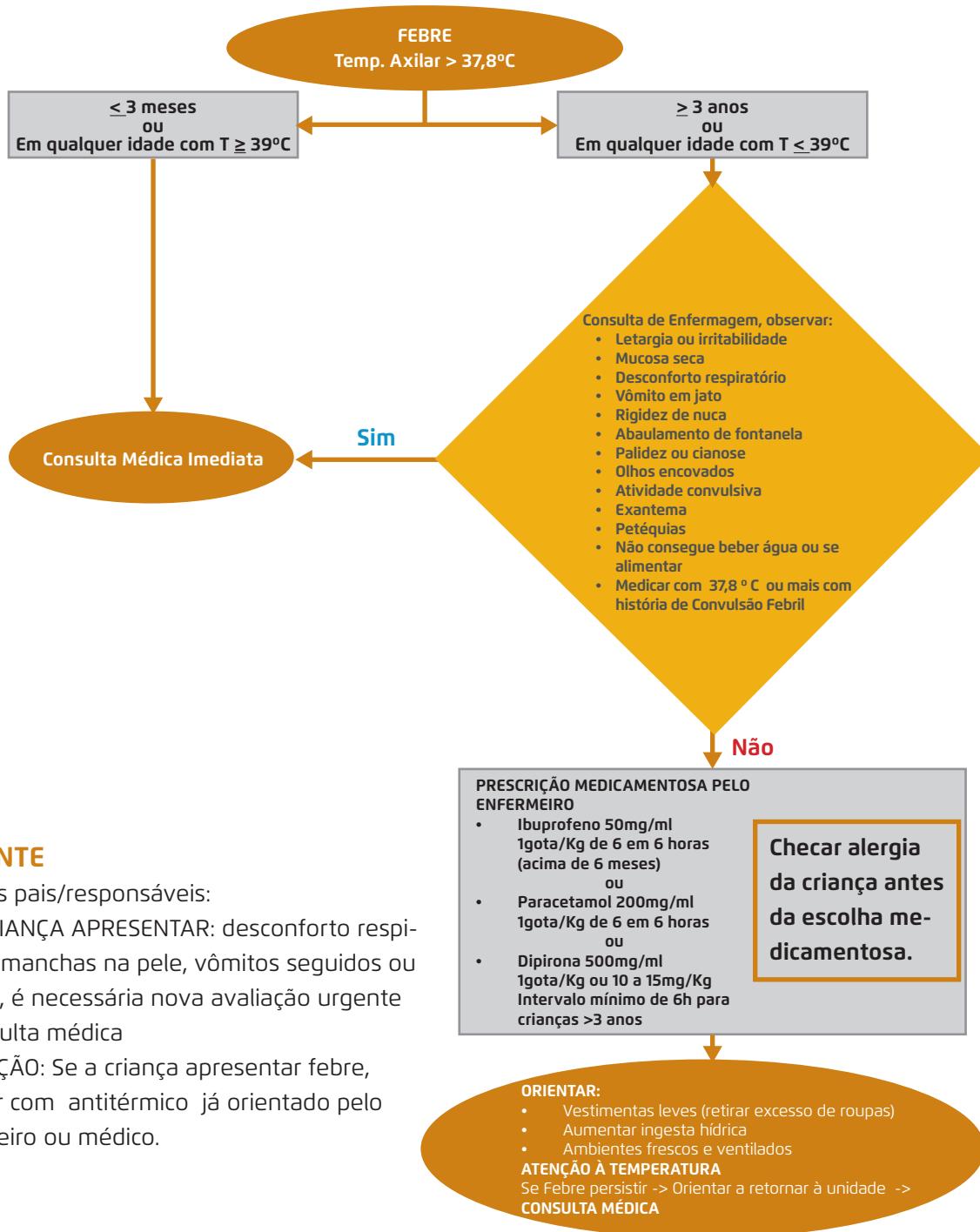


ORIENTAÇÕES - ALTERAÇÕES RESPIRATÓRIAS

- Aumento da ingestão hídrica para fluidificar as secreções
- Deixar a criança em decúbito elevado ao dormir -> 45°
- Vaporização em domicílio (orientar possibilidades)
- Remover a umidade, mofo ou bolor da casa
- Manter a casa ventilada e umidificada com uma bacia de água, ou toalha molhada, próxima à cama, à noite e retirá-la pela manhã
- Não fumar na presença da criança / Evitar contato com fumante
- Sinais de alerta: respiração rápida, tiragens e ruídos respiratórios
- Controle da temperatura corporal
- Promover higiene nasal com SF a 0,9% antes das mamadas e refeições e antes de avaliar a FR em caso de obstrução nasal. Usar seringa de 1 ml para injetar SF nas narinas
- Evitar ambientes aglomerados para evitar infecções cruzadas.

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
Idade	Valores normais
até 2 meses	60 IRP/Min.
de 03 a 12 meses	50 IRP/Min.
> de 1 ano	40 IRP/Min.

FEBRE



IMPORTANTE

Orientar aos pais/responsáveis:

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

ANEMIA

Condição na qual o conteúdo de hemoglobina no sangue está abaixo do normal como resultado da carência de um ou mais nutrientes essenciais. A hemoglobina é o pigmento dos glóbulos vermelhos (Eritrócitos) e tem a função de transportar o oxigênio dos pulmões para os tecidos. Valores normais para crianças de seis meses a seis anos são de 11 g/dl. (Organização Mundial da Saúde, 1997).

ORIENTAÇÕES - ANEMIA

- Comparar a palma da mão da criança com a da mãe e do examinador
- Tipo de aleitamento e aceitação das refeições de sal
- Antecedentes da criança, prematuridade, baixo peso ao nascer e morbidade neonatal
- **Administrar o sulfato ferroso** -> 3 a 5mg/kg/dia por 3meses - trinta minutos antes das refeições, associado a sucos ricos em vitamina C e escovar os dentes em seguida
- Estimular a ingestão de alimentos variados, evitando a ingestão de leite e derivados, de refrigerantes, chocolate e achocolatados, chá preto ou mate próximo às refeições (diminui a absorção de ferro)
- Alertar o cuidador para a mudança da coloração das fezes
- Crianças com alterações, encaminhar para consulta médica.

MONILÍASE ORAL

Infecção na mucosa oral causada pelo fungo *Candida albicans*, resultando em um tipo característico de secreção em forma de grumos brancos, aderidos à língua e à bochecha da criança.

ORIENTAÇÕES - MONILÍASE ORAL

- Evitar o uso de chupeta ou mamadeira
- Esterilizar as mamadeiras e objetos de mordedura
- Evitar beijo próximo aos lábios
- Higiene oral com água bicarbonatada:
 - uma colher (chá) de bicarbonato de sódio em um copo de água fervida (100 ml) e fria, quatro vezes ao dia
 - Limpar as crostas com o dedo envolvido em uma fralda limpa, ou gaze umedecida nesta solução -> 4 vezes ao dia
- Realizar durante 7 a 10 dias
- Lavar as mãos com água e sabão (mãe e criança) antes de manipular a criança
- Se a monilíase recidivar, investigar monilíase genital materna
- Retorno para consulta de enfermagem após o tratamento, ou se não apresentar melhora.

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA – Monilíase oral

- Prescrever 1,0 ml de NISTATINA SUSPENSÃO ORAL 100.000UI/ml na mucosa oral quatro vezes ao dia por sete dias, 30 minutos ou mais após a higiene com água bicarbonatada, colocar uma metade da dose em cada lado da boca.
- Manter o esquema por dois dias, no mínimo, após o desaparecimento dos sintomas
- Usar Cetoconazol 20mg creme/Nistatina oral 100.000 UI/ML (por 2 semanas), após a mamadas, bicos de mamadeiras e chupetas quatro vezes ao dia, procedendo a limpeza antes das mamadas, até melhora do quadro.
- Sempre observar a região perineal da criança que apresenta monilíase oral.

ESTOMATITE

É uma inflamação da mucosa oral de etiologias diversas provocada por fungos, vírus, bactérias, agentes tóxicos, traumas, deficiência de vitaminas do complexo B e C e outras.

ORIENTAÇÕES - ESTOMATITE

- Orientar para evitar o uso de chupeta e mamadeira
- Orientar esterilização das mamadeiras, chupetas e objetos de mordedura
- Orientar higiene oral com água bicarbonatada (uma colher de chá de bicarbonato de sódio em 100 ml de água), crianças maiores fazer bochechos
- Orientar escovação dos dentes com escova macia, dependendo das lesões
- Não compartilhar objetos como garrafas de água, copos e talheres
- Investigar uso de toalhinhas (cheirinho), fraldas amarradas na chupeta
- Evitar beijar as mãos da criança e beijo próximo aos lábios
- Orientar alimentação saudável de consistência pastosa e líquida, evitando alimentos ácidos e quentes
- Para crianças em aleitamento materno orientar higiene na área dos mamilos com água e sabão na hora do banho e hidratação com o próprio leite
- Encaminhar para a consulta médica, se impossibilidade de ingestão de líquidos.

CÁRIE DENTÁRIA

Doença bacteriana causada pela interação de três fatores básicos: hospedeiro, microflora e substrato. O resultado dessa interação é a cárie dentária.

Fatores de risco:

Uso noturno de mamadeira adoçada (com açúcar, achocolatados ou mel), consumo excessivo de carboidratos, ausência de higiene e de flúor, transmissibilidade.



ORIENTAÇÕES - CÁRIE DENTÁRIA

- Orientar uso individual de escova, escovar os dentes após ingestão de alimentos, guardá-las higienizadas e secas, separadamente
- Limpeza dos primeiros dentinhos com escova macia e creme dental infantil em quantidade mínima (um grão de arroz)
- Escovar ou oferecer água após uso de antibióticos
- Oferecer alimentos duros: frutas que motivam a boa mastigação (maçã)
- Lavar a chupeta com água corrente e não com a própria saliva
- NÃO ASSOPRAR OS ALIMENTOS, pois um dos causadores da cárie dentária, o streptococcus mutans, que é presente na boca, pode ser transmitido desta forma
- Não compartilhar talheres
- Orientar higiene oral desde o primeiro dente decíduo.

DORES RECORRENTES EM MEMBROS:

“DORES DE CRESCIMENTO”

São provavelmente, as causas mais frequentes de dores em membros na infância.

Ocorrem em cerca de 4 a 20% das crianças em idade escolar.

A etiopatologia das dores de crescimento permanece desconhecida, porém, deve-se levar em consideração que fatores emocionais (dificuldade escolar, pesadelos, alterações da dinâmica familiar, solidão, etc.), tendem a ser mais frequentes nesse grupo de crianças.

São mais comuns em crianças do sexo feminino (65%) e o prognóstico costuma ser benigno, com curso autolimitado, não interferindo no crescimento e desenvolvimento.

ORIENTAÇÕES - DORES RECORRENTES EM MEMBROS: “DORES DE CRESCIMENTO”

As dores de crescimento apresentam as seguintes características:

(mais frequentes entre os seis e treze anos de idade)

- Dores musculares de caráter difuso, intermitentes, sempre não-articulares, de intensidade e frequência variáveis
- Ocorrem habitualmente em membros inferiores (coxa, face anterior da tíbia, cavo poplíteo e panturrilhas), mas podem ocorrer em membros superiores
- Geralmente é bilateral, mas pode localizar-se ora em um membro, ora em outro
- É mais frequente no final do dia ou à noite, pode despertar a criança do sono noturno
- Apresenta correlação variável com exercícios físicos
- Boa resposta ao calor com compressa quente nas articulações e massagens nas regiões musculares
- Sem história de traumatismos e de alterações sistêmicas.

Em metade dos casos, há referência de dores semelhantes em familiares.

Após a exclusão de outras possíveis causas de dor em membros, é importante discutir o diagnóstico de dor de crescimento com os familiares, enfatizar o caráter benigno da queixa e tentar identificar a presença de fatores emocionais que possam estar desencadeando ou exacerbando os sintomas.

Apesar de benigna, a dor de crescimento é responsável por considerável desconforto para as crianças e seus familiares e, por esta razão, deve ser valorizada. Apresentam cursos prolongados (acima de três meses), caracterizados pela presença de episódios agudos, de caráter recorrente, com duração, intensidade e periodicidade variáveis.

SINAIS DE ALERTA

- Dor UNILATERAL -> localizada em pontos fixos
- Dor com características diferentes (câimbras, parestesia ou fraqueza)
- Dor à palpação muscular e à movimentação passiva
- Dificuldade/ou alterações à marcha.

Orientar:

- Observar práticas de atividades físicas (ausência ou excesso)
- Observar o vínculo e a afetividade na dinâmica familiar (pode ser usado o genograma e o ecomapa)
- Qualquer dor persistente encaminhar para Consulta Médica.

1.6 Triagem neonatal (TTN) exame do pézinho

Na primeira consulta checar se o Teste de Triagem Neonatal (TTN) foi realizado oportunamente, ou seja, após completadas 48 horas de vida (perguntar à mãe). Se foi realizada coleta precoce (com menos de 48 horas de vida) e o laudo vier com diagnóstico de normalidade, repetir o TTN em papel filtro na UBS, considerando que a criança ainda não completou 28 dias de vida.

