Coren RS
Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul



PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

2ª EDIÇÃO - REVISADA E AMPLIADA

COREN-RS
2026

Coren RS
Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

RIO GRANDE DO SUL
2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde [livro eletrônico] : saúde da criança e do adolescente / organização Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. -- 2. ed. -- Porto Alegre, RS : Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2026.
PDF

ISBN 978-65-88784-08-2

1. Adolescentes - Saúde 2. Crianças - Saúde 3. Cuidados primários de saúde 4. Enfermagem 5. Enfermagem - Cuidados 6. Serviços de atenção primária I. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

26-408137.0 CDD-610.733

Índices para catálogo sistemático:

1. Protocolos de enfermagem : Atenção primária à saúde : Ciências médicas 610.733

Livia Dias Vaz - Bibliotecária - CRB-8/9638

A reprodução deste documento é permitida, seja parcial ou total, sob a condição de que a fonte seja devidamente citada e que não se destine à venda ou qualquer propósito de natureza comercial. A responsabilidade inerente aos direitos autorais de textos e imagens contidos neste documento é atribuída ao Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul.

GESTÃO 2024-2026

DIRETORIA	**Presidente** Enfermeiro Antônio Ricardo Tolla da Silva
	Conselheira-Secretária Enfermeira Sônia Regina Coradini
	Conselheira-Tesoureira Auxiliar de Enfermagem Ana Elisa Ferreira de Freitas
CONSELHEIROS(AS) EFETIVOS(AS)	Ana Amélia Antunes Lima, Coren-RS nº. 110.100 – Enfermeira Ana Elisa Ferreira de Freitas, Coren-RS nº. 122.134 – Auxiliar de Enfermagem Antônio Ricardo Tolla da Silva - Coren-RS nº. 056.232 – Enfermeiro Elenilson Lopes Felix, Coren-RS nº. 186.919 – Técnico de Enfermagem Fernanda Luiza Borkhardt - Coren-RS nº. 449.637 – Enfermeira Leiliane Macario, Coren-RS nº. 092.164 – Técnica de Enfermagem Luciane da Silva, Coren-RS nº. 105.758 – Enfermeira Sônia Regina Coradini - Coren-RS nº. 022.623 – Enfermeira Vera Beatriz Rodrigues Soares, Coren-RS nº. 085.042 – Técnica de Enfermagem
CONSELHEIROS(AS) SUPLENTES	Célia Mariana Barbosa de Souza, Coren-RS nº. 027.255 – Enfermeira Claudia Feldmann Gonçalves, Coren-RS nº. 058.246 – Enfermeira Edgar Vagner da Silva Moraes, Coren-RS nº. 179.210 – Técnico de Enfermagem Joice Maria Caetano Ferreira, Coren-RS nº. 1.004.536 – Técnica de Enfermagem Luís Fernando Noronha dos Reis, Coren-RS nº. 203.952 – Enfermeiro

Maria do Carmo Quagliato, Coren-RS nº. 318.250 – Técnica de Enfermagem
Paulo Ricardo Santos, Coren-RS nº. 098.588 – Técnico de Enfermagem
Rosane Mortari Ciconet, Coren-RS nº. 028.465 – Enfermeira
Rosangela Marques Machado, Coren-RS nº. 083.398 – Enfermeira

PORTARIA COREN-RS N.º 306/2024
N° 398/2025

COMISSÃO DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA/PRIMÁRIA DO COREN-RS

AUTORES

Thais Mirapalheta Longaray Coren-RS 152.625 - Enfermeira
Luísa Di Santo D'Andrea Coren-RS 460.712 - Enfermeira
Bruna de Vargas Simões Coren-RS 653.735 - Enfermeira
Janilce Dorneles de Quadros Coren-RS 350.203 - Enfermeira
Luciana Rosa Porto Coren-RS 443.667 - Enfermeira
Natália da Silva Gomes Coren-RS 653.549 - Enfermeira
Scheila Mai Coren-RS 409.503 - Enfermeira
Tainá Nicola Coren-RS 218.641 - Enfermeira
Valdecir Zavarese da Costa Coren-RS 126.449 - Enfermeiro
Valkiria de Lima Braga Coren-RS 76.169 - Enfermeira
Vanessa Romeu Ribeiro Coren-RS 122.366 - Enfermeira

COORDENAÇÃO

Thais Mirapalheta Longaray
Luísa Di Santo D'Andrea
Departamento de Fiscalização

ORGANIZAÇÃO

Coren-RS
Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Avaliação visual da regra de Kramer 162
Figura 2 - Valores de PA para meninos de acordo com idade e percentil de estatura 238
Figura 3 - Valores de PA para meninas de acordo com idade e percentil de estatura 240

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Nível de Evidência segundo sistema GRADE 14
Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores 15
Quadro 3 - Registro do Processo de Enfermagem - SOAP 27
Quadro 4 - Periodicidade de consultas na Atenção Primária, conforme estratificação de risco 30
Quadro 5 - Critérios para estratificação de risco 31
Quadro 6 - Diagnósticos de enfermagem conforme a taxonomia CIPE (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem) e CIAP (Classificação Internacional da Atenção Primária) na primeira consulta 34
Quadro 7 - Roteiro para primeira consulta 37
Quadro 8 - Roteiro de consultas subsequentes 40
Quadro 9 - Atendimento ao prematuro 72
Quadro 10 - Acompanhamento ao RN com microcefalia 75
Quadro 11 - Principais alterações clínicas da toxoplasmose congênita 78
Quadro 12 - Acompanhamento à criança exposta à toxoplasmose na gestação 78
Quadro 13 - Manifestações clínicas que podem ocorrer em crianças diagnosticadas com sífilis congênita 80
Quadro 14 - Acompanhamento da criança com sífilis congênita e da criança exposta à sífilis 81
Quadro 15 - Tratamento da criança com sífilis congênita e da criança exposta à sífilis 82
Quadro 16 - Orientações para prevenção de problemas comuns durante a amamentação 85
Quadro 17 - Restrições ao aleitamento materno 86
Quadro 18 - Diluição e reconstituição do leite de vaca integral para crianças menores de quatro meses não amamentadas 89
Quadro 19 - Classificação dos grupos alimentares 90
Quadro 20 - Alimentação da criança em aleitamento materno por faixa etária 91
Quadro 21 - Alimentação da criança que recebe fórmula infantil por faixa etária 92
Quadro 22 - Alimentação da criança que recebe leite de vaca por faixa etária 93
Quadro 23 - Suplementação de Ferro 95
Quadro 24 - Recomendações para suplementação de vitamina D3 em crianças e adolescentes 97
Quadro 25 - Medidas para a prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária em crianças 99
Quadro 26 - Recomendações para o uso de creme dental com flúor em crianças 104
Quadro 27 - Manejo da cólica infantil 105
Quadro 28 - Manejo básico das infecções de vias aéreas superiores 106
Quadro 29 - Manejo dos problemas respiratórios mais comuns 108
Quadro 30 - Identificação das principais alterações à otoscopia 117
Quadro 31 - Manejo da otalgia 119
Quadro 32 - Manejo da febre 125
Quadro 33 - Classificação segundo o grau de desidratação 127
Quadro 34 - Condutas conforme o grau de desidratação em crianças 128
Quadro 35 - Manejo de parasitoses intestinais 131
Quadro 36 - Tratamento conforme a parasitose intestinal 132
Quadro 37 - Manejo das principais queixas oculares 134
Quadro 38 - Marcos do desenvolvimento visual 136

Quadro 39 - Avaliação da acuidade visual por meio da Escala de Snellen 137
Quadro 40 - Alterações da cavidade oral 139
Quadro 41 - Manejo das principais lesões de pele 142
Quadro 42 - Anamnese e investigação da anemia ferropriva 158
Quadro 43 - Pontos de corte dos valores séricos de hemoglobina (g/dL) para definição de anemia em crianças 159
Quadro 44 - Diagnósticos de enfermagem e conduta para prevenção e manejo da anemia 159
Quadro 45 - Avaliação visual - Regra de Kramer 162
Quadro 46 - Nível de bilirrubina total (mg/dL), conforme a idade gestacional ao nascer e a idade em horas de vida, para indicação de fototerapia e exsanguineotransfusão em RN ≥35 semanas de idade gestacional ao nascer 163
Quadro 47 - Diagnósticos de enfermagem e manejo da icterícia 163
Quadro 48 - Diagnósticos de enfermagem e manejo do sobrepeso/obesidade 164
Quadro 49 - Atividade física conforme a faixa etária 166
Quadro 50 - Diagnósticos de enfermagem e manejo da acne 167
Quadro 51 - Formas de violência contra criança e adolescente 170
Quadro 52 - Sinais de alerta para negligência e/ou violência à criança ou ao adolescente 172
Quadro 53 - Diagnósticos de enfermagem e manejo em situações de violência 174
Quadro 54 - Diagnósticos de enfermagem e manejo da depressão 175
Quadro 55 - Diagnósticos de enfermagem e manejo da ansiedade 177
Quadro 56 - Diagnósticos de enfermagem e manejo da anorexia nervosa 179
Quadro 57 - Diagnósticos de enfermagem e manejo da bulimia nervosa 180
Quadro 58 - Diagnósticos de enfermagem e manejo do abuso de substâncias psicoativas 181
Quadro 59 - Fatores de risco para suicídio 184
Quadro 60 - Diagnósticos de enfermagem e manejo na identificação de sinais e sintomas para o risco de suicídio 185
Quadro 61 - Recomendações sobre o uso dos dispositivos digitais por idade e cuidados de enfermagem 190
Quadro 62 - Riscos associados ao uso de telas e dispositivos digitais 192
Quadro 63 - Recomendações de atendimento na APS para adolescentes 195
Quadro 64 - Diagnósticos de enfermagem e avaliação/cuidados ao adolescente 199
Quadro 65 - Critérios para rastreamento de DM2 em adolescentes assintomáticos 203
Quadro 66 - Maturação sexual por sexo biológico 204
Quadro 67 - Problemas no desenvolvimento puberal 205
Quadro 68 - Orientações para promoção de alimentação saudável do adolescente 206
Quadro 69 - Testagem para HIV e sífilis conforme a faixa etária dos adolescentes 209
Quadro 70 - Roteiro para realização do exame físico do nascimento até 24 meses 247
Quadro 71 - Roteiro do exame físico para crianças de 2 a 10 anos 253

