

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DIRETORIA DE CICLOS DE VIDA E PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE
GERÊNCIA DE CICLOS DE VIDA
NÚCLEO DE SAÚDE DA CRIANÇA

CADERNOS de SAÚDE DA CRIANÇA

PROTOCOLO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA



BRASÍLIA – DF
2014

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DIRETORIA DE CICLOS DE VIDA E PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE
GERÊNCIA DE CICLOS DE VIDA
NÚCLEO DE SAÚDE DA CRIANÇA**

PROTOCOLO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA CRIANÇA

Cadernos de Saúde da Criança, nº 03

**Brasília – DF
2014**

© 2014 Núcleo de Saúde da Criança/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF

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. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. O Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança e o Protocolo de Atenção às Crianças com Deficiência de G6PD foram aprovados por meio das Portarias SES-DF nº 41, de 28 de fevereiro de 2014, publicada no DODF nº 45, de 05 de março de 2014 e nº 335, de 30 de dezembro de 2013, publicada no DODF nº 02, de 03 de janeiro de 2014, respectivamente.

Elaboração, distribuição e informações

Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde

Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde

Gerência de Ciclos de Vida

Núcleo de Saúde da Criança

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN), Fim da Asa Norte, Bloco B

Antigo Prédio da Câmara Legislativa do Distrito Federal

CEP: 70086-900 – Brasília/DF

Telefones: (61) 3348-6259 / (61) 3348-2518

E-mail: naisc.sesdf@gmail.com

Site: <<http://www.saude.df.gov.br/programas/296-programas-saude-da-crianca.html>>

Autores do Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança

Cláudio José Ferreira Lima Júnior

Fernanda Vieira de Souza Canuto

Juliana de Vasconcellos Thomas

Jussara Pereira de Oliveira

Miriam Oliveira dos Santos

Ricardo Saraiva Aguiar

Autores do Protocolo de Atenção às Crianças com Deficiência de G6PD

Cláudio José Ferreira Lima Júnior

Ísis Maria Quezado Soares Magalhães

Juliana de Vasconcellos Thomas

Karine Santielle Pereira Malheiros

Maria Terezinha de Oliveira Cardoso

Pauliane Aparecida de Paula Carvalhais

Ricardo Saraiva Aguiar

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde. Gerência de Ciclos de Vida. Núcleo de Saúde da Criança.

Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança / Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde. Gerência de Ciclos de Vida. Núcleo de Saúde da Criança. – Brasília: Núcleo de Saúde da Criança, 2014.

91 p.: il. – (Cadernos de Saúde da Criança, nº 03)

ISBN 978-85-68217-00-9

EQUIPE TÉCNICA

Núcleo de Saúde da Criança (NUSC/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF)

Cláudio José Ferreira Lima Júnior

Fernanda Viera de Souza Canuto

Juliana de Vasconcellos Thomas

Miriam Oliveira dos Santos

Ricardo Saraiva Aguiar

Coordenações Regionais de Saúde da Criança (PAISC/GPP/DIRAPS/CGS/SES-DF)

Asa Norte

Maria Neide Albuquerque Silva

Asa Sul

Márcia Maria Caldas Agapito

Brazlândia

Edenir Aparecida Rezende Andrade

Ceilândia

Renata Frigi Denari

Cleucilene Vicente de Andrade

CNBRFPW

Wilna Célia Pereira de Souza

Gama

Beatrice Maria Viegas Almeida Santiago Henriques

Guará

Leila Patrícia Barreto Guimarães

Paranoá

Sandra Maria de Aquino

Planaltina

Fátima Ramez Abou Abbas Lacerda

Recanto das Emas

Antônio dos Santos Neto

São Sebastião

Suzana Márcia Modesto de Azevedo

Sobradinho

Raimunda Mendes Brito

Taguatinga

Elkyane Alves Arraes Fonseca

Lista de Fluxogramas

Fluxograma 1 - Linha de cuidado da saúde da criança na atenção primária

Fluxograma 2 - Acolhimento

Fluxograma 3 - Triagens no recém-nascido

Fluxograma 4 - Acompanhamento em ambulatório especializado

Fluxograma 5 - Febre (R50) em menor de 3 anos

Fluxograma 6 - Febre (R50) em maior de 3 anos

Fluxograma 7 - Doenças do aparelho respiratório (J00 –J99) em menor de 2 meses

Fluxograma 8 - Doenças do aparelho respiratório (J00 –J99) em maior de 2 meses

Fluxograma 9 - Diarreia (A09) em menor de 2 meses

Fluxograma 10 - Diarreia (A09) em maior de 2 meses

Fluxograma 11 - Regurgitação (P92.1)

Fluxograma 12 - Perda do apetite (R63.0)

Fluxograma 13 - Dificuldade de ganhar peso (R62.8)

Fluxograma 14 - Dor abdominal (R10)

Fluxograma 15 - Dor em membro (M79.6)

Fluxograma 16 - Cefaleia (R51)

Fluxograma 17 - Conjuntivite (H10)

Fluxograma 18 - Parasitoses intestinais (B82)

Fluxograma 19 - Anemia ferropriva (D50)

Fluxograma 20 - Dermatite de fralda (L22)

Fluxograma 21 - Estrófulo (L28.2)

Fluxograma 22 - Dermatite seborreica (L21.1)

Fluxograma 23 - Intertrigo (L30.4)

Fluxograma 24 - Impetigo (L01.1)

Fluxograma 25 - Escabiose (B86)

Fluxograma 26 - Pediculose (B85)

Fluxograma 27 - Miliária (L74)

Fluxograma 28 - Dor de ouvido (H92.0)

Fluxograma 29 - Constipação intestinal (K59.0)

Fluxograma 30 - Cólica no lactente (R10.4)

Fluxograma 31 - Coto umbilical (P38)

Fluxograma 32 - Atenção às crianças com deficiência de G6PD (D55.0)

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	11
1 PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA.....	13
1.1 METODOLOGIA DE BUSCA NA LITERATURA.....	13
1.1.1 Bases de dados consultadas.....	13
1.1.2 Palavras-chave.....	13
1.1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes.....	13
1.2 INTRODUÇÃO.....	13
1.3 JUSTIFICATIVA.....	14
1.4 CID-10 DAS QUEIXAS PRESENTES NO PROTOCOLO.....	14
1.5 DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL.....	15
1.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	15
1.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	16
2 CONDUTAS.....	17
2.1 LINHAS DE CUIDADO.....	17
2.2 ACOLHIMENTO.....	17
2.3 VISITA DOMICILIAR.....	18
2.4 CALENDÁRIO DE CONSULTAS.....	20
2.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	21
2.6 APOIO MATRICIAL.....	22
2.7 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA.....	22
2.8 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA.....	23
2.8.1 Atribuições comuns a todos os profissionais da APS.....	23
2.8.2 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde.....	24
2.8.3 Atribuições do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem.....	25

2.8.4 Atribuições do Enfermeiro.....	25
2.8.5 Atribuições do Médico.....	26
2.8.6 Atribuições do Auxiliar e do Técnico em Saúde Bucal.....	26
2.8.7 Atribuições do Cirurgião-dentista.....	27
2.8.8 Atribuições dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	27
2.9 CONDUTA PREVENTIVA.....	28
2.10 TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO.....	28
2.11 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....	28
2.12 FÁRMACOS.....	29
2.13 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO.....	29
2.14 TEMPO DE TRATAMENTO E CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO.....	29
2.15 BENEFÍCIOS ESPERADOS.....	29
2.16 MONITORIZAÇÃO.....	29
2.17 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO.....	30
2.18 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR.....	30
3 LINHA DE CUIDADO DA SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	31
4 FLUXOGRAMAS ASSISTENCIAIS.....	34
4.1 ACOLHIMENTO.....	34
4.2 TRIAGENS NO RECÉM-NASCIDO.....	36
4.3 ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO.....	37
4.4 FEBRE EM MENOR DE 3 ANOS.....	38
4.5 FEBRE EM MAIOR DE 3 ANOS.....	39
4.6 DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO EM MENOR DE 2 MESES.....	40
4.7 DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO EM MAIOR DE 2 MESES.....	41
4.8 DIARREIA EM MENOR DE 2 MESES.....	42
4.9 DIARREIA EM MAIOR DE 2 MESES.....	42
4.10 REGURGITAÇÃO.....	45
4.11 PERDA DO APETITE.....	46
4.12 DIFICULDADE DE GANHAR PESO.....	47

4.13 DOR ABDOMINAL.....	48
4.14 DOR EM MEMBRO.....	49
4.15 CEFALEIA.....	51
4.16 CONJUNTIVITE.....	52
4.17 PARASITOSSES INTESTINAIS.....	53
4.18 ANEMIA FERROPRIVA.....	55
4.19 DERMATITE DE FRALDA.....	57
4.20 ESTRÓFULO.....	59
4.21 DERMATITE SEBORREICA.....	60
4.22 INTERTRIGO.....	61
4.23 IMPETIGO.....	62
4.24 ESCABIOSE.....	63
4.25 PEDICULOSE.....	65
4.26 MILIÁRIA.....	67
4.27 DOR DE OUVIDO.....	69
4.28 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL.....	71
4.29 CÓLICA NO LACTENTE.....	73
4.30 COTO UMBILICAL.....	75
Apêndices.....	76
Anexos.....	77
5 PROTOCOLO DE ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA DE G6PD.....	84
5.1 METODOLOGIA DE BUSCA NA LITERATURA.....	84
5.1.1 Bases de dados consultadas.....	84
5.1.2 Palavras-chave.....	84
5.1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes.....	84
5.2 INTRODUÇÃO.....	84
5.2.1 Icterícia neonatal.....	85
5.2.2 Anemia hemolítica aguda (AHA)	85
5.2.3 Hemólise crônica (anemia hemolítica crônica não esferocítica).....	85
5.3 JUSTIFICATIVA.....	86

5.4 CID-10 DA QUEIXA PRESENTE NO PROTOCOLO.....	86
5.5 DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL.....	87
5.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	87
5.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	87
5.8 CONDUTA PREVENTIVA.....	87
5.9 TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO.....	89
5.10 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....	89
5.11 MONITORIZAÇÃO.....	89
5.12 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO.....	89
5.13 FLUXOGRAMA DE ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM G6PD.....	90
REFERÊNCIAS.....	91

Apresentação

A Atenção Primária à Saúde (APS) é apontada, em todo o mundo, como a estratégia mais efetiva para a universalização do acesso à saúde e inclui entre suas diretrizes, a integralidade da atenção, a coordenação do cuidado, a centralidade na família, a orientação à participação comunitária e a competência cultural dos profissionais, a fim de alcançar a resolutividade desejada em face dos principais problemas de saúde da população, o que, no Brasil, vem ao encontro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para tanto é imperativo organizar o processo de trabalho das equipes na atenção à saúde sob o enfoque de risco e vulnerabilidade por meio de um olhar diferenciado para o usuário que está exposto a determinadas condições, sejam biológicas, ambientais ou sociais que podem predispor a uma maior probabilidade de apresentar problemas ou mesmo morrer.

Baseado nisso, este protocolo foi elaborado com a finalidade de padronizar um fluxo de atenção à saúde da criança e contém rotinas, orientações e fluxogramas assistenciais para as queixas e problemas mais frequentes que surgem no atendimento à demanda espontânea e programada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Busca destacar as dimensões biológicas, subjetivas e sociais no processo saúde-doença-cuidado que devem ser consideradas na identificação de risco e vulnerabilidade para a priorização da atenção, bem como, ações e orientações de prevenção e diagnóstico precoce que devem ser oportunizadas pelos profissionais de saúde no momento do acolhimento e dos atendimentos (individual ou em grupo).

Espera-se que este protocolo seja também uma referência para que as equipes da APS possam romper com o modelo baseado na oferta e formulem propostas que transformem seu cotidiano na construção de um modelo que tenha como eixo o usuário e suas necessidades, de modo a facilitar o acesso e a resolução dos problemas de saúde de forma equânime e integral.

Ante o exposto, é com satisfação que apresentamos o terceiro volume dos Cadernos de Saúde da Criança, desejando que seja proveitoso e direcione as ações em benefício das crianças e do Distrito Federal (DF).

ROSALINA ARATANI SUDO

Subsecretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS/SES-DF)

PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

1

1.1 METODOLOGIA DE BUSCA NA LITERATURA

1.1.1 Bases de dados consultadas

Realizou-se uma pesquisa a partir de artigos, livros e publicações governamentais do Ministério da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Sociedades de Classe Profissional.

1.1.2 Palavras-chave

Utilizaram-se as seguintes palavras-chave: Criança, Saúde da Criança e Atenção Primária à Saúde.

1.1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Para seleção do material, tomaram-se por base as publicações dos últimos 10 anos. Dessa forma, foram utilizados os seguintes documentos: 2 artigos, 7 publicações do Ministério da Saúde, 2 documentos de Secretarias Municipais de Saúde, 3 livros e 3 diretrizes de Sociedades de Classe Profissional.

1.2 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação, orientações às mães/famílias sobre prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada. Para isto, pressupõe a atuação de toda equipe de saúde, de forma intercalada ou conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção.

Mas, em geral, constatam-se processos de trabalho centrados na oferta de consultas médicas com subutilização da capacidade de assistência dos demais profissionais, que

resultam em baixa efetividade das ações de promoção à saúde, escassez de ações de prevenção e dificuldades de parte significativa da população em ser atendida nas suas intercorrências e problemas de saúde. Ainda, é comum encontrar a oferta de atenção distanciada da necessidade do usuário e o acesso ao atendimento determinado pela ordem de chegada sem uma priorização por risco e/ou vulnerabilidade.

Diante do exposto, este protocolo foi elaborado com a finalidade de padronizar um fluxo de atendimento capaz de possibilitar a organização dos processos de trabalho, o acesso universal aos serviços e a oferta de uma atenção integral, de boa qualidade e com resolutividade.

Portanto, este material deve ser visto como uma estratégia de visualização e de organização do trabalho coletivo nas UBS. Sempre que necessário, deve ser adaptado, enriquecido e ajustado de acordo com a singularidade de cada localidade, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde da população infantil do DF com equidade.

1.3 JUSTIFICATIVA

O cuidado à criança dirige-se para a organização dos serviços aliado a um processo que envolva uma rede assistencial capaz de obter impacto sobre as diversas circunstâncias do processo de viver. Trata-se de um fazer/pensar integrado do serviço e da equipe e não da tarefa de um profissional apenas ou de uma categoria isoladamente.

Tais serviços devem ser vistos como um conjunto contínuo e integrado de ações e equipamentos voltados para a promoção, prevenção e proteção da saúde da criança e de sua família, buscando-se a integralidade da abordagem e do atendimento. Dessa forma, a atenção à saúde da criança na APS representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde da população.

Nesse sentido, este protocolo justifica-se pela necessidade em oferecer orientações e padronização de condutas dos profissionais que atuam no âmbito da APS no que se refere ao atendimento e seguimento das crianças.

1.4 CID-10 DAS QUEIXAS PRESENTES NO PROTOCOLO

- A09 (Diarreia);

- K59.0 (Constipação intestinal);
- B82 (Parasitoses intestinais);
- B85 (Pediculose);
- B86 (Escabiose);
- D50 (Anemia ferropriva);
- H10 (Conjuntivite);
- H92.0 (Dor de ouvido);
- J00-J99 (Doenças do aparelho respiratório);
- L01.1 (Impetigo);
- L21.1 (Dermatite seborreica);
- L22 (Dermatite de fralda);
- L28.2 (Estrófulo);
- L30.4 (Intertrigo);
- L74 (Miliária);
- M79.6 (Dor em membro);
- P38 (Coto umbilical);
- P92.1 (Regurgitação);
- R10 (Dor abdominal);
- R10.4 (Cólica no lactente);
- R50 (Febre);
- R51 (Cefaleia);
- R63.0 (Perda do apetite) e
- R62.8 (Dificuldade de ganhar peso).

1.5 DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

Os critérios utilizados são as manifestações por sintomas e sinais clínicos, bem como pela realização de exames laboratoriais.

1.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Crianças menores de 14 anos, 11 meses e 29 dias de idade.

1.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não serão contemplados nesse protocolo os atendimentos de adolescentes maiores de 14 anos, 11 meses e 29 dias de idade. Para estes usuários, consultar o Protocolo de Atenção à Saúde de Adolescentes do Distrito Federal.

2.1 LINHAS DE CUIDADO

As Linhas de Cuidado voltadas para a saúde da criança na APS vem ao encontro dos compromissos do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o Pacto pela Saúde, com o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e com o Programa Mais Saúde.

Dessa forma, as linhas de cuidado da saúde da criança de atuação dos profissionais na APS são:

- Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;
- Atenção à saúde do recém-nascido (RN), em especial aqueles em situação de vulnerabilidade;
- Atenção integral às doenças prevalentes na infância (AIDPI);
- Incentivo e qualificação da vigilância do crescimento e desenvolvimento;
- Prevenção de violências e promoção da cultura de paz e
- Vigilância e monitoramento do óbito fetal e infantil.

O exercício das Linhas de Cuidado relacionadas à saúde da criança pressupõe respostas não-fragmentadas dos profissionais envolvidos no cuidado e ocorre a partir das unidades da APS, que são, portanto, as responsáveis pelo ordenamento e coordenação desse cuidado.

2.2 ACOLHIMENTO

O acolhimento caracteriza-se por uma escuta qualificada às demandas dos usuários e de suas famílias com a finalidade de identificar necessidades, criar vínculo, encaminhar para atendimentos de urgência, marcar consultas individuais ou em grupos e fornecer insumos, vacinas ou outras intervenções quando necessárias. O profissional que acolhe deve

ter clareza das ofertas existentes na Unidade e ter possibilidade de diálogo com outros colegas.

Esse ato não deve se restringir a uma sala ou a atender as demandas apenas em um horário determinado. Ele implica em uma mudança de postura de todos os profissionais da UBS e deve ser realizado **diariamente e em todo o período que compreenda o horário de funcionamento da unidade de saúde**. Durante a escuta qualificada é fundamental que se garanta a privacidade do usuário e de sua família. É importante que haja profissional sensibilizado e disponível, de modo que o acesso do usuário na UBS seja uma janela de oportunidade para sua inserção no sistema de saúde.

Toda criança, acompanhada de sua mãe/família, que procura atendimento nas UBS sem estar agendada (demanda espontânea) devem ser acolhidas e receberem uma resposta pertinente à sua necessidade no tempo adequado. Esta resposta pode ser a oferta de consulta ou cuidado no mesmo dia ou ainda ser agendado atendimento posterior.

2.3 VISITA DOMICILIAR

Com a aproximação da equipe de saúde ao contexto de vida das famílias, a visita domiciliar torna-se um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma atividades educativas e mais humanizadas.



Cabe lembrar que a visita domiciliar não é uma atividade exclusiva do Agente Comunitário de Saúde (ACS), mas sim de toda a EQUIPE.

Visitas domiciliares são recomendadas às famílias de RN até o 5º dia de vida, após a alta da maternidade e, posteriormente a esse período, a periodicidade deve ser pactuada com a equipe de saúde e com a família a partir das necessidades evidenciadas, considerando os fatores de risco e de vulnerabilidade. Em todas, é importante que o profissional saiba identificar os sinais de perigo à saúde da criança.

As crianças **menores de 2 meses** podem adoecer e morrer em um curto espaço de tempo por infecções bacterianas graves. **São sinais de perigo que indicam a necessidade de encaminhamento ao serviço secundário de atendimento (UPA ou hospital):**

- A criança não consegue beber ou mamar no peito;

- Vomita tudo que ingere;
- Convulsões ou apneia (a criança fica em torno de 20 segundos sem respirar);
- Frequência cardíaca abaixo de 100 bpm;
- Letargia ou inconsciência;
- Respiração rápida (acima de 60 rpm);
- Atividade reduzida (a criança movimenta-se menos que o habitual);
- Febre (37,5°C ou mais), se necessário;
- Hipotermia (menos do que 35,5°C);
- Tiragem subcostal;
- Batimentos de asas de nariz;
- Cianose generalizada ou palidez importante;
- Icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida;
- Gemidos;
- Fontanela (moleira) abaulada;
- Secreção purulenta do ouvido;
- Umbigo hiperemiado (hiperemia estendida à pele da parede abdominal) e/ou com secreção purulenta (indicando onfalite);
- Pústulas na pele (muitas e extensas) e
- Irritabilidade ou dor à manipulação.

Para crianças **maiores de 2 meses** é importante observar se a mesma não consegue beber ou mamar no peito, se vomita tudo o que ingere, se apresenta convulsões ou se está letárgica ou inconsciente.

Ademais, os principais objetivos da primeira visita domiciliar ao RN e à sua família (até o 5º dia de vida, após a alta da maternidade) são os seguintes:

- Verificar se foram realizadas as triagens neonatais na maternidade: “teste do pezinho”, teste do reflexo vermelho - “olhinho”, oximetria de pulso - “teste do coraçãozinho”; e triagem auditiva neonatal - “teste da orelhinha”;
- Observar as relações familiares (comunicação entre os membros familiares, papéis de cada membro, organização familiar – exemplo: mãe chefe de família, responsável pelo cuidado da criança, entre outras características);

- Facilitar o acesso ao serviço de saúde;
- Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com a equipe de saúde;
- Escutar e oferecer suporte emocional à família durante os atendimentos ou visitas domiciliares;
- Estimular o desenvolvimento da parentalidade;
- Orientar a família sobre os cuidados com o bebê;
- Identificar sinais de depressão puerperal (tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, mudança de humor, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelo, ideias suicidas e perda do interesse sexual; a depressão puerperal apresenta, geralmente, início insidioso entre 2ª a 3ª semana do puerpério);
- Promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida do RN;
- Prevenir lesões não intencionais;
- Identificar sinais de perigo à saúde da criança e
- Agendar a primeira consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na UBS (7 dias de vida do RN, após a alta da maternidade).

2.4 CALENDÁRIO DE CONSULTAS

As consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na APS devem ser realizadas por equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, nutricionista, assistente social, odontólogo, entre outros).



É válido ressaltar que é desaconselhável vincular a primeira consulta da criança com frequência prévia em reuniões de grupos ou o estabelecimento de dias fixos na UBS para essa marcação. É importante que seja mantida “agenda aberta” para a primeira consulta do RN na UBS.

O quadro a seguir apresenta o calendário de seguimento da criança na APS:

Quadro 1 - Calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Consultas Crianças	Dias	Meses											
		7	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24
Profissional	Med.	Enf. ou Med.	Med.	Enf.	Med.	Enf. e Nut.	Med.	Enf.	Med.	Enf.	Med.	Med.	Med.

Legenda: Med.: Médico; Enf.: Enfermeiro; Nut.: Nutricionista.

As crianças que necessitem de maior atenção, como aquelas que apresentam critérios de risco e vulnerabilidades, devem ser vistas com maior frequência. A partir dos 2 anos de idade, o acompanhamento deve ser realizado pelo médico da UBS anualmente, mas isso não isenta o enfermeiro de continuar acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil por meio das consultas de enfermagem.

Após os 2 anos, as consultas devem ser de preferência próxima a data de aniversário da criança para facilitar o planejamento das equipes e a lembrança do(a) cuidador(a).

Os dados levantados durante as consultas, visitas domiciliares ou atendimentos de rotina na UBS devem ser sempre registrados na Caderneta da Criança, pois trata-se de um documento com informações valiosas sobre os aspectos da saúde da criança que poderão ser usadas por diversos profissionais ou serviços.

2.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde é definida como um processo de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividades para que ampliem suas possibilidades de controlar os determinantes do processo saúde-doença-cuidado e, com isso, ensejem uma mudança positiva nos níveis de saúde. Implica na identificação dos obstáculos à adoção das políticas públicas de saúde e em um modo de removê-los, além de considerar a intersectorialidade dos serviços (DEMARZO, 2008).

Logo, a promoção da saúde consiste em proporcionar às crianças, famílias e comunidades os meios necessários para melhorar sua saúde e exercerem um maior controle

sobre a mesma. Nesse sentido, deve ser ofertado às crianças e suas famílias ações de educação em saúde em todas as UBS como forma de instrumentalizar a família para o cuidado da criança.

2.6 APOIO MATRICIAL

Entende-se o apoio matricial como um arranjo institucional criado para promover uma interlocução entre os equipamentos de saúde em uma tentativa de organizar o serviço e o processo de trabalho, de modo a tornar horizontais as especialidades e estas permearem todo o campo das equipes de saúde (GOMES et al., 2006).

Nesse sentido, surgem os pediatras, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas e outros profissionais que exercem nesse contexto a realização desse apoio às equipes da APS.

2.7 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Quando necessário, a equipe poderá solicitar avaliações e pareceres em formulário próprio para profissionais de saúde de especialidades pediátricas na sua Regional ou ainda de serviços especializados, como o Hospital da Criança de Brasília José de Alencar (HCB), os Centros de Apoio Psicossocial Infantil (CAPSi), entre outros.

Deve-se verificar inicialmente se o hospital de referência da Regional de Saúde possui a especialidade pediátrica, caso sim, deve-se encaminhar a criança a esse serviço. Se o hospital não oferece este atendimento, encaminhar para o HCB via SISREG.

Em todos os encaminhamentos deve-se solicitar a contrarreferência ao serviço de origem, com relatório apropriado, e manter o vínculo da criança na UBS de origem, privilegiando a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

2.8 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA

2.8.1 Atribuições comuns a todos os profissionais da APS

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe com identificação das famílias ou crianças expostas a riscos e vulnerabilidades;
- Manter atualizado o cadastramento das crianças no sistema de informação indicado pelo gestor e utilizar sistematicamente esses dados para a análise da situação de saúde do território;
- Realizar o cuidado da saúde da criança com prioridade no âmbito da UBS, e quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, creches, associações, entre outros);
- Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- Garantir a atenção à saúde da criança buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- Participar do acolhimento das crianças realizando escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Realizar busca ativa das crianças faltosas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil ou em outras atividades/ações que a equipe realiza;
- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos do sistema de saúde;

- Praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que vise propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença-cuidado dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;
- Realizar reuniões de equipe semanais a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da APS;
- Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença-cuidado da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
- Participar das atividades de educação permanente;
- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social e
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.