Crianças com 28 dias de vida ou mais que necessitem de coleta ou recoleta do TTN só devem realizar o teste no laboratório de referência para o teste, pois o mesmo não pode ser colhido em papel filtro (PF), por necessitar de plasma ou soro.

Sempre ler atentamente o laudo, no qual constam as orientações como: necessita de recoleta, pode ser feita em papel filtro ou necessidade de soro ou plasma e etc.

Casos que necessitam de fluxo diferenciado de coleta ou recoleta quanto ao momento correto de realização: prematuros, transfundidos, peso de nascimento inferior a 1500 gramas, filhos de mãe que receberam corticoide até 15 dias antes do parto.

Crianças com laudos de diagnóstico definitivo de uma das doenças triadas pelo TTN devem estar em acompanhamento com especialista ou já com a consulta agendada.



Nos casos sem acompanhamento a UBS deverá agendar consulta com especialista.

Atenção: para recoleta de PKU para confirmação diagnóstica de fenilcetonúria, ou seja, segunda coleta, esta pode ser realizada em papel filtro na UBS, mas necessita de 3 horas de jejum.

IMPORTANTE

- TESTE QUE NECESSITE APENAS DO PAPEL FILTRO A COLETA DEVERÁ SER REALIZADA NA UBS
- TESTE QUE NECESSITE DE PLASMA ou SORO A COLETA DEVERÁ SER REALIZADA NO LABORATÓRIO DE REFERÊNCIA PARA TTN

Obs.: Ver orientação e coleta no Manual de Normas e Rotina e procedimentos, 2015.

FENILCETONÚRIA

A fenilcetonúria é uma doença caracterizada por uma anomalia congênita onde a ausência de uma enzima que processa o aminoácido, com o nome de fenilalanina, faz com que ele se acumule no organismo, tornando-se tóxico. Essa toxicidade ataca principalmente o cérebro e tem efeitos irreversíveis, como retardo mental permanente.

A substância fenilalanina é um composto natural encontrado em proteínas, sejam elas vegetais ou animais, como no aspartame, peixes, frango, arroz, feijão sendo essencial para o funcionamento correto do organismo, mas é muito perigosa para quem sofre com a fenilcetonúria, e por isso, qualquer alimento que contenha mais do que 5% de proteína é contraindicado para fenilcetonúricos.

O diagnóstico precoce permite que os cuidados necessários sejam tomados desde o princípio, evitando uma série de efeitos indesejados.

Sem ter a confirmação da doença, e os cuidados com a alimentação, já no primeiro ano de vida a criança se apresenta oligofrênica, com atraso no desenvolvimento psicomotor (andar ou falar), hiperatividade, convulsões, tremores, microcefalia, problemas de pele e cabelo, deficiência mental e até mesmo invalidez permanente.

As crianças não tratadas apresentam um QI inferior a 50 e expectativa de vida baixa, em torno de 30 anos.

HIPOTIREOIDISMO

É uma doença causada pela produção insuficiente dos hormônios T3 e T4 pela Glândula da Tireoide.

A falta da Glândula Tireóidea por erro no desenvolvimento embrionário pode causar lesão neurológica, retardo no crescimento e no desenvolvimento intelectual, sono excessivo, abdome protuberante, pele seca, atraso na maturação óssea, alterações cardíacas e outras.

Na triagem neonatal esta doença pode ser detectada precocemente e iniciado o seu tratamento médico.

FIBROSE CÍSTICA

Doença hereditária que afeta o muco e as glândulas sudoríparas. Interfere principalmente nos pulmões, pâncreas, fígado, intestinos, seios paranasais e órgãos sexuais. Normalmente, o muco é aquoso e mantém o revestimento de certos órgãos úmidos, prevenindo que ressequem ou que sejam infectados.

Na Fibrose Cística, um gene defeituoso faz com que o muco fique grosso e pegajoso, acumulando-se nos pulmões, bloqueando a passagem do ar, levando às sérias infecções, resultando em DPOC.

Este muco alterado também bloqueia os ductos pancreáticos, impedindo que as enzimas alcancem o intestino para auxiliar na absorção das gorduras

e proteínas, o que leva o indivíduo à desnutrição, deficiência de vitaminas A, D, E e K, produção de fezes volumosas, gases intestinais, abdome globoso, dor e desconforto. Na transpiração há perda de grandes quantidades de sal, que leva rapidamente a um quadro de desidratação.

Em cada indivíduo a doença se desenvolve de maneira diferente e não existindo cura, somente controle e tratamento dos sintomas, que, em alguns casos, aparecem só na adolescência. O tratamento cirúrgico é na maioria dos casos.

Os recém-nascidos podem apresentar uma obstrução no intestino, chamada íleoconal, que impede a criança de evacuar.

HEMOGLOBINOPATIAS

Constitui-se num grupo de alterações genéticas caracterizadas pela predominância da hemoglobina (Hb)S. As doenças falciformes mais frequentes são a Anemia Falciforme e a S/Beta Talassemia.

Elas têm perfil epidemiológico, manifestações clínicas e hematológicas parecidas.

Quando a criança recebe um gene para **hemoglobina S** e outro gene para **hemoglobina A**, ela possui o **TRAÇO FALCIFORME (AS)** e não desenvolve a

doença, mas necessita de informação e orientação genética, pois se uma pessoa com Traço Falciforme tiver um filho com outra pessoa também Traço Falciforme ou Traço de outra hemoglobinopatia (por exemplo, Hemoglobinopatia "C" ou "D" ou alfa talassemia ou beta talassemia) pode ter um filho com Doença Falciforme ou Anemia Falciforme.

Probabilidades: Indivíduos **AS** (traço) **com AA** (normal) tem 50% de chance de gerar filhos AA e 50% AS. Indivíduos **AS com AS** têm 25% de chance de gerar filhos AA, **25% SS** e 50% AS.

A HbS tem uma característica química especial que em situações de ausência ou diminuição da tensão de oxigênio provoca a sua polimerização, alterando drasticamente a morfologia da hemácia que adquire a forma de foice. Estas hemácias falciformes dificultam a circulação sanguínea provocando vaso-oclusão e infarto na área afetada. Consequentemente, esses problemas resultam em isquemia, dor, necrose e disfunções, danos permanentes aos tecidos e órgãos além da hemólise crônica.

As principais complicações são: Síndrome Torácica Aguda, Crise Aplástica, Crise de Sequestração Esplênica, lesões de Fígado e vias Biliares (Litíase), Acidente Vascular Encefálico, Úlcera de Perna e Priapismo.

HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA (HAC)

A Hiperplasia Adrenal Congênita é um erro inato do metabolismo, que causa a falta da enzima 21-Hidroxiase. A deficiência dessa enzima determina a insuficiência hormonal dos glicocorticoides e dos mineralocorticoides, o que causa a deficiência na síntese da aldosterona e o excesso dos andrógenos.

Os bebês de maior risco de morte são os meninos e meninas, nos quais a virilização da genitália não é identificada. O início dos primeiros sinais de adoecimento, já acontece nas primeiras semanas de vida desses bebês. As alterações mais frequentes são: desidratação grave, hipotensão, hiponatremia, hiperpotassemia e morte.

O bom prognóstico está relacionado diretamente com a detecção e o tratamento precoce. A coleta deve ser realizada após 48 horas de vida entre o 3º e o 5º dia de vida.

DEFICIÊNCIA DA BIOTINIDADE (DB)

É uma doença genética, de herança autossômica recessiva. A DB é um erro inato do metabolismo, que causa um defeito no metabolismo da vitamina biotina e o organismo não consegue reciclar ou usar a biotina da dieta.

As pessoas não tratadas e com deficiência grave,

por volta da sétima semana de vida, iniciam alterações neurológicas como crises epiléticas de difícil controle hipotonia, microcefalia, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e alterações cutâneas: dermatite eczematoide, candidíase e alopecia.

O prognóstico é muito bom desde que introduzido o tratamento nas primeiras semanas de vida.

ORIENTAÇÕES

Ações Educativas - ANEMIA FALCIFORME

A equipe deve desenvolver ações educativas sistematizadas para crianças, adolescentes e famílias abordando os seguintes temas:

- O que é a Doença Falciforme, adesão ao tratamento e monitoramento da doença.
- Reconhecimento dos sinais da doença como: tumefação de pés e mãos, distensão abdominal, sinais precoces de infecção como febre e rubor. Na presença destes sinais procurem assistência médica.
- Orientar sobre o manuseio da dor, não só através do uso de analgésicos como também através de outras terapias não farmacológicas como massagens leves, compressas quentes e respiração rítmica.
- Estabelecer estratégias familiares e comunitárias que evitem a superproteção e estimulem

1.7 Atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência

Jonas Melman

Elaine Aparecida Lorenzato

a independência das ações que podem ser desenvolvidas e evitando-se a segregação.

- Orientar hidratação nas pernas e uso de sapatos que protejam a região do maléolo, devido propensão à úlceras de pernas.
- Nas crises de priapismo orientar: Caminhada, andar de bicicleta, banhos mornos, hidratação e se não houver melhora, procurar o serviço de referência.

ORIENTAÇÕES

Ações Educativas – TRAÇO FALCIFORME

- Traço falciforme não é doença, o indivíduo deve levar uma vida normal, não precisa de tratamento.
- Praticar esportes sem restrições; se alistar no exército ou, outra atividade qualquer.
- Pode doar sangue.
- Em idade fértil e, quando desejar ter filhos, procurar a Unidade Básica para orientação genética

Veja o **FLUXO DE AVALIAÇÃO E CONDUTA FRENTE AO TESTE DE TRIAGEM NEONATAL** acessando o endereço eletrônico: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/crianca/index.php?p=1496>

A violência é um fenômeno que se desenvolve e dissemina nas relações sociais e interpessoais, implicando sempre uma relação de poder que não faz parte da natureza humana. A violência sexual é uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente na população de crianças, adolescentes e adultos jovens. (M.S,2002).

Há diversos tipos de violência, tais como: física, psicológica, sexual, negligência e Síndrome de Münchhausen.

A **Síndrome de Münchhausen** ocorre quando um parente, quase sempre a mãe, de forma persistentemente ou intermitentemente produzem (fabrica, simula, inventa), de forma intencional, sintomas em seu filho, fazendo que este seja considerado doente, ou provocando ativamente a doença, colocando-a em risco e numa situação que requeira investigação.

A gravidade e a abrangência do fenômeno da violência contra crianças e adolescentes exige que toda a sociedade se responsabilize pela superação do problema. Trata-se de envolver a comunidade, estimulando o compromisso de todos na construção dos direitos e no fortalecimento da cultura de paz e não-violência.

A violência fere a dignidade humana, gerando sequelas físicas e psicológicas. Nos casos mais graves pode levar à morte.

Na infância, a criança encontra-se em fase de formação e desenvolvimento da personalidade. A família é o lugar que deve acolher e proteger o indivíduo, oferecendo modelos saudáveis de convivência. Infelizmente em muitas famílias, em função de conjunto de conflitos e contradições, as relações se tornam violentas e as crianças acabam sendo vítimas de violência.

A violência sofrida durante a infância e adolescência, pode desestruturar a base de formação física e psíquica da pessoa, comprometendo a autoestima e a capacidade de estabelecer relações afetivas. Todas essas formas de maus tratos podem causar danos, muitas vezes irreversíveis, ao desenvolvimento biopsicossocial. Crianças e adolescentes em situação de violência precisam de cuidado para curar suas feridas.

AS FORMAS MAIS FREQUENTES DE VIOLÊNCIA

A violência sempre é expressão de uma relação de poder em que o lado mais forte usa da força para impor seu desejo ou humilhar o polo mais frágil. As formas mais frequentes de violência são classificadas em: violência física, sexual, psicológica, negligência e *bullying*.

Violência Física é definida como uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou outras pessoas, com o objetivo de ferir ou provocar dano.

Violência Sexual é todo ato ou jogo sexual, hetero ou homossexual, cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado do que a vítima. Tem como intenção estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, voyeurismo, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração. Tais práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade.

Violência Psicológica caracteriza-se por toda forma de submissão da criança por meio de agressões verbais, humilhação, discriminação, depreciação, responsabilização excessiva, indiferença ou rejeição. É considerada também violência psicológica a utilização da criança ou adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Pela sutileza do ato e pela falta de evidências imediatas de maus tratos, esse tipo de violência é muito difícil de ser identificada, apesar de muitas vezes estar associada às demais formas de violência.

Negligência é o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as ne-

cessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, emocional e social. O abandono é considerado como a forma extrema de negligência. Pode caracterizar-se pela omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos, falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, ausência de proteção contra as condições adversas do meio ambiente (como frio ou calor), não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola.

Devido à situação de miséria e de extrema pobreza em que muitas famílias vivem no Brasil, grande parte delas chefiada por mulheres que precisam trabalhar fora de casa para garantir a sobrevivência dos filhos, a identificação da negligência frequentemente é um ato de difícil discernimento. Independente da culpabilidade dos pais ou responsáveis pelos cuidados com os filhos, é necessária a notificação e a tomada de decisão a favor da proteção da criança ou adolescente que está sofrendo a situação de desamparo.