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AGAR - Ambulatório de Gestação de Alto Risco
AIG - Adequado para Idade Gestacional
APS - Atenção Primária à Saúde
ARBD - Defeitos Congênitos Relacionados ao Álcool
Bpm - Batimentos por minuto
BCG - Bacilo Calmette-Guérin
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*
Centro POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CIAP-2 - Classificação Internacional de Atenção Primária
CIPE - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
CIUR - Crescimento Intrauterino Restrito
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
COREN-RS - Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRIE - Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
CV - Carga Viral
CVV - Centro de Valorização da Vida
DM - Diabetes Mellitus
DPCP - Doença Pulmonar Crônica da Prematuridade
DRA - Transtorno do Neurodesenvolvimento Relacionado ao Colesterol
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
eMulti - Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde
FASD - Transtorno do Espectro do Álcool Fetal
FC - Frequência Cardíaca
FoMO - *Fear of Missing Out*
FR - Frequência Respiratória
GIG - Grande para a Idade Gestacional
GRADE - Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV-1 e **HTLV-2** - Vírus T-linfotrópico humano grupos 1 e 2
IC - Idade Corrigida

ICN - International Council of Nurses
IG - Idade Gestacional
IgA - Imunoglobulina A
IgG - Imunoglobulina G
IgM - Imunoglobulina M
IMC - Índice de Massa Corporal
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVAS - Infecções de Vias Aéreas Superiores
LARC - Métodos Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração
LGBTQIAPN+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Transexuais, Travestis, Queer, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais e Não-binários +
M-CHAT-R - *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised*
MEDLINE® - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
Mrpm - Movimentos respiratórios por minuto
MS - Ministério da Saúde
ND-PAE - Transtorno Neurocomportamental Associado à Exposição Pré-natal ao Álcool
OMA - Otite Média Aguda
OMS - Organização Mundial da Saúde
PA - Pressão Arterial
PAD - Pressão Arterial Diastólica
PAS - Pressão Arterial Sistólica
PC - Perímetro Cefálico
PCR - Reação em Cadeia da Polimerase
PE - Processo de Enfermagem
PEAISA - Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes
PEP - Profilaxia Pós-Exposição
PIG - Pequeno para Idade Gestacional
PIM - Primeira Infância Melhor
PNAB - Política Nacional da Atenção Básica
PNI - Programa Nacional de Imunizações
PrEP - Profilaxia Pré-Exposição
PSE - Programa de Saúde na Escola
PSEAC - Proteção Social Especial de Alta Complexidade
RAS - Redes de Atenção à Saúde
RN - Recém-nascido
RS - Rio Grande do Sul
SAF - Síndrome do Alcoolismo Fetal

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

SES/RS - Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SGDCA - Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente

SMSL - Síndrome da Morte Súbita do Lactente

SOAP - Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano

SOMP - Síndrome Ovariana Metabólica Poliendócrina

SRO - Sal de Reidratação Oral

SPA - Substâncias Psicoativas

STORCH-Z - Sífilis, Toxoplasmose, outras doenças, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes e Zika Vírus.

SUS - Sistema Único de Saúde

TANU - Triagem Auditiva Neonatal Universal

TARV - Terapia Antirretroviral

TFD - Tratamento Fora do Domicílio

VSR - Vírus Sincicial Respiratório

SUMÁRIO

RECOMENDAÇÃO POR NÍVEL DE EVIDÊNCIA 14
APRESENTAÇÃO 22
1 INTRODUÇÃO 24
2 PROCESSO DE ENFERMAGEM 25
3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA 29
3.1 Frequência de consultas 30
3.2 Critérios para estratificação de risco da criança 31
3.3 Abordagem do recém-nascido na primeira consulta 33
3.4 Consultas subsequentes **39**
4 SEGUIMENTO PARA SITUAÇÕES DE RISCO 71
4.1 Prematuridade 71
4.2 Microcefalia 74
4.3 Toxoplasmose 77
4.4 Sífilis Congênita 79
4.5 Crianças expostas ao HIV 82
4.6 Recém-nascido exposto a substâncias psicoativas (SPA) na gestação 83
5 ALEITAMENTO E INTRODUÇÃO ALIMENTAR ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE 85
5.1 Aleitamento materno 85
5.2 Alternativas ao aleitamento materno 87
5.3 Introdução alimentar 89
5.3.1 Introdução alimentar para crianças amamentadas 91
5.3.2 Introdução alimentar para crianças não amamentadas 92
6 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS 95
6.1 Suplementação de ferro 95
6.2 Suplementação de vitamina A 96
6.3 Suplementação de vitamina D3 97
7 PREVENÇÃO DE ACIDENTES 99
8 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL 103
9 QUEIXAS DE SAÚDE MAIS COMUNS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES 10**5**
9.1 Cólicas no recém-nascido 105
9.2 Infecções de vias aéreas superiores 106
9.3 Otalgia 116
9.4 Febre 124
9.5 Gastroenterite 126
9.6 Parasitoses intestinais 130
9.7 Queixas oculares 134
9.7.1 Triagem oftalmológica 136
9.7.2 Avaliação da acuidade visual a partir da utilização do Teste de Snellen 137
9.8 Alterações da cavidade oral 138
9.9 Lesões de pele 142
9.10 Anemia ferropriva 157

9.11 Icterícia 161
9.12 Obesidade 164
9.13 Acne 166
9.14 Mononucleose 168
10 REDE DE CUIDADO E PROTEÇÃO SOCIAL 169
11 SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE 175
11.1 Depressão 175
11.2 Ansiedade 177
11.3 Anorexia nervosa 178
11.4 Bulimia Nervosa 180
11.5 Uso/abuso de substância psicoativa 181
11.6 Violência autoinfligida/suicídio 183
11.7 Incongruência de gênero 187
11.8 Uso de dispositivos digitais por crianças e adolescentes 189
12 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE 194
12.1 Consulta de enfermagem ao adolescente 198
12.2 Crescimento e desenvolvimento puberal 203
12.3 Programa de Dignidade Menstrual 206
12.4 Alimentação 206
13 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ADOLESCÊNCIA 208
13.1 Acesso a diagnóstico e tratamento para HIV/Aids e sífilis com aconselhamento pré e pós-teste para adolescentes 209
13.2 Gravidez na adolescência 210
REFERÊNCIAS 213
ANEXOS 237
ANEXO 1. Técnicas para rastreamento de displasia do desenvolvimento do quadril - Testes de Barlow e Ortolani 237
ANEXO 2. Parâmetros referenciais para valores de PA em crianças e adolescentes 238
ANEXO 3. Escala de Tanner 242
ANEXO 4. Principais fatores de risco de anemia ferropriva para crianças e adolescentes, conforme Sociedade Brasileira de Pediatria-2021 246
ANEXO 5. Realização do exame físico até 24 meses 247
APÊNDICES 256
APÊNDICE 1. Reflexos primitivos do recém-nascido 256
APÊNDICE 2. Orientações para o uso correto do espaçador 258

RECOMENDAÇÃO POR NÍVEL DE EVIDÊNCIA

Evidência é definida como conhecimento obtido por meio de observação ou experimentação que segue métodos rigorosos para apoiar a tomada de decisão. As evidências científicas têm o papel central para uma política de saúde eficaz e uma boa prática de cuidado (OMS, 2020). Nessa perspectiva, os protocolos de enfermagem alicerçam-se nas evidências científicas e nas especificidades locorregionais para estabelecimento das melhores práticas no contexto da Enfermagem.

Para a estratégia de busca por evidências, foram utilizados os descritores específicos dos agravos nas bases de dados eletrônicas: PubMed, BMJ *Best Practice*, *Cochrane Library, UpToDate,* Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (*MEDLINE*), *Scientific Electronic Library Online* (*Scielo)*, *Google Scholar*, *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), *Dynamed* e TelessaúdeRS. Posteriormente, elaborou-se uma síntese com a descrição das fontes de dados, descritores, algoritmos empregados e nível de evidência de acordo com o sistema de classificação *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*- GRADE (Mizonni, 2025; Brasil, 2014).

Quadro 1 - Nível de Evidência segundo sistema GRADE

Nível de evidência	Legenda*	Fonte de informação
Alta ⊕⊕⊕⊕	**A**	Qualidade de evidência e confiança altas. Resultados provenientes de ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa; em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes, como estudos de coorte prospectiva.
Moderada ⊕⊕⊕●	**B**	Qualidade de evidência e confiança moderadas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações leves como imprecisão nas estimativas ou vieses no delineamento do estudo; Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes.

Baixa ⊕⊕●●	**C**	Qualidade de evidência e confiança baixas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações moderadas; Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle, considerados altamente suscetíveis a vieses.
Muito baixa ⊕●●●	**D**	Qualidade de evidência e confiança muito baixas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações graves; Estudos observacionais comparativos com presença de limitações; Estudos observacionais não comparados (séries e relatos de casos); Opinião de especialistas.

Fonte: Mizonni (2025, 2026); Brasil, 2014.

*Os quatro domínios do sistema GRADE foram legendados de A a D para fins de facilitar a compreensão do leitor na interpretação da qualidade das evidências.