2.8.2 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde

- Cadastrar todas as crianças de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as crianças sob sua responsabilidade e manter as informações destas atualizadas a partir da FICHA C e do Consolidado C2;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas, individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade;
- Acompanhar os demais profissionais da equipe de saúde nas atividades e nas ações direcionadas às crianças e

- Ser articulador da comunidade perante as instâncias de atenção à saúde e também de controle social da saúde e da educação, para sensibilizar a comunidade na busca de respostas aos problemas mais frequentes apresentados pela população infantil.

2.8.3 Atribuições do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem

- Participar das atividades de atenção, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, creches, associações, entre outros);
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Realizar ações de educação em saúde a população adstrita conforme planejamento da equipe;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS e
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

2.8.4 Atribuições do Enfermeiro

- Realizar atenção à saúde da criança na UBS, atividades em grupo e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, creches, associações, entre outros);
- Realizar consulta de enfermagem de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- Prescrever medicamentos, solicitar exames complementares e encaminhar a outros serviços de saúde quando necessário, observadas as disposições legais da profissão e as diretrizes presentes neste Protocolo;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e de outros membros da equipe sobre a saúde da criança e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

2.8.5 Atribuições do Médico

- Realizar atenção à saúde da criança sob sua responsabilidade;
- Realizar consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc);
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Encaminhar, quando necessário, crianças a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário;
- Indicar, de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da criança;
- Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe sobre a saúde da criança e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

2.8.6 Atribuições do Auxiliar e do Técnico em Saúde Bucal

- Realizar a atenção em saúde bucal das crianças e suas famílias segundo a programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- Apoiar as atividades dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;
- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais nas crianças;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Realizar acolhimento das crianças nos serviços de saúde bucal e

- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos.

2.8.7 Atribuições do Cirurgião-dentista

- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico das crianças para o planejamento e a programação em saúde bucal;
- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as crianças e suas famílias, de acordo com o planejamento da equipe, com resolubilidade;
- Realizar os procedimentos clínicos da APS em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças bucais nas crianças;
- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar e
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

2.8.8 Atribuições dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

- Apoiar os profissionais das equipes de saúde da família no exercício da coordenação do cuidado da criança;
- Participar da construção de planos e abordagens terapêuticas em comum com os profissionais das equipes de saúde da família, de acordo com as necessidades evidenciadas pelas equipes;
- Estimular e acompanhar as ações de controle social em conjunto com as equipes de saúde da família;
- Identificar e articular juntamente com as equipes de saúde da família uma rede de proteção social com foco nas crianças;

- Discutir e refletir permanentemente com as equipes de saúde da família sobre a realidade social e as formas de organização dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com as adversidades e as potencialidades e
- Exercer as atribuições que lhes são conferidas pela Política Nacional de Atenção Básica.

2.9 CONDOTA PREVENTIVA

- Elogiar a mãe/família e incentivá-la para que leve a criança em todas as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na UBS;
- Realizar avaliação da Caderneta da Criança e registrar todos os dados na mesma;
- Incentivar, promover e proteger o aleitamento materno;
- Fornecer orientações sobre alimentação complementar saudável;
- Realizar, em todas as consultas, avaliação e monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Avaliar o calendário vacinal (verificar na Caderneta da Criança as vacinas realizadas e agendadas);
- Ficar atento a situações sugestivas de maus-tratos (os casos suspeitos/confirmados deverão ser notificados);
- Fornecer orientações sobre prevenção de acidentes e bons-tratos;
- Agendar a próxima consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na UBS.

2.10 TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

O tratamento não farmacológico seguirá as queixas específicas de cada caso.

2.11 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento farmacológico seguirá as queixas específicas de cada caso e se a criança apresentar outra queixa não contida neste protocolo, a conduta clínica ficará sob responsabilidade médica.

2.12 FÁRMACOS

Os aspectos relacionados aos fármacos dependerão da queixa apresentada durante a avaliação clínica ou a critério médico, caso a criança apresente uma queixa não contida neste protocolo.

2.13 ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO

Os esquemas de administração dos fármacos dependerão da queixa apresentada durante a avaliação clínica ou a critério médico, caso a criança apresente uma queixa não contida neste protocolo.

2.14 TEMPO DE TRATAMENTO E CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO

O tempo de tratamento dependerá da queixa apresentada durante a avaliação clínica ou a critério médico, caso a criança apresente uma queixa não contida neste protocolo.

2.15 BENEFÍCIOS ESPERADOS

Espera-se que as medidas recomendadas neste Protocolo proporcionem às crianças e suas famílias os meios necessários para melhorar sua saúde. Assim, será adotada a linha de cuidado da saúde da criança por ser uma estratégia para direcionamento de atenção à saúde.

Ademais, além de integrar as estratégias adotadas nos serviços, a linha de cuidado permite a corresponsabilização dos gestores e profissionais envolvidos na assistência em diferentes níveis de atenção.

2.16 MONITORIZAÇÃO

Os resultados esperados serão monitorados pelas coordenações regionais de saúde da criança e pelo núcleo técnico responsável através do instrumento de monitoramento e avaliação da atenção primária à saúde da criança.

2.17 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

As crianças deverão ser acompanhadas conforme calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e através de visitas domiciliares.

2.18 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Os dados coletados anualmente pelas coordenações regionais de saúde da criança através do instrumento de monitoramento servirão para o planejamento das ações dos gestores de cada localidade e do núcleo técnico responsável.

LINHA DE CUIDADO DA SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

3

O conceito de Linha de Cuidado aparece nos últimos anos como uma possibilidade de compreensão e reorganização dos serviços de saúde, de forma a atender as necessidades a partir de um aporte das vulnerabilidades e necessidades da comunidade.

Apresenta-se como uma proposta de reorganização racional da atenção e deve integrar as ações em um olhar de rede, mesmo considerando as peculiaridades de cada nível, a fim de responder as necessidades pontuais ou mesmo aquelas que podem atender um coletivo maior.

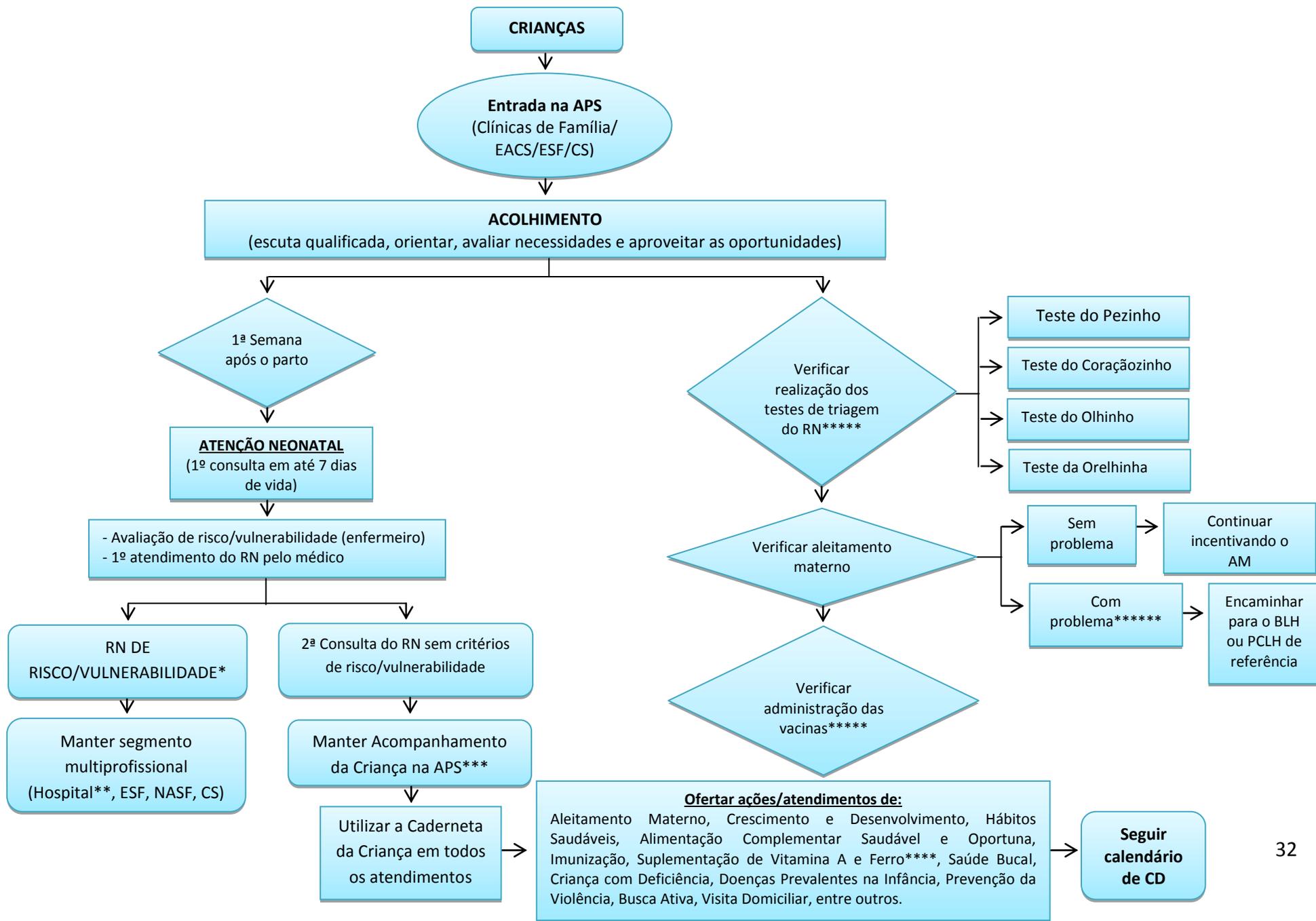
Pressupõe ainda vínculo e deve congrega ações de saúde e de outros setores sociais na busca pela qualidade de vida, bem como da capacidade de autocuidado do usuário, da família e da comunidade, em um território vivo, que ao mesmo tempo apresenta dificuldades, mas também potencialidades de resolução das necessidades em saúde.

Baseado nisso, a Linha de Cuidado da Saúde da Criança na Atenção Primária foi elaborada com o objetivo de expressar um fluxo assistencial seguro para a população infantil e suas famílias de tal modo que garanta o acesso à rede de saúde dessa clientela, de acordo com as necessidades e especificidades.

A elaboração deste material pretende também unificar em um único eixo norteador as ações de prevenção e promoção da saúde, bem como as de proteção aos riscos. Por conseguinte, proporcionar o fortalecimento do vínculo entre família-equipe/unidade de saúde como uma estratégia que certamente permitirá a responsabilização dos diversos atores envolvidos e a qualificação do processo de coordenação do cuidado na infância.

Portanto, a Linha de Cuidado visa a racionalidade e a qualificação dos serviços da rede de atenção à saúde disponível à criança, que deve, conforme sua necessidade, percorrer um caminho qualificado e facilitado a depender de sua necessidade de saúde permitindo, assim, o acompanhamento adequado, racional e humano do ciclo de vida.

LINHA DE CUIDADO DA SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil na APS

Consultas Crianças	Dias	Meses												
		1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	>24 Anual***	
Profissional	7													
	Med.	Enf. ou Med.	Med.	Enf.	Med.	Enf. e Nut.	Med.	Enf.	Med.	Enf.	Med.	Med.	Med.	

***CRITÉRIOS DE RISCO/VULNERABILIDADE:**

Peso ao nascer <2.500g; apgar <7 no 5º minuto; morte de irmão <5 anos; internação após a alta materna; malformação congênita; mãe HIV +/sífilis congênita/hepatite B; mãe adolescente abaixo de 16 anos; mãe/cuidador analfabeto; mãe/cuidador em situação de rua; família recebe benefício social e/ou transferência de renda do governo ou possui renda familiar que a classifica como em situação de pobreza ou extrema pobreza; mãe/cuidador com história de problemas psiquiátricos (depressão, psicose, drogadição, etilismo); mãe/cuidador portador de deficiência que impossibilite o cuidado; irmão <2 anos; desmame precoce em irmão(s); e criança manifestadamente indesejada.

**Verificar se há disponibilidade de especialidades pediátricas no hospital de referência da UBS (caso tenha, encaminhar para o hospital de referência mantendo vínculo e seguimento da criança também na APS).

**Se a Regional de Saúde não possuir especialidades pediátricas, encaminhar a criança, via SISREG, para o Hospital da Criança de Brasília (especialidades pediátricas existentes no HCB: Alergia, Cardiologia, Cirurgia Pediátrica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hemodiálise e Diálise Peritoneal, Homeopatia, Imunologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oncohematologia, Pneumologia e Reumatologia).

***O calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na APS vai até os 14 anos, 11 meses e 29 dias. A partir dos 2 anos as consultas devem ser realizadas pelo médico da UBS, mas isso não isenta o enfermeiro em manter a regularidade das suas consultas de enfermagem e/ou atendimentos.

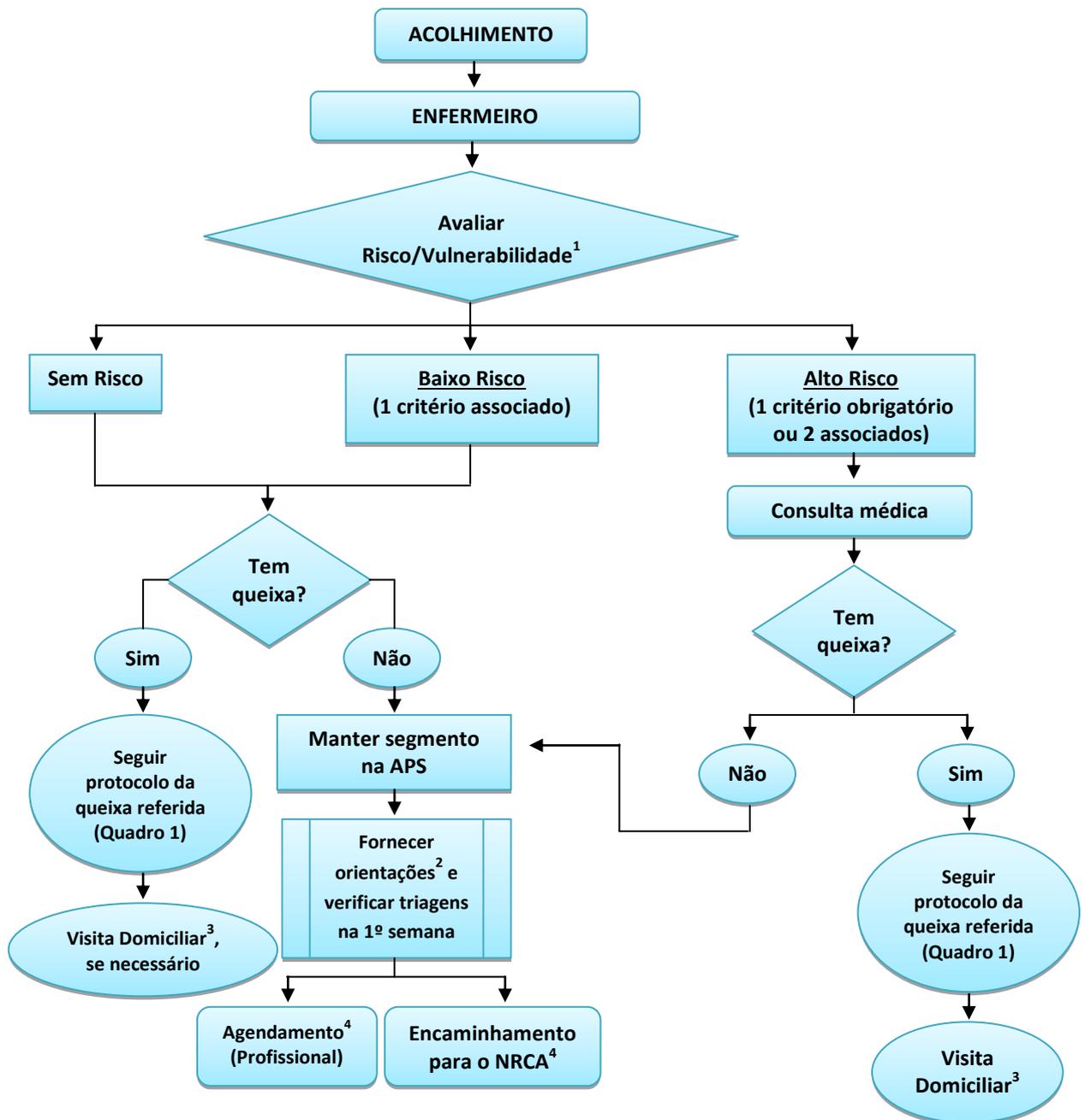
******VITAMINA A:** Público-alvo: crianças de 6 a 59 meses de idade. *Dosagem/administração:* crianças de 6-11 meses – 1 cápsula de 100.000 UI no período; crianças de 12-59 meses – 1 cápsula de 200.000 UI a cada 6 meses.

******FERRO:** Público-alvo: crianças de 6 a 24 meses de idade.

*******ROTINAS NA UBS:**

- Todos os exames e procedimentos devem ser anotados na Caderneta da Criança;
- O calendário de vacinação deve ser atualizado na sala de imunização e onde não existe essa sala, a equipe deve viabilizar a vacinação no local (atividade volante) com a unidade de referência;
- O “teste do pezinho” deve ser coletado antes da alta hospitalar e, caso não tenha sido, o mesmo deve ser coletado de imediato (no mesmo dia) na UBS;
- O “teste do olhinho” deve ser realizado antes da alta hospitalar e nas consultas dos primeiros 24 meses (3 vezes/ano) e anualmente até o 5º ano. Quando alterado, encaminhar para serviço de referência (Oftalmologia) via SISREG;
- O “teste da orelhinha” deve ser realizado antes da alta hospitalar, caso não tenha sido realizado encaminhar para serviço de referência (Fonoaudiologia);
- Verificar se foi realizado o “teste do coraçãozinho” antes da alta hospitalar.

*****Os profissionais de saúde da UBS deverão ofertar inicialmente ações de manejo clínico da amamentação para a queixa identificada. Caso não haja resolução do problema, encaminhar a mulher e a criança para o Banco de Leite Humano (BLH) ou Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH) de referência.



¹ **Critérios de riscos/vulnerabilidades:**

Critérios obrigatórios:

- Peso ao nascer < 2.500g ou ≥ 4.000 g;
- Apgar <7 no 5º min.;
- Morte de irmão menor de 5 anos;
- Internação após alta materna (para <1 ano);
- Malformações congênitas;
- Mãe HIV+/Sífilis Congênita/Hepatite B.

Critérios associados:

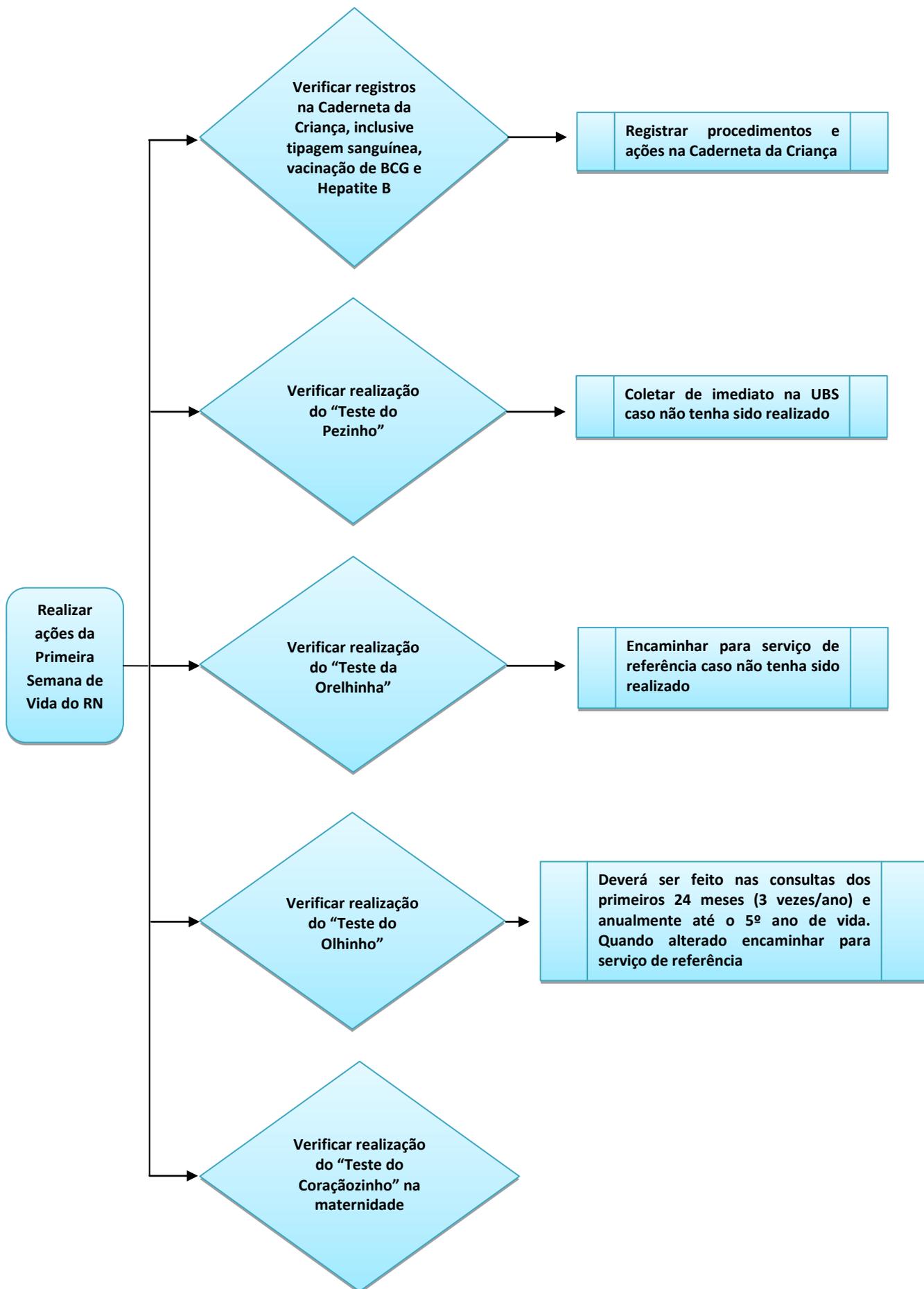
- Mãe adolescente abaixo de 16 anos;
- Mãe analfabeta;
- Mãe em situação de rua;
- Família recebe benefício social e/ou de transferência de renda do governo ou possui renda familiar que a classifica como em situação de pobreza ou extrema pobreza;
- Mãe/cuidador com história de problemas psiquiátricos (depressão, psicose, drogadição, etilismo);
- Mãe/cuidador portador(a) de deficiência que impossibilite o cuidado;
- Irmão menor de 2 anos;
- Desmame precoce em irmão(s);
- Criança manifestamente indesejada.