Bullying é uma forma de violência praticada particularmente nas escolas e incrementada pelos meios virtuais de comunicação, como a internet, principalmente por meio das redes sociais e pela telefonia celular. O termo bullying compreende todas as formas de atitudes agressivas, intencionais e repetidas, adotadas por um ou mais indivíduos,

causando dor e angústia, e executadas dentro de uma relação desigual de poder.

Exploração sexual envolve uma relação de mercantilização, onde o sexo é fruto de uma troca, seja financeira de favores ou presentes. Crianças ou adolescentes são tratados como objetos sexuais. Em boa parte dos casos, existem intermediários ou agenciadores que lucram com a intermediação da relação sexual com a vítima.

EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, VALE SUGERIR ALGUNS PRINCÍPIOS GERAIS NO SENTIDO DE NORTEAR AS INTERVENÇÕES:

- No atendimento à criança e adolescente em situação de violência é importante fazer o levantamento da história de vida para ampliar a compreensão sobre o contexto da pessoa. Essa análise envolve conhecer a situação familiar e da rede social. Identificar se existe apoio social externo representado por pessoas ou instituições da comunidade.
- É importante avaliar o grau de vulnerabilidade e risco que a pessoa está sujeita. Igualmente é preciso identificar os fatores de proteção (aspectos que favoreçam a resiliência), como também as características individuais, autoestima e competência social.

- O cuidado deve buscar a garantia de direitos, tendo como princípio orientador o atendimento integral às múltiplas dimensões envolvidas no fenômeno da violência. As ações devem potencializar a autonomia, favorecer a participação na rede, reduzir danos, mudanças nas condições que geram, mantém ou facilitam a dinâmica na situação de violência, facilitar acesso às políticas de saúde e sociais, educação, trabalho, renda e assistência (encaminhamentos para rede de saúde e social).
- Garantir o direito à convivência familiar e comunitária, proteção integral e preservação de vínculos familiares e comunitários. O afastamento da criança é medida que deve ser usada em casos de risco significativo para a integridade da pessoa. Se os pais apresentam abusos ou dependência ao álcool ou outras drogas, a Unidade Básica faz o acolhimento e pode encaminhar o familiar para o CAPS-AD, se necessário.
- Reconhecer no exame físico sinais de violência: equimoses, escoriações, hiperemia, mordeduras, incisões com arma branca e lesões em genitália. Caso seja necessário, acionar o Conselho Tutelar. Eventualmente, pode contactar diretamente com o Juizado da família.
- Realizar a notificação obrigatória dos casos suspeitos ou confirmados de violência.
- Utilizar metodologias lúdicas (desenho, brinquedo e artes cênicas) para identificar situações de violência.

- Propiciar um ambiente seguro, terapêutico para expressão dos sentimentos da criança.

O enfermeiro deve ter uma atitude de acolhimento voltada à compreensão do contexto em que a violência foi desencadeada. Evitar julgamentos e críticas, mesmo em relação ao agressor. A vocação da saúde é o cuidado e a facilitação de relações mais saudáveis e pacíficas por meio do diálogo e da mediação de conflitos. É importante a escuta qualificada, apoiar o cuidador, vítima e família, criar vínculo de confiança. Notificar, orientando ao cuidador e família o desdobramento desta notificação.

Ao notificar o caso de violência, esse profissional atua em dois sentidos: reconhece as demandas especiais e urgentes da vítima e chama o poder público à sua responsabilidade. Vide anexo 1.2.

Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a suspeita ou confirmação de abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Essa medida é fundamental para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes.

A atenção e a notificação dos casos é também responsabilidade da Unidade, e não apenas dos profissionais que fizeram o atendimento. A instituição deve estar atenta à identificação dos casos e comprometida com o acompanhamento das crianças e adolescentes.

PROCEDIMENTOS PARA A PREVENÇÃO E DETECÇÃO DE MAUS TRATOS CONTRA A CRIANÇA

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> Lesão física sugestiva de abuso físico ou sexual. Discrepância entre as lesões e a história/estágio de desenvolvimento Criança expressa espontaneamente, que sofre maus-tratos. Acompanhante expressa espontaneamente, que a criança é vítima de maus tratos. Relato de agressão física ou psicológica ou negligência que represente uma ameaça à vida da criança. 	<p>COMPATÍVEL COM MAUS TRATOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tratar lesões e dor, se indicado. Referir com urgência ao atendimento de alta complexidade Notificação à autoridade competente. Contatar a rede de proteção para crianças em situação de violência
<ul style="list-style-type: none"> Qualquer relato de agressão física ou psicológica sem ameaça à vida, mas que o responsável não reconhece a agressão. <p style="text-align: center;">ou</p> <ul style="list-style-type: none"> Dois ou mais itens: Comportamento alterado da criança Comportamento alterado dos responsáveis. Criança malcuidada em sua higiene. Criança malcuidada em sua saúde. Lesões com história de traumas/acidentes frequentes. 	<p>SUSPEITA DE MAUS TRATOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Discutir em equipe multidisciplinar, se disponível no serviço ou na rede, e contatar a rede de proteção, se for necessário. Reforçar comportamentos positivos. Promover medidas preventivas Reforçar o respeito e a garantia dos direitos da criança. Notificação à autoridade competente caso a suspeita esteja fundamentada. Reavaliar em sete dias.
<ul style="list-style-type: none"> Um dos itens descritos acima ou Qualquer relato de agressão física ou psicológica sem ameaça à vida com justificativa cultural ou Lesões físicas inespecíficas. Não apresenta nenhum dos itens anteriores. 	<p>SITUAÇÃO DE RISCO NÃO HÁ MAUS TRATOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar comportamentos positivos. Promover medidas preventivas. Reforçar o respeito e a garantia dos direitos da criança. Assegurar retorno em 30 dias. Elogiar a mãe. Reforçar comportamentos positivos de bom trato. Promover medidas preventivas. Recordar a próxima consulta de puericultura

Fonte: Detecção e Prevenção de maus tratos na infância no marco da Atenção Integral às doenças prevalentes na infância AIDPI Módulo Capacitação (OPAS/OMS), 2006.

Capítulo 2

Saúde do Adolescente



Saúde do adolescente

A atenção à saúde do adolescente tem sido um importante desafio para a organização dos serviços de saúde na cidade de São Paulo. Destaca-se cada vez mais a necessidade do estabelecimento de políticas para a adolescência, considerando o grande contingente populacional que estes grupos representam e também a importância do desenvolvimento integral de suas potencialidades.

Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde a adolescência é delimitada como o período entre os 10 e 20 anos incompletos; o período de 10 a 24 anos é considerado como juventude.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) delimita adolescentes entre 12 e 18 anos, percebendo-se então que, por um período, adolescência e juventude coincidem.

Enquanto o começo da adolescência é verificado principalmente pelo início da puberdade, a delimitação do final da adolescência, tanto na teoria como na prática, não permite critérios rígidos.

A prática da Atenção Integral à Saúde do adolescente se reveste de grandes desafios. O principal é o de desfazer-se do conceito que associa o adolescente aos problemas e preocupações e de que ser jovem representa riscos de ter ou ser problema. O risco generalizado não deve definir e nem circunscrever negativamente esse período de vida. Recomenda-se a utilização de vocabulário

novo na interlocução da Saúde com a adolescência: os fatores de proteção. Autoestima, plano e perspectivas de vida, percepção de talentos, criatividade, juízo crítico, espiritualidade são exemplos de áreas de abordagem que podem fazer parte da atenção à Saúde dos Adolescentes, conferindo-lhe uma nova roupagem, onde risco e proteção são abordados de maneira conjunta.

Esta transição está relacionada à aquisição de uma maior autonomia em diversos campos da vida, expressa na possibilidade de manter-se profissionalmente, na aquisição de valores pessoais, no estabelecimento de uma identidade sexual, de relações afetivas estáveis e de relações de reciprocidade com a geração precedente, familiares e membros da sociedade.

É importante registrar que o conteúdo deste Manual foi um trabalho realizado em conjunto com as Enfermeiras da Coordenação da Atenção Básica, das Coordenadorias Regionais de Saúde e pactuado com as Áreas Técnicas de Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente da Coordenação de Atenção Básica – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, tendo como referência principal as orientações do Ministério da Saúde (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, 2008).

2.1 Atendimento ao adolescente

Este manual traz a abordagem da enfermagem durante a assistência ao adolescente entre 10 e 19 anos (OMS).

O atendimento ao adolescente deve sempre levar em conta, dentre outras variáveis, o processo de crescimento e desenvolvimento e sua vulnerabilidade a inúmeros agravos físicos, psíquicos e sociais, cuja análise permitirá a identificação dos fatores protetores que devam ser promovidos e os riscos que deverão ser afastados e/ou atenuados.

Abrange ações Interdisciplinares, Intersetoriais e Interinstitucionais, voltadas para a prevenção e promoção da saúde, para o atendimento local e para o encaminhamento de situações e problemas específicos desta faixa etária.

A própria condição de ausência de oportunidade para refletir, construir um projeto de vida e concretizá-lo, pode colocar qualquer adolescente em situação de risco, independente da situação social em que se encontre.

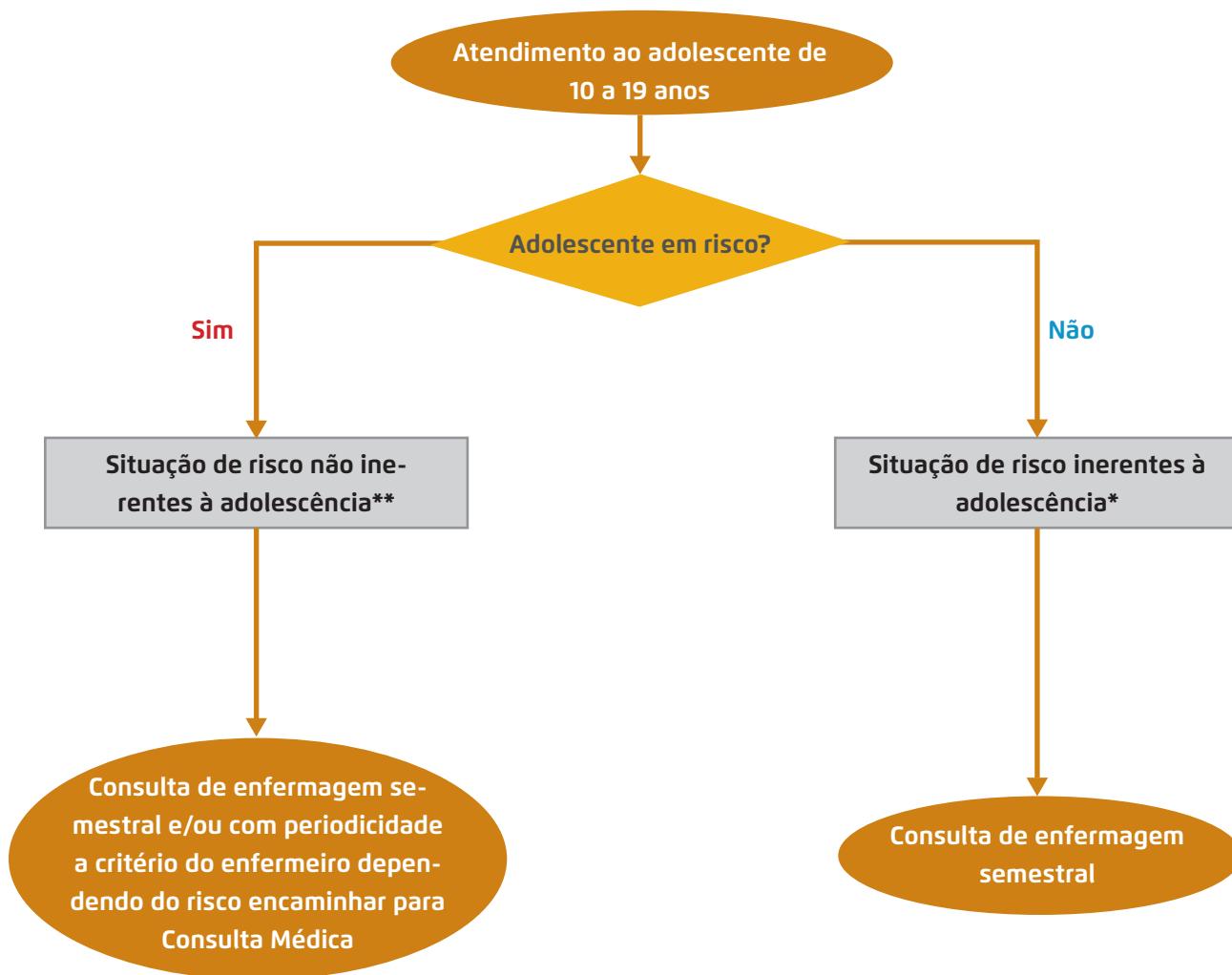


Didaticamente poderíamos classificá-los em:

- Risco biológico → Obesidade, doenças crônicas, etc.
- Risco emocional → Depressão, uso e abuso de drogas, etc.
- Risco familiar → Pais alcoolistas, com transtornos mentais, etc.
- Risco social → Morar em áreas de tráfico de drogas, pobreza extrema, etc.