Quadro 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de evidência*
MEDLINE *National Guideline Clearinghouse* *NICE Guidelines Finder* *Canadian Medical Association Practice Guidelines Infobase,* *The Cochrane Library***	**Limpeza do coto umbilical**	Estudos apontam para uma vantagem da utilização de antissépticos em países subdesenvolvidos, com elevadas taxas de mortalidade neonatal e em partos não hospitalares.	**C**
Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)	**Anemia, ferro, crianças**	**Tratamento**: 3 a 5 mg de ferro elementar/kg/dia por 8 semanas.	**B**

Endocrine Society Sociedade Brasileira de Pediatria *UpToDate*	**Suplementação de Vitamina D**	Recomenda-se a suplementação empírica de vitamina D para crianças e adolescentes saudáveis, sem fatores de risco, na faixa etária de 0 a 18 anos para prevenir o raquitismo nutricional e potencialmente diminuir o risco de infecções respiratórias. Recomenda-se suplementação diária de vitamina D na dose de 400 UI para lactentes de 0 a 12 meses e 600 UI para crianças e adolescentes de 1 a 18 anos, preferencialmente em regime diário, não em bolus. Não se recomenda a exposição solar intencional como forma de prevenção ou tratamento da hipovitaminose D, nem a dosagem rotineira de 25(OH)D em crianças e adolescentes saudáveis.	**B** **B** **A**
Organização Mundial da Saúde (OMS) Ministério da Saúde	**Suplementação de Vitamina A**	Suplementação de vitamina A, na forma de megadoses, é recomendada apenas para crianças do 6º até o 59º mês de vida, nas regiões de alta prevalência de hipovitaminose A, ficando a critério do município a adesão ao programa nacional. O suplemento de vitamina A ou megadose utilizado na suplementação de crianças é: vitamina A na forma líquida, diluída em óleo de soja e acrescida de vitamina E, na dosagem de 100.000 UI dose única para crianças de 6 a 11 meses e 200.000 UI a cada 6 meses para crianças de 12 a 59 meses. Não se recomenda a utilização de outras formulações combinadas, como a forma líquida de vitamina A 3.000 UI + D 800 UI/ml para este fim, pois não há estudos que apoiem esse tipo de suplementação, além do risco de toxicidade crônica.	**A**

BMJ Best Practice	**Cólica, recém-nascido, bebê**	Avaliar pega mamária (posição/ sucção), identificar e restringir laticínios e/ou orientar dieta hipoalergênica para a mãe; Se a cólica for leve a moderada, considerar diminuição do volume de ingesta da fórmula, e estímulo da introdução de alimentos em crianças desmamadas. A troca por derivados da proteína de vaca, por meio de fórmula hipoalergênica, está indicada nos casos mais severos de cólica e quando há presença de sinais de dermatite atópica; Não há evidências sobre a eficácia do uso de medicamentos para o tratamento da cólica infantil considerando os medicamentos seguros para as faixas etárias menores.	**C**

MEDLINE Scielo	**Febre, dor**	Menores de 2 meses, encaminhar para avaliação médica. Prescrever analgésicos se dor ou febre: Abaixo de 35 kg - Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 2 meses). OU - Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 3 meses ou com menos de 5 kg). Acima de 35 kg - Paracetamol 500 mg, 1 comprimido, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Dipirona 500 mg, 1 a 2 comprimidos, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. Alternar drogas antipiréticas, como paracetamol e ibuprofeno, é contraindicado por todos os consensos de especialistas. Drogas antipiréticas devem ser reservadas para crianças com desconforto físico ou dor.	**B**
Cochrane Library	**Hordéolo (terçol)**	Compressas mornas com gaze estéril por 10-15 minutos, 2-4 vezes ao dia.	Nenhuma evidência foi encontrada a favor ou contra a eficácia dos tratamentos comuns para hordéolo.

UpToDate	**Dermatite de fraldas, infecções dermatofíticas, intertrigo, monilíase**	**Dermatite leve a moderada:** aplicar empiricamente creme barreira de uso tópico contendo **óxido de zinco** a cada troca de fraldas; **Miconazol creme** dermatológico a 2% de 2 a 3 vezes ao dia **até a resolução do quadro**; Uso de pós como talcos ou amido de milho é contraindicado. Uso de corticosteroides tópicos combinados com cremes antifúngicos é contraindicado. **Dermatite grave:** corticoide tópico **Hidrocortisona a 1%, 2 vezes ao dia** por **3 a 7 dias.**	**B** **B** **C** **C** **C**
UpToDate	**Dermatite seborreica**	Pode-se aplicar óleo vegetal ou mineral antes do banho para hidratar as escamas e facilitar a queda natural. Não retirar escamas ativamente para evitar o risco de lesão e infecção secundária. **Considerar tratar apenas os casos mais intensos com** hidrocortisona 1% creme **1 vezes ao dia por até 7 dias; ou** cetoconazol 2% xampu**, aplicação no couro cabeludo 2 vezes por semana durante 14 dias.**	**A** **C**
PubMed	**Avaliação ocular**	**A avaliação do risco visual deve ser realizada oportunamente nas consultas de puericultura.**	**C**
PubMed	**Miliária, brotoeja**	**Em geral, o único tratamento e prevenção consistem em evitar o aumento da sudorese.**	**C**
Centers for disease control and Prevention (CDC) *DynaMed* TelessaúdeRS *UpToDate*	**Pediculose**	Permetrina 1% loção: fazer aplicação no couro cabeludo, nuca e atrás das orelhas, deixar agir por 10 minutos e enxaguar com água morna. Fazer remoção mecânica dos parasitas e lêndeas. Repetir uma vez em 9 dias. A permetrina pode ser utilizada a	**A**

		partir dos 2 meses de idade e seu uso é seguro na gestação.	
BVS APS *Centers for disease control and Prevention* (CDC) *DynaMed* TelessaúdeRS	**Escabiose**	Permetrina 5% loção: fazer aplicação no corpo inteiro (pescoço para baixo), deixar agir por 8 a 14 horas e enxágue no banho. Repetir a aplicação uma a duas semanas depois para maior efetividade. Em crianças menores de 2 anos, deve-se incluir o couro cabeludo, face (não aplicar na região periocular e perilabial), pescoço e orelhas. O uso da permetrina é seguro na gestação, durante a amamentação e em crianças a partir de 2 meses de vida.	**A**
UpToDate	**Parasitose**	Terapia anti-helmíntica em indivíduos não gestantes, recomenda-se albendazol (400 mg por via oral uma vez) ou mebendazol (500 mg por via oral uma vez ou 100 mg por via oral duas vezes ao dia por três dias)	**A**
BMJ Best Practice *Cochrane Library*	**Varicela**	Pasta d'água a base de óxido de zinco 2x/dia e tratamento de suporte sintomático com paracetamol e emolientes cutâneos pode ser suficiente para as crianças com baixo risco; Vacina de vírus vivo atenuado contra a varicela como prevenção, conforme calendário do Ministério da Saúde.	**A**
BMJ Best Practice *Cochrane Library*	**Candidíase oral, monilíase oral**	Nistatina 100.000 UI/ml 1 ml, a cada 6 horas até 48 horas após desaparecimento de sintomas, por no máximo 14 dias.	**A**
Sociedade Brasileira de Diabetes	**Rastreamento de Diabetes *Mellitus***	É recomendado realizar triagem de DM2 em crianças e adolescentes a partir de 10 anos de idade ou após o início da puberdade, com sobrepeso/obesidade e pelo menos um fator de risco para DM2: história de DM materno, história familiar de parente de primeiro ou segundo grau com DM2, acantose nigricans, hipertensão arterial, dislipidemia, adolescente com Síndrome Ovariana Metabólica Poliendócrina (SOMP) e baixo peso ao nascer	**B**

UpToDate	**Otite média aguda (OMA)**	Observação inicial com controle da dor em vez de antibioticoterapia imediata.	**2A**
UpToDate	**Cerumen impactado**	Em ambientes de atenção primária, recomenda-se ceruminolíticos em vez de irrigação	**2C**

*(A) Qualidade de evidência Alta. Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.

(B) Qualidade de evidência Moderada. Há confiança moderada no efeito estimado.

(C) Qualidade de evidência Baixa. A confiança no efeito é limitada.

(D) Qualidade de evidência Muito Baixa. A confiança na estimativa de efeito é muito limitada e há um importante grau de incerteza nos achados.

APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é componente estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), pois constitui a principal porta de entrada e centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Atenção à Saúde (RAS). O processo de melhoria da qualidade da assistência à saúde da população e a ampliação do acesso aos serviços de saúde perpassa pela valorização e atuação dos enfermeiros neste nível de atenção. Historicamente, a Enfermagem vem contribuindo na efetivação dos princípios do SUS e na consolidação da APS, tendo papel de destaque na melhoria dos níveis de saúde das pessoas e comunidades. O perfil de gestão, cuidado e integralidade da enfermagem caracteriza uma profissão estratégica no enfrentamento de diversas condições e agravos no âmbito da saúde pública. Entretanto, persistem muitas dificuldades para a execução da prática desse profissional de forma autônoma e respeitada em seus preceitos éticos e legais, exigindo para o rompimento desse paradigma abordagens inovadoras e instrumentos que norteiam o seu fazer, como os protocolos assistenciais de Enfermagem.

A utilização de protocolos de Enfermagem está inserida em um contexto internacional para o aumento da resolutividade da atuação do enfermeiro pautada nas práticas avançadas em Enfermagem. Nesta perspectiva, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) instituiu em 2019, por meio da Decisão COREN-RS nº 85/2019, o regramento da Comissão de Protocolos de Enfermagem na Atenção Básica/Primária, composta por profissionais de Enfermagem com experiência e conhecimento técnico, cuja finalidade é a construção e implementação de protocolos de enfermagem para o estado do Rio Grande do Sul.

O Protocolo de Enfermagem Saúde da Criança e do Adolescente na Atenção Primária à Saúde integra o grupo de publicações do COREN-RS para orientação das consultas de Enfermagem para atendimento das principais necessidades e condições de saúde na RAS. Para efeitos legais, este documento está de acordo com a Lei Federal nº 7.498/1986 e Decreto nº 94.406/1987, os quais regulamentam o exercício profissional da enfermagem, e com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 195/1997 que dispõe acerca da solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Este protocolo visa abordar condutas e orientações técnicas para a prática de enfermagem na atenção à saúde da criança e do adolescente. Ressalta-se a necessidade de considerar para além de suas diretrizes as especificidades locorregionais, bem como as singularidades de cada usuário para a tomada de decisão. O conteúdo poderá ser assumido na íntegra ou adaptado às diferentes realidades municipais, configurando-se como protocolo institucional.

"Cada criança é um universo único, que precisa ser compreendido, acolhido e cuidado com responsabilidade e sensibilidade."