² **Orientar sobre triagens no recém-nascido, aleitamento materno, posição para dormir, hábitos de higiene, medidas preventivas contra verminoses, ganho de peso, vacinação, coloração das fezes (alerta amarelo), alimentação complementar saudável, suplementação de ferro e vitamina A (crianças >6 meses).**

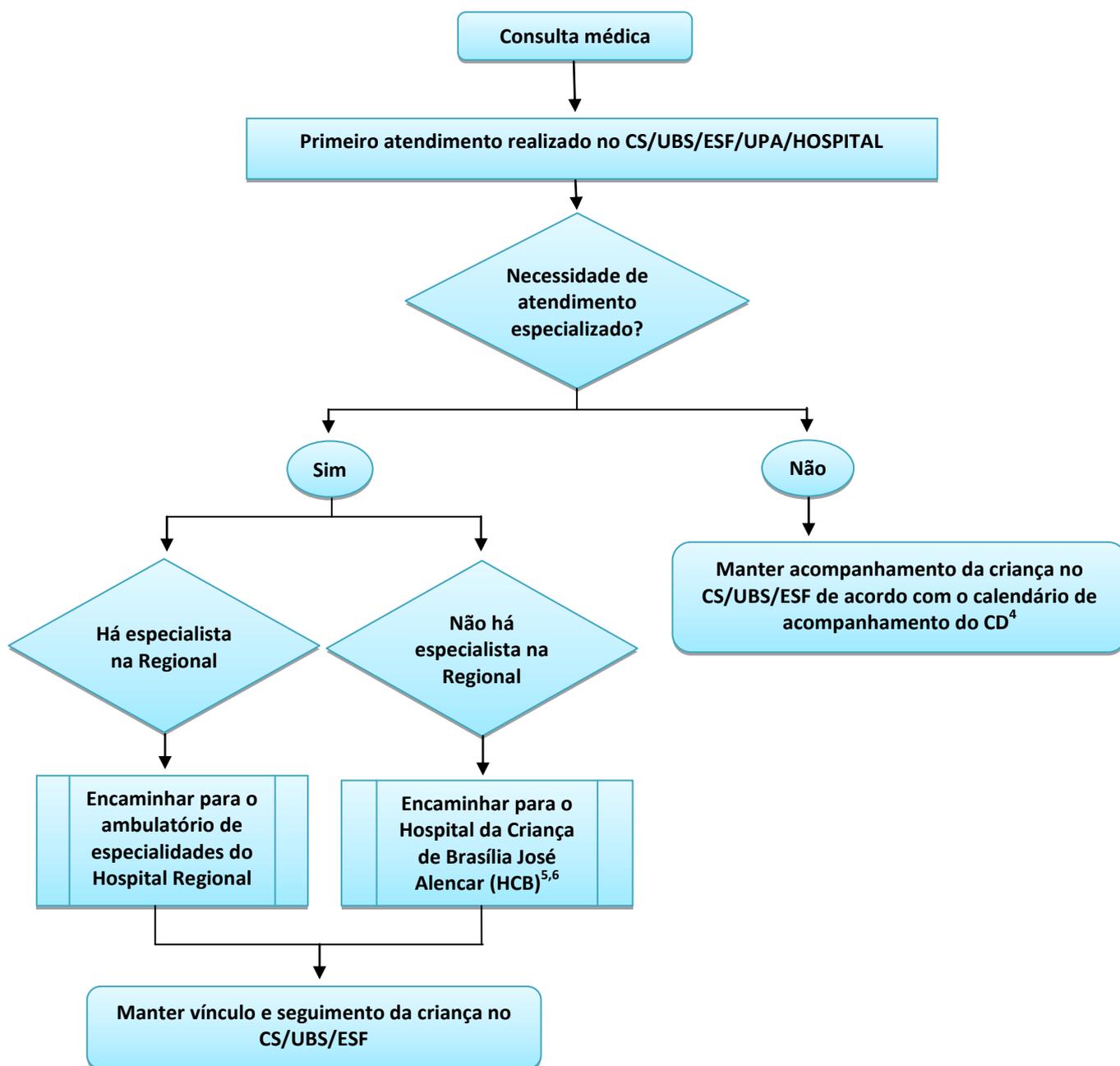
³ **Avaliação (*in loco*) do contexto individual, familiar e coletivo, no que tange às condições de saúde e do meio ambiente, visando à qualificação do cuidado e proporcionando atendimento integral, vínculo e responsabilização, incluindo pessoas que se encontram institucionalizadas. Incluem-se as seguintes ações: cadastramento familiar; busca ativa; ações de vigilância epidemiológica; dentre outras ações (RENASES, 2012).**

⁴ **Consultar o calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na APS (APÊNDICE 1). Nas UBS que possuem NRCA o agendamento deve ser feito neste local e para as equipes de ESF, o próprio profissional que realiza o atendimento (médico ou enfermeiro) deverá agendar o acompanhamento subsequente conforme preconizado pelo calendário.**

TRIAGENS NO RECÉM-NASCIDO



ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO



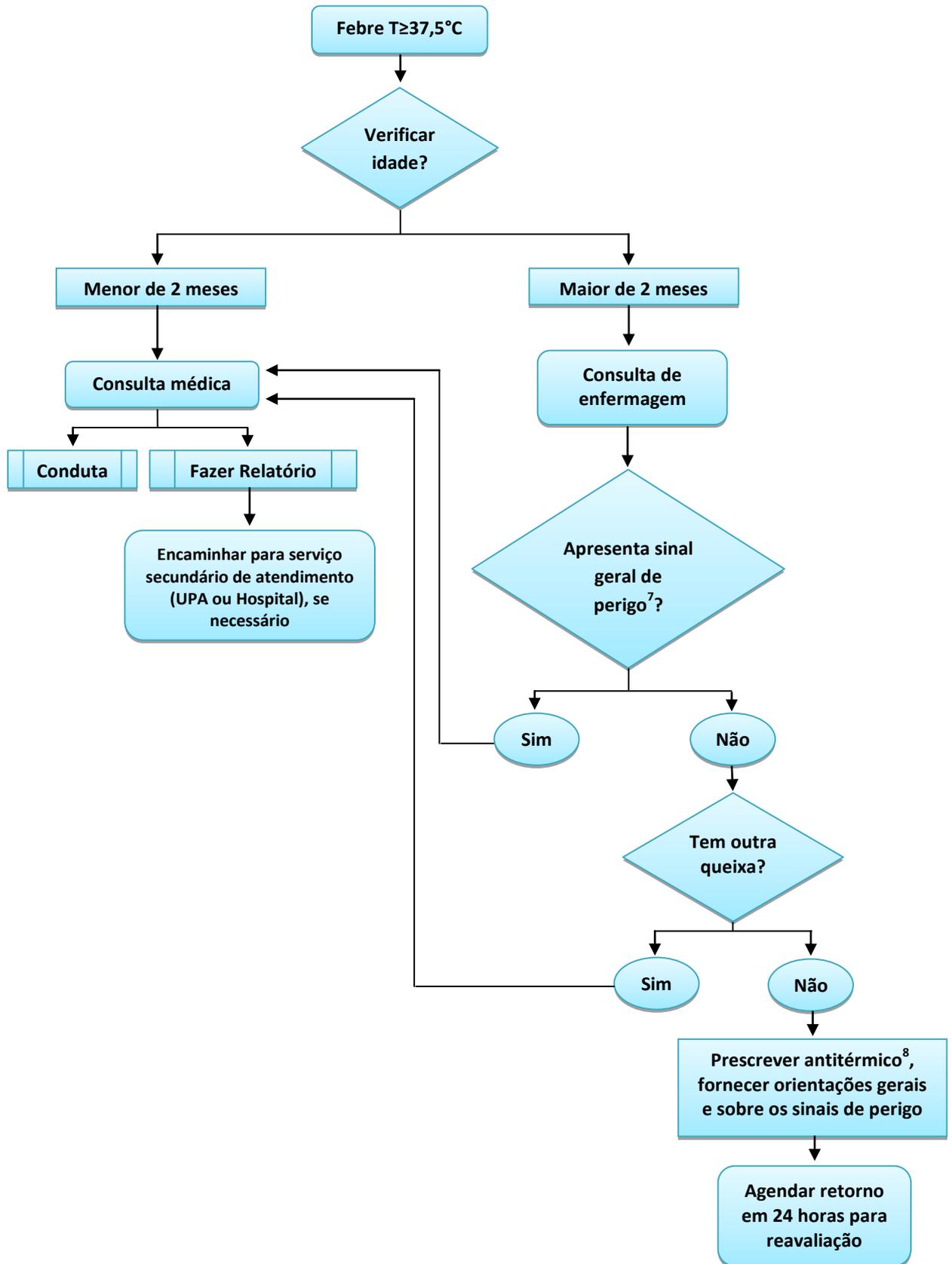
⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

⁵ Passos para encaminhar ao HCB:

- 1º - Solicitação de consulta de especialidades pediátricas;
- 2º - O responsável pela criança dirige-se ao setor de marcação de consulta – SISREG (este procedimento pode ser realizado em qualquer unidade de saúde do DF);
- 3º - O Setor de Marcação da unidade solicitante acessa a Central de Regulação por meio do endereço eletrônico <http://sisregiii.saude.gov.br>, fazendo a inclusão da solicitação no Sistema;
- 4º - Uma vez atendido no HCB, os retornos serão agendados no próprio hospital.

⁶ Especialidades Pediátricas existentes no HCB: Alergia, Cardiologia, Cirurgia Pediátrica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hemodiálise e Diálise Peritoneal, Homeopatia, Imunologia, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oncohematologia, Pneumologia e Reumatologia.

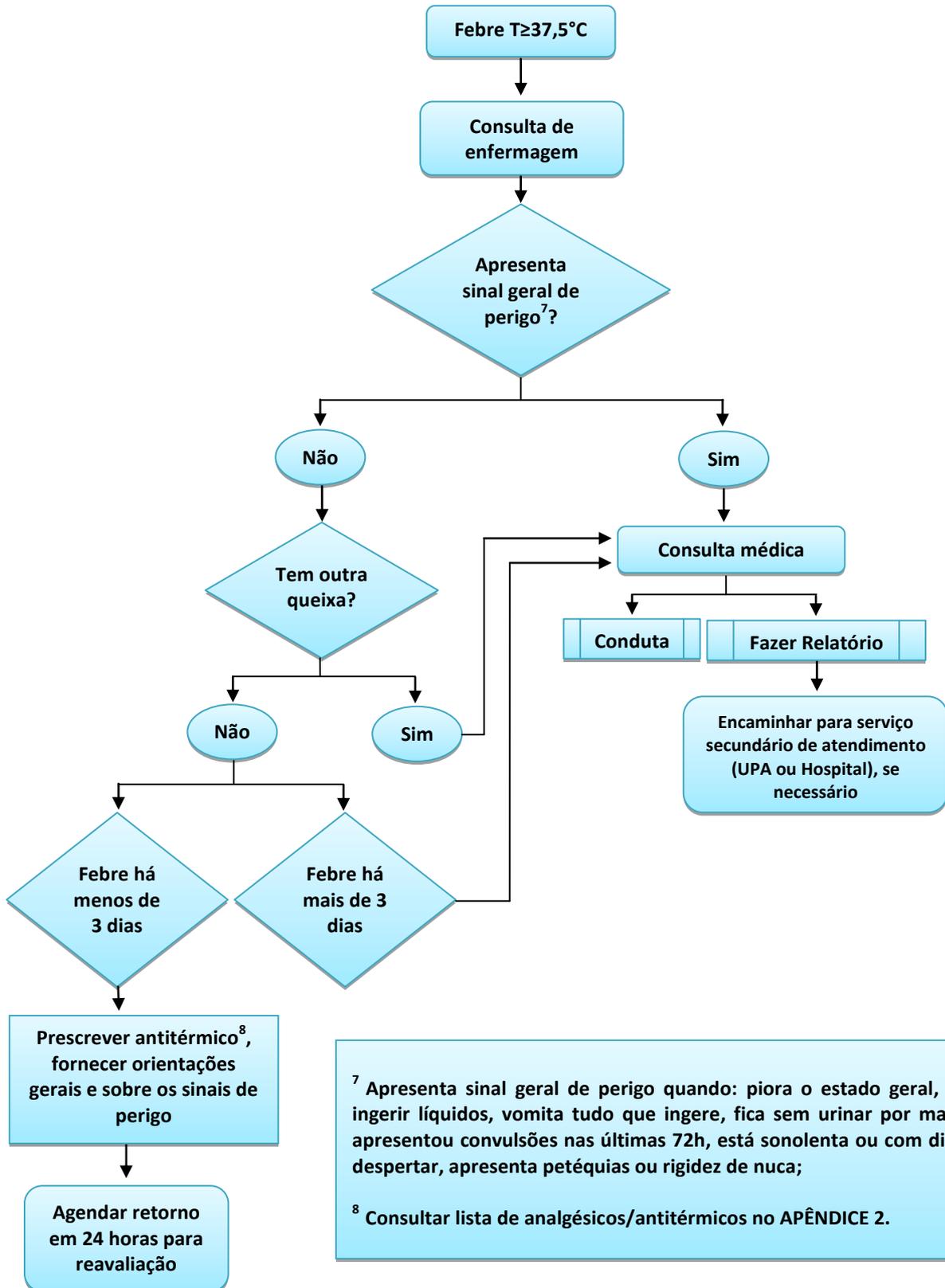
PROTOCOLO DE QUEIXA: FEBRE (R50) EM MENOR DE 3 ANOS



⁷ Apresenta sinal geral de perigo quando: piora o estado geral, não consegue ingerir líquidos, vomita tudo que ingere, fica sem urinar por mais de 6 horas, apresentou convulsões nas últimas 72h, está sonolenta ou com dificuldade para despertar, apresenta petéquias ou rigidez de nuca;

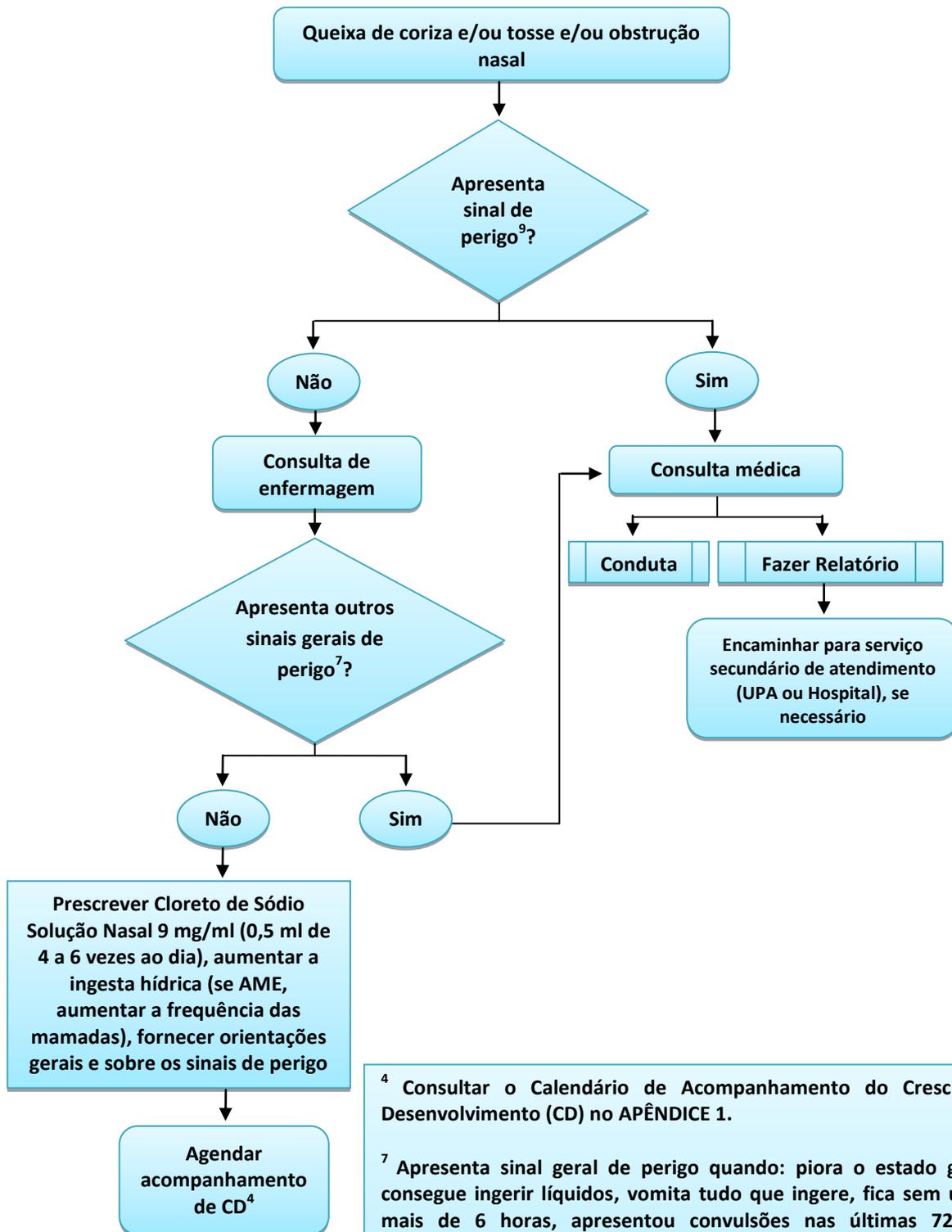
⁸ Consultar lista de analgésicos/antitérmicos no APÊNDICE 2.

PROTOCOLO DE QUEIXA: FEBRE (R50) EM MAIOR DE 3 ANOS



PROTOCOLO DE QUEIXA: DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO (J00 –J99)

EM MENOR DE 2 MESES



⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1.

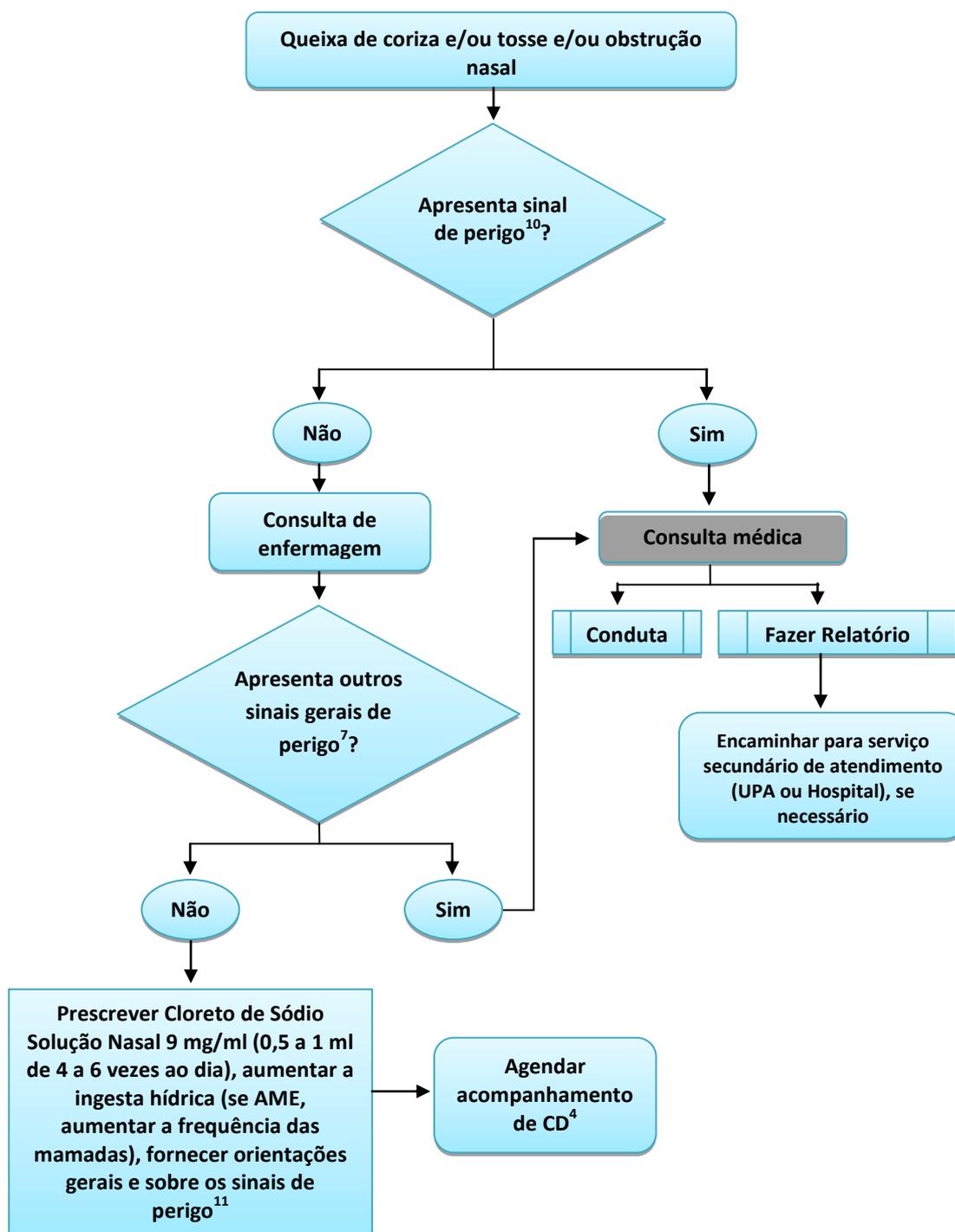
⁷ Apresenta sinal geral de perigo quando: piora o estado geral, não consegue ingerir líquidos, vomita tudo que ingere, fica sem urinar por mais de 6 horas, apresentou convulsões nas últimas 72h e está sonolenta ou com dificuldade para despertar.

⁹ FR \geq 60 ou <30 rpm ou tiragem subcostal, gemido, estridor ou sibilância, chiado, cianose central, batimento de asas de nariz, febre ou hipotermia (temperatura axilar < que 35,5°C);

AME – Aleitamento Materno Exclusivo.

PROTOCOLO DE QUEIXA: DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO (J00 –J99)

EM MAIOR DE 2 MESES DE IDADE



⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

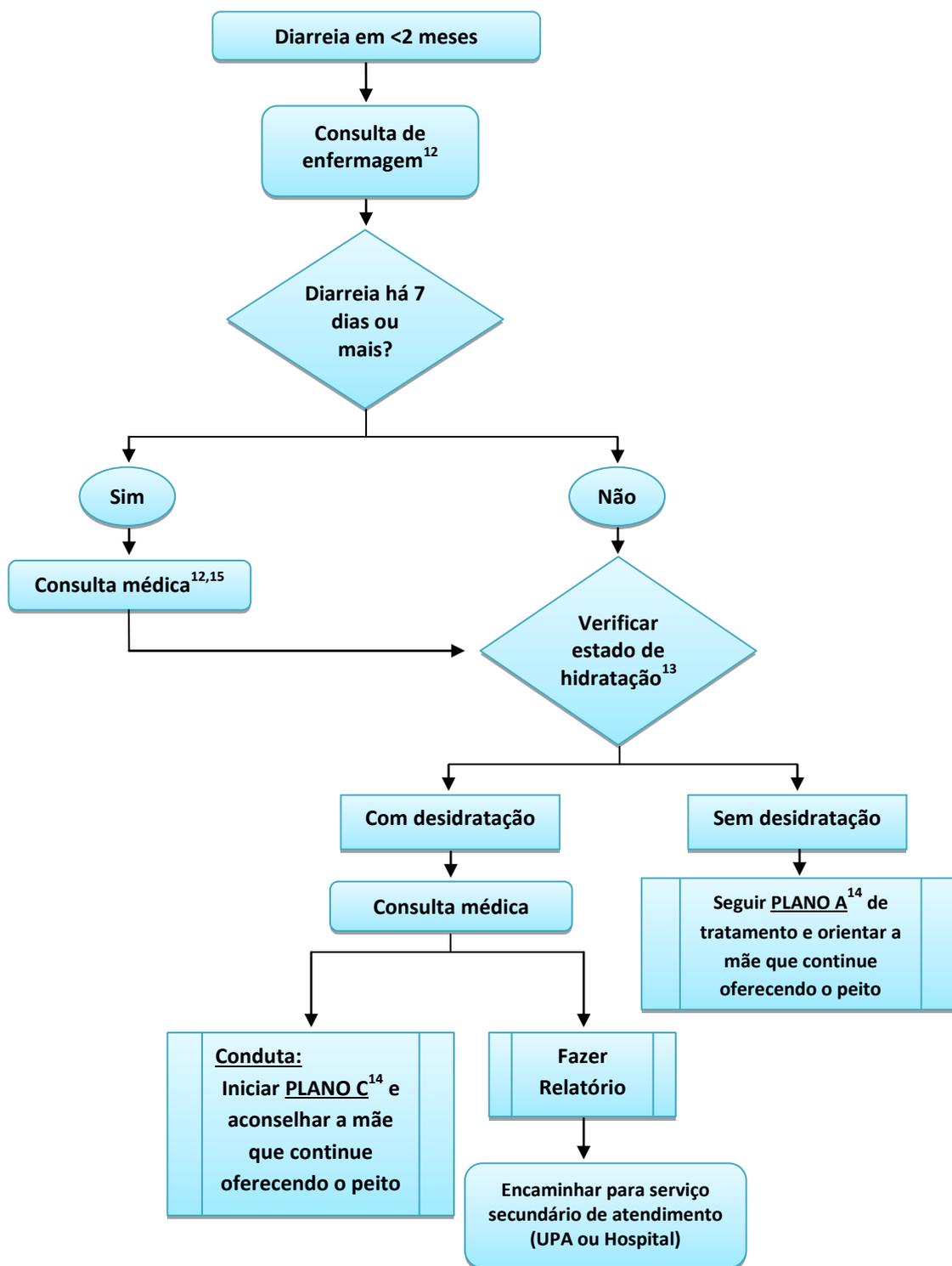
⁷ Apresenta sinal geral de perigo quando: piora o estado geral, não consegue ingerir líquidos, vomita tudo que ingere, fica sem urinar por mais de 6 horas, apresentou convulsões nas últimas 72h e está sonolenta ou com dificuldade para despertar;

¹⁰ FR >50 rpm ou tiragem subcostal, gemido, estridor ou sibilância, chiado, cianose central ou batimento de asas de nariz.

¹¹ Se presença de dor ou secreção no ouvido ou tosse há mais de 10 dias ou febre há mais de 3 dias, encaminhar para Consulta Médica no mesmo dia.

AME – Aleitamento Materno Exclusivo.

PROTOCOLO DE QUEIXA: DIARREIA (A09) EM MENOR DE 2 MESES



¹² Verificar número de evacuações (3 ou mais evacuações semilíquidas em um período de 24 horas, de início súbito e com duração não superior a 7 dias é considerado diarreia aguda), duração dos episódios e aspecto das fezes;

¹² Tipo de dieta: crianças em aleitamento materno exclusivo podem ter fezes líquidas e até esverdeadas. Nesses casos, se a criança está bem, isso não é diarreia (perguntar mais sobre o hábito intestinal da criança);

¹³ Avaliar hidratação conforme os critérios de classificação do ANEXO 1;

¹⁴ Consultar Planos de Tratamento no ANEXO 2.

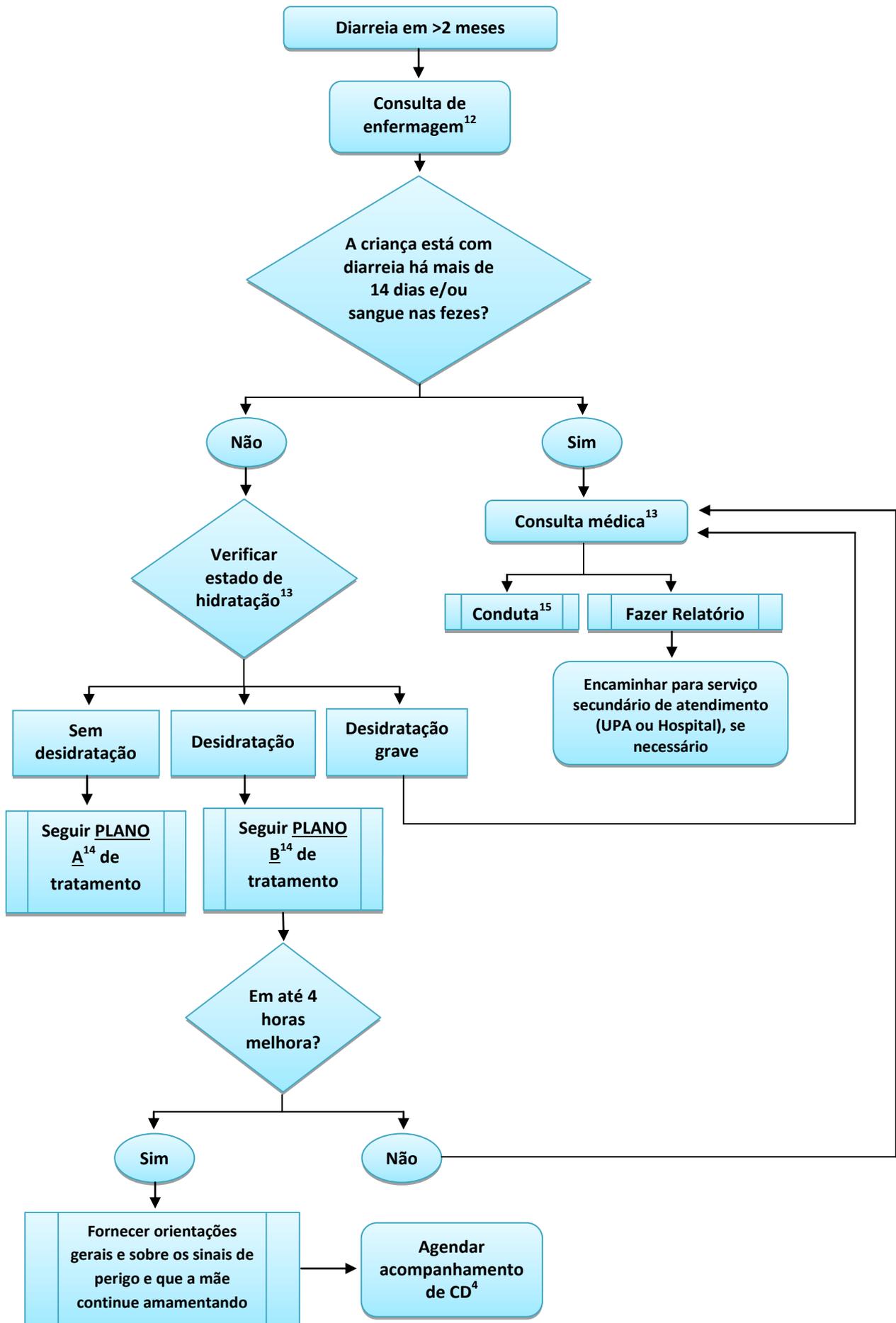
¹⁵ Constipantes intestinais e adsorventes NÃO devem ser prescritos.