O enfoque de risco auxilia a equipe a planejar o acompanhamento do adolescente priorizando as ações preventivas e assistenciais.

FLUXO DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE



*** Adolescente com riscos inerentes à faixa etária:**

Aquele que apresenta riscos inerentes à faixa etária, como por exemplo, a impulsividade, a onipotência juvenil, o pensamento mágico, imaturidade emocional, a influência do grupo de pares e outros.

No entanto identifica-se no seu contexto de vida um número maior de fatores de proteção em relação aos fatores de risco.

**** Adolescente em situação de risco não inerentes a faixa etária:**

Aquele que apresenta riscos biológicos, emocionais, familiares e/ou sociais.

- **risco biológico:** obesidade, doenças crônicas; de risco emocional: depressão/ ansiedade, uso e abuso de drogas;
- **risco familiar:** pais alcoolistas/drogaditos, com paternidade/maternidade prejudicada (conflito no desempenho do papel mãe/pai), com transtornos mentais e déficit intelectual;
- **risco social:** morar em áreas de tráfico de drogas, pobreza extrema, exploração sexual infantil, violência, negligência do cuidador. Identifica-se no seu contexto de vida um número menor de fatores de proteção em relação aos fatores de risco.

A organização da unidade de saúde deve levar em conta a garantia de privacidade do adolescente.

Se houver possibilidade, é interessante pedir para que os adolescentes contribuam com o preparo do ambiente de acordo com as suas características, isto fará com que o adolescente identifique como “seu espaço”.

Construir junto com os adolescentes as atividades e os temas a serem abordados nos grupos. A entrada do adolescente na unidade, na medida do possível, deve fugir aos esquemas tradicionais de marcação de consulta.

2.2 Consulta de enfermagem ao adolescente

Orientações

A consulta de enfermagem fundamenta-se no processo de interação, investigação, diagnóstico, educação e intervenção, baseada em uma relação de confiança e empatia onde o enfermeiro deve manter uma postura de compreensão e atenção a todas as informações, queixas e necessidades que levaram o adolescente a procurar esse atendimento.

Sugestão para Consulta de Enfermagem ao Adolescente - **ANEXO 1.3**

CONSULTA DE ENFERMAGEM

OBJETIVOS

- Monitorar o processo de crescimento, desenvolvimento púbere e psíquico.
 - Identificar e promover os fatores de proteção.
 - Identificar os fatores de risco que deverão ser afastados e/ou atenuados.
 - Realizar a busca de possível uso de álcool, crack e outras drogas; portanto é necessário um olhar atento para investigar o padrão de uso (tipo de substância, quantidade e frequência); Orientar sobre os danos nocivos do uso dessas substância nesta fase do crescimento; Negociar e estabelecer conjuntamente metas de redução de uso, promovendo assim a redução de danos e quando necessário trabalhar conjuntamente com o CAPS-AD, para formular e estabelecer as melhores e mais adaptadas estratégia de redução de danos.
- Esclarecer sobre o direito de assistência à saúde.
 - Incentivar a responsabilizar-se por seu próprio cuidado e discutir com ele plano ou estratégia para o cuidado.
 - A consulta não deve ter a abordagem tradicional com formatos rígidos, pré-concebidos, unidirecional e informativa é importante respeitar a singularidade de cada um, considerando sempre as especificidades relativas à idade, ao gênero, à orientação sexual, à raça, à etnia, ao meio familiar, às condições de vida, à escolaridade, ao trabalho, dentre outros aspectos, abordando sempre o adolescente em sua integralidade.
 - Não existe um jeito único para se trabalhar com o adolescente
 - O enfermeiro durante a consulta deve abordar temas de interesse do adolescente, estimulando-o desta forma a expor seus problemas e angústias, estabelecendo uma troca de informações de maneira franca e aberta, sem expressar julgamentos, sugere-se que a primeira consulta de enfermagem possa ser dividida em duas etapas, não necessariamente no mesmo dia.

- A primeira etapa acontece com o adolescente onde ele possa sentir-se acolhido e ter confiança no profissional. A questão da confiança/vínculo é muito tênue no adolescente que estabelece empatia e confiança muito fortemente (extremos), que aprecia e acredita que seu modo de ver a vida é o certo e que não precisa de interlocutores para falar de si.
- A segunda etapa é inserir a família gradualmente de forma que não fira sua autonomia e não iniba o adolescente na presença dos mesmos. A participação familiar tem como objetivo o fornecimento de informações sobre o relacionamento familiar e a história pregressa do adolescente (parto, doenças, vacinas, vida escolar, relacionamento), bem como a orientação deste quanto ao tratamento, esclarecimento de possíveis dúvidas e estabelecimento de vínculo com o adolescente e sua família.
- É fato que qualquer criança ou adolescente não precisa de acompanhantes para passar em consulta em qualquer instituição de saúde, e a presença dos pais (onde há conflitos familiares presentes) associa os “contratos” ao adulto e não ao próprio adolescente. Ver Art. 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
- Seguindo estes mesmos princípios, quando o adolescente procurar o atendimento sozinho e mostrar maturidade para se responsabilizar por seu tratamento, seus pais serão convidados a comparecer somente, se ele estiver de acordo.
- É fundamental dispor de um tempo adequado para cada atendimento, principalmente para a realização de uma abordagem integral e de orientações preventivas. Alguns retornos podem ser necessários para estabelecer um vínculo de confiança e esclarecer situações mais complexas.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA REALIZAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

- Durante a primeira consulta é importante estabelecer um “pacto” ou “contrato” com o adolescente e sua família, sendo informados sobre o sigilo da consulta, a partir do qual, o que for dito pelo adolescente só será repassado aos pais com o consentimento deste, exceto em situações de risco de vida próprio ou de terceiros.
- No caso do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, ao identificar um adolescente com questões de risco ou de saúde mais complexa tem a necessidade de tentar expandir seu vínculo através do Agente Comunitário de Saúde para auxiliá-lo no acompanhamento, incentivá-lo a buscar mais vezes esse profissional para discutir e refletir sobre seus problemas como também envolver toda a família.

- No Histórico de Enfermagem ou levantamento de dados é importante abordar como ele está se sentindo em relação às mudanças corporais e emocionais pelas quais está passando, ao seu relacionamento com a família e com seus pares, a forma como utiliza as horas de lazer, as suas vivências anteriores no serviço de saúde, as expectativas quanto ao atendimento atual e a seus planos para o futuro se conhece a rede da região.
- Além disso, a menarca, a espermarca, ciclo menstrual, tristeza, melancolia, dificuldade em lidar com as frustrações, não se sentir compreendido, rejeições, uso de drogas e ideia ou tentativa de suicídio, são temas que podem estar presentes na vida de alguns adolescente e o fato de perguntar (se preocupar) é importante e estratégico, pois abre uma possibilidade de identificação e pode reforçar a empatia entre o profissional e o adolescente.
- Se o adolescente não estiver à vontade para responder, o profissional poderá postergar essas questões para outro encontro.

A CONSULTA DE ENFERMAGEM DEVE CONTEMPLAR:

- **Higiene e alimentação**
- **Orientações sobre os métodos anticoncepcionais**
- **Orientações preventivas para DST/AIDS, gravidez precoce não planejada e aborto**
- **Avaliação e fornecimento de anticoncepção de emergência**
- **Vacinação**
- **Orientação sobre sexualidade e informações sobre diferentes opções sexuais**
- **Identificação da influência familiar, grupo cultural, social, mídia**
- **Observação de risco para exploração sexual, violência doméstica e fugas**
- **Vinculação escolar e bullying**
- **Orientações sobre álcool, drogas, uso de piercings e tatuagens**
- **Convidar para grupos existentes na Unidade e na Comunidade**
- **Encaminhamentos para acompanhamento médico, psicológico e odontológico.**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA REALIZAÇÃO DO EXAME FÍSICO

- O exame físico é um momento para se avaliar o estado de saúde, o autocuidado e para fornecer informações e orientações sobre as transformações físicas e psicossociais que vêm ocorrendo, além de complementar os dados coletados no histórico.
- Durante o exame é necessária a presença de outro profissional de saúde no consultório. Mantenha a discrição e não faça exclamações ou comentários durante o exame.
- Observar que a inspeção seja feita de forma segmentar, sempre cobrindo a região que não está sendo examinada.
- Analisar cuidadosamente da cabeça aos pés.
- O adolescente deve ser orientado sobre a realização do exame físico passo a passo, de forma que ele possa participar de todos os momentos da consulta, revelando preocupações que havia omitido anteriormente, respeitando sempre seus pudores e temores, adiando, se necessário, a realização do exame físico.
- A pressão arterial (PA), nos primeiros anos de vida tem elevação gradual. Na adolescência há uma elevação mais rápida até chegar aos níveis pressóricos do adulto.
- A avaliação da PA deve ser uma rotina na consulta do adolescente, para permitir a identificação precoce de hipertensão arterial.
- No exame das genitálias sempre utilizar luvas, não devendo ser, obrigatoriamente, realizado na primeira consulta.
- Ao final da consulta esclarecer o adolescente sobre os diagnósticos de enfermagem encontrados e a prescrição/ plano de cuidados, deixando claro o seu parecer quanto ao estado de saúde do adolescente.
- Remarcar as consultas, mostrando disponibilidade para continuar o seu atendimento. A frequência dos retornos dependerá do caso em questão.

2.2.1 Crescimento e desenvolvimento puberal - Avaliação

É na puberdade que se inicia o aparecimento dos caracteres sexuais secundários: broto mamário no sexo feminino e no masculino aumento dos testículos e desenvolvimento dos pelos pubianos em ambos os sexos.

Termina com o completo desenvolvimento físico, parada do crescimento, que se constata pela soldadura das cartilagens de conjugação dos ossos longos e aquisição da capacidade reprodutiva, em vista do amadurecimento das gônadas. (VILELA; FUGIMORE, 2009).

CRESCIMENTO PONDERO- ESTATURAL

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

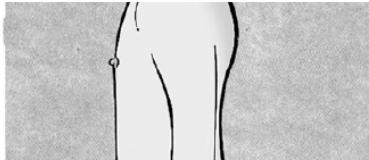
Recomenda-se a avaliação antropométrica (peso, altura e avaliação nutricional) anualmente até o final da adolescência e com maior frequência se for detectado algum problema (baixa estatura, baixo peso, sobrepeso e obesidade).

Segundo o Manual de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde, recomenda-se o uso do Índice de Massa Corporal (IMC)/Idade.

DESENVOLVIMENTO PUBERAL FEMININO

Tabelas de Tanner

Genitália



Pré-Púbere (somente elevação da papila)



Broto mamário sub-areolar



Maior aumento da mama e da aréola, sem separação dos seus contornos

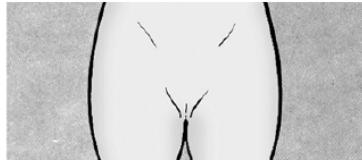


Projeção da aréola e da papila, com aréola saliente em relação ao contorno da mama



Aréola volta ao contorno da mama, saliência somente da papila. Mama adulta

Pêlos pubianos



Pré-Púbere (ausência de pêlos)



Pêlos longos, finos e lisos ao longo dos grandes lábios



Pêlos mais escuros, mais espessos e encaracolados parcialmente sobre o púbis



Pêlos escuros, espessos e encaracolados cobrindo totalmente o púbis, sem atingir as raízes das coxas



Pêlos estendendo-se até as raízes das coxas

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

MATURAÇÃO SEXUAL

SEXO FEMININO

- A primeira manifestação é o surgimento do broto mamário, em média aos 9 anos, que pode ser doloroso e unilateral, demorando até 6 meses para o crescimento do contralateral. No mesmo ano há o aparecimento dos pelos pubianos.
- Aproximadamente aos 10 anos de idade começam a aparecer os pelos axilares acompanhados pelo desenvolvimento das glândulas sudoríparas, o que pode proporcionar o odor característico do adulto.
- A primeira menstruação, denominada menarca, pode vir prescindida de uma secreção vaginal clara. A idade média para a menarca gira em torno de 12 anos aproximadamente. Os primeiros ciclos menstruais geralmente são anovulatórios e irregulares, por até 3 anos pós menarca.
- Após a menarca a adolescente pode crescer em média 7 cm.