Maria Montessori

1 INTRODUÇÃO

O Rio Grande do Sul (RS) configura-se como a quinta maior unidade federativa do Brasil em extensão territorial, com uma área de 281.730,2 km² que representa cerca de 3,3% da superfície nacional. Administrativamente organizado em 497 municípios, o Estado possui uma população estimada para o ano de 2025 de 11.233.263 habitantes. Esse contingente corresponde a aproximadamente 5,3% da população brasileira, resultando em uma densidade demográfica de 39,8 hab./km². No que se refere à estrutura etária, a população jovem de 0 a 14 anos representava 17,5% do total estadual em 2025, ao passo que o grupo de adolescentes entre 15 e 17 anos compunha 3,5% da população (IBGE, 2024).

Em relação aos indicadores vitais, o Estado apresenta Taxa Bruta de Natalidade de 10,2 por mil habitantes. No âmbito da mortalidade, a Taxa de Mortalidade Infantil corresponde a 9,3 óbitos por mil nascidos vivos. Adicionalmente, a probabilidade de morte entre o nascimento e os cinco anos de idade foi estimada em 10,9 por mil nascidos vivos (IBGE, 2024).

A redução da mortalidade infantil e infantojuvenil permanece como um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo. Grande parte desses óbitos precoces pode ser considerada evitável, desde que assegurado o acesso oportuno a uma assistência à saúde qualificada.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel estratégico ao considerar as especificidades do território, fundamentando-se em indicadores sociodemográficos, epidemiológicos, econômicos e culturais, bem como na análise da situação de saúde da população. Configura-se como a principal porta de entrada do sistema e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), exercendo a coordenação do cuidado e a ordenação das ações e serviços.

O enfermeiro exerce função essencial nas ações de saúde individuais, familiares e coletivas, atuando nos eixos de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. O fortalecimento da assistência de enfermagem na APS mostra-se, portanto, fundamental para a consolidação de estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, contribuindo para a melhoria dos indicadores e para a garantia do desenvolvimento integral da infância e da juventude no território gaúcho.

2 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem (PE) deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem, tendo que estar fundamentado em suportes teóricos, como teorias e modelos de cuidado, sistemas de linguagens padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados e protocolos baseados em evidências (COFEN, 2024).

O PE possui cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas:

- **“Avaliação de Enfermagem:** compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática.

- **Diagnóstico de Enfermagem:** compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais.

- **Planejamento de Enfermagem:** compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado à pessoa, à família, à coletividade, aos grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver:

  I - Priorização de Diagnósticos de Enfermagem;

  II - Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;

  III - Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.

- **Implementação:** compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto à competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões:

  I – Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de Enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;

  II – Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;

  III – Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares.

- **Evolução da Enfermagem:** compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem (COFEN, 2024).

O PE se baseia num suporte teórico, que visa direcionar a prática profissional mediante valores e referenciais propostos. O alinhamento das práticas de enfermagem, a partir dos pressupostos de uma teoria, garante coerência, determina a finalidade da assistência e possibilita a implementação de cuidados efetivos, eficientes e seguros, com foco no usuário (Tannure; Pinheiro, 2019). A consulta de Enfermagem deve ser organizada e registrada conforme as etapas do PE (COFEN, 2024).

Conforme Tannure e Pinheiro (2019), as teorias podem ser entendidas como um conjunto de informações sistemáticas, associadas a questões importantes de uma profissão, e ressaltam que a falta de uma teoria para orientar a assistência “favorece a aplicação do processo de enfermagem pautado no modelo biomédico; o que, por sua vez, pode fazer com que demandas apresentadas pelos usuários não sejam supridas em sua totalidade” (p.3).

Na consulta de enfermagem na APS, estão previstos a solicitação de exames de rotina e complementares, prescrição de medicamentos e encaminhamentos de usuários a outros serviços,

conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores de todas as esferas governamentais. Tais ações estão presentes também na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017). Adicionalmente, a Resolução COFEN n.º 801/2026 estabelece diretrizes específicas para a prescrição de medicamentos pelo Enfermeiro, regulamentando essa prática no exercício profissional e reforçando sua autonomia.

Os registros de Enfermagem constituem parte integrante do Processo de Enfermagem (PE) e são imprescindíveis para a continuidade e a qualidade do cuidado, na medida em que viabilizam a comunicação entre os membros da equipe de saúde, conferem visibilidade e valorização ao trabalho da Enfermagem, além de assegurarem respaldo técnico, ético e legal.

Atualmente, esses registros estão regulamentados pelas *Recomendações para registros de Enfermagem no exercício profissional* (Cofen, 2023), pela Resolução COFEN n.º 754/2024, que normatiza o uso do prontuário eletrônico e de plataformas digitais no âmbito da Enfermagem, pela Resolução COFEN n.º 564/2017, que aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, e pela Decisão Coren-RS n.º 53/2016, que dispõe sobre a normatização dos registros de Enfermagem no Estado do Rio Grande do Sul.

Para registro da consulta de enfermagem no prontuário, recomenda-se que o PE seja documentado por meio da utilização dos campos “Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano (SOAP)” e uso da taxonomia da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE).

Além das taxonomias de enfermagem, no prontuário eletrônico e-SUS APS é necessária a utilização da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2) para construção/atualização da Lista de Problemas, que se caracteriza como uma ferramenta de registro multiprofissional. Os sistemas padronizados de registro contribuem para facilitar a comunicação entre os profissionais e a obtenção de dados clínicos sob a ótica da longitudinalidade e do olhar integral em saúde (Mendes, 2019; Wonca, 2026).

Quadro 3 - Registro do Processo de Enfermagem - SOAP

Etapa	SOAP	Processo de Enfermagem
S - SUBJETIVO	Informação colhida na entrevista, problema relatado	Avaliação de Enfermagem (Entrevista de Enfermagem)
O - OBJETIVO	Dados do exame físico, exames	Avaliação de Enfermagem (Exame físico)
A - AVALIAÇÃO	Avaliação dos problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem

P - PLANO	Implementação	Implementação de Enfermagem Evolução de Enfermagem

Fonte: Adaptado do Cofen, 2019, 2022. Parecer de câmara técnica Cofen n.º 049/2022/CTAB/COFEN. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/parecer-de-camara-tecnica-no-049-2022-ctab-cofen/, considerando a Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024.

A Classificação Internacional para Prática da Enfermagem - CIPE® é uma tecnologia de informação que, durante a execução do PE, facilita o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado à pessoa, família e comunidade pelo enfermeiro, seja em prontuários eletrônicos ou registros manuais (COFEN, 2022a). A CIPE foi desenvolvida pelo *International Council of Nurses* (ICN) e visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros.

O CIPE é um sistema de linguagem padronizada, amplo e complexo, que representa o domínio da prática da enfermagem reconhecida mundialmente como um marco unificador de todos os sistemas de classificação dos elementos: diagnósticos, resultados e intervenções, atendendo à recomendação do ICN.

3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

A equipe de enfermagem possui competência técnica e legal para ofertar cuidados na APS, no sentido de contribuir com mudanças nos indicadores de saúde, como a redução da morbimortalidade, mediante o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Cabe ressaltar que a qualquer momento em que a criança acessar o serviço de saúde, o enfermeiro deve avaliar, no primeiro acesso, todos os aspectos pertinentes aos meses anteriores.

Neste sentido, dentre as atribuições da equipe de enfermagem no cuidado à saúde da criança, estão:

- Acolher a família, buscando identificar e esclarecer suas dúvidas, avaliar riscos e realizar encaminhamentos necessários;
- Prestar cuidados e orientações de enfermagem, tanto nas consultas de rotina, quanto nas intercorrências;
- Verificar e/ou realizar os testes de triagem neonatal;
- Preencher a Caderneta de Saúde da Criança com os dados antropométricos no gráfico de crescimento, ensinando os responsáveis pela criança a interpretá-los e a compreender a sua importância dos mesmos;
- Orientar e acompanhar as atividades relacionadas à promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e à detecção de atrasos;
- Promover orientação e acompanhamento sobre aleitamento materno;
- Orientar alimentação saudável, informando os responsáveis pela criança quanto ao seu preparo e oferta;
- Monitorar a frequência do comparecimento da criança conforme periodicidade de consultas preconizada e estratificação de risco, planejando busca ativa de faltosos junto com a equipe de saúde quando necessário;
- Realizar procedimentos técnicos regulamentados no exercício da profissão;
- Promover atendimentos domiciliares às crianças quando indicado ou necessário;
- Promover atividades educativas, tanto individuais quanto coletivas;
- Promover e participar de atividades de educação permanente em saúde;
- Realizar planejamento, monitoramento e avaliação das ações por meio dos indicadores de

saúde da criança;

- Supervisionar a identificação e a vinculação dos recém-nascidos do território à equipe de saúde responsável e manter o cadastro atualizado;
- Realizar acolhimento à demanda espontânea e atividades programadas.

3.1 Frequência de consultas

Com base nas orientações do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), sugerem-se a seguinte periodicidade das consultas conforme estratificação de risco (Brasil, 2021; Rio Grande do Sul, 2025):

Quadro 4 - Periodicidade de consultas na Atenção Primária, conforme estratificação de risco

RISCO	FAIXA ETÁRIA	Nº DE CONSULTAS	QUANDO
Habitual*	1º ano de vida	7	1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês.
	2º ano de vida	2	18º e 24º mês.
	A partir do 2º ano de vida	1	Consultas anuais próximas ao mês do aniversário.
Intermediário e alto*	1º ano de vida	12	1ª semana, 1° mês, 2° mês, 3° mês, 4° mês, 5° mês, 6° mês, 7º mês, 8° mês, 9º mês, 10° mês e 12° mês.
	2º ano de vida	4	15° mês, 18° mês, 21° mês e 24° mês.
	A partir do 2º ano de vida	2	Consultas semestrais.

Fonte: Adaptado de Rio Grande do Sul, 2025, Brasil, 2021.
*A definição dos riscos está contemplada no capítulo 3.2.

Essa é uma proposta mínima de acompanhamento da criança a ser realizada pelo enfermeiro e pelo médico da Unidade de Saúde de maneira intercalada, sendo preconizado o atendimento por um dos profissionais a cada mês ou pelos dois profissionais em interconsulta. Outros momentos de avaliação ocorrerão conforme as necessidades de saúde. Cabe destacar que crianças as quais apresentam médio ou alto risco necessitam de maior atenção e devem ser avaliadas com maior

frequência.