IMPORTANTE:

A desidratação causada pela diarreia é uma causa importante de morte em crianças;

Todo menor de 2 meses classificado com desidratação deve ser referido para um Hospital ou UPA.

PROTOCOLO DE QUEIXA: DIARREIA (A09) EM MAIOR DE 2 MESES



⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

¹² Verificar número de evacuações (3 ou mais evacuações semilíquidas em um período de 24 horas, de início súbito e com duração não superior a 14 dias é considerado diarreia aguda), duração dos episódios e aspecto das fezes;

¹² Tipo de dieta: crianças em aleitamento materno exclusivo podem ter fezes líquidas e até esverdeadas. Nesses casos, se a criança está bem, isso não é diarreia (perguntar mais sobre o hábito intestinal da criança);

¹³ Avaliar hidratação conforme os critérios de classificação do ANEXO 1;

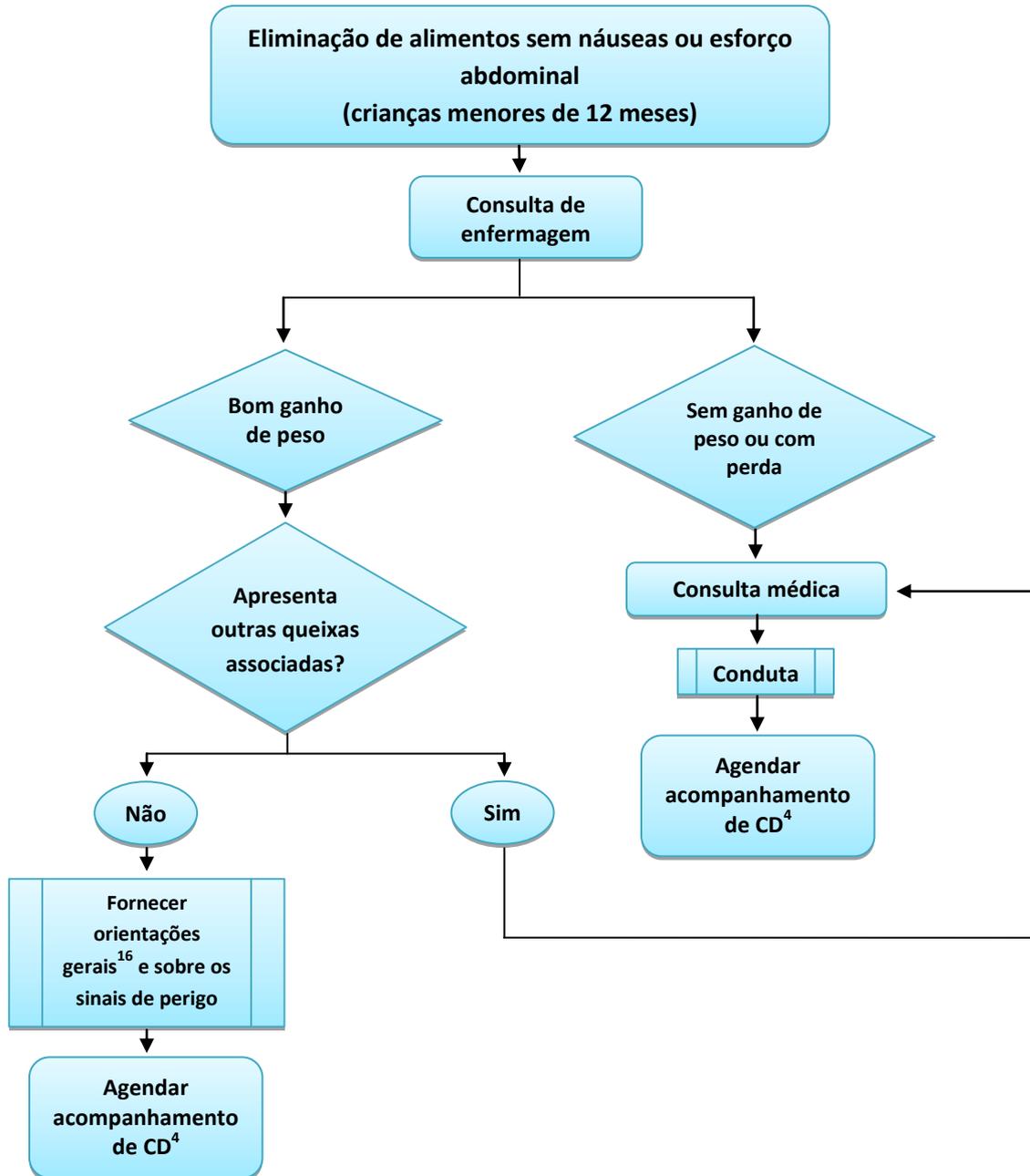
¹⁴ Consultar Planos de Tratamento no ANEXO 2.

¹⁵ Constipantes intestinais e adsorventes NÃO devem ser prescritos.

- CLASSIFICAÇÃO DA DIARREIA:

- Diarreia aguda – menos de 14 dias (Registrar na ficha de *Monitorização da Doença Diarreica Aguda – Boletim de Consolidado Semanal*);
- Diarreia persistente – igual ou mais de 14 dias;
- Diarreia crônica – mais de 30 dias.

PROTOCOLO DE QUEIXA: REGURGITAÇÃO (P92.1)



- Episódios de regurgitação não indicam o diagnóstico da Doença do Refluxo Gastresofágico (DRGE).
- Nos lactentes considera-se o tempo como melhor tratamento, pois propiciará a maturidade dos mecanismos antirrefluxo.
- Os pais deverão ser informados quanto ao caráter benigno e autolimitado da sintomatologia.
- Os lactentes amamentados que apresentam regurgitação **NÃO DEVEM SER DESMAMADOS**.
- O espessante da dieta não é recomendável e o uso de fórmulas antiregurgitação não diminui os episódios de refluxo.

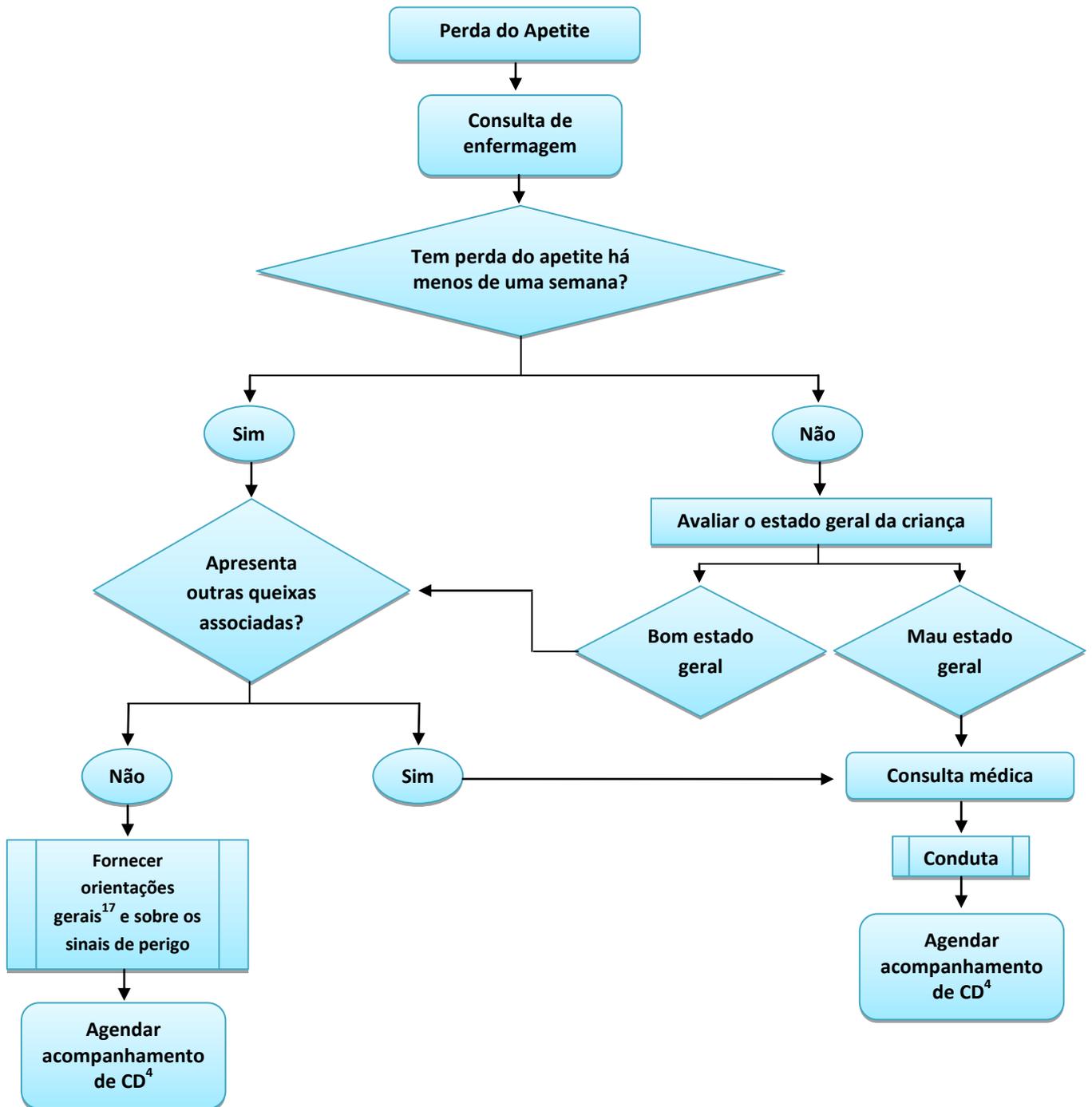
⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

- Averiguar: volume, gráfico/curva de peso e irritação da criança.
- Não confundir **VÔMITOS** com **REGURGITAÇÃO**. A regurgitação desaparece quando a criança tem entre 12 e 18 meses de idade.

¹⁶ Orientações gerais:

- Alimentar: evitar oferecer comida sólida antes de dormir (exceto na desnutrição), bem como chás, café, refrigerante, chocolate ou alimentos gordurosos;
- Postural: ao deitar o bebê, adotar a posição de decúbito dorsal (barriga para cima);
- Evitar tabagismo passivo e roupas apertadas;
- Trocar fraldas antes das mamadas.

PROTOCOLO DE QUEIXA: PERDA DO APETITE (R63.0)



⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

¹⁷ Orientações Gerais:

- Tentar identificar eventos que possam diminuir a aceitação alimentar;

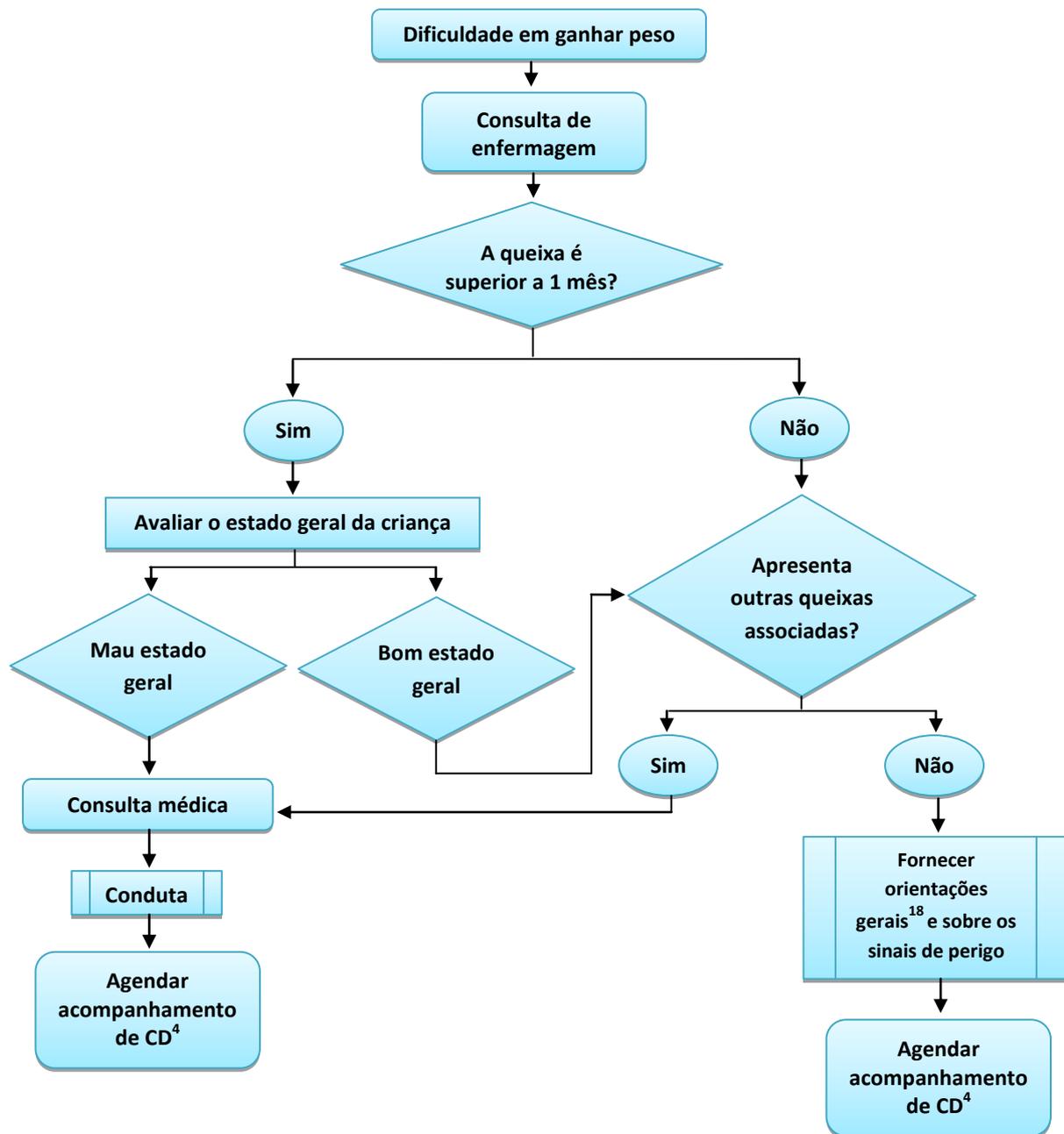
- Verificar:

- Quem assume os cuidados e a alimentação da criança;
- Se a dieta é adequada para a idade;
- Se a criança substitui a refeição de SAL por LEITE;
- Se a criança ingere guloseimas, salgadinhos ou refrigerantes nos intervalos das refeições;
- Se a criança frequenta a creche. Caso sim, solicitar relatório da aceitação alimentar;
- Se a criança ingere alimentos assistindo TV.

- Anotar peso, altura e IMC na Caderneta da Criança (marcar nas respectivas curvas);

- Corrigir os erros alimentares utilizando como referência os "Dez passos para uma alimentação saudável" (ANEXO 3).

PROTOCOLO DE QUEIXA: DIFICULDADE DE GANHAR PESO (R62.8)



⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

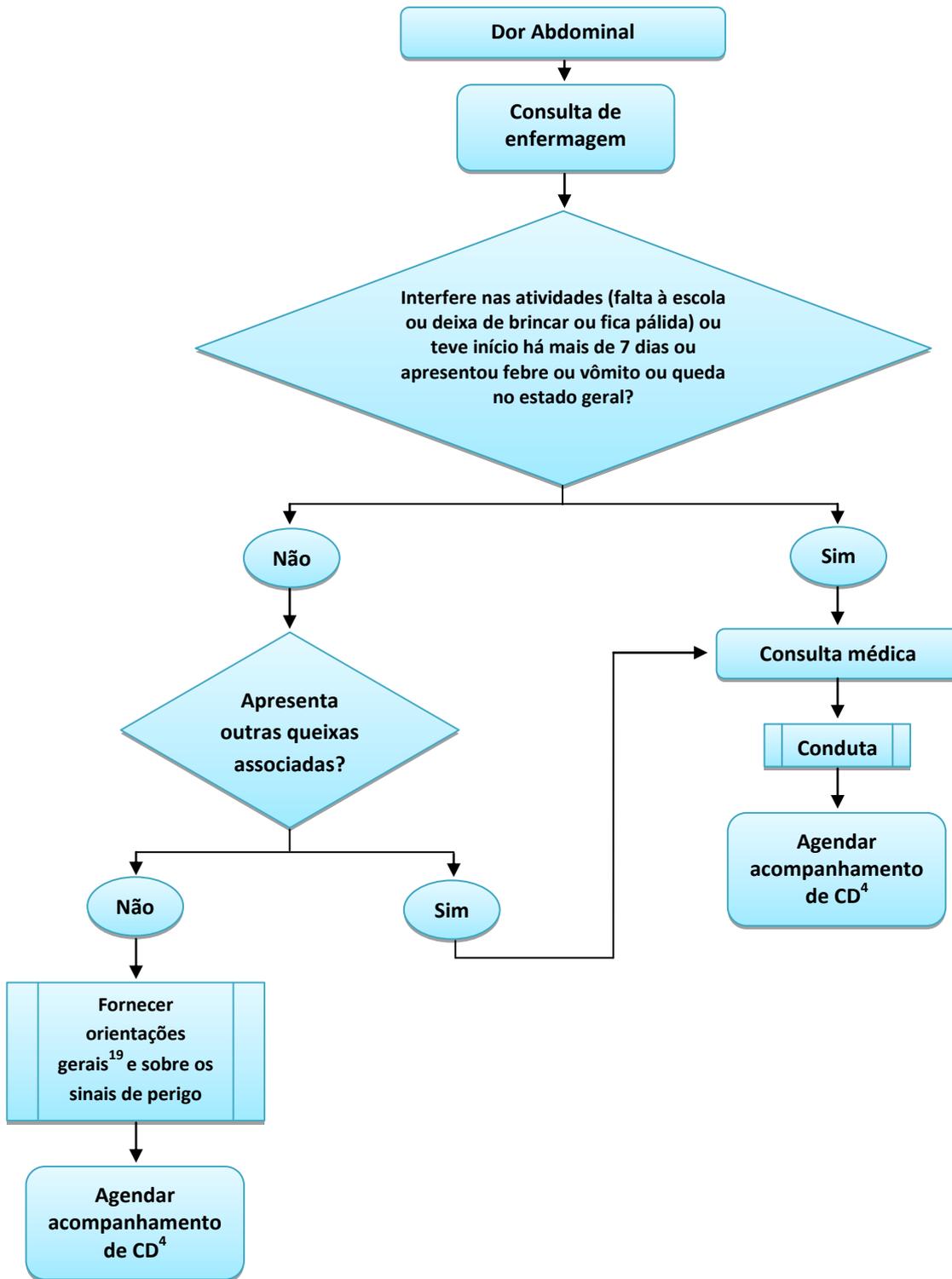
¹⁸ Orientações gerais:

- Verificar:

- Quem assume os cuidados e alimentação da criança;
- Se a dieta é adequada para a idade;
- Se a criança substitui a refeição de SAL por LEITE;
- Se a criança ingere guloseimas, salgadinhos, refrigerantes ou café (hábitos);
- A rotina de atividade física da criança;
- Se a criança frequenta a creche, pedir relatório dos alimentos que a criança aceita melhor;
- Tentar identificar eventos que possam diminuir o consumo de alimentos saudáveis.

- Corrigir os erros alimentares utilizando como referência os “Dez passos para uma alimentação saudável” (ANEXO 3).

PROTOCOLO DE QUEIXA: DOR ABDOMINAL (R10)



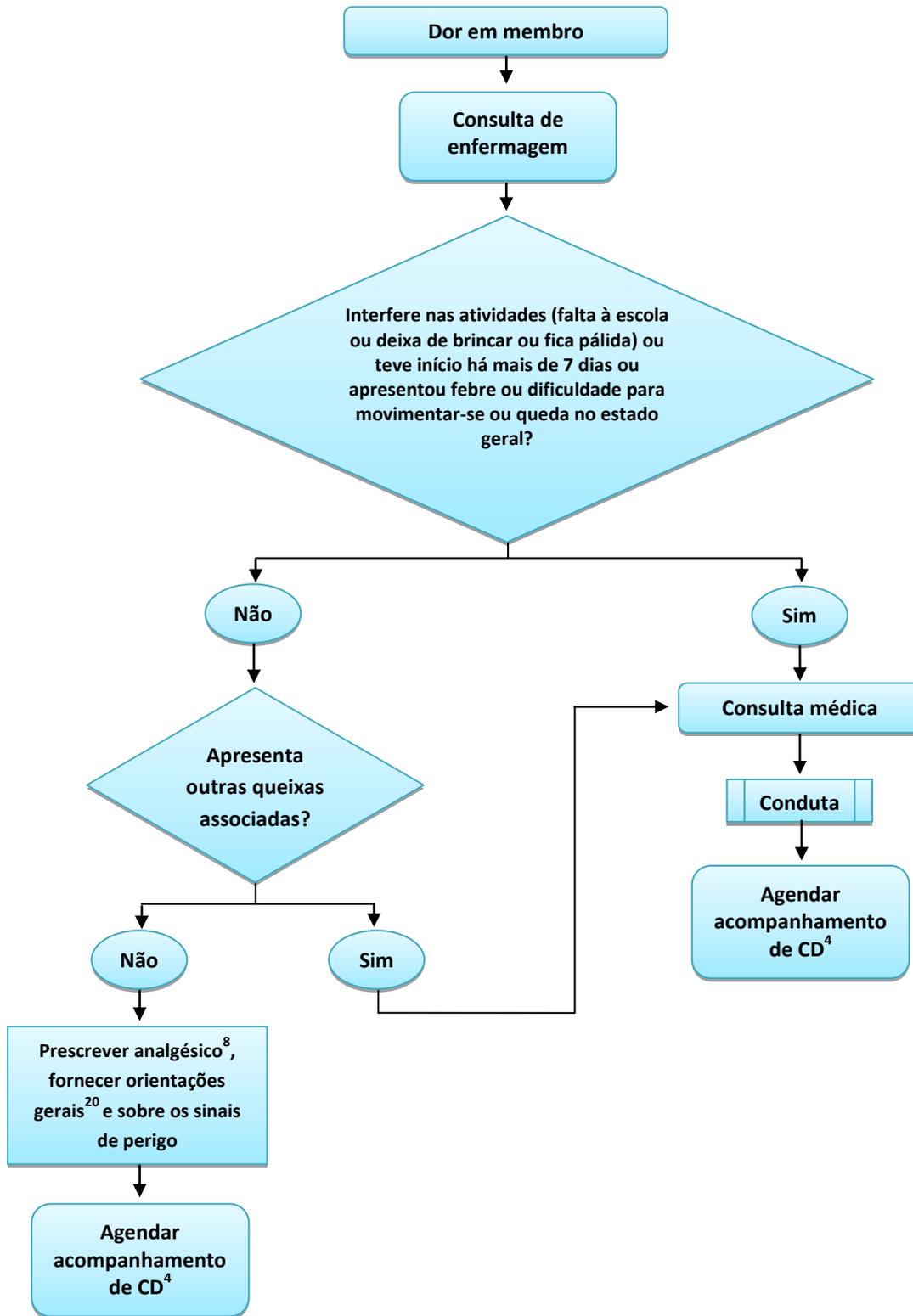
⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

¹⁹ Orientações gerais:

- Observar evolução da dor: número de episódios, os possíveis desencadeantes, a tendência evolutiva, a dinâmica emocional e as relações da criança na família e na escola;
- Tranquilizar e apoiar a família;
- Orientar a realização de massagem local;
- Verificar hábitos alimentares e intestinais (coloração, consistência e números de evacuações por dia).

- A cólica do lactente é um diagnóstico clínico e está relacionada à imaturidade fisiológica. O profissional de saúde deve orientar, apoiar e tranquilizar a família diante dessa situação.