SEXO MASCULINO

- A primeira manifestação de maturação sexual é o aumento do volume testicular, por volta dos 10 anos. O crescimento peniano ocorre geralmente um ano após o crescimento dos testículos, sendo que primeiro o pênis cresce em comprimento e depois em diâmetro.
- Os pelos pubianos aparecem em torno dos 11 anos, em seguida são os pelos axilares, faciais e os do restante do corpo.
- A primeira ejaculação denominada espermarca, ocorre em média aos 12 anos, e a mudança da voz acontece mais tarde.
- No adolescente masculino é comum identificar entre os 13 e 14 anos, a ginecomastia púbere (aumento do tecido mamário), frequentemente bilateral, com consistência firme e móvel e, às vezes pode ser bem doloroso. Regreda espontaneamente em até 2 anos. Quando não involui em 24 meses, deverá ser avaliada pelo médico da equipe/unidade para possível encaminhamento.
- A polução noturna é a ejaculação noturna involuntária, ou seja, saída de sêmen durante o sono, decorrente de um estímulo cerebral para sonhos eróticos que levam ao orgasmo. É um evento fisiológico normal, mas às vezes pode causar constrangimentos e dúvidas aos adolescentes, que devem ser orientados e tranquilizados pelo enfermeiro ou outro profissional da equipe.

DESENVOLVIMENTO PUBERAL MASCULINO

Tabelas de Tanner

Genitália



Pré-Púbere (Infantil)



Aumento do escroto e dos testículos, sem aumento do pênis.

Pele da bolsa escrotal fina e rosada



Aumento do pênis em comprimento.

Continua o aumento de testículos e escroto

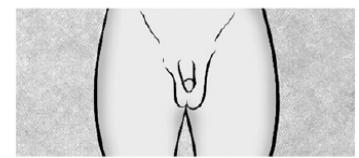


Aumento do diâmetro do pênis e desenvolvimento da glândula. Continua o aumento de testículos e escroto, cuja pele escurece e engrossa



Genital adulto em tamanho e forma

Pêlos pubianos



Pré-Púbere (Infantil)



Pêlos longos, finos e lisos na base do pênis



Pêlos mais escuros, mais espessos e encaracolados sobre o púbis



Pêlos escuros, espessos e encaracolados cobrindo totalmente o púbis, sem atingir as raízes das coxas



Pêlos estendendo-se até as raízes das coxas

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

Atenção

Considera-se retardo puberal a ausência de qualquer característica sexual secundária em meninas após os 13 anos de idade, e em meninos após 14 anos. (M.S,2008)

Considera-se puberdade precoce, quando ocorre o aparecimento de caracteres sexuais secundários antes dos 8 anos, nas meninas, e antes dos 9 anos nos meninos. (CARVALHO,2007)

2.2.2 Prescrição medicamentosa

Contracepção de emergência → seguir Manual Saúde da Mulher – Enfermagem, vigente

Pediculose → seguir Manual Saúde do Adulto – Enfermagem, vigente

Verminose → seguir Manual Saúde do Adulto – Enfermagem, vigente

2.2.3 Alimentação na adolescência

A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, potencialmente determinada por fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais que irão interferir diretamente na formação dos hábitos alimentares.

A nutrição tem papel crítico no desenvolvimento do adolescente sendo o consumo de dieta inadequada uma influencia desfavorável sobre o crescimento somático e maturação. Outro fator que influencia sobre as necessidades nutricionais é a realização de exercício físico.

Atualmente, a preferência dos adolescentes por lanches rápidos, substitutos das grandes refeições e principalmente do jantar, geralmente favorece o desequilíbrio na dieta. A combinação dos alimentos nem sempre é variada, resultando em cardápios muito calóricos e pouco nutritivos.

A associação entre este estilo de vida pouco saudável e o surgimento do elevado número de pessoas com sobrepeso e/ou obesidade, com o aumento de doenças crônico-degenerativas (hipertensão arterial, diabetes, alteração nos níveis de colesterol e triglicérides, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares), constitui-se um problema prioritário de saúde pública, inclusive no grupo etário de crianças e de adolescentes.

Para realizar a avaliação nutricional de adolescentes, o método mais adequado é o índice de massa corporal (IMC), que se encontra no **Anexo 1.1**.

PARA MELHOR ESTILO DE VIDA É NECESSÁRIO ORIENTAR:

- Fazer as refeições em ambiente tranquilo, juntamente com a família (criar rotina) sem associar à atividades de entretenimento (televisão, revistas, computador, etc.)
- Incorporar ao cotidiano, técnicas como comer devagar e mastigar bem os alimentos, permitindo um melhor controle da ingestão e uma adequada percepção da saciedade e plenitude
- Ingerir todos os grupos de alimentos (pães, massas e tubérculos, frutas e hortaliças,

carnes e peixes, feijão e outras leguminosas, leite e derivados e quantidades moderadas de gorduras, sal e açúcares)

- Reduzir o consumo de sanduíches, biscoitos recheados, frituras, balas e outras guloseimas. Esses alimentos possuem elevados teores de gorduras saturadas, açúcar simples, corantes e conservantes
- Aumentar a ingestão de líquidos, principalmente, água, nos intervalos das refeições, evitando o excesso durante as mesmas
Diminuir o consumo de refrigerantes e sucos artificiais
- Consumir regularmente alimentos fontes de fibra: hortaliças, leguminosas, cereais integrais como arroz, pães e aveia, frutas
A fibra auxilia o bom funcionamento intestinal e redução dos níveis de colesterol
- Incorporar a prática de atividade física regular como caminhar, andar de bicicleta, jogar bola e outras
- Estimular busca de atividades prazerosas como hobbies, ter animal de estimação, fazer trabalho voluntário, participação em atividades de grupos como dança, teatro, música, arte, etc.

2.2.4 Imunização do adolescente

A maioria dos adolescentes frequentemente apresenta carteira de vacinação incompleta, com esquema básico de vacinação interrompido. Nesse caso, não é necessário reiniciar o esquema e sim completá-lo.

Outra situação comum é aquela em que não há informação disponível sobre vacinação anterior. Se a informação for muito duvidosa, recomenda-se considerar como não vacinado.

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

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vacinacao/index.php?p=7313

ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/imuni08_ntprog.pdf

http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/imuni10_suple_norma_rev.pdf



2.3 Principais agravos na adolescência

2.3.1 Obesidade

É um distúrbio do estado nutricional traduzido por aumento de tecido adiposo localizado ou generalizado, provocado por desequilíbrio nutricional associado ou não a distúrbios genéticos ou endócrino-metabólicos.

Doença crônica multifatorial, de difícil tratamento, disseminada em todas as camadas sociais, sendo sua etiologia uma complexa interação entre fatores genéticos e ambientais.

A obesidade é considerada um problema de saúde pública devido a sua alta incidência na população em geral, sendo considerada pela Organização Mundial da Saúde como uma epidemia.

Para o acompanhamento da obesidade existem vários métodos de avaliação nutricional para identificar o sobrepeso e a obesidade, como a antropometria e a avaliação da composição corporal.

Os métodos antropométricos são os de mais fácil manuseio, inócuos, de baixo custo e os mais indicados para a prática diária.

Para os adolescentes, o uso do Índice de Massa Corporal (IMC) tem sido validado em muitos estudos, apresentando alta especificidade para diagnóstico da obesidade (ESCRIVÃO et al, 2000).

Consequências da obesidade:

- Hipertensão arterial, hiperlipidemia, doença cardiovascular, cálculos biliares, diabetes.
- Irregularidades menstruais, infertilidade, gravidez de risco, eclampsia e pré-eclampsia, maior possibilidade de infecção no puerpério.
- Diminuição dos níveis de testosterona e maior chance de desenvolver a ginecomastia púbere.
- Isolamento social, baixa autoestima, depressão, dificuldade de aceitação pelo grupo.

CONSULTA DE ENFERMAGEM - OBESIDADE

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

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

O envolvimento da família é fundamental para auxiliar a mudança no comportamento alimentar dos adolescentes, sendo assim é necessário capacitar os pais a fim de facilitar a mudança de comporta-

mento dos adolescentes para uma alimentação saudável e um estilo de vida mais ativo.

No histórico de enfermagem investigar:

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

No exame físico do adolescente obeso é necessário observar:

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

Observações

- Todo obeso deve ser acompanhado pelo médico em consultas periódicas.
- A simples transmissão de informações nutricionais não é suficiente para auxiliar o adolescente que precisa fazer mudanças na alimentação, pois estas informações alcançam somente a dimensão intelectual e a alimentação envolve muito mais do que isso.
- A educação nutricional tem como grande desafio a necessidade de criar estratégias educativas que, além de transmitir informações, possibilitem a criação de novos sentidos para o ato de comer.
- É recomendado que a intervenção começasse precocemente e que os programas de tratamento instituas mudanças permanentes e não dietas de curto prazo ou programas de exercício físico objetivando uma rápida perda de peso.
- As mudanças devem ser pequenas e graduais.
 - Diminuir o consumo de alimentos e preparações hipercalóricas já pode ser suficiente para a redução do peso.
 - Dietas muito restritivas não são aconselháveis e podem promover déficit de crescimento na estatura.

Cabe à UBS com ou sem ESF e/ou a equipe -> a identificação e acompanhamento do adolescente com sobrepeso.

Quando possível, fazer o acompanhamento com um nutricionista.

2.3.2 Transtornos alimentares – Anorexia nervosa e Bulimia

A anorexia e bulimia constituem transtornos alimentares frequentemente de prognóstico reservado, e que acometem, principalmente, adolescentes e adultos jovens, mais do sexo feminino, apresentando gravidade semelhante em ambos os sexos.

Anorexia Nervosa

O diagnóstico de anorexia nervosa, cujo significado é perda do apetite, requer quatro critérios diagnósticos definidos no Manual das Desordens Mentais (1994), Diagnóstico e Estatística (DSM-IV).

- 1** Recusa em manter o peso dentro dos limites considerados normais para altura e idade (abaixo de 15% do peso considerado ideal).
- 2** Medo de ganhar peso.
- 3** Distúrbio grave da imagem corporal, medida predominante da auto avaliação, com negação da gravidade da doença.
- 4** Ausências de ciclos menstruais ou amenorreia (mais que três ciclos).

A anorexia nervosa afeta principalmente, jovens adolescentes frequentemente entre os 13 e 17 anos, do sexo feminino, que voluntariamente reduzem a ingestão alimentar por um medo mórbido de engordar, com perda progressiva e desejada de peso, chegando a graus extremos de caquexia, inanição e até à morte. As estimativas de mortalidade giram em torno de 15% a 20 %.

Geralmente, o quadro é desencadeado por um fator estressante como, por exemplo, comentários sobre o peso, pressão profissional ou uma ruptura afetiva. Apesar de emagrecido, o adolescente costuma perceber-se gordo ou desproporcional, o que denomina-se insatisfação ou distorção da imagem corporal.

A perda de peso constitui-se no grande objetivo do adolescente, que faz uso de dietas severas, períodos de jejum, pratica exercícios físicos em exagero e usa ou abusa de medicações laxativas, diuréticas e/ou inibidores do apetite.

À medida que a doença progride, muitas vezes, iniciada com dietas para emagrecer, aliadas à programas exaustivos de exercícios físicos, o emagrecimento tende a se acentuar. É justamente, pelo quadro de desnutrição que os familiares buscam tratamento médico, muitas vezes com resistência por parte do adolescente.

Ao realizar a consulta, o enfermeiro deve levar em conta que o adolescente tem dificuldade em dizer o que está sentindo ou pensando, portanto, será importante a comunicação extra verbal usando desenhos, por exemplo. Este adolescente tem uma baixa autoestima e imagem corporal perturbada.

Bulimia

Os critérios para o diagnóstico de bulimia pelo Manual das Desordens Mentais (1994), Diagnóstico e Estatística (DSM-IV), incluem os seguintes itens:

- 1** Episódios de ingestão excessiva com sensação de perda de controle (às vezes em períodos de duas horas, ingerem quantidades consideráveis muito grandes, que outras pessoas não afetadas não ingeririam nesse mesmo período nem nessas circunstâncias).
- 2** A ingestão excessiva é compensada por comportamento de expurgo (vômitos auto induzidos, laxantes ou diuréticos) ou não expurgo.
- 3** A ingestão excessiva e os comportamentos compensatórios ocorrem pelo menos duas vezes por semana, por três meses.
- 4** Insatisfação com a forma do corpo e com o peso.

Esses acessos incontroláveis de ingestão alimentar ocasionam sentimentos de baixa autoestima, culpa, vergonha, depressão levando ao isolamento social, evitando reuniões sociais ou viagens.

A etiopatogenia da bulimia nervosa também inclui, com grande frequência, conflitos familiares, história de abuso sexual na infância e questões sobre o desenvolvimento de feminilidade.

Geralmente, o início dos sintomas ocorre nos últimos anos da adolescência até os 40 anos, estando a idade média de início em torno dos 20 anos de idade. É mais frequente no sexo feminino, na mesma proporção da anorexia nervosa.

Durante um episódio bulímico, a maior parte dos alimentos consumidos são doces e carboidratos, podendo ingerir cerca de 6 mil a 15 mil calorias.

COMPORTAMENTOS COMUNS EM ADOLESCENTE BULÍMICO

- Após as refeições ficam longos períodos no banheiro - provocação de vômitos
- Uso frequente e indevido de laxantes e/ou diuréticos
- Excessos de exercícios físicos, negligenciando outras atividades sociais
- Comem mais que o habitual várias vezes na semana, perdendo o controle da quantidade ingerida
- Com frequência sentem-se tristes ou irritados sem motivo aparente.