Nas primeiras 24 a 48 horas após a alta, deve ser programada pelo menos uma visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Quando há sinalização de algum fator de risco ao nascer, o enfermeiro deve realizar o atendimento domiciliar, acompanhado pelo ACS, nas primeiras 24 horas pós alta (Brasil, 2021).

3.2 Critérios para estratificação de risco da criança

As condições de risco apresentadas pela criança devem ser avaliadas desde o momento da alta da maternidade, durante a visita domiciliar ou nos atendimentos individuais na unidade de saúde. Sugere-se os seguintes critérios para estratificar o risco em crianças de 0 a 3 anos (Brasil, 2021):

Quadro 5 - Critérios para estratificação de risco

RISCO	FATORES
Habitual	Risco inerente ao ciclo de vida da criança.
Intermediário (dois ou mais fatores)	**CONDIÇÕES PERINATAIS** - Baixo peso ao nascer (>2.000 a 2.500g); - Peso excessivo ao nascer (>4500g); - Recém-nascido termo precoce com idade gestacional (IG) de 37 a 38 semanas, ou prematuridade tardia 35-36 semanas; Risco de hiperbilirrubinemia indireta patológica*; Risco de desmame precoce; Risco de sepse neonatal** - Mãe com história de exantema durante a gestação. **NUTRIÇÃO** - Desmame do aleitamento materno exclusivo antes de 6 meses de vida; - Desnutrição ou curva pondero-estatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais; - Sobrepeso. **CUIDADO** - Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado; - Criança sem realização de triagem neonatal; - Não comparecimento à agenda de acompanhamento; - Doenças bucais de menor complexidade: lesão de mancha branca, cárie dentária, doença periodontal. **SÓCIOFAMILIARES** - Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis; - Gravidez e ou criança manifestamente indesejada;

	- Gestação resultante de estupro; - Atraso no desenvolvimento integral ou na comunicação e interação social; - Depressão pós-parto ou doença psiquiátrica; - Mãe adolescente (<18 anos); Mãe e/ou pai com baixa escolaridade (<5 anos de estudo); - Mãe com pré-natal não realizado ou incompleto (<6 consultas); - Mãe e/ou pai com condições ou comportamentos que comprometam o cuidado da criança; - Mãe ausente por doença, abandono ou óbito; Indícios de violência física, sexual ou psicológica; Negligência com relação às necessidades da criança; - Família em situação de rua ou de comunidades indígenas e migrantes internacionais ou comunidades quilombolas e povos ciganos ou outros povos e comunidades tradicionais. **AMBIENTE** - Exposição à fumaça ambiental do tabaco; Condições de moradia desfavoráveis; Vulnerabilidade socioeconômica; Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e sociais.
Alto (dois ou mais fatores)	**CONDIÇÕES PERINATAIS** - Baixo peso (<2.000g); - Prematuridade (IG <34 semanas ao nascer); - Asfixia perinatal e/ou apgar ≤6 no 5º minuto; - Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão; - Infecções do grupo STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes vírus)+ HIV + Zika confirmadas ou em investigação; PIG (CIUR) GIG; Infecções crônicas do grupo STORCH-Z, confirmadas ou em investigação***; Malformações congênitas graves; Cromossomopatias; Doenças metabólicas; - Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal. **COMPLICAÇÕES DA PREMATURIDADE** - Doença pulmonar crônica; Retinopatia e cegueira; Surdez; Outras. **NUTRIÇÃO** - Obesidade; - Desnutrição grave. **SOCIOFAMILIARES** - Mãe e/ou pai com dependência de álcool e outras drogas; - Depressão pós-parto ou doença psiquiátrica; - Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica; - Doenças maternas graves e/ou não controladas; - Mãe e/ou pai com condições ou comportamentos que comprometam o cuidado da criança; - Mãe ausente por doença, abandono ou óbito; Indícios de violência física, sexual ou psicológica; - Negligência com relação às necessidades da criança; - Gestação resultante de estupro.

	EVOLUTIVOS - RN com perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC e/ou alterações neurológicas do Sistema Nervoso Central: alterações de reflexos e do tônus muscular; - Atraso no desenvolvimento integral ou na comunicação e interação social; Espectro de doenças do autismo; Sinais de violência física, sexual ou psicológica; Infecções do trato respiratório inferior de repetição; Asma moderada ou grave; Doenças diarreicas crônica ou de repetição; Alergia ou intolerância alimentar com repercussão clínica; Infecção urinária; Desordens endócrinas, metabólicas, sanguíneas e imunes; Cardiomiopatia, miocardite e outras doenças cardiovasculares e circulatórias; Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Aids confirmado ou em investigação; Leucemia e outras neoplasias; Doenças diagnosticadas na triagem neonatal; Outras doenças evolutivas graves; Intercorrências repetidas com repercussão clínica 1 ou mais internações no último ano. **CONDIÇÕES ESPECIAIS** - Mãe com menos de 4 consultas pré-natal; - Três ou mais internações nos últimos 12 meses. - Peso ao nascer <2.000g ou IG <34 semanas; Malformações congênitas graves, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica.

Fonte: Brasil, 2021; Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2025.
* Fatores de risco para hiperbilirrubinemia indireta patológica: baixo peso ao nascer, prematuridade, hemólise, asfixia ao nascimento, infecções, história familiar de icterícia grave, perda de peso do recém-nascido >10% nos primeiros 5 dias de vida associada à dificuldade de sucção ao peito ou presença de outras alterações ao exame clínico;
** Fatores de risco para sepse neonatal: baixo peso ao nascer, prematuridade, rotura de bolsa antes do trabalho de parto, bolsa rota acima de 18 horas e sinais de corioamnionite, como febre materna, dor suprapúbica, líquido amniótico fétido e história de infecção de trato urinário não tratado no último mês de gestação;
***IG: idade gestacional; PIG: pequeno para a idade gestacional; CIUR: crescimento intrauterino restrito; GIG: grande para a idade gestacional; STORCH-Z: Sífilis, toxoplasmose, outras doenças, rubéola, citomegalovírus, herpes e zika vírus.

A coordenação do cuidado é um dos atributos essenciais na APS, de modo que nos casos complexos o cuidado deve ser compartilhado com diversos pontos da Rede de Atenção conforme necessidade, implicando na adequada e eficiente comunicação entre referência e contrarreferência (Brasil, 2024). O compartilhamento de informações e a corresponsabilização entre os diferentes níveis de atenção à saúde são fundamentais para a continuidade do cuidado da criança e família, em especial, às que apresentam situações de risco.

3.3 Abordagem do recém-nascido na primeira consulta

A primeira consulta do recém-nascido (RN) oportuniza a oferta de um conjunto de ações de

saúde essenciais na APS, sendo o primeiro contato após a alta da maternidade, com o intuito de assegurar atendimento ao binômio mãe-bebê já na primeira semana (Brasil, 2021). Segue o roteiro para primeira consulta do RN pelo enfermeiro (anexo 5).

Além disso, deve atentar-se para:

- Escuta qualificada às queixas, intercorrências e necessidades em saúde referidas pelos acompanhantes;
- Investigar os determinantes sociais da saúde, fatores de proteção e sinais de violência;
- Realizar exame físico completo, que inclui desde a verificação do estado geral, dados antropométricos, avaliação detalhada das peculiaridades fisiológicas e anatômicas, até a verificação dos reflexos próprios do recém-nascido, conforme quadro abaixo:

Quadro 6 - Diagnósticos de enfermagem conforme a taxonomia CIPE (Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem) e CIAP (Classificação Internacional da Atenção Primária) na primeira consulta

CIPE	Crescimento, nos Limites Normais Crescimento, prejudicado Desenvolvimento do recém nascido, adequado Desenvolvimento do recém nascido, prejudicado Desenvolvimento do recém nascido, atrasado Adesão ao Regime de Imunização Amamentação, Eficaz Amamentação, ineficaz Sinal vital (sinais vitais), nos limites normais Respiração, eficaz Ligação Afetiva Cuidador-Criança, Eficaz Ligação Afetiva Cuidador-Criança, Prejudicada Limpeza das Vias Aéreas, Prejudicada Respiração, prejudicada Risco de Parentalidade, Prejudicada Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil Atitude do Cuidador, Conflituosa Febre Diarreia Vômito Náuseas Sobrepeso Baixo peso Sinal Vital (Sinais Vitais), Alterado Desidratação Corrimento nasal Epistaxe Tosse Bradicardia Risco de desidratação Risco de diarreia Risco de vômito

	Infecção do trata urinário Risco de hipertermia Risco de hipotermia Risco de infecção Risco de asfixia Risco de baixo peso Pele prejudicada Sono adequado Sono prejudicado Higiene adequada Higiene inadequada Higiene oral eficaz Higiene oral ineficaz Risco de queda Queda Presença de cólica Cólica aumentada Cólica reduzida
CIAP	A03 Febre A16 Criança irritável A23 Factor risco NE A29 Outros sinais/sintomas gerais P11 Problemas de alimentação da criança P22 Sinais/sint. comportamento criança A90 Malformação congênita NE/múltiplas A93 Recém nascido prematuro A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde A99 Outras doenças gerais NE D09 Náusea D10 Vómito D11 Diarreia D12 Obstipação D13 Icterícia D14 Hematêmese/vômito sangue D15 Melena D18 Alterações nas fezes/mov. intestinais D29 Outros sinais/sintomas digestivos D70 Infecção gastrointestinal D71 Papeira/parotidite epidémica D72 Hepatite viral D73 Gastroenterite, presumível infecção D81 Malformações congênitas apar. digestivo D96 Lombrigas /outros parasitas F80 Obstrução canal lacrimal criança F81 Outras malformações congênitas do olho K73 Malformações congénitas ap. circulatório K80 Arritmia cardíaca NE K81 Sopro cardíaco/arterial NE K82 Doença cardiopulmonar K83 Doença valvular cardíaca NE K84 Outras doenças cardíacas T04 Problemas alimentares de lactente/criança T07 Aumento peso

	T08 Perda peso T10 Atraso crescimento T11 Desidratação T82 Obesidade T83 Excesso peso T91 Deficiência vitamínica/nutricional U85 Malformação congénita ap. urinário X83 Malformações congénitas genitais Z16 Probl. relacional com criança Z18 Probl. com criança doente Y81 Fimose/prepúcio redundante Y83 Testículo não descido Y84 Malf. genital congénita masculina, outra

Fonte: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019; Classificação Internacional de Atenção Primária, 2022.