PROTOCOLO DE QUEIXA: DOR EM MEMBRO (M79.6)



⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

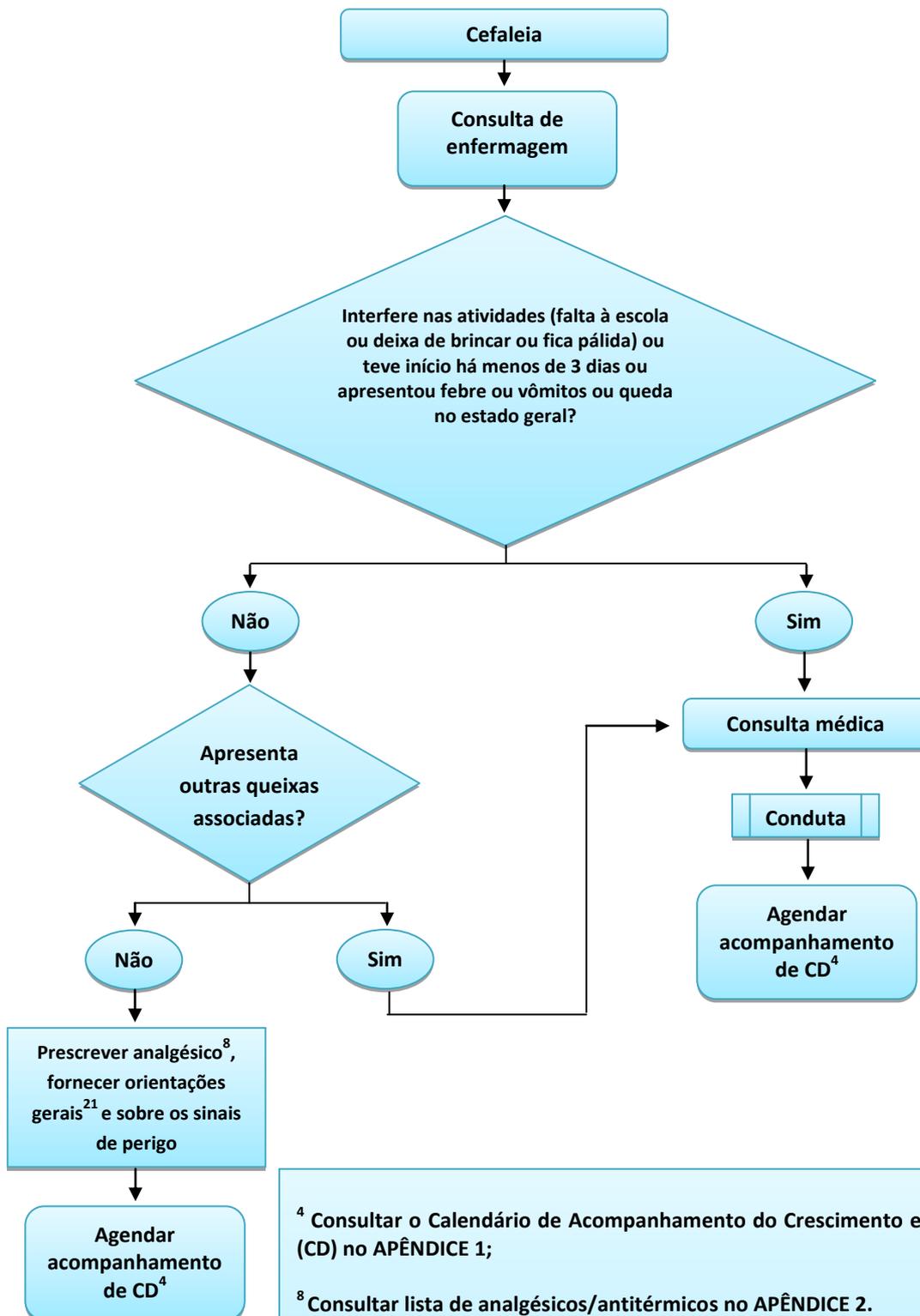
⁸ Consultar lista de analgésicos/antitérmicos no APÊNDICE 2.

²⁰ **Orientações Gerais:**

- Observar a evolução da dor: número de episódios, os desencadeantes, a tendência evolutiva, a avaliação emocional e as relações da criança na família e na escola;
- Se relata parestesia ou paresia e sinais de inflamação (rubor, calor e edema), encaminhar para consulta médica na UBS;
- Orientar a realização de massagem local;
- Evitar uso de medicamentos indiscriminadamente;
- No caso de suspeita de dor do crescimento, tranquilizar o cuidador quanto ao provável caráter benigno e ofertar apoio a família.

- **DOR DO CRESCIMENTO:** geralmente é bilateral, benigna e localizada na coxa ou na perna. Desaparece com o crescimento e apresenta predomínio noturno. O tratamento consta de massagem local suave, compressas mornas, analgésicos, apoio psicológico e afetivo dos familiares. Essas medidas têm como propósito reduzir a possibilidade da cronificação da dor na vida adulta.

PROTOCOLO DE QUEIXA: CEFALeia (R51)



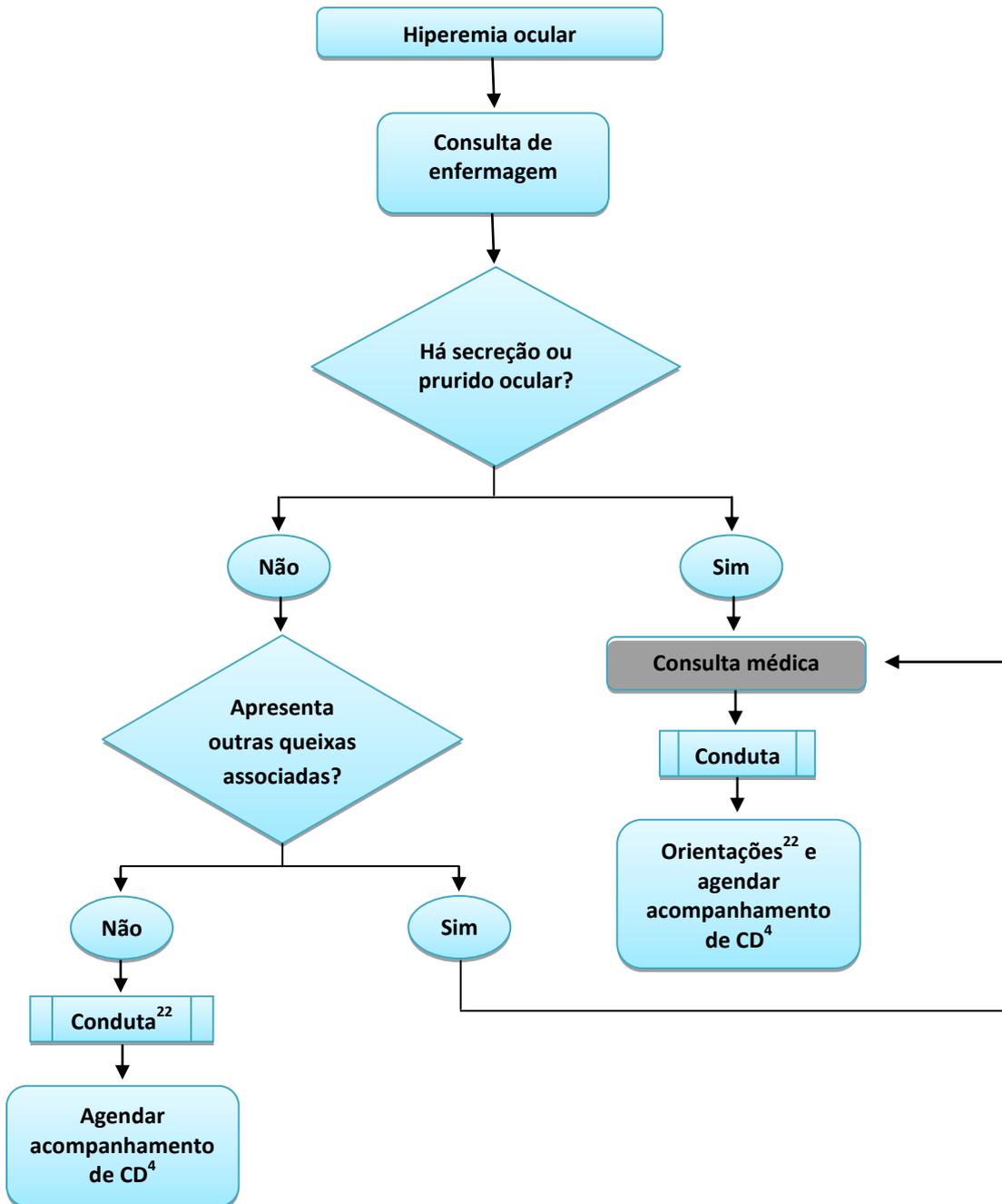
⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

⁸ Consultar lista de analgésicos/antitérmicos no APÊNDICE 2.

²¹ Orientações gerais:

- Observar a evolução da dor: número de episódios, interferência no sono, os possíveis desencadeantes, os fatores atenuantes, a tendência evolutiva e a dinâmica de relação da criança com a família e com a escola;
- Tranquilizar e apoiar a família;
- Colocar a criança de repouso em local tranquilo e sem muita luminosidade;
- Utilizar analgésicos, se a dor for intensa.

PROTOCOLO DE QUEIXA: CONJUNTIVITE (H10)

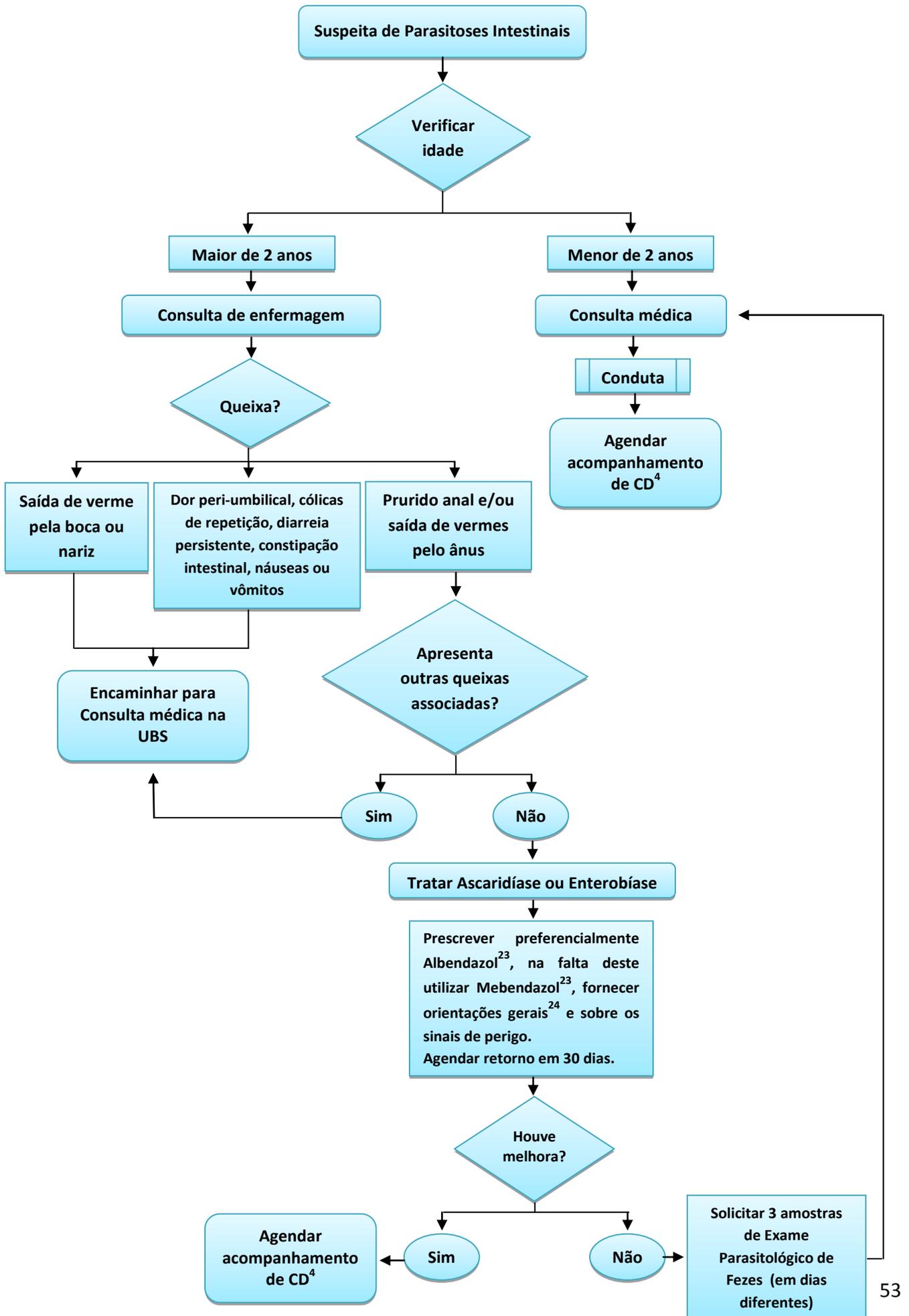


⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

²² Orientações gerais:

- Limpeza frequente das secreções com água limpa (filtrada ou fervida) e fria ou soro fisiológico;
- Quando higienizar os olhos, utilizar papel descartável;
- Lavar bem as mãos antes e após qualquer manipulação dos olhos;
- Não utilizar produtos nos olhos como, por exemplo, água boricada;
- Usar toalhas separadas;
- Em geral a etiologia é viral e o quadro é autolimitado.

PROTOCOLO DE QUEIXA: PARASITOSES INTESTINAIS (B82)



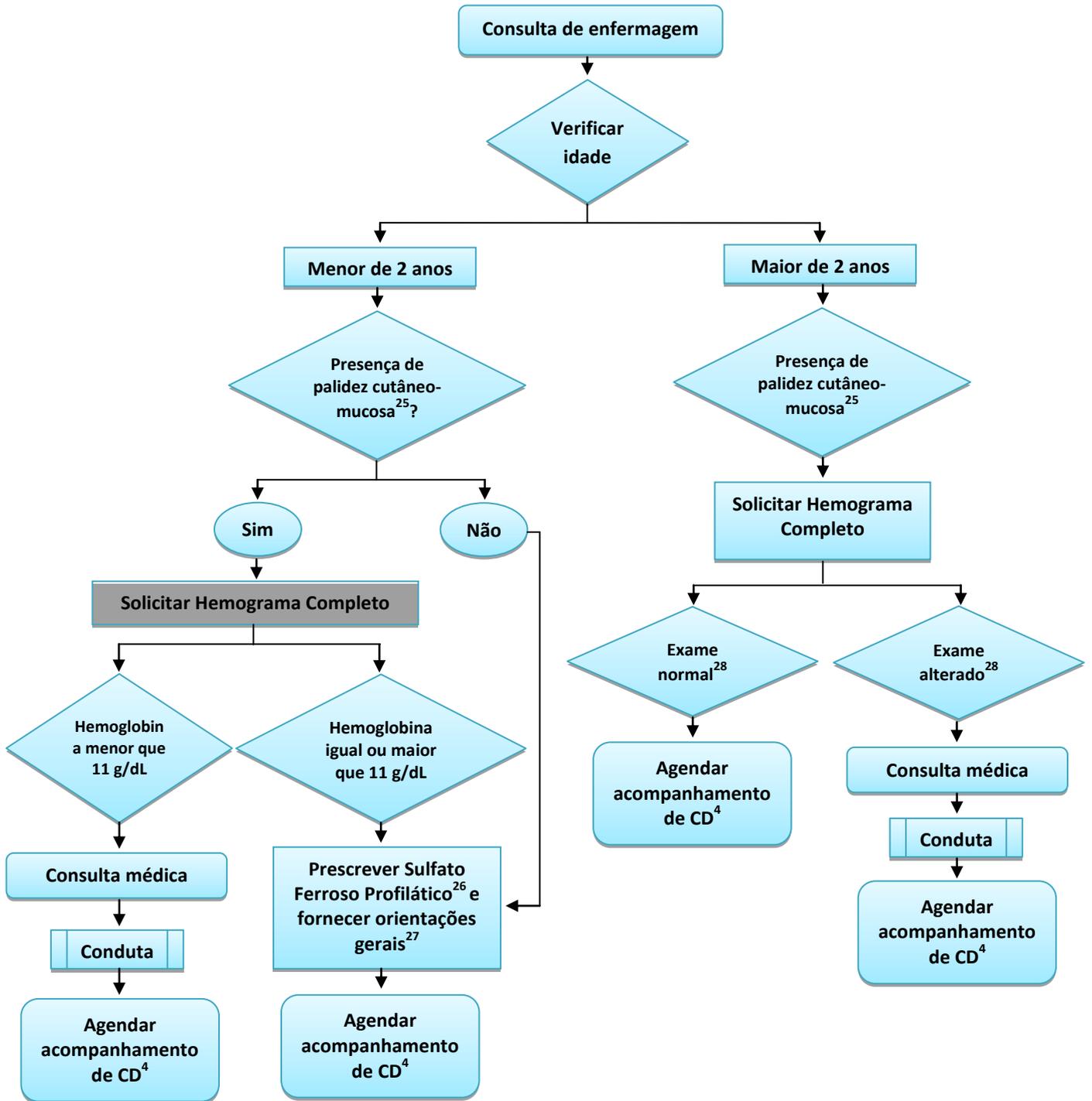
⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

²³ Consultar lista de medicamentos no APÊNDICE 3.

²⁴ Orientações Gerais:

- Utilizar água tratada ou fervida;
- Lavar bem os alimentos e deixá-los de molho em água com Hipoclorito de Sódio a 2,5% (2 gotas por litro) por 30 minutos;
- Comer carne bem cozida ou assada. Evitar carne crua;
- Manter as unhas curtas e limpas;
- Manter as mãos sempre limpas, principalmente, antes das refeições, após evacuações e ao preparar os alimentos;
- Estar sempre com os pés calçados;
- Cobrir os alimentos para proteger contra poeira, moscas e outros animais.

PROTOCOLO DE QUEIXA: ANEMIA FERROPRIVA (D50)



⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

²⁵ Observar: esclerótica, frênulo lingual e palma das mãos.

²⁶ Suplementação Profilática de Sulfato Ferroso (Público-alvo: crianças de 6 a 24 meses de idade):

Verificar situação de nascimento da criança:

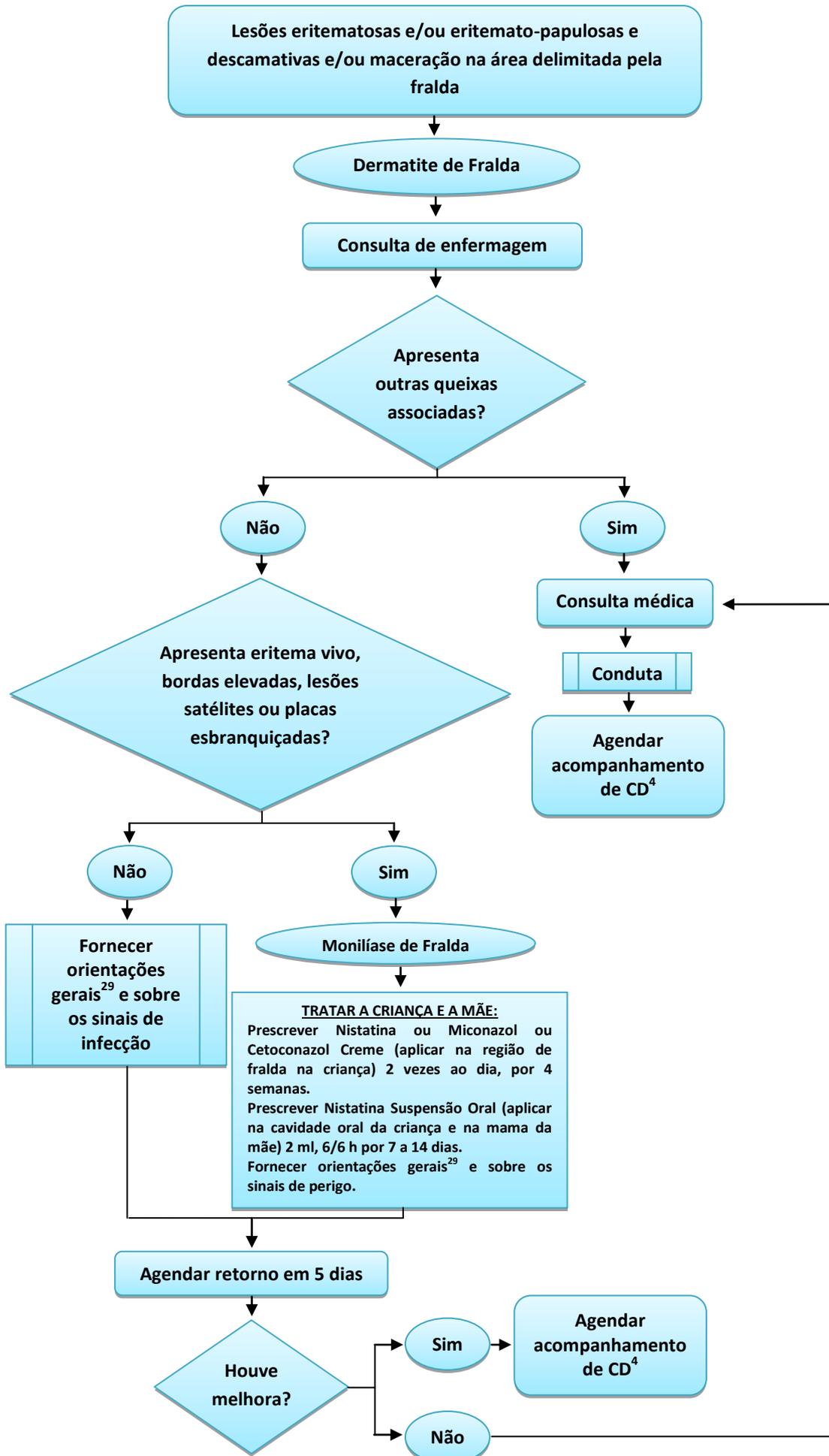
- Criança, de peso adequado para a idade gestacional em aleitamento materno: 1 mg/kg peso/dia a partir do 6º mês (ou da introdução de outros alimentos) até 24º mês de vida (BRASIL, 2013; SBP, 2012);
- Criança não amamentada (VERIFICAR POSSIBILIDADE DE RELACTAÇÃO):
 - Em uso de fórmula: 1 mg/kg de peso/dia após iniciada a alimentação complementar (4 meses de idade);
 - Em uso de leite de vaca integral em pó ou fluido: 2 mg/kg de peso/dia a partir de 2 a 3 meses de idade. Após iniciada a alimentação complementar (4 meses de idade), prescrever 1 mg/kg de peso/dia até os 24 meses (BRASIL, 2013).
- Criança pré-termo e criança de baixo peso até 1.500g, a partir do 30º dia de vida: 2 mg/kg de peso/dia, durante 1 ano. Após este prazo, 1 mg/kg de peso/dia (BRASIL, 2013; SBP, 2012);
- Criança pré-termo com peso entre 1.500g e 1.000g: 3 mg/kg de peso/dia durante 1 ano e posteriormente 1 mg/kg de peso/dia (BRASIL, 2013; SBP, 2012);
- Criança pré-termo com menor de 1.000g: 4 mg/kg de peso/dia durante 1 ano e posteriormente 1 mg/kg de peso/dia (BRASIL, 2013; SBP, 2012).

²⁷ Orientações Gerais:

- Orientar quanto a importância de manter a amamentação até os 2 anos de idade ou mais;
- Orientar sobre alimentação complementar saudável;
- Cuidados gerais na preparação e higiene dos alimentos;
- Estimular o consumo de alimentos que facilitem a absorção de ferro na dieta;
- Para crianças não amamentadas e em uso de leite de vaca integral em pó ou fluido, prescrever Vitamina C (30 mg/dia) a partir de 2 meses de idade.

²⁸ Consultar APÊNDICE 4 para verificar os níveis normais de hemoglobina e hematócrito de acordo com a idade da criança.

PROTOCOLO DE QUEIXA: DERMATITE DE FRALDA (L22)

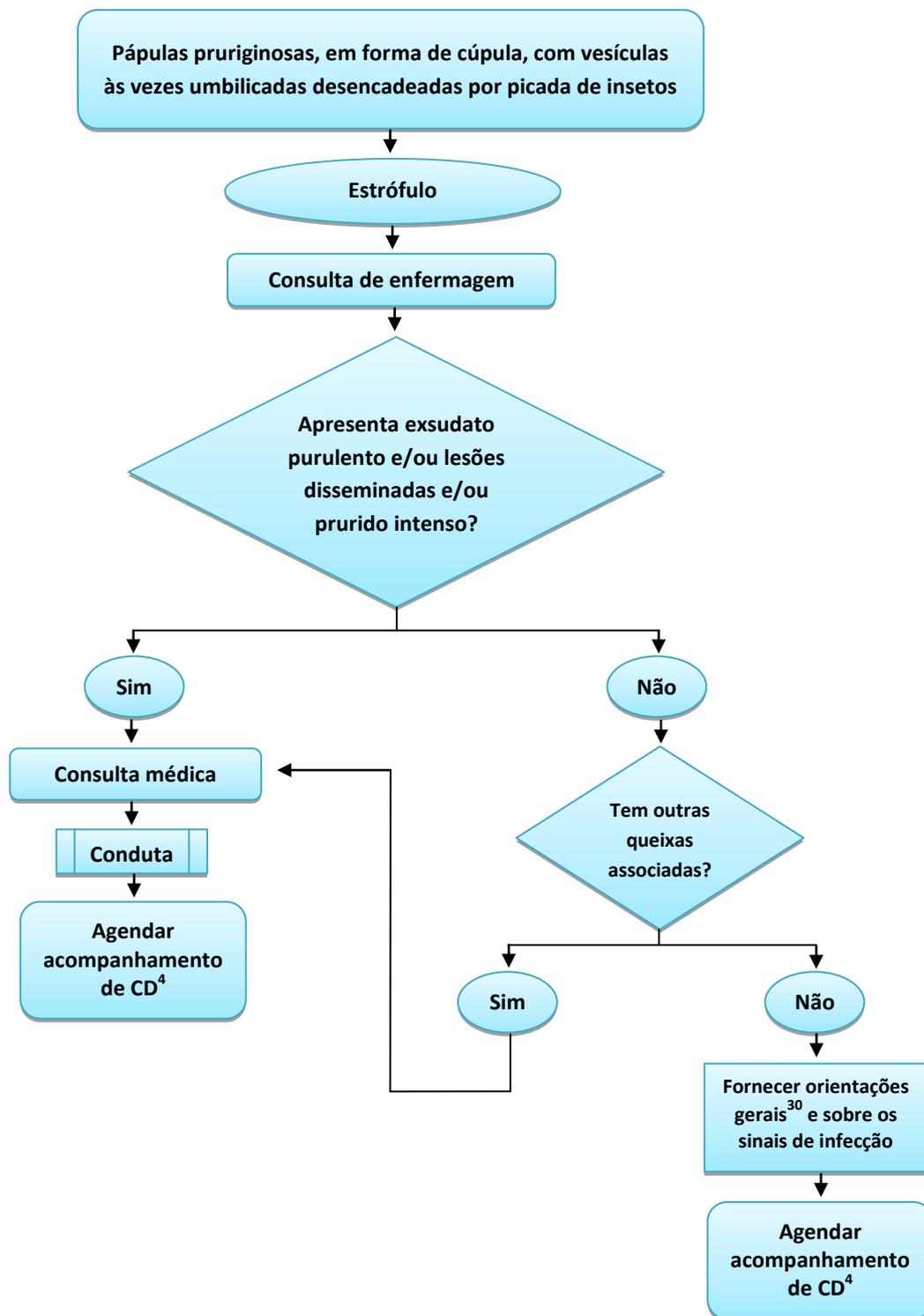


⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

²⁹ Orientações Gerais:

- Lavar o local com água morna a cada troca de fralda;
- Ao secar com a toalha, ter cuidado de não esfrega-la na região acometida;
- Suspende o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele, entre outros);
- Usar amido de milho na água do banho e/ou fazer pasta (diluir em água até obter consistência cremosa) para uso local;
- Se possível, suspender o uso de fraldas descartáveis;
- Lavar as fraldas de pano com sabão neutro;
- Enxaguar bem as fraldas de pano e evitar o uso de produtos perfumados.