Nestes casos, a desnutrição não costuma ser tão marcante quanto na anorexia nervosa. Porém, o impacto na vida social e familiar causado por ambas as doenças são semelhantes.

O tratamento dos transtornos alimentares são, quase sempre, desafiadores e complexos, visto que se depara com um quadro de confusão, perplexidade, chegando ao franco desespero do adolescente e de seus familiares.

Várias modalidades terapêuticas específicas são necessárias, entre elas, destaca-se a terapia nutricional, baseada na orientação e reeducação alimentar, a psicofarmacoterapia, a psicoterapia individual e do grupo familiar que devem ser desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar.

Cabe à UBS com ou sem ESF e/ou à equipe a identificação e encaminhamento dos casos.

ABORDAGEM PARA OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

- Realizar um exame físico completo, com especial atenção para os sinais vitais, pele, sistema cardiovascular e evidências de abuso de laxantes ou diuréticos e vômitos.

Observar as seguintes informações:

Peso atual e desejado; início e padrão da menstruação; restrições alimentares e padrões de jejum; frequência e extensão da hiperfagia e dos vômitos; uso de laxantes, diuréticos, pílulas para emagrecer; perturbações na imagem corporal; preferências e peculiaridades alimentares; padrões de exercícios.

- Avaliar os indicadores de crescimento, desenvolvimento sexual e desenvolvimento físico.
- Explorar a compreensão do adolescente sobre o seu impacto nos relacionamentos sociais, na escola e no trabalho, procurando identificar fatores socioculturais que influenciam o tipo e a quantidade de alimento que o adolescente consome e sua percepção sobre o tamanho corporal ideal.
- Verificar a história psiquiátrica, história de uso de substâncias e avaliação familiar.
- Diagnosticar a estrutura familiar, bem como

eventuais mudanças nas alianças de poder, padrões e rituais, relacionados aos membros da família e a alteração do estado de saúde de um de seus membros.

- Explorar o grau de dependência e envolvimento entre os membros da família.
- Fazer as seguintes perguntas, as quais podem ser mais eficientes do que qualquer questionário extenso para identificar se o adolescente tem predisposição para desenvolver transtorno alimentar:
 - a) Você está satisfeita (o) com seus padrões de alimentação?
 - b) Você já comeu em segredo?
- Ressaltar os aspectos positivos, mantendo uma observação e uma escuta sensível. Auxiliar para que o adolescente perceba os seus limites, sendo colocados de maneira firme, carinhosa e coerente por parte de enfermeiro.

Estimular o adolescente a imaginar mudanças e um futuro positivo e auxiliar a identificação da própria responsabilidade e do controle da situação.
- Registrar no prontuário todas informações e orientações.
- Encaminhar para Consulta Médica (preferencialmente com psiquiatra).

2.3.3 Saúde bucal do adolescente

As estratégias de prevenção dos principais agravos à saúde bucal devem incluir aquelas que impeçam o aparecimento de doenças.

As principais afecções que devem ser observadas pelos Enfermeiros são: cáries, gengivites, má-oclusão, traumatismos, halitose, aftas e outras.

CÁRIE

A cárie é causada por bactérias presentes na placa bacteriana.

Conduta:

Instruir sobre higiene bucal, ingestão de dieta não-cariogênica, detecção precoce de hábitos viciosos (mascar chicletes, excesso de ingestão de doces, morder ponta de canetas e lápis, uso de drogas e outros).

Encaminhar ao Serviço Odontológico.

AFTAS

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

- As crises recorrentes são comuns com duas ou três úlceras em cada surto. As mulheres são acometidas com mais frequência que os homens.

- As causas são desconhecidas, porém sabe-se que a baixa imunidade por deficiência de ferro, vitamina B12 e ácido fólico aumenta a susceptibilidade.
- Estresse, trauma local por mordida ou uso incorreto da escova dental também são fatores que auxiliam o aparecimento de aftas.

Conduta:

Orientar o adolescente para evitar alimentos ácidos (frutas cítricas, tomate, ketchup, mostarda e outros) e realizar bochechos frequentes com água morna sem soluções alcoólicas.

Caso não melhore encaminhar para avaliação Odontológica ou Médica.

GENGIVITE

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

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

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

Conduta:

A higiene bucal correta com escova e fio dental remove a placa bacteriana. Orientar para que não deixe de realizar a higiene bucal quando houver sangramento.

Encaminhar para avaliação Odontológica.

HALITOSE

O mau hálito não é uma doença, mas um sinal de alerta de que existe alguma condição anormal a ser localizada e corrigida.

O difícil convívio com o mau hálito pode levar o adolescente a tentar contornar de forma errada o problema (chupar balas e mascar chicletes) e não ter resultado positivo.

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

As causas podem estar relacionadas às seguintes condições:

- Má higiene dos dentes, língua e gengiva, da prótese e dos aparelhos ortodônticos. Outras causas: Gastrite, Sinusopatia, Caseum em amígdalas

Conduta:

- Estimular a correta higiene bucal: escovação dos dentes e da língua, uso frequente do fio dental, gargarejos salinos para remover resíduos das amígdalas
- Orientar para visitar periodicamente o dentista para realização de limpeza profissional e remoção de tártaro.
- Orientar alimentação rica em vitaminas e frutas cítricas, que aumentam a produção de saliva.
- Orientar a evitar café, chá preto e refrigerante escuro.
- Orientar a evitar dietas emagrecedoras que causam hipoglicemia e redução de saliva.
- Orientar para comer bem devagar, mastigar bem os alimentos e respeitar os horários das refeições.
- Orientar para evitar jejum prolongado, beber no mínimo 1 litro e meio de água por dia.
- Orientar a não fumar e não ingerir bebidas alcoólicas.

2.4 Gravidez na adolescência

Segundo dados do Ministério da Saúde o número de partos no Brasil vem decrescendo nestes últimos 5 anos, no ano de 2007 chegou a 23% de partos realizados na faixa etária entre 15 a 19 anos e 1% de 10 a 14 anos. Este fato deve-se à intensificação das campanhas em relação ao uso de preservativo, disseminação de informação quanto aos métodos anticoncepcionais e um maior acesso da população aos serviços de saúde.

Apesar deste decréscimo, a gravidez na adolescência continua sendo um fator preocupante no caso de situação de risco. As consequências da gravidez serão agravadas de acordo com a idade, paridade, aderência ao pré-natal, ganho ponderal e fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais da adolescente.

Até o momento não existem estudos suficientes que ressaltem diferenças clínicas e obstétricas entre adolescentes grávidas e grávidas de outras faixas etárias, desde que o pré-natal seja adequadamente, assistido.

É importante lembrar que gestantes menores de 16 anos necessitam ser acompanhadas pelos serviços de referência devido ao potencial de risco.

Envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: em primeiro lugar, verificam-se mudanças de identidade e uma nova definição de papéis – a mulher passa a se olhar e a ser olhada de uma maneira diferente.

MATERNIDADE E PATERNIDADE PARA OS ADOLESCENTES

A experiência da gravidez na adolescência pode, no olhar da adolescente, não ser vivenciada como um problema, dependendo das circunstâncias em que ocorre.

A falta de perspectiva em relação à vida pode tornar a gravidez e, conseqüentemente, a maternidade um projeto de vida e a possibilidade de mudança de status no meio familiar de origem e ingresso na vida adulta.

A paternidade para esses jovens pode promover a sua ascensão à vida adulta, redefinindo sua identidade de “homem sério e maduro” especialmente, entre familiares uma vez que assumem o papel de Chefe de Família.

Dicas para o Atendimento de adolescentes grávidas

- Realizar o pré-natal de baixo risco (gestante com 16 anos ou mais), definindo preferencialmente, um dia da semana para o atendimento de adolescentes;
- Assumir uma postura acolhedora e compreensiva frente a adolescente e sua família;
- Estimular a participação do pai da criança durante todo o pré-natal, desde consultas até grupos, exames, etc.;

- Desenvolver grupos específicos para adolescentes grávidas e seus companheiros, sempre que possível, dando ênfase a questões próprias desta faixa etária;
- Enfatizar a necessidade do cuidado com a saúde reprodutiva a fim de prevenir uma segunda gravidez não desejada e DSTs/Aids;
- Não rotular os adolescentes como incapazes de cuidar de uma criança;
- Encaminhar os adolescentes para atividades culturais, esporte, lazer, etc;
- Orientar os familiares para uma postura menos recriminatória e punitiva;
- Orientar a necessidade do apoio familiar ao invés de assumir a função do adolescente como pais;
- Ficar atento à expressão corporal que pode dizer muito sobre a adolescente.

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33728&janela=1

cfm?idtxt=33728&janela=1

**ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL
EM ADOLESCENTES → MANUAL
SAÚDE DA MULHER DESTA SÉRIE**



2.5 Violência na adolescência

BULLYING

De acordo com Fante (2005, p.62-63), o bullying começa frequentemente, pela recusa de aceitação de uma diferença, seja ela qual for, mas sempre notória e abrangente, envolvendo religião, raça, estatura física, peso, cor dos cabelos, deficiências visuais, auditivas e vocais; ou é uma diferença de ordem psicológica e social, sexual e física; ou está relacionada a aspectos como força, coragem e habilidades desportivas intelectuais.

Ele é o responsável pelo estabelecimento de um clima de medo e perplexidade em torno das vítimas, bem como dos demais membros da comunidade educativa que indiretamente se envolvem no fenômeno sem saber o que fazer (FANTE, 2005, p.61).

Mesmo com a identificação do fenômeno e de seus participantes, muitos diretores e professores negam sua existência e/ou não enxergam meios de coibir e/ou prevenir seu desenvolvimento.

Enquanto isso resta àqueles que sofrem ações do bullying, as opções de deixar a escola carregando o peso das tensões infligidas. Suportar em silêncio as agressões que os tornarão rancorosos em relação a toda imagem ou pessoa associada ao ambiente

escolar ou reproduzir em outras pessoas, a humilhação e violência que sofreram, ampliando dessa maneira o seu alcance, limitando seu desenvolvimento enquanto cidadão (FANTE, 2005).

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Na Unidade Básica de Saúde (UBS), quando for detectada uma situação de bullying, a equipe deve procurar o Diretor da Escola e propor um trabalho em conjunto, através de formação de grupos, onde os pais têm uma fundamental importância na participação.

Estes grupos têm o objetivo de estimular a curiosidade em relação ao bullying, suas implicações no universo escolar e conseqüentemente, na sociedade.

Nestes encontros é importante apresentar alguns depoimentos que são encontrados em comunidades de redes sociais.

Quanto às crianças ou adolescentes, estes devem receber um atendimento com especial atenção e ser encaminhado para o Serviço de Psicologia.

2.6 Doenças Sexualmente Transmissíveis

Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) são prevalentes entre adolescentes e aumentam o risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

A abordagem sindrômica das DSTs indicada pelo Ministério da Saúde (MS) para o acompanhamento até a cura e a busca de contactantes, são as medidas mais adequadas para o controle efetivo das DSTs na adolescência.

Consultar; Controle das Doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Abordagem Sindrômica Nas Unidades de Saúde do Município de São Paulo – Programa Municipal de DST/AIDS-SMS-PMSP-Agosto 2008.

Aconselhar sobre a importância do tratamento, oferecer testes anti-HIV e VDRL.

Realizar vacinação e coleta de citologia oncológica.

As principais doenças genitais e uretrais são:

- uretrites gonocócicas
- uretrites não gonocócicas
- cervicites
- vulvovaginites
- vaginose bacteriana
- candidíase vulvovaginal
- tricomoníase genital
- Doença inflamatória pélvica
- Infecção por HPV

Unidades de DST/AIDS

Quanto ao acompanhamento das DST(s) consultar:

- Manual Controle das DST(s)



2.7 Grupos educativos na adolescência

A inclusão do adolescente em ações de promoção à saúde tem sido um grande desafio para o enfermeiro no seu dia a dia.

Não existem fórmulas prontas para a realização dos grupos de adolescentes, mas o objetivo principal destes grupos deve basear-se na participação, desenvolvimento de reflexão crítica e estímulo à criatividade e iniciativa.

Trabalhar com grupos - importância:

- Os grupos mobilizam poderosas forças que têm influência decisiva nos indivíduos.
- O uso correto das dinâmicas de grupo permite intensificar deliberadamente as consequências desejáveis dos grupos.
- Os grupos possuem seu próprio ritmo e dinâmica
- As dinâmicas empregadas nos grupos não são psicoterapia de grupo; o grupo se autoanalisa e se auto interpreta.

SUGESTÃO DE ROTEIRO DE GRUPO PARA ADOLESCENTES

1º ENCONTRO

Apresentação dos componentes do grupo,

- levantar expectativas,
- apresentação dos objetivos e realizar o PACTO.

2º ENCONTRO

Integrar, aquecer para o tema, aprofundar e processar.

Obs.: a partir do 2º encontro pode-se utilizar o mesmo esquema para introduzir novos temas.

ÚLTIMO ENCONTRO

Avaliação dos encontros e técnica de confraternização.