Quadro 7 – Roteiro para primeira consulta

1ª Consulta		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
● Nascimento (tipo e local de parto, peso; ao nascer, idade gestacional); ● Apgar; ● Período neonatal e tratamentos; realizados no hospital, além de internações; ● Verificar registro vacinal de BCG e Hepatite B. Se mãe HBsAg positivo, verificar registro de administração de Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B ● Avaliar testes de triagem (Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste da Linguinha, Teste do Olhinho e Teste do Coraçãozinho), encaminhar ao médico, quando necessário, e orientar agendamento das triagens quando não realizadas; ● Avaliar se há sinais de alerta no recém-nascido (malformação congênita) ● Caso a mãe esteja amamentando, observar a mamada. Se não estiver amamentando, verificar qual a fonte nutricional; ● Avaliar se realizou pré-natal, número de consultas e especificidades e/ou complicações;	● Aparência geral, postura, tônus e movimentos; ● Pele: integralidade e coloração: palidez, pletora, icterícia e cianose; ● Antropometria; ● Higiene oral e corporal; ● Hidratação; ● Crânio: fontanelas, presença de alterações; ● Assimetria da face; ● Visão - teste do reflexo pupilar; ● Cavidade oral (integridade do palato para diagnóstico de fenda palatina); ● Presença de laringomalácia; ● Otoscopia; ● Frequência cardíaca e respiratória; ● Auscultas cardíaca, respiratória e abdominal; ● Tórax (avaliar possíveis alterações) ● Clavícula/fratura; ● Palpação abdominal; ● Aspecto do coto umbilical (atentar para sinais e sintomas de granuloma e/ou infecção); ● Avaliação neurológica - ver apêndice 1;	● Realizar escuta qualificada das demandas referidas pelos acompanhantes e orientar cuidados; ● Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida sob livre demanda, acolher e apoiar a nutriz em suas dúvidas, dificuldades e decisões em relação à amamentação; ● Orientar sobre situações em que há restrições ao aleitamento materno e orientar as mães que não podem amamentar; ● Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação; ● Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê; ● Orientar técnica correta do banho diário e cuidados de higiene; ● Evitar uso de talcos e perfumes; ● Cuidados com o coto umbilical: em locais com condições sanitárias adequadas, deve-se realizar a limpeza, no mínimo 1x/dia, lavando-o com água e sabão neutro, secando suavemente. Posicionar a fralda

• Antecedentes familiares (acidente vascular cerebral; cardiopatias; morte prematura e súbita de familiares; infarto; hipertensão; diabetes; agravos maternos; obesidade; convulsões; condições de saúde mental); • Vulnerabilidade: Mãe com menos de 18 anos, mãe com baixa escolaridade, história familiar de morte de criança com menos de 5 anos, rede de apoio frágil e condições socioeconômicas; • Gestação multiplas; • Suspeita ou evidência de violência ou maus-tratos; • Avaliar o vínculo mãe/bebê e identificar possíveis sinais de depressão pós-parto ou *baby blues;* • Vínculo dos pais/cuidador e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros; • Investigar sono, repouso e eliminações; • Questionar sobre regurgitação, refluxo, obstipação, diarréia, congestão nasal, etc.	• Reflexos primitivos: Busca e sucção; Moro; Marcha reflexa; Tônico-Cervical Assimétrico ou Fuga à asfixia; Esgrimista ou reação de Magnus-Kleijn Preensão palmar e plantar; Reflexo cutâneo plantar - sinal de Babinski (consultar apêndice 1); • Displasia do quadril (Barlow e Ortolani - anexo 1) • Genitais: avaliar criptorquidia, fimose, sinéquia vaginal (quadro 70) (e meato urinário (observar hipospádia, epispádia - alterações da localização da abertura da uretra); • Ânus e reto; • Coluna vertebral; • Membros superiores e inferiores.	abaixo do umbigo, para evitar o contato do coto com a urina e as fezes do bebê. Em locais com condições sanitárias precárias, deve-se realizar a limpeza e umedecer cotonete com clorexidina ou álcool 70% e aplicar em toda a circunferência da base do coto, repetindo até que o cotonete saia limpo, apenas 1x/dia. Após limpar a base, aplicar também no restante do cordão. Manter os cuidados de higiene por, no mínimo, 10 dias ou até a completa cicatrização após a queda do coto; • Orientar sobre icterícia e outros sinais de alerta; • Orientar sobre a posição supina (de barriga para cima) para dormir; • Evitar cama compartilhada - o berço do bebê deve ficar no quarto dos pais ao menos até os seis meses e preferencialmente até 12 meses. Compartilhar o quarto com os pais, sem compartilhar a cama, reduz em 50% o risco de morte súbita. Nos casos em que o compartilhamento for necessário, é aconselhável não ter na cama: travesseiros, lençóis, cobertores, animais domésticos ou qualquer outro objeto macio; • Orientar que o bebe deve permanecer com a cabeça descoberta e ser posicionada com os pés próximos da borda inferior do berço, evitando que deslize e seja sufocada pelo cobertor; • Orientar calendário vacinal;

		• Realizar Teste do Pezinho do 3º ao 5º dia de vida; • Orientar quanto à prevenção de acidentes; • Orientar evitar contato com fumantes; • Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; • Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas.

Fonte: Brasil, 2012, 2021; TelessaúdeRS-UFRGS, 2023; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023; Secretaria Estadual da Saúde do Paraná, 2019.

3.4 Consultas subsequentes

A puericultura possibilita a monitorização contínua do crescimento físico, do desenvolvimento e da interação entre os cuidadores e a criança. É essencial que o profissional e a família construam um vínculo de confiança durante todo o acompanhamento. As consultas de seguimento recomendadas oferecem a oportunidade de administrar imunizações e fornecer orientações para promoção da saúde e prevenção de doenças (Brasil, 2012). O enfermeiro pode guiar-se pelo roteiro disposto abaixo para consulta de enfermagem das crianças até dois anos. Acima dessa faixa etária deve seguir o acompanhamento anualmente ou conforme necessidade, realizando exame físico completo a cada consulta.

Quadro 8 – Roteiro de consultas subsequentes

1º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
• Antecedentes familiares, caso não avaliado na primeira semana de vida (acidente vascular cerebral; cardiopatias; morte prematura e súbita de familiares; infarto; hipertensão; diabetes; agravos maternos; obesidade; convulsões; condições de saúde mental); • Condições socioeconômicas da família e situações de vulnerabilidade, caso não avaliado na primeira semana de vida (mãe com menos de 18 anos, mãe com baixa escolaridade, história familiar de morte de criança com menos de 5 anos, rede de apoio frágil); • Investigar sono, repouso e eliminações; • Caso a mãe esteja amamentando, observe a mamada. Se não estiver amamentando, verificar qual a fonte nutricional; • Questionar sobre regurgitação, refluxo, obstipação, diarréia, congestão nasal, entre outros; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Realizar teste do reflexo vermelho • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 10º ao 24º mês • Frequência respiratória e cardíaca; • Auscultas cardíaca, pulmonar e abdominal; • Avaliar cicatriz umbilical; • Genitais (rastreamento da criptorquia e sinéquia); • Avaliar displasia do quadril (Barlow e Ortolani); • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Reflexos primitivos: Busca e sucção; Moro; Marcha reflexa; Tônico-Cervical Assimétrico ou Fuga à asfixia; reflexo do esgrimista ou reação	• Realizar uma escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês sob livre demanda; • Realizar aconselhamento e manejo da amamentação; • Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil; • Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Se prematuro, prescrever a suplementação profilática de ferro, com início aos 30 dias de vida, conforme quadro 23; • Reforçar orientações quanto à cólica do lactente; • Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes;

adversas); ● Imunizações; ● Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; ● Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; ● Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; ● Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros; ● Avaliar o vínculo mãe/bebê e identificar possíveis sinais de depressão pós-parto ou *baby blues;* ● Investigar atraso no crescimento e desenvolvimento.	de Magnus-Kleijn; Preensão palmar e plantar; Reflexo cutâneo plantar - sinal de Babinski (consultar apêndice 1). Marcos do desenvolvimento: Entre 0 e 1 mês: ● Postura: pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada; ● Observa um rosto; ● Reage ao som; ● Eleva a cabeça. Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil da Primeira Infância Melhor (PIM).	● Orientar sobre a posição supina para dormir; ● Evitar cama compartilhada; ● Orientar e programar próximas vacinas; ● Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária; ● Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento, conforme consta na Caderneta da Criança; ● Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; ● Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas.

2º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
• Condições socioeconômicas e de vulnerabilidade da família; • Investigar sono, repouso e eliminações; • Avaliar aleitamento materno presente. Se não estiver amamentando, verificar qual a fonte nutricional; • Questionar sobre regurgitação, refluxo, obstipação, diarréia, congestão nasal, entre outros; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações adversas); • Imunizações; • Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; • Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros; • Investigar atraso no crescimento e desenvolvimento.	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Observar a mamada; • Fontanelas: posterior fecha-se até o 2º mês e a anterior fecha-se do 10º ao 24º mês; • Frequência respiratória e cardíaca; • Auscultas: cardíaca, pulmonar e abdominal; • Genitais; • Avaliar displasia do quadril (Barlow e Ortolani); • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Reflexos primitivos: consultar Apêndice 1. Marcha reflexa deve desaparecer entre 1 a 2 meses. Marcos do desenvolvimento: • Sorri quando estimulada; • Abre as mãos; • Emite sons;	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês; • Realizar aconselhamento e manejo da amamentação; • Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil; • Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Orientar higiene bucal conforme capítulo 8; • Reforçar orientações quanto à cólica do lactente; • Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes; • Orientar sobre a posição supina para dormir; • Evitar cama compartilhada; • Orientar e programar próximas vacinas; • Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 7); • Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento, conforme

	● Movimenta os membros. Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil do PIM.	consta na Caderneta da Criança; ● Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; ● Em caso de persistência do reflexo primitivo, deve-se encaminhar para consulta médica; ● Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas.