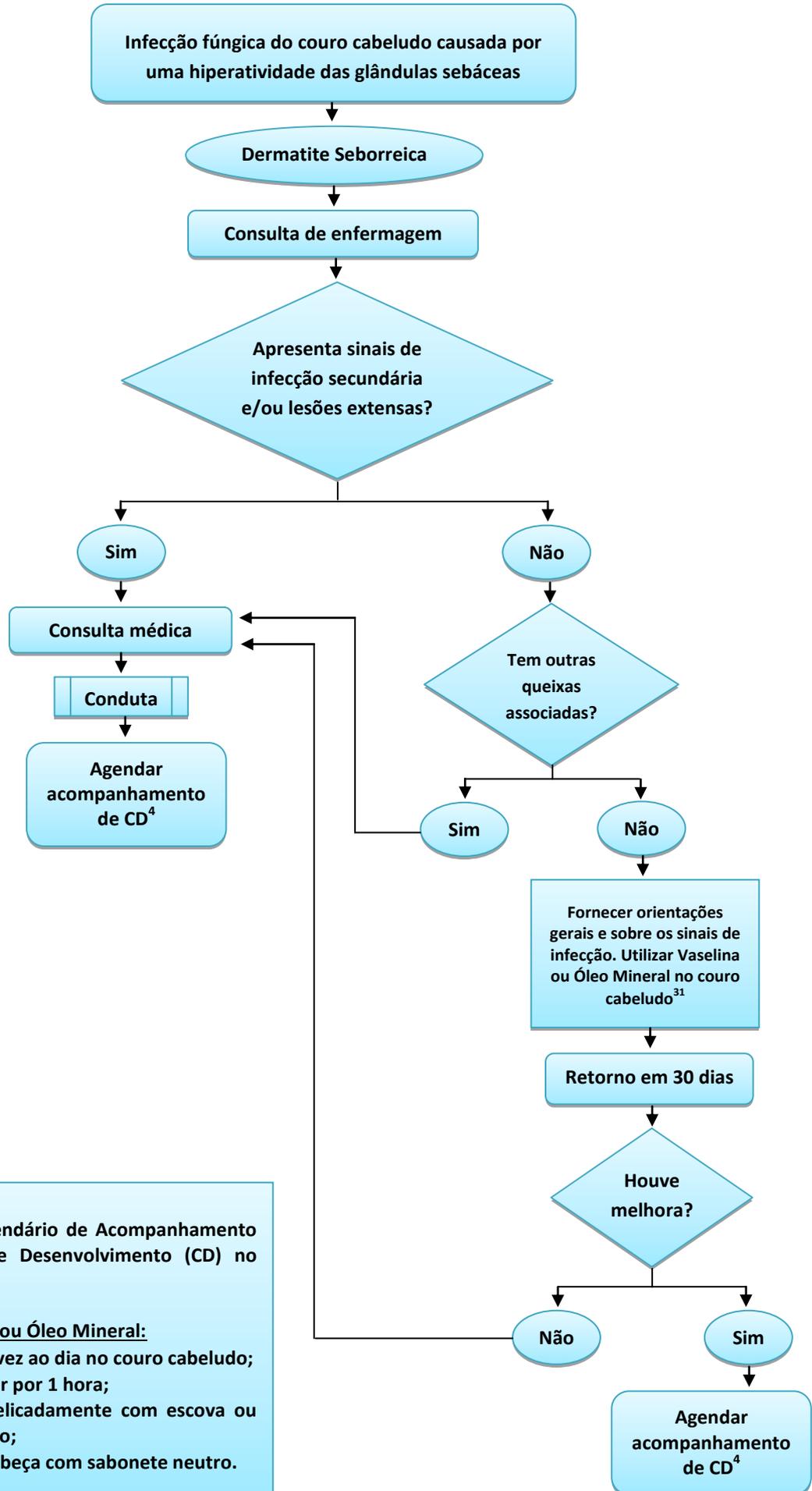
PROTOCOLO DE QUEIXA: ESTRÓFULO (L28.2)



⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

³⁰ Orientações Gerais:

- Usar telas nas janelas para evitar a presença de insetos;
- Manter as unhas curtas e limpas;
- Indicar o uso de pasta d'água ou amido de milho de 3 a 4 vezes ao dia.

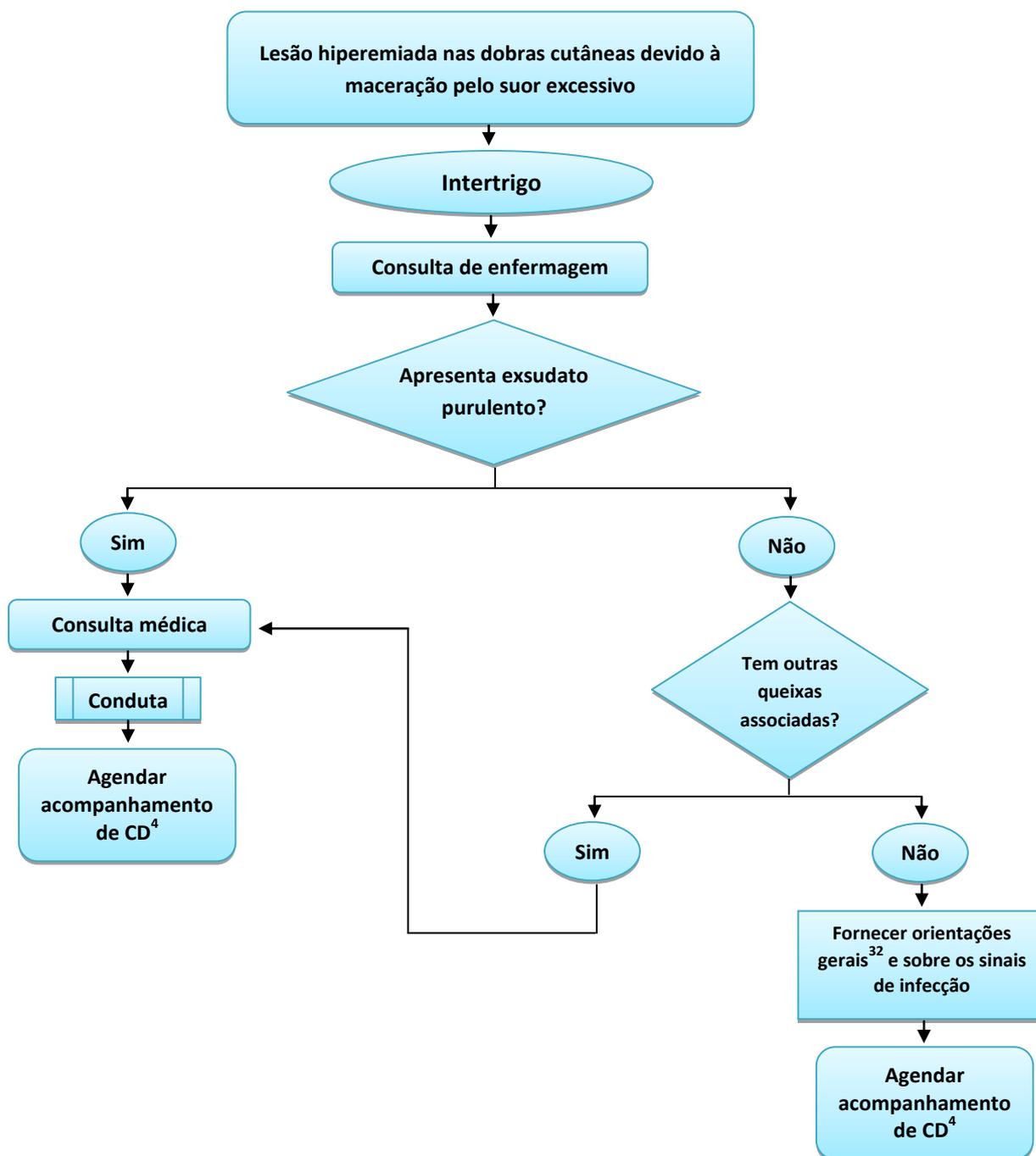


⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

³¹ Uso da Vaselina ou Óleo Mineral:

- Aplicar 1 vez ao dia no couro cabeludo;
- Deixar agir por 1 hora;
- Retirar delicadamente com escova ou pente fino;
- Lavar a cabeça com sabonete neutro.

PROTOCOLO DE QUEIXA: INTERTRIGO (L30.4)

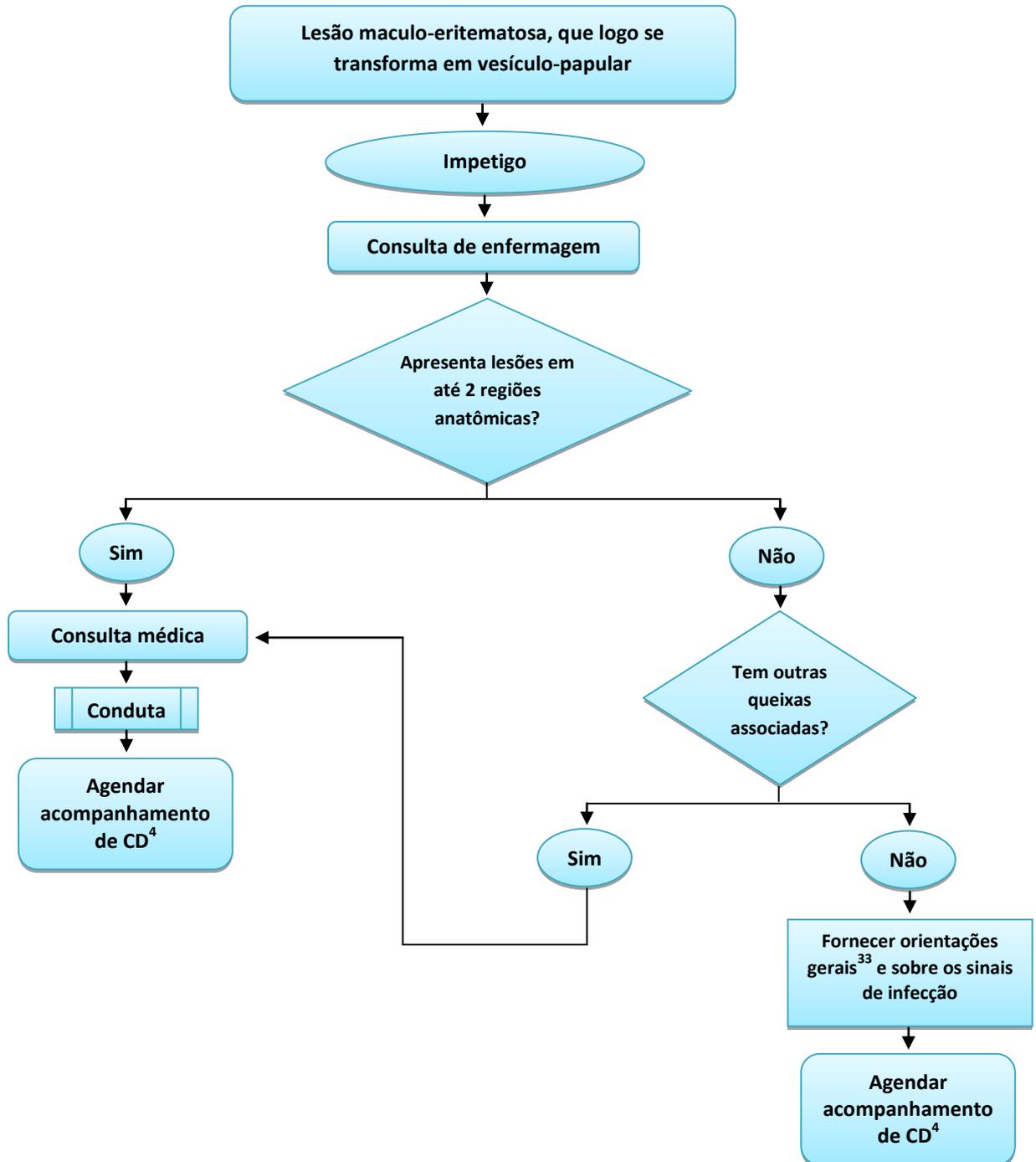


⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

³² **Orientações Gerais:**

- Lavar o local com água e sabonete neutro;
- Secar bem a região;
- Expor a área lesada ao sol durante 5 a 15 minutos por dia (antes das 10 horas da manhã);
- Usar roupas confortáveis.

PROTOCOLO DE QUEIXA: IMPETIGO (L01.1)

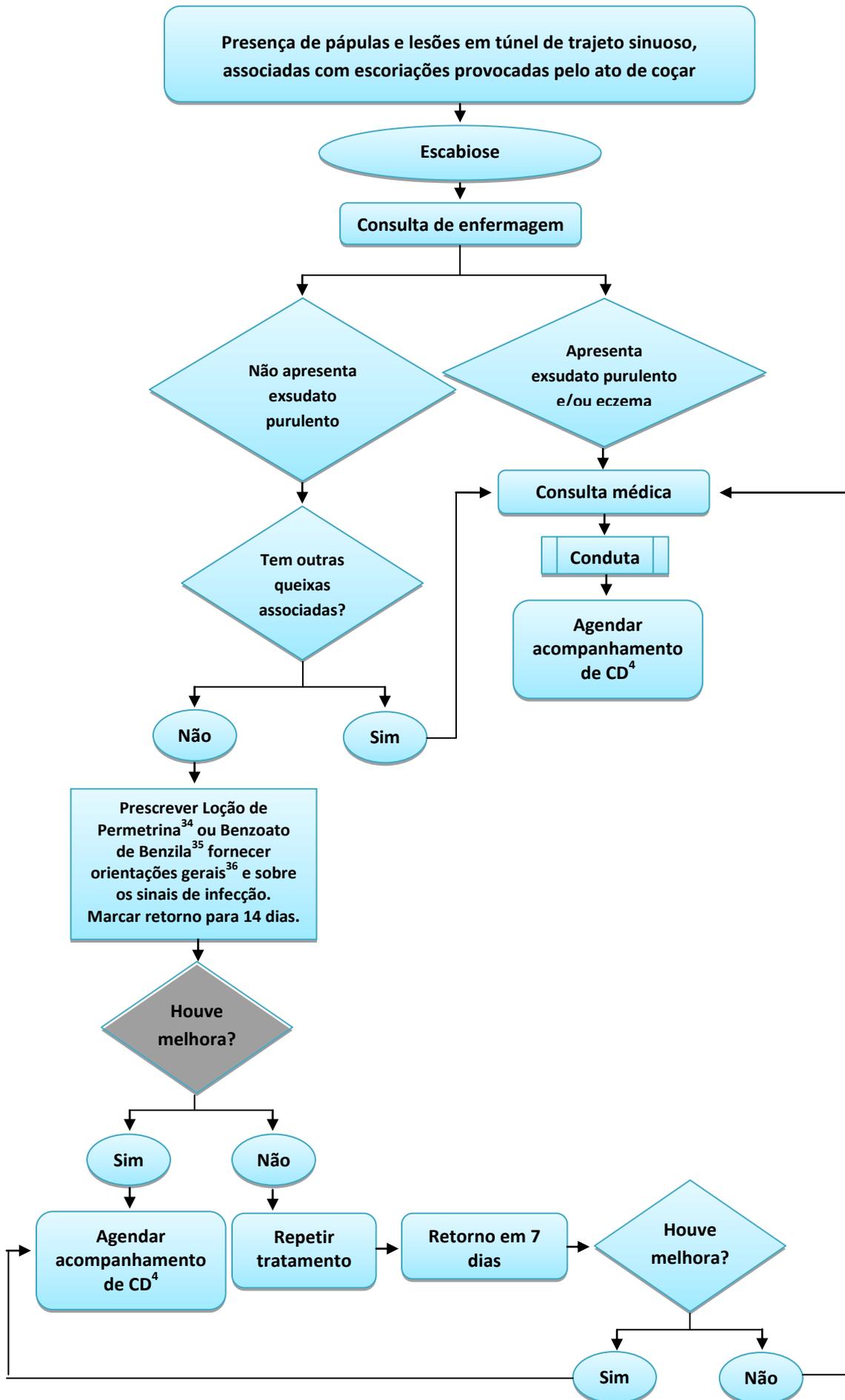


⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

³³ **Orientações Gerais:**

- Manter as unhas curtas e limpas;
- Lavar as mãos frequentemente;
- Lavar as lesões com água morna e sabonete neutro 4 vezes ao dia.

PROTOCOLO DE QUEIXA: ESCABIOSE (B86)



¹ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

³⁴ **Permetrina:** passar na pele 1 vez ao dia, de preferência à noite, e remover após 8 a 12 horas (evitar passar na face). Não utilizar em menores de 2 meses.

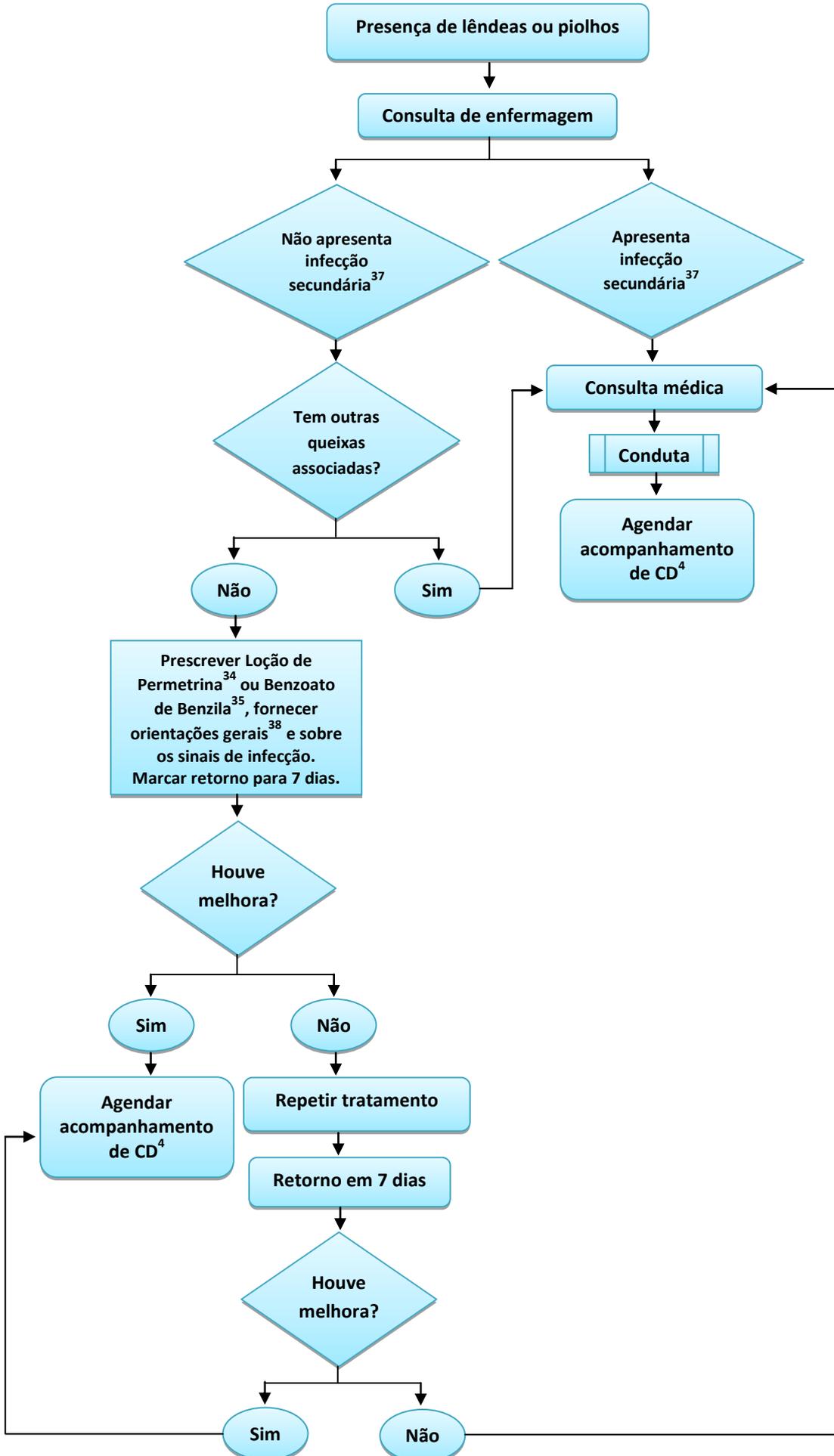
³⁵ **Benzoato de Benzila:** passar na pele 1 única vez ao dia, de preferência à noite, após o banho, por 3 dias. Na manhã seguinte, tomar banho, mudar e lavar a roupa de cama e de banho. Não utilizar em menores de 2 meses

- Até 2 anos: diluir 1 parte do produto para 2 partes de água;
- De 2 a 12 anos: diluir 1 parte do produto para 1 de água;
- Maior de 12 anos: não é necessário diluir.

³⁶ **Orientações Gerais:**

- Orientar sobre transmissibilidade, prevenção, higiene pessoal e identificar os contatos;
- Orientar quanto ao retorno à UBS, se necessário;
- Viabilizar o tratamento dos contactantes;
- Quando diagnosticado em menores de 2 meses, encaminhar para consulta médica.

PROTOCOLO DE QUEIXA: PEDICULOSE (B85)



⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

³⁷ Presença de bolhas com conteúdo purulento.

³⁴ Permetrina: passar no couro cabeludo 1 vez ao dia, de preferência à noite, e remover após 8 a 12 horas (evitar passar na face). Não utilizar em menores de 2 meses.

³⁵ Benzoato de Benzila: passar na pele, de preferência à noite, após o banho. Na manhã seguinte, tomar banho, mudar e lavar a roupa de cama e de banho.

- Até 2 anos: diluir 1 parte do produto para 2 partes de água;

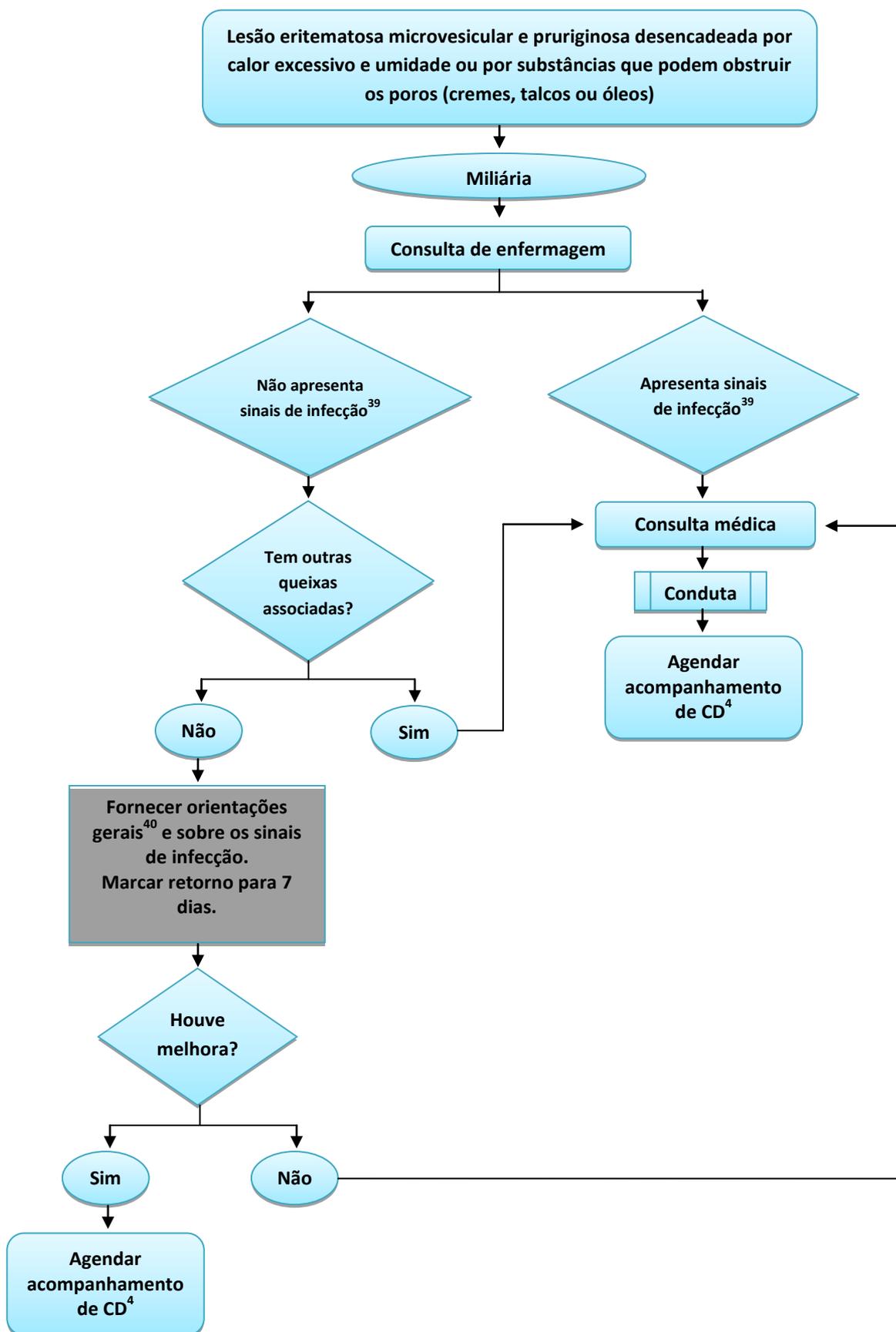
- De 2 a 12 anos: diluir 1 parte do produto para 1 de água;

- Maior de 12 anos: não é necessário diluir.

³⁸ Orientações Gerais:

- Remover as lêndeas e piolhos manualmente;
- Tratar pessoas residentes no mesmo domicílio;
- Orientar sobre os hábitos de higiene e prevenção na família;
- Não utilizar Benzoato de Benzila em menores de 2 meses;
- Quando diagnosticado em menores de 2 meses, encaminhar para consulta médica.