SUGESTÃO DE DINÂMICAS

DINÂMICA DE APRESENTAÇÃO – APRENDENDO O NOME

Objetivo: Integrar o grupo e aprender a fixar o nome das pessoas do grupo.

Duração: 20 minutos

Material: sala ampla.

Desenvolvimento:

- O facilitador solicita que o grupo fique em pé e forme um grande círculo.

- A seguir, dá início ao exercício: dá um passo à frente, diz seu nome, acompanhado de um gesto com as mãos ou com todo o corpo, quando então as pessoas do grupo, repetem em coro o nome do facilitador e fazem o mesmo gesto.
- Prosseguindo, a pessoa à direita do facilitador diz o nome e cria um novo gesto. O grupo repete o nome e o gesto do colega, e assim sucessivamente, até todos se apresentarem.

Avaliação: Comentar a respeito da técnica.

DINÂMICA DE APRESENTAÇÃO E ESCOLHA DE TEMAS PARA DISCUSSÃO

Objetivo: conhecer os participantes e seus diferentes olhares sobre a adolescência

Duração: 30 a 40 minutos

Material: giz de cera, papel sulfite, revistas, tesouras e colas.

Desenvolvimento:

- Cada adolescente irá recortar, desenhar e colar na folha sulfite figuras/imagens
- Em seguida cada um se apresentará ao grupo dizendo seu nome, idade, explicando sua colagem

- Após todos se apresentarem, o grupo escolhe um dos temas dos cartazes para ser discutido
- Após a discussão, o grupo escolhe uma música que envolva o tema e cantam todos juntos
- Ao final cada um avalia o encontro através de uma palavra e é escolhido outro tema dos cartazes para o próximo encontro.
- Quando todos tiverem colocado as letras, o facilitador deverá misturá-las, tirando-as do lugar onde estavam
- O facilitador observará as reações do grupo sem falar nada. Pedirá então, aos adolescentes que organizem as letras de maneira que a forma represente o grupo que eles desejam ser.

DINÂMICA DE AQUECIMENTO/INTEGRAÇÃO – EU E O GRUPO

Objetivo: evidenciar as características de um grupo e elaborar as regras que nortearão a convivência desse grupo

Duração 30 minutos

Material: cartolina, tesouras, cola branca, canetas hidrocolor ou gizão de cera, purpurina colorida ou glitter e papel pardo.

Desenvolvimento:

- Cada adolescente desenhará, em tamanho grande, a primeira letra do seu nome numa cartolina de modo que possa ser recortada. Esta letra será colorida e enfeitada com o material disponível
- Em seguida, cada um colocará a sua letra sobre uma grande folha de papel pardo que estará no chão ou sobre uma grande mesa

ORIENTAÇÕES BÁSICAS NA CONDUÇÃO, MONTAGEM E ESTRUTURA BÁSICA DO TRABALHO EM GRUPO → vide Manual de Normas e Rotinas



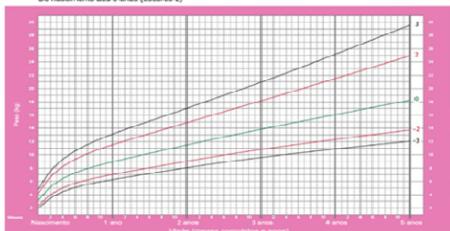
Anexos

ANEXO 1

Anexo 1.1 - GRÁFICOS

Peso por Idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



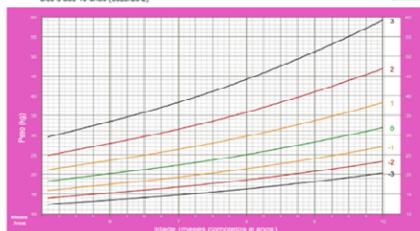
Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Legenda:

- >+2 escores z: peso elevado para idade,
- +2 e ≤ +2 escores z: peso adequado para idade,
- ≥ -3 e < -2 escores z: peso baixo para idade,
- <-3 escores z: peso muito baixo para idade

Peso por Idade MENINAS

Dos 5 aos 19 anos (escores-z)



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Comprimento/estatura por idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Legenda:

- >+2 escores z: altura elevada para idade,
- +2 e ≤ +2 escores z: altura adequada para idade,
- ≥ -3 e < -2 escores z: altura baixa para idade,
- <-3 escores z: altura muito baixa para idade.

Estatura por idade MENINAS

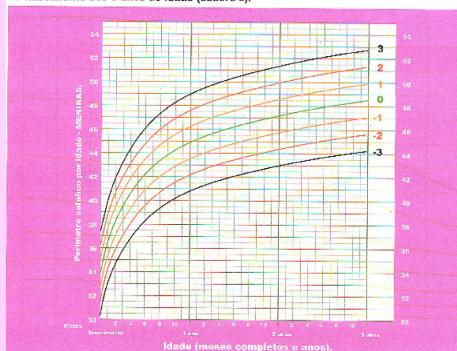
Dos 5 aos 19 anos (escores-z)



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Perímetro cefálico por idade - MENINAS

Do nascimento aos 3 anos de idade (escores-z).

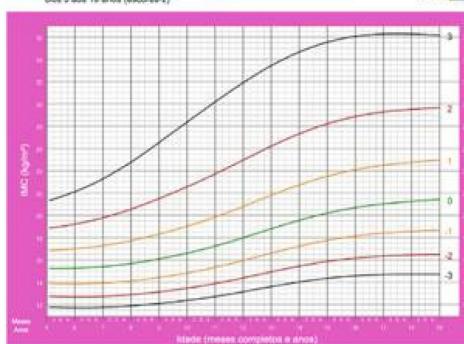


Legenda

- >+2 escores Z: PC acima do esperado para a idade,
- +2 escores Z e ≥ -2 escores Z: PC adequado para a idade,
- > -2 escores Z: PC abaixo do esperado para a idade

IMC por idade MENINAS

Dos 5 aos 19 anos (escores-z)

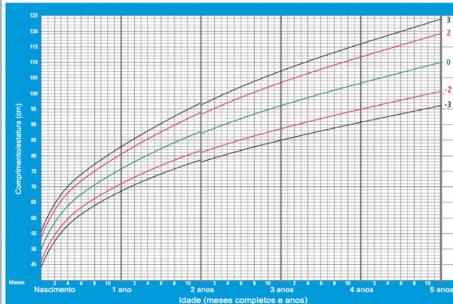


Legenda:

- >+3 escores z: obesidade grave,
- ≤ +3 e > +2 escores z: obesidade
- ≤ +2 e > +1 escores z: sobrepeso
- ≤ +1 e > -2 escores z: adequado,
- < -2 e ≥ -3 escores z: magreza,
- < -3 escores z: magreza acentuada

Comprimento/estatura por idade MENINOS

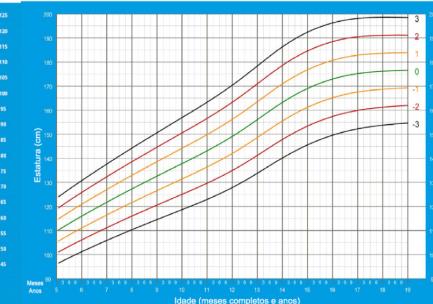
Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Estatura por idade MENINOS

Dos 5 aos 19 anos (escores-z)



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Legenda:

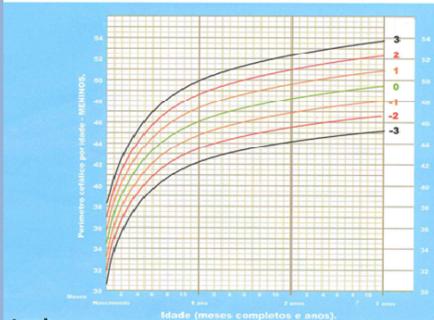
- > +2 escores z: altura elevada para idade,
- = -2 e = +2 escores z: altura adequada para idade,
- = -3 e < -2 escores z: altura baixa para idade,

Perímetro cefálico por idade - MENINOS

Do nascimento aos 3 anos de idade (escore-z).

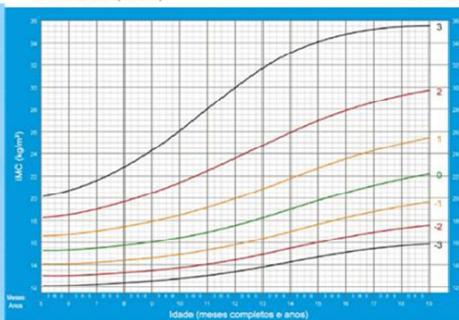
IMC por idade MENINOS

Dos 5 aos 19 anos (escores-z)



Legenda

- > +2 escores z: PC acima do esperado para a idade,
- ≤ +2 escores z e ≥ -2 escores z: PC adequado para a idade
- < -2 escores z: PC abaixo do esperado para a idade

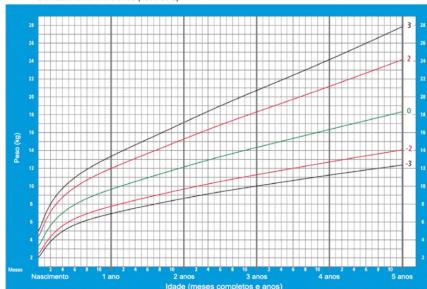


Legenda

- > +3 escores z: obesidade grave,
- ≤ +3 escores z e > +2 escores z: obesidade
- ≤ +2 e > +1 escores z: sobrepeso
- ≤ +1 e > -2 escores z: adequado,
- < -2 e > -3 escores z: magreza,
- < -3 escores z: magreza acentuada

Peso por Idade MENINOS

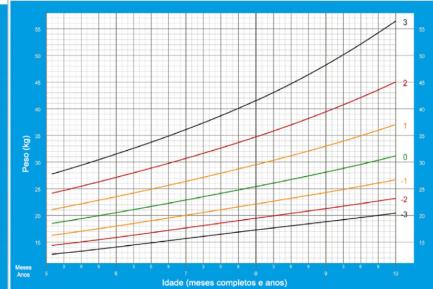
Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Peso por idade MENINOS

Dos 5 aos 10 anos (escores-z)



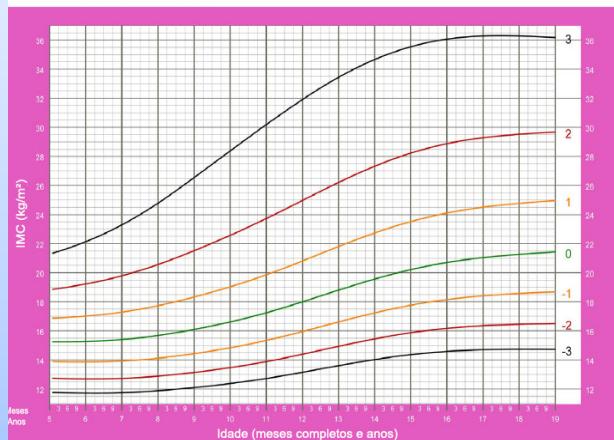
Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Legenda:

- > +2 escores z: peso elevado para idade,
- = -2 e = +2 escores z: peso adequado para idade,
- = -3 e < -2 escores z: peso baixo para idade,
- < -3 escores z: peso muito baixo para idade.