3º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
• Condições socioeconômicas e de vulnerabilidade da família; • Investigar sono, repouso e eliminações; • Avaliar aleitamento materno presente. Se não estiver amamentando, verificar qual a fonte nutricional; • Questionar sobre regurgitação, refluxo, obstipação, diarreia, congestão nasal, entre outros; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações adversas); • Imunizações; • Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; • Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros; • Investigar atraso no crescimento e	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Observar a mamada; • Fontanelas: anterior fecha-se do 10º ao 24º mês; • Frequência cardíaca e respiratória; • Auscultas: cardíaca e pulmonar; • Ausculta e palpação abdominal; • Genitais; • Avaliar displasia do quadril (Barlow e Ortolani); • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Reflexos primitivos: consultar Apêndice 1. Reflexo de Moro deve desaparecer entre 3 a 6 meses; reflexo do esgrimista ou reação de Magnus-Kleijn deve desaparecer entre 3 e 4 meses; reflexo da preensão palmar deve	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês; • Realizar aconselhamento e manejo da amamentação; • Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil; • Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Orientar higiene bucal conforme capítulo 8; • Reforçar orientações quanto à cólica do lactente; • Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes; • Orientar sobre a posição supina para dormir; • Evitar cama compartilhada; • Orientar e programar próximas vacinas;

desenvolvimento.	desaparecer entre 3 e 6 meses. Marcos do desenvolvimento: ● Responde ativamente ao contato social; ● Segura objetos; ● Emite sons, ri alto; ● Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços. Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil da Primeira Infância Melhor (PIM).	● Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 7); ● Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento, conforme consta na Caderneta da Criança; ● Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; ● Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas.

4º mês		
Anamnese	**Exame Físico**	**Intervenções de enfermagem**
• Condições socioeconômicas e de vulnerabilidade da família; • Investigar sono, repouso e eliminações; • Avaliar aleitamento materno presente. Se não estiver amamentando, verificar qual a fonte nutricional; • Questionar sobre regurgitação, refluxo, obstipação, diarréia, congestão nasal, entre outros; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações adversas); • Imunizações; • Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; • Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros;	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Observar a mamada; • Fontanelas: anterior fecha-se do 10º ao 24º mês; • Frequências cardíaca e respiratória; • Auscultas: cardíaca e pulmonar; • Ausculta e palpação abdominal; • Genitais; • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Reflexos primitivos: consultar Apêndice 1. Reflexo de Moro deve desaparecer entre 3 a 6 meses; reflexo do esgrimista ou reação de Magnus-Kleijn deve desaparecer entre 3 e 4 meses de idade; reflexo da preensão palmar deve desaparecer entre 3 e 6 meses; reflexo de sucção deve desaparecer até os 4 meses.	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês; • Realizar aconselhamento e manejo da amamentação; • Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil; • Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Orientar higiene bucal conforme capítulo 8; • Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes; • Orientar sobre a posição supina para dormir; • Evitar cama compartilhada; • Orientar e programar próximas vacinas; • Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 7);

● Investigar atraso no crescimento e desenvolvimento.	Marcos do desenvolvimento: ● Responde ativamente ao contato social; ● Segura objetos; ● Emite sons, ri alto; ● Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços. Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil do Primeira Infância Melhor (PIM).	● Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento, conforme consta na Caderneta da Criança; ● Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; ● Em caso de persistência dos reflexos primitivos: reflexo do esgrimista ou reação de Magnus-Kleijn ou reflexo de sucção deve-se encaminhar para consulta médica; ● Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas.

5º mês		
Anamnese	**Exame Físico**	**Intervenções de enfermagem**
• Condições socioeconômicas e de vulnerabilidade da família; • Investigar sono, repouso e eliminações; • Avaliar aleitamento materno presente. Se não estiver amamentando, verificar qual a fonte nutricional; • Questionar sobre regurgitação, refluxo, obstipação, diarréia, congestão nasal, entre outros; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações adversas); • Imunizações; • Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; • Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros;	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Observar a mamada; • Fontanelas: anterior fecha-se do 10º ao 24º mês; • Frequência cardíaca e respiratória; • Auscultas cardíaca e pulmonar; • Ausculta e palpação abdominal; • Genitais; • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Reflexos primitivos: consultar Apêndice 1. Reflexo de Moro deve desaparecer entre 3 a 6 meses; reflexo da preensão palmar deve desaparecer entre 3 e 6 meses. Marcos do desenvolvimento: • Busca ativa de objetos; • Leva objetos a boca; • Localiza o som;	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Estimular aleitamento materno exclusivo até o 6º mês; • Realizar aconselhamento e manejo da amamentação; • Crianças não amamentadas: garantir adequada diluição do leite ou fórmula infantil; • Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Orientar higiene bucal conforme capítulo 8; • Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes; • Orientar sobre a posição supina para dormir; • Evitar cama compartilhada; • Orientar e programar próximas vacinas; • Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 7); • Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento, conforme

• Investigar atraso no crescimento e desenvolvimento.	• Muda de posição (rola). Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil do PIM.	consta na Caderneta da Criança; • Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; • Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas.

6º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
• Condições socioeconômicas e de vulnerabilidade da família; • Investigar sono, repouso, eliminações (obstipação, diarreia) entre outros; • Avaliar aleitamento materno presente. Se não estiver amamentando, verificar qual a fonte nutricional; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações adversas); • Imunizações; • Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; • Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros; • Investigar atraso no crescimento e desenvolvimento.	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Observar a mamada; • Fontanelas: anterior fecha-se do 10º ao 24º mês; • Realizar o teste do olhinho/reflexo vermelho (ver anexo 5); • Frequência cardíaca e respiratória; • Auscultas cardíaca e pulmonar; • Ausculta e palpação abdominal; • Genitais; • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Reflexos primitivos: consultar Apêndice 1. Reflexo de Moro deve desaparecer entre 3 a 6 meses; reflexo da preensão palmar deve desaparecer entre 3 e 6 meses; reflexo de preensão plantar deve desaparecer dos 6 aos	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Realizar aconselhamento e manejo da amamentação; • Orientar acerca da introdução alimentar e cuidados com alimentação; • Desestimular o uso de chupetas; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Prescrever a suplementação profilática de ferro oral para os lactentes a termo, conforme esquema descrito no quadro 23; • Orientar higiene bucal conforme capítulo 8 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento; • Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes; • Orientar sobre a posição supina para dormir; • Evitar cama compartilhada; • Orientar e programar próximas vacinas; • Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 7);

	15 meses. Marcos do desenvolvimento: ● Busca ativa de objetos; ● Leva objetos à boca; ● Localiza o som; ● Muda de posição (rola). Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil do PIM.	● Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento, conforme consta na Caderneta da Criança; ● Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; ● Em caso de persistência dos reflexos primitivos: reflexo de Moro ou preensão palmar deve-se encaminhar para consulta médica; ● Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas; ● Evitar a exposição às telas de aparelhos eletrônicos (conforme capítulo 11.8 - Uso de dispositivos digitais).

7º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
• Condições socioeconômicas e de vulnerabilidade da família; • Investigar sono, repouso, eliminações (obstipação, diarreia) entre outros; • Avaliar a fonte nutricional; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações adversas); • Imunizações; • Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; • Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros; • Investigar atraso no crescimento e desenvolvimento.	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Fontanelas: anterior fecha-se do 10º ao 24º mês; • Frequência cardíaca e respiratória; • Auscultas cardíaca e pulmonar; • Ausculta e palpação abdominal; • Genitais; • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Reflexos primitivos: consultar Apêndice 1. Reflexo de pretensão plantar desaparece dos 6 aos 15 meses de idade. Marcos do desenvolvimento: • Brinca de esconde-achou; • Transfere objetos de uma mão para outra;	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Estimular aleitamento materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária, conforme capítulo 5; • Monitorar a aceitação de alimentos; • Evitar alimentos ultraprocessados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros; • Desestimular o uso de chupetas; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Manter a suplementação profilática de ferro oral, para os lactentes a termo, conforme esquema descrito no quadro 23; • Orientar higiene bucal conforme capítulo 8 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes; • Orientar sobre a posição supina para dormir; • Evitar cama compartilhada; • Orientar e programar próximas vacinas;

	• Duplica sílabas; • Senta-se sem apoio. Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil do PIM.	• Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 7); • Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento, conforme consta na Caderneta da Criança; • Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; • Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas; • Evitar a exposição às telas de aparelhos eletrônicos (conforme capítulo 11.8 - Uso de dispositivos digitais).

8º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
• Condições socioeconômicas e de vulnerabilidade da família; • Investigar sono, repouso, eliminações (obstipação, diarreia) entre outros; • Avaliar a fonte nutricional; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações adversas); • Imunizações; • Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; • Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros; • Investigar atraso no crescimento e desenvolvimento.	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Fontanelas: anterior fecha-se do 10º ao 24º mês; • Frequência cardíaca e respiratória; • Auscultas cardíaca e pulmonar; • Ausculta e palpação abdominal; • Genitais; • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Reflexos primitivos: consultar Apêndice 1. Reflexo de pretensão plantar desaparece dos 6 aos 15 meses de idade. Marcos do desenvolvimento:	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Estimular aleitamento materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária, conforme capítulo 5; • Monitorar a aceitação de alimentos; • Evitar alimentos ultraprocessados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros; • Desestimular o uso de chupetas; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Manter a suplementação profilática de ferro oral, para os lactentes a termo, conforme esquema descrito no quadro 23; • Orientar higiene bucal conforme capítulo 8 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes; • Orientar sobre a posição supina para dormir; • Evitar cama compartilhada;

	• Brinca de esconde-achou; • Transfere objetos de uma mão para outra; • Duplica sílabas; • Senta-se sem apoio. Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil do PIM.	• Orientar e programar próximas vacinas; • Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 7); • Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento, conforme consta na Caderneta da Criança; • Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; • Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas; • Evitar a exposição às telas de aparelhos eletrônicos (conforme capítulo 11.8 - Uso de dispositivos digitais).