PROTOCOLO DE QUEIXA: MILIÁRIA (L74)



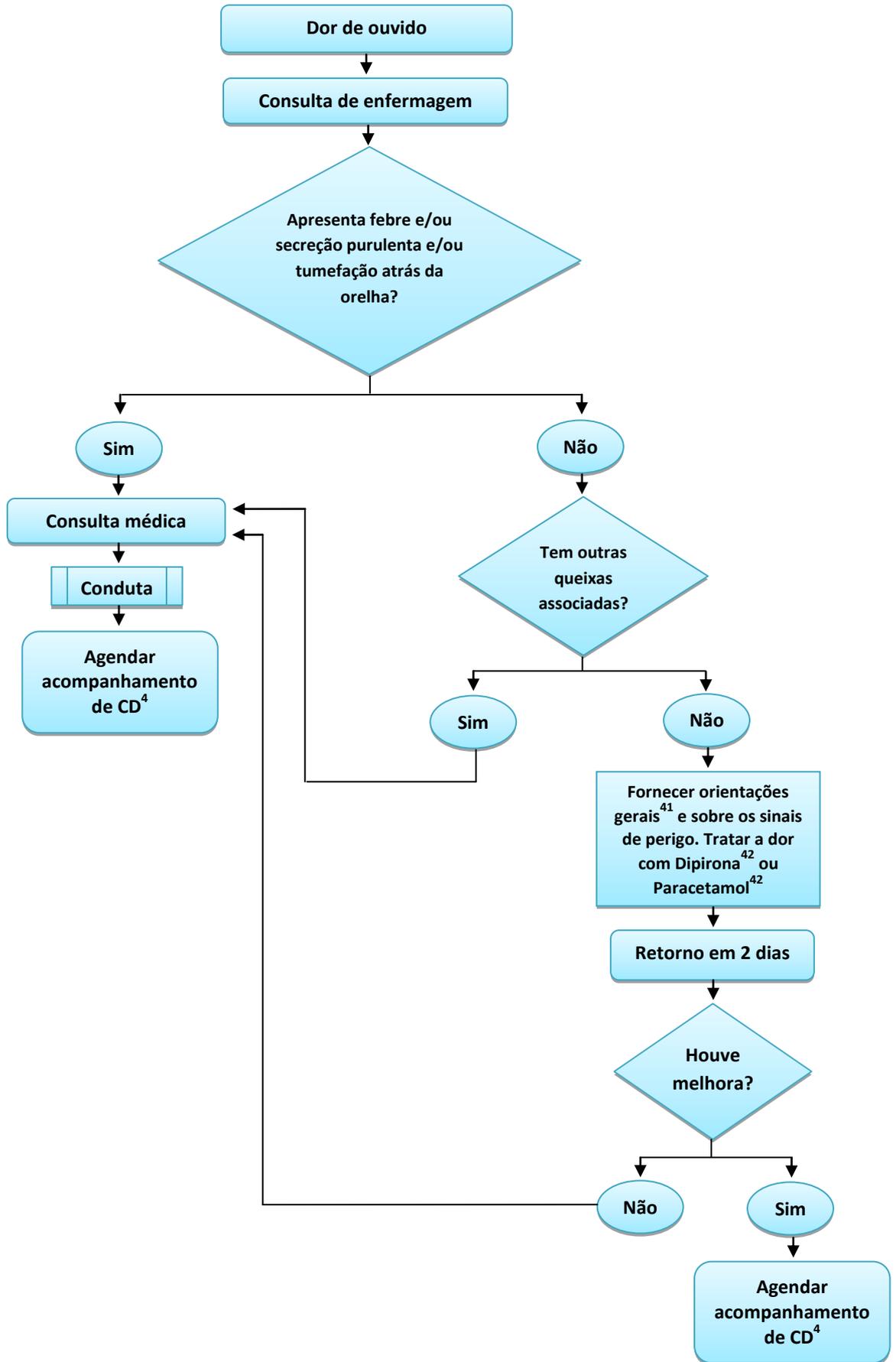
⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

³⁹ Presença de bolhas com conteúdo purulento ou nódulos dolorosos.

⁴⁰ Orientações Gerais:

- Usar roupas leves;
- Tomar banhos frequentemente;
- Usar sabonete neutro;
- Enxaguar a criança após o banho com 1 litro de água contendo 2 colheres (de sopa) de amido de milho (3 vezes ao dia) ou aplicar pasta d'água 3 vezes ao dia após os banhos.

PROTOCOLO DE QUEIXA: DOR DE OUVIDO (H92.0)



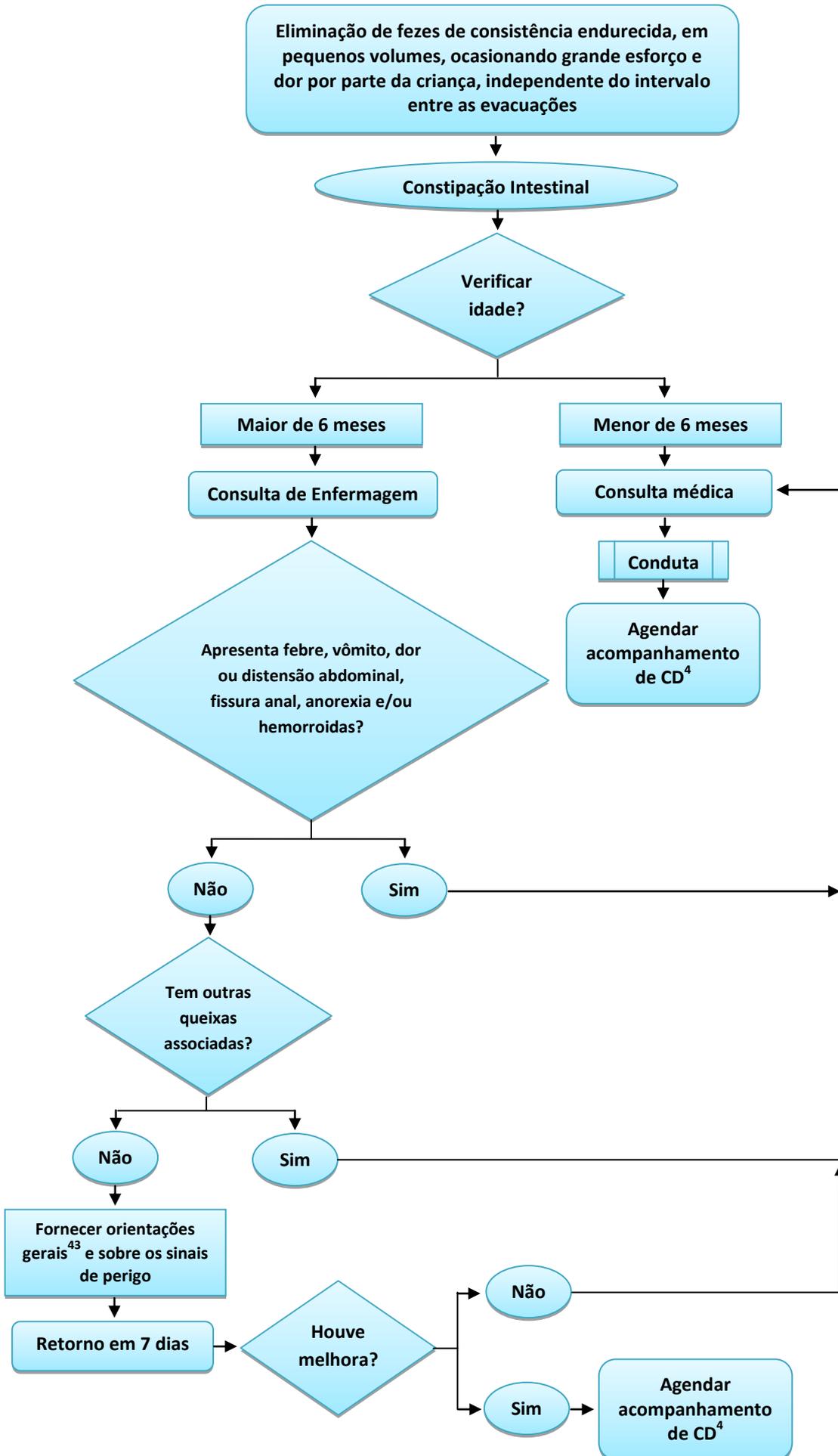
⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

⁴¹ Orientações Gerais:

- Verificar a temperatura da criança;
- Secar o pavilhão auricular com toalha limpa após o banho;
- Secar o pavilhão auditivo com algodão seco ou gaze 3 vezes ao dia;
- Evitar ingestão de líquidos na posição horizontal;
- Não utilizar hastes flexíveis de algodão.

⁴² Consultar lista de analgésicos no APÊNDICE 2.

PROTOCOLO DE QUEIXA: CONSTIPAÇÃO INTESTINAL (K59.0)



⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

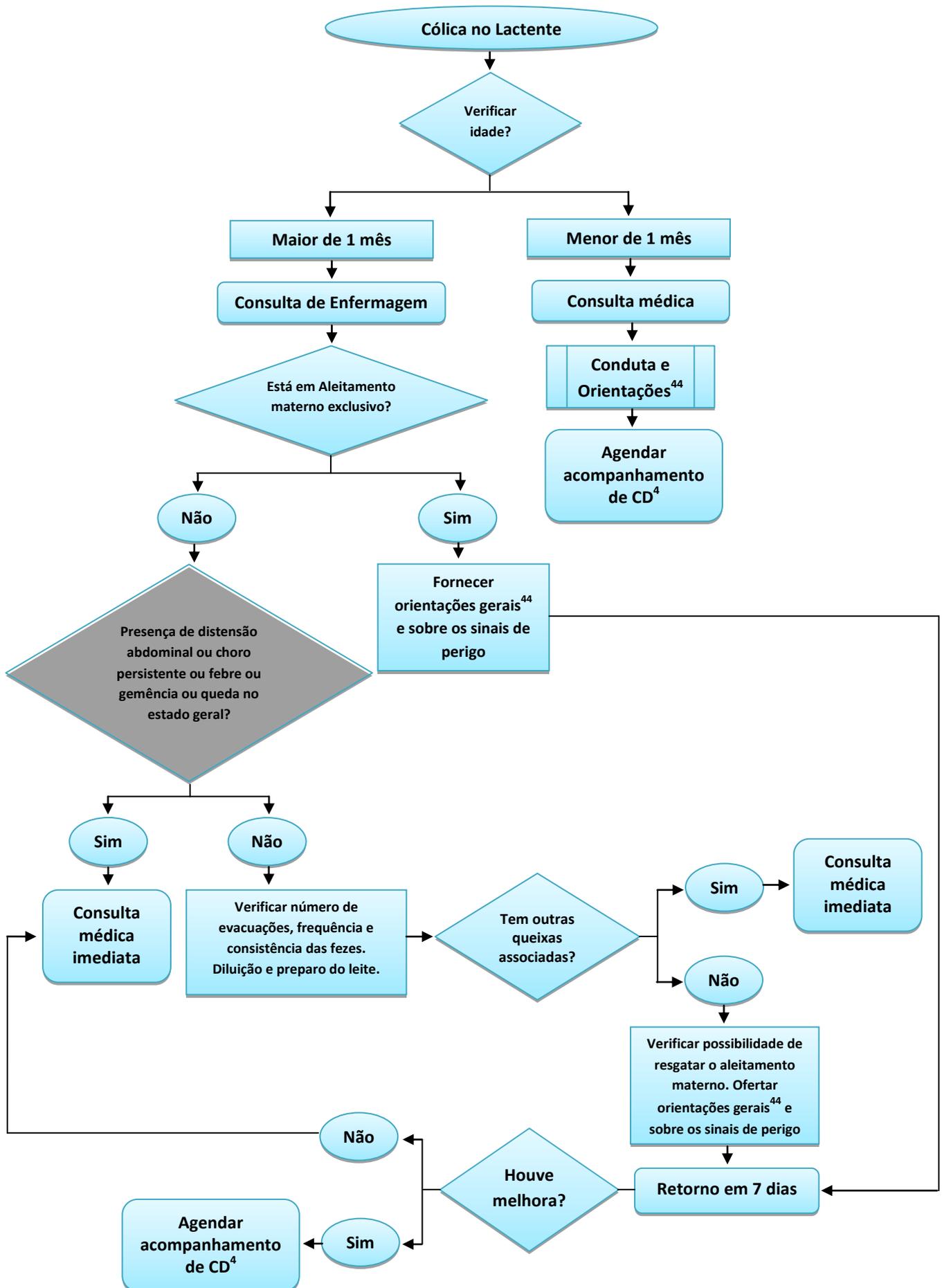
⁴³ Orientações Gerais:

- Orientar massagem abdominal no sentido horário;
- Aumentar a ingestão hídrica;
- Verificar hábitos alimentares e intestinais (coloração, consistência e números de evacuações por dia);
- Oferecer alimentos ricos em fibras: verduras, mamão, laranja, tomate, cenoura crua, entre outros;
- Se a criança controla o esfíncter, estimular o uso do vaso sanitário após as refeições principais;
- Orientar o familiar a garantir à criança uma postura fisiológica durante a evacuação.

OBSERVAÇÃO:

Nos recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo pode ocorrer a ausência de evacuações no período de até 7 dias (constipação intestinal fisiológica).

PROTOCOLO DE QUEIXA: CÓLICA NO LACTENTE (R10.4)

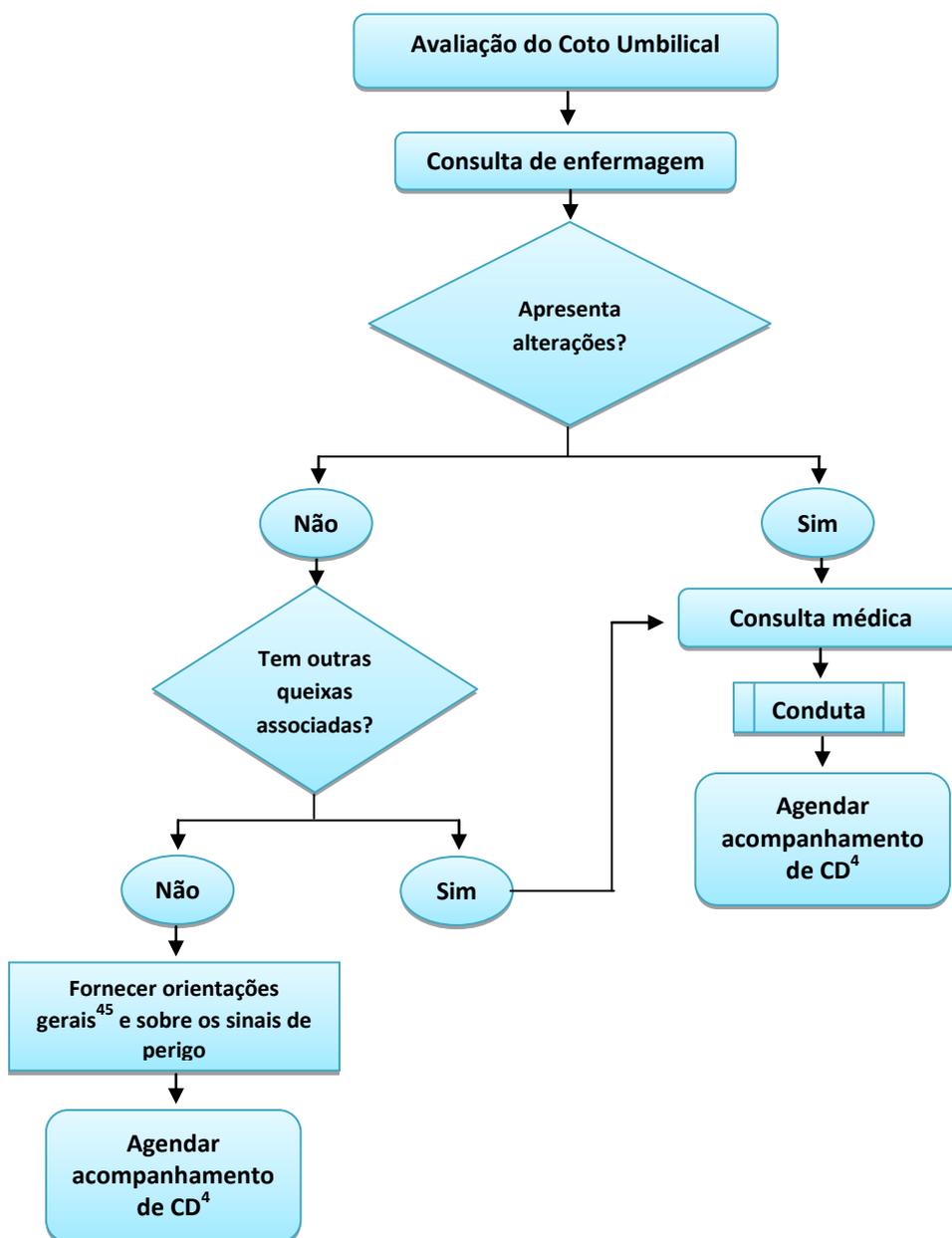


⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

⁴⁴ Orientações Gerais:

- Tranquilizar a mãe/família;
- Incentivar o vínculo e observar a dinâmica familiar;
- Colocar a criança apoiada no braço em decúbito ventral (nos intervalos das mamadas);
- Realizar massagem no abdome do RN com movimentos circulares no sentido horário;
- Orientar o uso de compressas mornas por no máximo 3 a 5 minutos;
- Orientar sobre a correta diluição do leite para os RN que NÃO estão em aleitamento materno exclusivo;
- Não utilizar medicamentos antiespasmódicos e o uso de chás.

PROTOCOLO DE QUEIXA: COTO UMBILICAL (P38)



⁴ Consultar o Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) no APÊNDICE 1;

⁴⁵ **Orientações Gerais:**

- Orientar higiene diária com água e sabão;
- Enxaguar e secar bem o coto umbilical;
- Aplicar Álcool a 70% após cada troca de fralda;
- Orientar a mãe/família sobre os sinais de infecção;
- Frisar a não recomendação de faixa ou fralda sobre a região do coto umbilical;
- Reforçar a não utilização de outros produtos no coto umbilical, como: pomadas, talcos, moedas, café em pó, fumo, óleos, entre outros.

APÊNDICE 1

Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento na APS

Consultas Crianças	Dias	Meses											
		7	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24
Profissional	Med.	Enf. ou Med.	Med.	Enf.	Med.	Enf. e Nut.	Med.	Enf.	Med.	Enf.	Med.	Med.	Med.

Legenda: Med.: Médico; Enf.: Enfermeiro; Nut.: Nutricionista.

¹ A partir dos 2 anos de idade, o acompanhamento deve ser realizado pelo médico da UBS anualmente, mas isso não isenta o enfermeiro de continuar realizando as consultas de enfermagem e/ou atendimentos à população infantil.

APÊNDICE 2

Analgésicos/Antitérmicos padronizados para uso na APS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

- Dipirona Sódica Solução Oral 500 mg/ml – frasco de 10 ml = 10 a 20 mg/Kg/dose (Intervalo entre as doses: 6/6 horas);
- Ibuprofeno Comprimido 600 mg = 5 a 10 mg/Kg/dose (Intervalo entre as doses: 6 a 8 horas);
- Ibuprofeno Suspensão Oral 50 mg/ml – frasco gotas 30 ml = 5 a 10 mg/Kg/dose (Intervalo entre as doses: 6 a 8 horas);
- Paracetamol Comprimido 500 mg = 10 a 15 mg/Kg/dose (Intervalo entre as doses: 4 a 6 horas);
- Paracetamol Solução Oral 200 mg/ml – frasco 15 ml = 10 a 15 mg/Kg/dose (Intervalo entre as doses: 4 a 6 horas).

APÊNDICE 3

Medicamentos padronizados para uso na APS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

DOENÇA	IDADE/PESO	MEDICAMENTO	POSOLOGIA	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Ascaridíase	Acima de 10 kg > de 2 anos	Mebendazol 100 mg/5ml Albendazol 400 mg	5 ml VO 12/12h 1 cp VO	3 a 5 dias Dose Única	Repetir em 3 semanas
Ancilostomíase	Acima de 10 kg	Mebendazol 100 mg/5ml	5 ml VO 12/12h	3 dias	Repetir em 3 semanas
Enterobíase ou Oxiuríase	-----	Mebendazol 100 mg/5ml	5 ml VO 12/12h	3 dias	Repetir em 3 semanas
Estrongiloidíase	> 2 anos	Albendazol 400 mg	1 cp VO 1 vez/dia	3 dias	Repetir em 3 semanas
Teníase	> 2 anos	Mebendazol 100 mg/5ml ou Albendazol 400 mg	10 ml VO 12/12h 1 cp VO	3 dias 3 dias	-----
Giardiase	> 2 anos	Metronidazol 40 mg/ml ou Albendazol 400 mg	5 a 20 mg/Kg/dia VO 12/12h (máximo 250 mg/dose) 1 cp VO	5 dias 5 dias	-----
Amebíase	> 2 anos	Metronidazol 40 mg/ml	35 mg/Kg/dia VO 8/8h (máximo 750 mg/dose)	5 dias	-----

APÊNDICE 4

Valores normais de hemoglobina e hematócrito de acordo com a idade da criança

GRUPO	HEMOGLOBINA (g/dL)	HEMATÓCRITO (%)
Crianças de 6 a 59 meses	≥11,0	≥33
Crianças de 5 a 11 anos	≥11,5	≥34
Crianças de 12 a 14 anos	≥12,0	≥36

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria (2012)

ANEXO 1

Classificação do Estado de Hidratação

- **Sem desidratação:** criança ativa, aceita líquidos, turgor da pele normal e diurese normal;
- **Desidratação (presença de dois ou mais dos sinais):** criança inquieta ou irritada, apresenta olhos fundos, sinal de prega cutânea (a pele volta lentamente ao estado anterior), sucção débil ou não consegue mamar. Para maiores de 6 meses: bebe avidamente com sede;
- **Desidratação grave para maiores 2 meses (presença de dois ou mais dos sinais):** criança apresenta-se letárgica ou inconsciente, olhos fundos, não aceita líquidos ou aceita muito mal, turgor da prega cutânea pastosa (volta muito lentamente ao estado anterior).

ANEXO 2

Planos de Tratamento

- **PLANO A (tratar a diarreia em casa):** aumentar a ingestão de líquidos (tanto quanto a criança queira tomar); amamentar a criança com frequência e durante mais tempo em cada amamentação; se a criança é exclusivamente amamentada, administrar SRO além do leite materno; se a criança não é exclusivamente amamentada, oferecer: SRO, água pura, manter o aleitamento materno e orientar a alimentação; retornar se apresentar sinais de perigo); ensinar a mãe como diluir e administrar o SRO; seguir com alimentação; e orientar quando retornar.
Não é recomendado o uso de medicação antiemética.

- **PLANO B (tratamento na unidade de saúde para > de 2 meses):**

Quantidade de soro oral nas primeiras 4 horas

PESO	SORO
<6	200-400
6<10	400-700
10<12	700-900
12<19	900-1.400

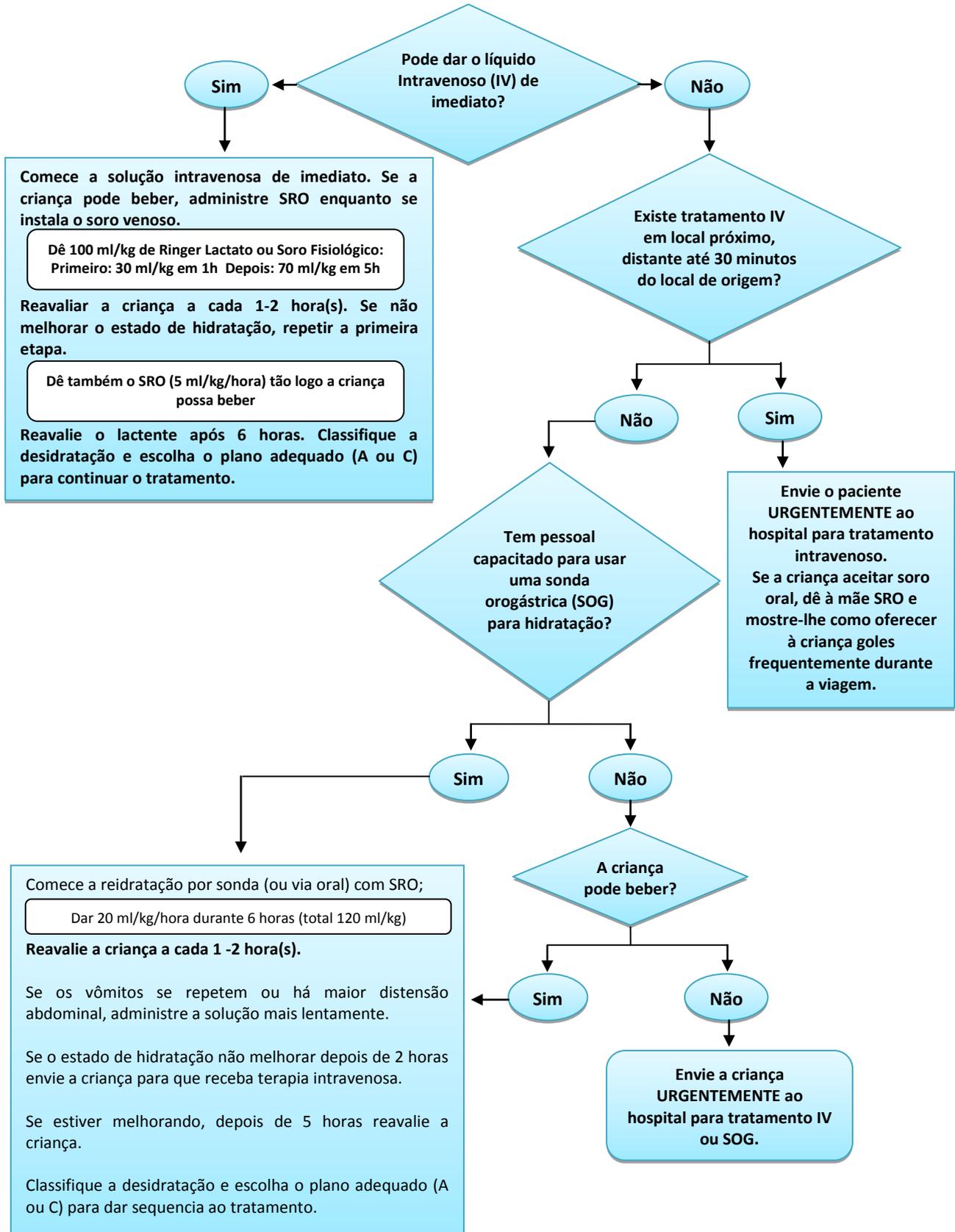
Quando sistematizada a TRO (terapia de Reidratação Oral), estima-se que 90% dos casos evoluam de modo favorável.