IMC por idade MENINAS

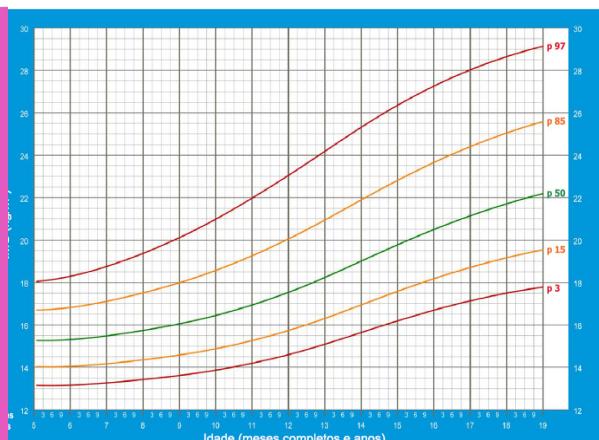
Dos 5 aos 19 anos (escores-z)



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

IMC por idade MENINOS

Dos 5 aos 19 anos (percentis)



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

EVOLUÇÃO E CRESCIMENTO DO PERÍMETRO CEFÁLICO ESPERADO

1º e 2º mês de vida	2 cm por mês
3º e 4º mês de vida	1,5 cm por mês
5º e 12º mês de vida	0,5 cm por mês
No 2º ano de vida	0,3 cm por mês

EVOLUÇÃO ESPERADA DA ESTATURA

1º semestre de vida	15 cm
2º semestre de vida	10 cm
1º ano de vida	25 cm/ano
2º ano de vida	10 a 12 cm/ano
3º e 4º ano de vida	7 cm/ano
Até o início da puberdade	5 a 6 cm/ano

EVOLUÇÃO ESPERADA DO PESO

Nos primeiros meses de vida, o esperado para o ganho de peso é de 700 a 1000 gr/mês (mínimo de 20 g/dia)

Ocorre uma perda de 10% do peso de nascimento até o 10º dia de vida

Ganho de 20 a 30 g/dia durante os 3 primeiros meses de vida e triplicação do peso de nascimento até o 12º mês de vida.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
Sistematização da Assistência de Enfermagem
Consulta ao Adolescente - Sugestão

IDENTIFICAÇÃO

Unidade de Saúde:	Supervisão:
Nome	Idade
Nº Prontuário	Cartão SUS
Data	Responsável/Acompanhante
Frequente escola	Período: Integral <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/>
Escolaridade da mãe/pai	Profissão
Demais informações familiares	
História pregressa do parto	
Nº de irmãos	

Data da consulta Anterior _____, Profissional que atendeu _____
Médico que acompanha o adolescente _____

MOTIVO DA PROCURA

Consulta de rotina <input type="checkbox"/> Consulta eventual <input type="checkbox"/>
Queixa principal: _____
Doenças pré-existentis: _____
Tempo de duração: _____
Histórico da Queixa: (sinais e sintomas) _____
Informações importantes do estado geral: _____

AVALIAÇÃO GERAL

Alimentação	Preocupação excessiva com o peso?
	Tipo: _____
	Horário: _____
	Número de refeições por dia: _____
Medicamentos em uso	Quais? _____
Higiene oral Higiene corporal	Uso de aparelho ortodôntico _____
Eliminações	Urina _____ função intestinal _____ menstruação _____ Ejaculação _____
Sono e repouso	Quantas horas _____ Qualidade do sono _____
Atividade física	
Hábitos/Usos de drogas lícitas e ilícitas	<input type="checkbox"/> Quais? <input type="checkbox"/> Quantidade por semana <input type="checkbox"/> Tempo de uso
Lazer	
Situação vacinal	Atualizada <input type="checkbox"/> Obs: _____
Acidentes: Acidente Anterior/ Atual	Data _____ Tipo: _____ sequela? <input type="checkbox"/> Qual? _____ Tipo de Atendimento _____

Sexualidade	Masturbação Iniciação sexual	Polição Noturna Métodos contraceptivos	DUM	Filhos:
Projeto de vida: Interação social/ Escolar/Comunidade				
Emocional				
Alergias				
Relações Familiares/ Sociais	Descreva ou utilize o genograma/ecomapa			

EXAME FÍSICO

Peso _____ g Estatura _____ cm Temperatura _____ °C

Frequência cardíaca _____ Frequência respiratória _____ PA _____

Nível de consciência _____ Pele e Mucosa _____

Couro cabeludo _____

Olhos: normal alterado Estrabismo dificuldade para enxergar qual? _____

Obs: _____

Orofaringe _____

Dentição _____

Ouvido _____ Acuidade auditiva? _____

Inspeção de gânglios linfáticos _____

Observações respiratórias _____

Observações cardiológicas _____

Inspeção de gânglios linfáticos axilar: _____

Mamas _____

Abdome: _____

Genitália: Higiene _____ Alterações _____

Critério de Tanner: _____

Inspeção de gânglios linfáticos inguinais _____

Sistema locomotor: Marcha, força muscular e reflexos: _____

Observações sobre a coluna vertebral: _____

PROBLEMAS ENCONTRADOS/ Intervenção do Enfermeiro

Higiene: _____

Intervenção: _____

Estado Nutricional/
Alimentação/Hidratação: _____

Intervenção: _____

Situação Vacinal: _____

Intervenção: _____

Condições Ambientais: _____

Intervenção: _____
Condições Emocionais: _____
Intervenção: _____
Crescimento/Desenvolvimento: _____
Intervenção: _____
Alterações fisiológicas: _____
Intervenção: _____
Encaminhamentos: _____
Condições físicas/ violência/negligência: _____
Exames solicitados: _____
Prescrição de enfermagem: _____
Demais orientações: _____

Enfermeiro: _____ **COREN** _____



ANEXO 1.4

PORTARIA Nº 915/2015-SMS.G

O Secretário Municipal da Saúde no uso de suas atribuições legais, e:

Considerando a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica;

Considerando a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde e dá outras providências;

Considerando a Resolução COFEN nº. 195, de 18 de fevereiro de 1997, que dispõem sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiros pautados nos programas do Ministério da Saúde;

Considerando a importância de instrumentalizar as(os) Enfermeiras(os) e equipes de enfermagem que atuam na atenção básica para que as mesmas prestem assistência conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde;

Considerando a necessidade de um documento norteador para atuação das(os) enfermeiras(os) na realização da sistematização da assistência de enfermagem;

RESOLVE:

Art. 1º - Estabelecer os Manuais de Enfermagem/2015, contendo Protocolos de Enfermagem, como documentos de consenso técnico e de apoio para a prática do Enfermeiro, do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem nos serviços que compõem a Atenção Básica do Município de São Paulo;

Art. 2º -

I - Os Manuais, contendo protocolos de Enfermagem – SMS, 2015, são apresentados em sete volumes:

- 1) Atenção à Saúde da Criança e Adolescente;
- 2) Atenção à Saúde da Mulher;

- 3) Atenção à Saúde do Adulto;
- 4) Atenção à Saúde da Pessoa Idosa;
- 5) Normas e Rotinas de Enfermagem;
- 6) Risco Biológico – Biossegurança na Saúde;
- 7) Técnico/Auxiliar de Enfermagem

II – Os Manuais de Enfermagem estão de acordo com a Legislação vigente para o Exercício Profissional, alinhado com as diretrizes técnicas e referências das Áreas Técnicas e Programas Prioritários da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Programas do Ministério da Saúde.

III - O conteúdo destes Manuais deverá ser divulgado no sítio eletrônico da Prefeitura da Cidade de São Paulo / Secretaria Municipal da Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições da Portaria SMS nº 1004, de 31 de janeiro de 2003.

1.4.1 PORTARIA SMS.G Nº 82/2015, DE 05 DE DEZEMBRO DE 2015.

Normatiza a prescrição e a dispensa de medicamentos, no âmbito das unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) sob gestão municipal.

Resolve:

Normatizar a prescrição e a dispensa de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) sob gestão municipal.

Art. 4º. Para fins de prescrição de medicamentos são considerados prescritores os seguintes profissionais: médico, cirurgião-dentista, enfermeiro e farmacêutico.

§ 2º Ao enfermeiro é permitido prescrever medicamentos conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal.

- **IMOPORTANTE A LEITURA DESTA PORTARIA NA INTEGRA, POIS OFERECE SUBSÍDIOS PARA O ENFERMEIRO NO QUE TANGE O TEMPO DE VALIDADE DAS RECEITAS CONFORME O FARMACO E TIPOS DE TRATAMENTOS.**

Referências

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - SAÚDE DA CRIANÇA

BARROS, E. et al. **Exame clínico:** consulta rápida. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

BLANCK, D.; ECKERT, G. E. **Pediatria ambulatorial:** elementos básicos de promoção da saúde. Porto Alegre: UFRGS, 1998.

BPR – Guia de Remédios. 5.ed. São Paulo: Escala, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância.** Brasília, DF: Organização Mundial de Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde, 1999.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Manual de enfermagem: Programa Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Prevenção à Violência e Causas Externas. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes.** Brasília, DF: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.** Brasília, DF: MS, 2012 (Caderno da Atenção Básica nº 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de educação**

em saúde: autocuidado na doença falciforme. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança.** 6.ed. Brasília, DF: 2009.

CARVALHO, E. S.; CARVALHO, W. B. de. **Terapêutica e prática pediátrica.** São Paulo: Atheneu, 1996.

COELHO, M. S. **Avaliação neurológica infantil nas ações primárias de saúde.** São Paulo: Atheneu, 1999.

CRESPIN, J. **Puericultura:** ciência, arte e amor. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1992.

DICIONÁRIO de administração de medicamentos na enfermagem. 3.ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2002.

ENGEL, J. **Avaliação em pediatria.** Rio de Janeiro: Reichmann e Afonso Associados, 2002.

LEÃO, E. et al. **Pediatria ambulatorial.** 3.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

MARCONDES, E.; LEONE, C.; ISSLER, H. **Pediatria na atenção primária.** São Paulo: Sarvier, 1999.

NESTLÉ. Serviço de Informação Científica Nestlé. **Medicamentos habitualmente usados em pediatria.** 11.ed. São Paulo: Nestlé, 2000.

PRADO, F. et al. **Atualização terapêutica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

PSF/Qualis Santa Marcelina. **Manual de puericultura**. São Paulo, 2000

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Caderno temático da criança**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

SAVAGE, K. F. **Como ajudar as mães a amamentar**. Brasília: Ministério da Saúde., 1998.

SAWAYA, A. L. **Desnutrição urbana no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1997.

SIGAUD, C. H. S. **Enfermagem pediátrica**: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. São Paulo: EPU, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP) et al. **Guia de atuação frente a maus tratos na infância e na adolescência**: orientações para pediatras e demais profissionais de saúde. 2.ed. Rio de Janeiro: SBP; FIOCRUZ; Ministério da Justiça, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MausTratosSBP.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Nutrologia**. Rio de Janeiro: SBP, fev. 2007.

WASSAL, P.; FERREIRA, P. C. **Pediatria dia a dia**. Rio de Janeiro: EPU, 1997.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS SAÚDE DO ADOLESCENTE

BARLOW, S. E.; DIETZ, W. H. Obesity evaluation and treatment: Expert committee recommendations. **Pediatrics**, Elk Grove Village Il USA, v. 102, p. 1-11, 1998.

BEZNOS, G.W, COATES V., FRANÇOSO L.A. **Medicina do Adolescente**, 2ª Ed. São Paulo 2003.

BONANNO, R. S.. **Gravidez na adolescência**: aspectos sociais. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2006.

BORGES, A. L. V. (Org.). **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri, SP: Manole: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Normas de atenção à saúde integral do adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. 3v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde do adolescente: bases programáticas. 2.ed. Brasília, DF: MS, 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Atenção à Saúde do Adolescente. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. 12.ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de Atenção Básica de à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades.** Brasília: Ministério da Saúde., 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas.** Brasília: Ministério da Saúde., 2008b.

CARVALHO M. N. et al. Puberdade precoce: a experiência de um ambulatório de ginecologia infanto - pube- ral. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.29, n.2, p.96-102, 2007.

COLLI A. S. Crescimento e Desenvolvimento Físico. In: MARCONDES, E. **Pediatria básica.** 8.ed. São Paulo: Sarvier, 1991.

CORDELINI, J. V. F. (Org). **Protocolo de atenção à saúde do adolescente.** 2.ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

COSTA, M. C.; SOUZA, R. P. **Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente.** Porto Alegre: ArtMed, 1998.

COUTINHO, M. F. G.; BARROS, R. R. Adolescência: uma abordagem prática. São Paulo: Atheneu, 2001.

DAMANTE, J. H. et al. Comportamento das idades estatural, ponderal, óssea e dentária, antes e durante a puberdade, em meninas brancas, brasileiras, da região de Bauru. **Pediatr.**, São Paulo, v. 5, p. 353-370, 1983.

DANIELS, S. R. et al. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. **Circulation**, Dallas, v. 111, p. 1999-2012, Apr. 2005.

DEGHAN, M.; AKHTAR – DANESH, N.; MERCHANT, A.T. Childhood obesity, prevalence and prevention. **Nutr. J. (Online)**, v. 4, n. 24, set. 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1208949/?tool=pubmed>>. Acesso em: 12 maio 2008.

ESCRIVÃO, M. A. M. S. et al. Obesidade exógena na infância e na adolescência. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 305-10, 2000.

FANTE, C. Fenômeno Bullying: **Como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz**. Campinas-SP: Verus, 2005

LEAL M.M., SAITO M.I., SILVA L.E.V., Adolescência – Prevenção e Risco, 2ª Ed.,2008 Editora Atheneu.

MARCONDES, E. et al. **Crescimento normal e deficiente**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 1978.

MELLO, E. D.; LUFT, V.C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? J. Pediatr., Rio de Janeiro, v.80, n. 3, p. 173-82, 2004a.

MORENO, E.; SERRANO, C. V.; GARCÍA, L.T. Lineamentos para la programación de la salud integral del adolescente. In: MADDALENO, M. et al. **La salud del adolescente y del joven**. Washington, D.C.: OPS, 1995.

RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. **Projeto Acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000.

RIBEIRO, P. C. P.; PITREZ FILHO, M. **A consulta do adolescente**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, set. 1999.

RODRIGUES, E. M.; BOOG, M. C. F. Vivência afetiva com alimentos: estratégia de sensibilização em ação educativa com adolescentes obesos. **Nutrição em Pauta**, v.72, p.41-45, mai/jun. 2005.

SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: SMS, 2006.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria de Saúde. Programa Municipal de DST/AIDS. Controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST): abordagem sindrômica nas Unidades de Saúde do Município de São Paulo. São Paulo: SMS, ago. 2008.

SAVAGE, J.S.; FISHER, J.O.; BIRCH, L.L. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. **JLME**, v, 35, n. 1, p. 22-34, 2007.

VILELA, A. L. B., FUJIMORI, E. **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. Barueri, SP: Manole. 2009.