Demonstrar para a mãe como dar o soro; oferecer o soro em pequenos goles com colher; continuar a amamentar no peito; reavaliar o estado de hidratação após 4 horas; selecionar o plano adequado para continuar o tratamento.

Caso apresente vômitos, aguardar 10 minutos e continuar mais lentamente.

- **PLANO C (tratamento no hospital para < de 2 meses):** iniciar hidratação venosa na unidade de saúde e encaminhar a criança **URGENTEMENTE** ao hospital.

PLANO C



OBSERVAÇÃO: Todo menor de dois meses classificado como desidratação deve ser referido para um hospital.

ANEXO 3

Dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de 2 anos

PASSO 1 – Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

PASSO 2 – Ao completar 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

PASSO 3 – Ao completar 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança estiver em aleitamento materno.

PASSO 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.

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

PASSO 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

PASSO 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

PASSO 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, 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 o seu armazenamento e conservação adequados.

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

ANEXO 3 (CONTINUAÇÃO)

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

PASSO 1 – Oferecer alimentos variados, distribuindo-os em pelo menos três refeições e dois lanches por dia. Não pular as refeições. É importante que a criança coma devagar, porque, assim, mastiga bem os alimentos, aprecia melhor a refeição e satisfaz a fome. Preferir alimentos saudáveis típicos da região e disponíveis na sua comunidade.

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 integrais e na 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. Essa combinação é muito boa para a saúde. Logo após a refeição, oferecer meio copo de suco de fruta natural ou meia fruta, que seja fonte de vitamina C, como laranja, limão, acerola, caju e outras, para melhorar o aproveitamento do ferro pelo corpo. Essa combinação ajuda a prevenir a anemia.

PASSO 5 – Oferecer leite ou derivados (queijo e iogurtes) 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 alimentos com muito açúcar (balas, bombons, biscoitos doces e recheados), salgadinhos e outras guloseimas no dia a dia. Uma alimentação com muito açúcar e doces pode aumentar o risco de obesidade e cáries nas crianças.

PASSO 8 – Diminuir a quantidade de sal na comida; não deixar o saleiro na mesa. Evitar temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos, como mortadela, presunto, hambúrguer, salsicha, linguiça e outros, pois esses alimentos têm muito sal. É importante que a criança se acostume com comidas menos salgadas desde cedo. Sal demais pode aumentar a pressão arterial. Usar temperos, como cheiro verde, alho, cebola 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. Use sempre água tratada, fervida ou filtrada para beber e preparar refeições e bebidas. Suco natural de fruta também é uma bebida saudável, mas procure oferecer após as principais refeições. Não se esqueça também de que suco não substitui a água.

PASSO 10 – Além da alimentação, a atividade física regular é importante para manter o peso e uma vida saudável. Atividades como caminhar, andar de bicicleta, passear com o cachorro, jogar bola, pular corda, brincar de esconde-esconde e pega-pega e evitar que a criança passe mais que duas horas por dia assistindo TV, jogando videogame ou brincando no computador, contribuem para que ela se torne mais ativa. Criança ativa é criança saudável.

ANEXO 4

PORTARIA Nº 218, DE 16 DE OUTUBRO DE 2012.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso X, do artigo 204, do Regimento Interno, aprovado pela Portaria nº 40, de 23 de julho de 2001, e:

Considerando Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS);

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011 que Regulamente a Lei nº 8080, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS -, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando o disposto no artigo 11, inciso II, alínea “c” da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, onde o enfermeiro como integrante da equipe de saúde poderá prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

Considerando o disposto no artigo 8º, inciso II, alínea c, do Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987 que regulamenta a Lei nº 7.498/86, reafirma a prescrição pelo enfermeiro dos medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

Considerando o disposto no Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, que regula e fiscaliza o exercício da medicina no Brasil;

Considerando o inteiro teor do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem aprovado pela Resolução COFEN 311/2007, enfatizando-se que o profissional de enfermagem atua promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais;

Considerando o Parecer nº 0249/2010/JURÍDICO-COREN/DF que trata da manifestação sobre a Resolução COFEN 195/1997, da possibilidade do enfermeiro solicitar exames e prescrever medicamentos;

Considerando a Resolução COFEN Nº 195/1997 que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares pelo enfermeiro em conformidade com os programas do Ministério da Saúde;

Considerando a Portaria nº 348, de setembro de 2008, que normatiza a prescrição e dispensação de medicamentos no âmbito das unidades pertencentes ao SUS da Secretaria de Estrado da Saúde do Distrito Federal;

Considerando a Portaria nº 220, de 20 de novembro de 2009, que normatiza as ações para promoção à saúde, prevenção e tratamento de DST a serem adotadas pelos profissionais de saúde nas unidades da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal;

Considerando a Portaria nº 55, de 28 de agosto de 2007 que Institui a Comissão Permanente dos Protocolos de Atenção à Saúde - CPPAS, composta por servidores representantes das áreas técnicas da SES/DF;

Considerando a Portaria nº 122, de 11 de julho de 2011 que institui Grupo de Trabalho para normatizar a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames pelo Enfermeiro que atua nos Programas de Saúde Pública e em rotinas aprovadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

RESOLVE:

Art. 1º Normatizar a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames pelo enfermeiro que atua nos Programas de Saúde Pública conforme protocolos e rotinas adotadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES-DF.

§ 1º O direito conferido ao enfermeiro não constituirá óbice a que o médico possa também fazer as prescrições subsequentes.

Art. 2º Fica o enfermeiro, no exercício das suas atribuições normativas definidas, autorizado a solicitar exames de rotina e complementares e realizar prescrição de medicamentos, desde que enquadrados nos protocolos dos Programas de Saúde Pública aprovados pela CPPAS e adotados pela Secretaria de Estado de Saúde do DF.

§ 1º Os protocolos clínicos e de fluxo serão elaborados pelas áreas técnicas, submetidos à consulta pública por meio da página eletrônica da SES/DF por 60 dias, e depois encaminhados a Comissão - CPPAS para aprimoramento e aprovação com a participação dos Coordenadores de Especialidades Médicas/DIASE/SAS e as demais coordenadorias da SES, Diretorias, Gerências e Núcleos responsáveis por setores de atenção e vigilância à saúde, visando à apresentação e revisão dos trabalhos afetos a cada programa.

§ 2º Na falta de protocolos vigentes para os referidos programas, ainda não elaborados pela área técnica responsável na SESDF, serão adotados os protocolos do Ministério da Saúde.

§ 3º É responsabilidade das áreas técnicas da SESDF a partir da data da publicação desta portaria, em um prazo não superior a seis meses, elaborar e quando for o caso atualizar os protocolos dos programas sob sua responsabilidade, considerando a especificidade da prescrição e solicitação de exames pelo profissional enfermeiro nos termos desta portaria.

Art. 3º A prescrição de medicamentos e a solicitação de exames complementares pelo enfermeiro deverão ser feitas em receituário/formulário padronizado da Secretaria de Estado da Saúde do DF, identificado com carimbo, número da inscrição do Conselho Regional de Enfermagem - COREN-DF, nome completo do profissional e respectiva assinatura.

Art. 4º São programas e rotinas de Saúde Pública, adotados pela Secretaria de Estado da Saúde do DF:

- I - Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança;
- II - Programa de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes;
- III - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- IV - Programa de Atenção Integral à Saúde do Adulto;
- V - Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso;
- VI - Programa de Diabetes Mellitus;
- VII - Programa de Hipertensão Arterial;
- VIII - Programa de Controle da Tuberculose;
- IX - Programa de Controle da Hanseníase;
- X - Programa de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana
- XI - Programa de Assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais;
- XII - Programa de Controle do Tracoma;
- XIII - Programa de Combate a Dengue;
- XIV - Programa Farmácias Vivas SUS/Brasília-DF;
- XV - Rotina de tratamento de feridas;
- XVI - Programa Nacional de Suplementação de Ferro;
- XVII - Programa de Combate a Asma;
- XVIII - Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Acidentes e Violências.

Art. 5º As propostas de protocolos referentes aos programas listados no artigo quarto para os serviços de Atenção Primária à Saúde deverão ser analisados pela Diretoria de Gestão da Atenção Primária - DIGAPS/SAPS e Gerência de Enfermagem - Genf/SAS com relação aos aspectos citados nesta portaria, e após, serão encaminhados para a Comissão de Protocolos - CPPAS/SES.

Art. 6º Esta Portaria não isenta nenhum enfermeiro de sua responsabilidade ético-legal durante seu desempenho pessoal no exercício de sua profissão.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RAFAEL DE AGUIAR BARBOSA
Secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal

5.1 METODOLOGIA DE BUSCA NA LITERATURA

5.1.1 Bases de dados consultadas

Realizou-se uma pesquisa na base de dados Medline/Pubmed.

5.1.2 Palavras-chave

Utilizou-se a seguinte palavra-chave: *G6PD deficiency*.

5.1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Para seleção do material na base de dados supracitada, utilizaram-se como período referenciado os artigos publicados nos últimos 10 anos. Encontrou-se 12 artigos, mas somente 6 foram selecionados devido a relevância da temática com esse Protocolo.

5.2 INTRODUÇÃO

A Glicose-6-fosfato Desidrogenase (G6PD) é uma enzima que catalisa a *nicotinamide adenine dinucleotide phosphate* (NADP) em sua forma reduzida NADPH na via das pentoses. Os eritrócitos geram NADPH por esta única via, logo são mais suscetíveis do que as outras células a destruição por *stress* oxidativo. A NADPH protege as células desse *stress*.

O gene codificante para G6PD localiza-se no cromossomo X (lócus Xq28), sendo que homozigotos e heterozigotos podem ser sintomáticos. As mutações podem causar níveis de deficiência enzimática variados e espectros diferentes de manifestação da doença (LEITE, 2010).

Embora de altíssima prevalência como uma anormalidade genética, as pessoas com deficiência de G6PD, em sua maioria, permanecem clinicamente assintomáticas por toda a vida (SCHUURMAN et al., 2009).

Entre as síndromes clínicas relacionada à deficiência de G6PD incluem-se hiperbilirrubinemia neonatal, hemólise aguda e hemólise crônica (BEUTLER, 2009).

5.2.1 Icterícia neonatal

Há forte associação entre icterícia neonatal e deficiência de G6PD, por razões ainda não completamente entendidas. Caracteristicamente seu pico de incidência de manifestação clínica está entre 2 a 3 dias de vida e raramente está presente ao nascimento. Em poucos casos a anemia é severa, todavia, pode haver icterícia grave com risco de *kernicterus* relacionado à prematuridade, à infecção e/ou fatores ambientais (uso de naftalina nas roupas e cobertas dos RN) (SCHUURMAN et al., 2009).

5.2.2 Anemia hemolítica aguda (AHA)

Indivíduos deficientes de G6PD estão sob risco de desenvolver AHA em resposta a três fatores desencadeantes: ingestão de feijão fava, infecções e drogas. Tipicamente a hemólise aguda se manifesta com palidez, fraqueza, dor abdominal ou lombar, e em um intervalo de horas a 2-3 dias a criança pode desenvolver icterícia e urina escura devido à hemoglobinúria. A anemia é normalmente normocítica e normocrômica, com contagem de reticulócitos aumentada, aumento de DHL (desidrogenase láctica) e de bilirrubina indireta.

O início pode ser abrupto, especialmente com favismo em crianças. A hemólise ocorre tipicamente em 24 a 72 horas após exposição ao fator estressor com resolução dentro de 4 a 7 dias. Em geral, pode cessar mesmo se o fator desencadeante se mantenha. Este fato se deve a hemólise inicial dos eritrócitos mais velhos com maior deficiência e os eritrócitos mais jovens e reticulócitos terem níveis mais elevados da atividade enzimática, sendo capazes de sustentar o dano oxidativo sem hemólise (FRANK, 2005; CAPPELLINI; FIORELLI, 2008).

As drogas e substâncias que podem desencadear crises de hemólise em pessoas deficientes de G6PD estão listadas no item Conduta Preventiva.

5.2.3 Hemólise crônica (anemia hemolítica crônica não esferocítica)

Trata-se de uma variante genética da deficiência de G6PD que cursa com hemólise crônica. Essa mutação é esporádica e não herdada, por isso é extremamente rara.

Os pacientes são sempre do sexo masculino, quase sempre com antecedente de icterícia neonatal, apresentam esplenomegalia moderada e a severidade da anemia varia entre leve a grave. Raramente podem necessitar de transfusão. Há aumento de reticulócitos (>20%), de DHL e da bilirrubina indireta. Na hemólise crônica causada pela deficiência de G6PD, a hemólise é principalmente extra vascular, que difere da AHA. Os eritrócitos desses pacientes são também vulneráveis ao dano oxidativo agudo e, assim, os mesmos agentes que causam AHA nas pessoas com as variantes comuns poderão causar exacerbações nas pessoas com esta forma mais grave de deficiência de G6PD (SCHUURMAN et al., 2009).

A anemia ferropriva, comum na faixa etária de 6 a 24 meses, deve ser descartada nesses pacientes, pois a ferropenia pode dificultar o diagnóstico da hemólise. A anemia ferropriva caracteriza-se por anemia microcítica e hipocrômica com ferritina e transferrina baixas.

Existem alguns casos da forma grave de deficiência de G6PD onde os granulócitos podem ser afetados e a criança apresentar susceptibilidade aumentada a algumas infecções bacterianas (CAPPELLINI; FIORELLI, 2008; LUZZATTO, 2006).

5.3 JUSTIFICATIVA

A deficiência de G6PD tem alta prevalência na população e está no *screening* de doenças triadas pelo Programa de Triagem Neonatal do Distrito Federal (PTN-DF) desde 2011. É possível evitar a sintomatologia descrita com medidas profiláticas simples que incluem: evitar administração de drogas indutoras da hemólise e a ingestão de feijão de fava. O diagnóstico precoce realizado pela Triagem Neonatal Biológica (“teste do pezinho”) e o acompanhamento adequado dos pacientes evitam o aparecimento de sequelas e o risco de óbito.

O objetivo principal deste Protocolo é oferecer orientações aos profissionais que atuam no âmbito da APS no seguimento das crianças com deficiência de G6PD.

5.4 CID-10 DA QUEIXA PRESENTE NO PROTOCOLO

- D55.0 (Anemia devido à deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase [G6PD]).

5.5 DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

O critério utilizado para estabelecer o diagnóstico de deficiência de G6PD em crianças é a determinação quantitativa da enzima pelo método de fluorescência realizada em papel filtro no “teste do pezinho”. Deve-se descartar a anemia ferropriva na faixa etária de 6 a 24 meses.

5.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Crianças com deficiência de G6PD identificada pelo “teste do pezinho”.

5.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Crianças sem deficiência de G6PD no resultado do “teste do pezinho”.

5.8 CONDUTA PREVENTIVA

A prevenção do surgimento da sintomatologia consiste em não utilizar as drogas indutoras da hemólise e a ingestão de feijão de fava (BEUTLER, 2008). São eles:

CATEGORIA	DEVEM SER EVITADAS	NOMES COMERCIAIS	PODEM SER USADAS COM CUIDADO	NOMES COMERCIAIS
Medicamentos para febre ou dor	Acetanilida, Metamizol, Sódica (dipirona sódica)	Novalgina	Acetaminofen, Paracetamol, Acido Acetilsalicílico, Aminopirina, Antipirina, Acetofenatidina (fenacetina)	Tylenol, ASS, Aspirina
Medicamentos para infecção (Antibacteriano)	Nitrofurual, Nitrofurantoina, Acetilfenilhidrazina	Furacin, Hantina, Macrofantina	Acido Nalidrixico, Acido Paraminosalicílico, Ciprofloxacina, Cloranfenicol, Estretomicina, Isoniazida, Sulfametoxazol+ Trimetoprima, Estretomicina, Isoniazida, Norfloxacina	Wintomylon, Bactrim
Medicamentos para infecção (Sulfonamidas e Sulfonas)	Diaminodifenilsufona (DDS), Sulfanilamida, Sulfapiridina, Sulfoxona sódica, Glicosulfona	Dapsona	Sulfacitina+ Fenazopiridina, Sulfaguanidina, Sulfamerazina, Sulfametoxipiridazina, Sulfisoxazol, Ácido tiaprofenico	Pyridium, Surgam

Medicamentos para inflamação			Fenilbutazona, Probenecide	Blenocid
Medicamentos para alergia			Difenidramina, Piribenzamina, Tripelenamina	Benadryl, Alergitrat
Medicamentos para verme (Anti-helmínticos)	Piperazina, Niridazol	Ascarin		
Medicamentos para verme (Anti-protozoários)	Furazolidona, Stibofen	Giarlam, Furazolim, Enterobion, Colestase		
Medicamentos para convulsão			Fenitoina	Hidantal
Medicamentos para Diabetes	Glibenclamida	Daonil, Glibem, Clamiben, Glionil Gliconil		
Medicamentos para intoxicação	Dimercaprol (BAL)			
Anti-citostáticos			Doxorrubicina	Adriblastina
Medicamentos para pressão alta	Hidralazina	Apressolina, Nepresol		
Descongestionante nasal			Antazolina	
Medicamentos para problemas do coração			Procainamida	Procamide
Medicamentos para malária	Primaquina	Primaquina	Cloroquina, Cloroguanidina, Pirimetamina, Quinino	Paludrine, Daraprim
Anticoncepcionais	Estrogênio	Mestranol		
Medicamentos para Mal de Parkinson			L- Dopa, Benzhexol (Cloridrato de Triexifenidil)	Prolopa, Parklen, Parkidopa, Artane
Medicamentos para desinfecção	Azul de Metileno	Oftazul (colírio), Mictasol, Uroseptin		
Vitaminas			Acido ascórbico, Vitamina K, Vitamina K3 (menadiona)	Vitamina C, Kanakion
Contrastes para exames			Azul de toluidina	Corante usado no estudo radiológico das vias linfáticas
Substância para mofo (uso doméstico)	Naftalina	Naftaleno		

Alimentos		Grão de Fava	Todos os corantes alimentícios artificiais	
Outros	Nitrato de Isobutila, Trinitrotolueno (TNT), Explosivo, Urato Oxidase (tratamento lise tumoral)	Rasburicase	Colcichina, Ácido Paraminobenzoico, Arginina (aminoácido)	Colcitrato, Pantogar

5.9 TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

Orientação nutricional e seguimento clínico.

5.10 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Não existe tratamento específico para a deficiência de G6PD.

5.11 MONITORIZAÇÃO

Os eventos agudos são autolimitados e raramente a anemia pode ser importante e atingir níveis transfusionais. Na ausência de comorbidades, a completa recuperação dos níveis normais de hemoglobina da criança é o habitual. A recuperação pode ser monitorada pela medida de hemoglobina, hematócrito e contagem de reticulócitos.

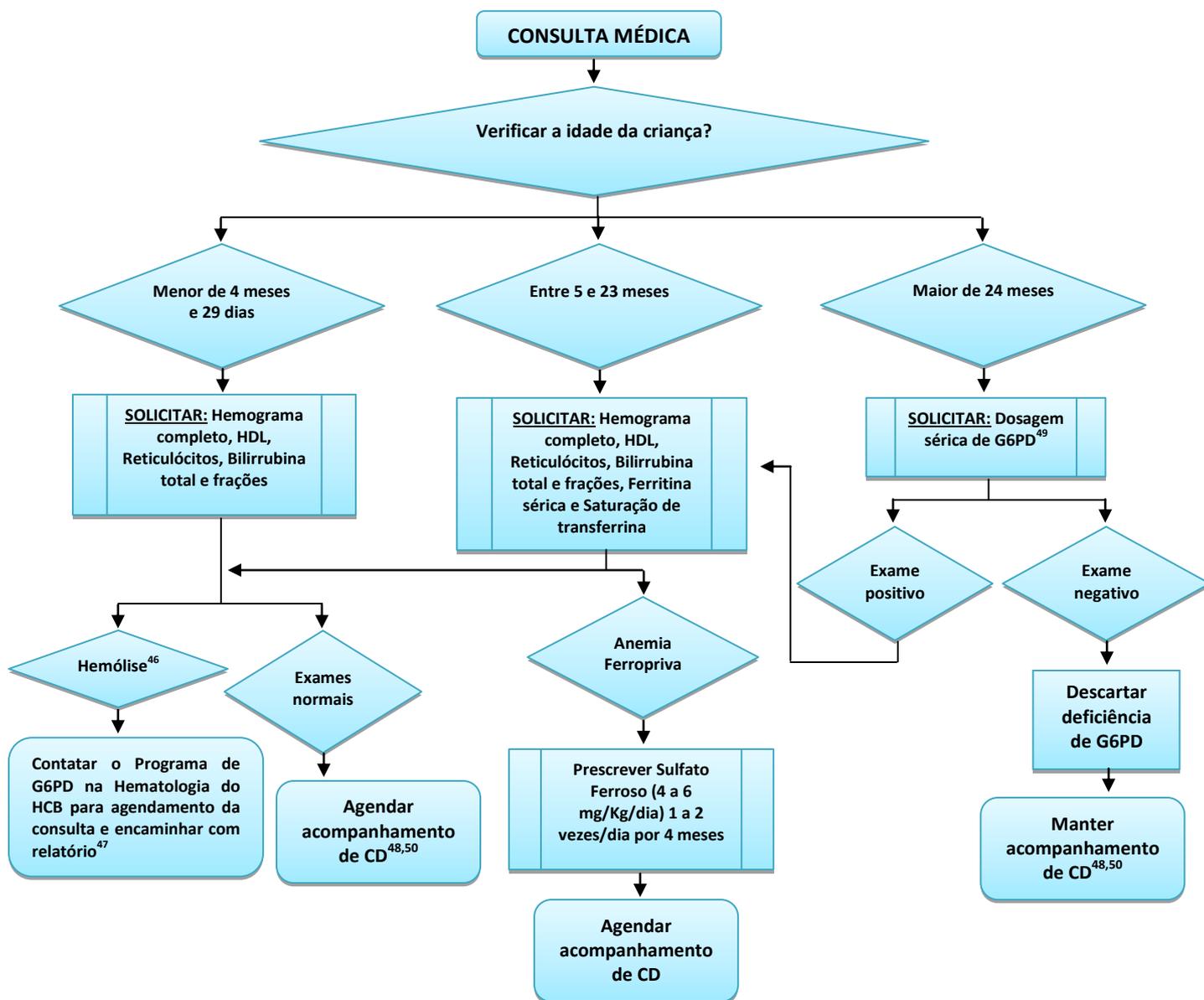
A criança deve seguir o calendário habitual de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na APS e os exames indicados no fluxograma devem ser solicitados na primeira consulta e em caso de suspeita de anemia/hemólise.

Todo usuário responsável pela criança para deficiência de G6PD receberá uma lista dos medicamentos e alimentos que devem ser evitados.

5.12 ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Acompanhamento clínico-laboratorial.

5.13 FLUXOGRAMA DE ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM G6PD



⁴⁶ Sinais de hemólise: palidez cutâneo-mucosa, icterícia, esplenomegalia, colúria, hemoglobina < 10, reticulocitose, DHL aumentado, hiperbilirrubinemia indireta.

⁴⁷ O telefone de contato do Programa de G6PD da Hematologia do Hospital da Criança de Brasília José Alencar é (61) 3025-8447.

⁴⁸ Seguir Calendário de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento na APS (APÊNDICE 1).

⁴⁹ Encaminhar a criança com pedido de exame devidamente preenchido ao Hospital de Apoio de Brasília, sem contato prévio, na terça, quarta ou quinta de 8 às 10 horas e de 14 às 16 horas para coleta do exame (Contato telefônico: (61) 3905-4702).

⁵⁰ Crianças maiores de 24 meses com dosagem sérica indicativa de deficiência de G6PD devem manter o seguimento semestral na APS.

REFERÊNCIAS

BEUTLER, E. Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency: a historical perspective. **Blood**, v.111, n.1, p.16-24, 2008.

BRASIL. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013;

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Manual AIDPI neonatal: quadro de procedimentos**. 4^o ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2^o ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde**. 1^o versão. Brasília: Ministério de Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRICKS, L.C. **Tratamento da febre em crianças**. *Pediatria (São Paulo)*, v.28, n.3, p.155-8.

CARVALHO, E; SILVA, LR; FERREIRA, CT. **Gastroenterologia e Nutrição em Pediatria**. Barueri, São Paulo: Manole, 2012.

CAPPELLINI, M.D.; FIORELLI, G. Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency. **The Lancet**, v.5, n. 371, p.64-74, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIÁS. **Protocolo de enfermagem em atenção à saúde de Goiás**. Goiânia: COREN-GO, 2010.

DERMARZO, M.M.O.; AQUILANTE, A.G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: **Programa de atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FORNI, JEN; JALIKHIAN, W. **Dor do crescimento**. *Rev. Dor*, v.12 n.3, p.261-54, 2011.

GOMES, V.G.; CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. **Apoio matricial:** estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas-SP. Campinas-SP, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

FRANK, E.J. Diagnosis and Management of G6PD Deficiency. **American Family Physician**, v.72, n.7, p.1277-82, 2005.

LEITE. A.A. Icterícia neonatal e deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase. **Rev Bras Hematol Hemoter.**, v.32, n.6, p.430-31, 2010.

LUZZATTO, L. Glucose 6-phosphate dehydrogenase deficiency: from genotype to phenotype. 2006; v.91, n.10, p. 1303-06, 2006.

SCHUURMAN, M. *et al.* Severe hemolysis and methemoglobinemia following fava beans ingestion in glucose-6-phosphatase dehydrogenase deficiency: case report and literature review. **Eur J Pediatr**, n.168, p.779–82, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. **Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde.** Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Manual técnico:** saúde da crianças nas Unidades Básicas de Saúde. São Paulo: SMS, 2012.

SUCUPIRA, ACSL; BRESOLIN, AMB; PEDRO, EEKO et al. **1º Caderno de Apoio Ao Acolhimento:** orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade. São Paulo, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Anemia ferropriva em lactentes:** revisão com foco em prevenção. SBP: Departamento Científico de Nutrologia, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Abordagem das parasitoses intestinais mais prevalentes na infância.** 2009.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-68217-00-9



Núcleo de Saúde da Criança/GCV/DCVPIS/SAPS/SES-DF

Telefones: (61) 3348-6259 / (61) 3348-2518

E-mail: naisc.sesdf@gmail.com