9º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
• Condições socioeconômicas e de vulnerabilidade da família; • Investigar sono, repouso, eliminações (obstipação, diarreia) entre outros; • Avaliar a fonte nutricional; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações adversas); • Imunizações; • Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; • Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros; • Investigar atraso no crescimento e desenvolvimento.	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Fontanelas: anterior fecha-se do 10º ao 24º mês; • Frequência cardíaca e respiratória; • Auscultas cardíaca e pulmonar; • Ausculta e palpação abdominal; • Genitais; • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Reflexos primitivos: consultar Apêndice 1. Reflexo de pretensão plantar desaparece dos 6 aos 15 meses de idade. Marcos do desenvolvimento: • Brinca de esconde-achou; • Transfere objetos de uma mão para	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Estimular aleitamento materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária, conforme capítulo 5; • Monitorar a aceitação de alimentos; • Evitar alimentos ultraprocessados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros; • Desestimular o uso de chupetas; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Orientar intervalo da suplementação profilática de ferro oral para lactentes a termo, conforme esquema descrito no quadro 23; • Orientar higiene bucal conforme capítulo 8 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes; • Orientar sobre a posição supina para dormir;

	outra; ● Duplica sílabas; ● Senta-se sem apoio. Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil do PIM.	● Evitar cama compartilhada; ● Orientar e programar próximas vacinas; ● Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 7); ● Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento, conforme consta na Caderneta da Criança; ● Orientar sobre importância de brincar e conversar com o bebê, deixá-lo no chão, estimular a sentar, rolar e engatinhar ou andar com supervisão; ● Orientar sobre a não indicação do uso de andadores; ● Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; ● Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas; ● Evitar a exposição às telas de aparelhos eletrônicos (conforme capítulo 11.8 - Uso de dispositivos digitais).

10º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
• Condições socioeconômicas e de vulnerabilidade da família; • Investigar sono, repouso, eliminações (obstipação, diarreia) entre outros;; • Avaliar a fonte nutricional; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações adversas); • Imunizações; • Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; • Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros; • Investigar atraso no crescimento e desenvolvimento.	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Fontanelas: anterior fecha-se do 10º ao 24º mês; • Frequência cardíaca e respiratória; • Auscultas cardíaca e pulmonar; • Ausculta e palpação abdominal; • Genitais; • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Reflexos primitivos: consultar Apêndice 1. Preensão plantar desaparece dos 6 aos 15 meses de idade; Marcos do desenvolvimento: • Imita gestos; • Faz pinça; • Produz “jargão”;	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Estimular aleitamento materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária, conforme capítulo 5; • Monitorar a aceitação de alimentos; • Evitar alimentos ultraprocessados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros; • Desestimular o uso de chupetas; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Orientar intervalo da suplementação profilática de ferro oral para lactentes a termo, conforme esquema descrito no quadro 23; • Orientar higiene bucal conforme capítulo 8 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes; • Orientar sobre a posição supina para dormir; • Evitar cama compartilhada;

	● Anda com apoio. Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil do PIM.	● Orientar e programar próximas vacinas; ● Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 7); ● Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento, conforme consta na Caderneta da Criança; ● Orientar sobre importância de brincar e conversar com o bebê, deixá-lo no chão, estimular a sentar, rolar e engatinhar ou andar com supervisão; ● Orientar sobre a não indicação do uso de andadores; ● Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; ● Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas; ● Evitar a exposição às telas de aparelhos eletrônicos (conforme capítulo 11.8 - Uso de dispositivos digitais).

11º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
• Condições socioeconômicas e de vulnerabilidade da família; • Investigar sono, repouso, eliminações (obstipação, diarreia) entre outros; • Avaliar a fonte nutricional; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações adversas); • Imunizações; • Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; • Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros; • Investigar atraso no crescimento e desenvolvimento.	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Fontanelas: anterior fecha-se do 10º ao 24º mês; • Frequência cardíaca e respiratória; • Auscultas cardíaca e pulmonar; • Ausculta e palpação abdominal; • Genitais; • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Reflexos primitivos: consultar Apêndice 1. Preensão plantar desaparece dos 6 aos 15 meses de idade; Marcos do desenvolvimento: • Imita gestos; • Faz pinça; • Produz “jargão”;	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Estimular aleitamento materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária, conforme capítulo 5; • Monitorar a aceitação de alimentos; • Evitar alimentos ultraprocessados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros; • Desestimular o uso de chupetas; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Orientar intervalo da suplementação profilática de ferro oral para lactentes a termo, conforme esquema descrito no quadro 23; • Orientar higiene bucal conforme capítulo 8 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes; • Orientar sobre a posição supina para dormir; • Evitar cama compartilhada;

	• Anda com apoio. Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil do PIM.	• Orientar e programar próximas vacinas; • Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 7); • Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento, conforme consta na Caderneta da Criança; • Orientar sobre importância de brincar e conversar com o bebê, deixá-lo no chão, estimular a sentar, rolar e engatinhar ou andar com supervisão; • Orientar sobre a não indicação do uso de andadores; • Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; • Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas; • Evitar a exposição às telas de aparelhos eletrônicos (conforme capítulo 11.8 - Uso de dispositivos digitais).

12º mês		
Anamnese	**Exame Físico**	**Intervenções de enfermagem**
• Condições socioeconômicas e de vulnerabilidade da família; • Investigar sono, repouso, eliminações (obstipação, diarreia) entre outros; • Avaliar a fonte nutricional; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações adversas); • Imunizações; • Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; • Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros; • Investigar atraso no crescimento e desenvolvimento.	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Fontanelas: anterior fecha-se do 10º ao 24º mês; • Realizar o teste do olhinho/reflexo vermelho (ver anexo 5); • Frequência cardíaca e respiratória; • Auscultas cardíaca e pulmonar; • Ausculta e palpação abdominal; • Genitais; • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Reflexos primitivos: consultar Apêndice 1. Preensão plantar desaparece dos 6 aos 15 meses de idade. Marcos do desenvolvimento: • Imita gestos;	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Estimular aleitamento materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária, conforme capítulo 5; • Monitorar a aceitação de alimentos; • Evitar alimentos ultraprocessados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros; • Desestimular o uso de chupetas; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Retomar a prescrição da suplementação profilática de ferro oral para os lactentes a termo, pelos próximos 3 meses, conforme esquema descrito no quadro 23; • Orientar higiene bucal conforme capítulo 8 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes; • Orientar sobre a posição supina para dormir;

	• Faz pinça; • Produz “jargão”; • Anda com apoio. Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil do PIM.	• Evitar cama compartilhada; • Orientar e programar próximas vacinas; • Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 7); • Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento, conforme consta na Caderneta da Criança; • Orientar sobre importância de brincar e conversar com o bebê, deixá-lo no chão, estimular a sentar, rolar e engatinhar ou andar com supervisão; • Orientar sobre a não indicação do uso de andadores; • Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; • Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas; • Evitar a exposição às telas de aparelhos eletrônicos (conforme capítulo 11.8 - Uso de dispositivos digitais).

15º mês		
Anamnese	**Exame Físico**	**Intervenções de enfermagem**
• Condições socioeconômicas e de vulnerabilidade da família; • Investigar sono, repouso, eliminações (obstipação, diarreia) entre outros; • Avaliar a fonte nutricional; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações adversas); • Imunizações; • Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; • Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros; • Investigar atraso no crescimento e desenvolvimento.	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Fontanelas: anterior fecha-se do 10º ao 24º mês; • Frequência cardíaca e respiratória; • Auscultas cardíaca e pulmonar; • Ausculta e palpação abdominal; • Genitais; • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Reflexos primitivos: consultar Apêndice 1. Preensão plantar desaparece dos 6 aos 15 meses de idade. Marcos do desenvolvimento: • Mostra o que quer; • Coloca blocos na caneca; • Diz uma palavra;	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Estimular aleitamento materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária, conforme capítulo 5; • Monitorar a aceitação de alimentos; • Evitar alimentos ultraprocessados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros; • Desestimular o uso de chupetas; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Orientar higiene bucal conforme capítulo 8 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes; • Evitar cama compartilhada; • Orientar e programar próximas vacinas; • Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 7); • Orientar pais e/ou cuidadores sobre como estimular o desenvolvimento, conforme consta na Caderneta da

	● Anda sem apoio. Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil do PIM.	Criança; ● Orientar sobre importância de brincar e conversar com o bebê, deixá-lo no chão, estimular a sentar, rolar e engatinhar ou andar com supervisão; ● Orientar sobre a não indicação do uso de andadores; ● Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; ● Em caso de persistência do reflexo primitivo preensão plantar, deve-se encaminhar para consulta médica; ● Aplicar a escala M-CHAT-R; ● Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas; ● Evitar a exposição às telas de aparelhos eletrônicos (conforme capítulo 11.8 - Uso de dispositivos digitais).

18º mês		
Anamnese	**Exame Físico**	**Intervenções de enfermagem**
• Condições socioeconômicas e de vulnerabilidade da família; • Investigar sono, repouso, eliminações (obstipação, diarreia) entre outros; • Avaliar a fonte nutricional; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações adversas); • Imunizações; • Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; • Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros; • Investigar atraso no crescimento e desenvolvimento.	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Fontanelas: anterior fecha-se do 10º ao 24º mês; • Realizar o teste do olhinho/reflexo vermelho (ver anexo 5); • Frequência cardíaca e respiratória; • Auscultas cardíaca e pulmonar; • Ausculta e palpação abdominal; • Genitais; • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Reflexos primitivos: consultar Apêndice 1. Sinal de Babinski - hálux apresenta-se em extensão até cerca de 18 meses. Marcos do desenvolvimento: • Usa colher ou garfo;	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Estimular aleitamento materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária, conforme capítulo 5; • Monitorar a aceitação de alimentos; • Evitar alimentos ultraprocessados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros; • Desestimular o uso de chupetas; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Orientar higiene bucal conforme capítulo 8 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes; • Evitar cama compartilhada; • Orientar e programar próximas vacinas; • Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 7); • Orientar pais e/ou cuidadores sobre

	• Constrói torre de dois cubos; • Fala três palavras; • Anda para trás. Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil do PIM.	como estimular o desenvolvimento, conforme consta na Caderneta da Criança; • Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; • Em caso de persistência do reflexo primitivo, deve-se encaminhar para consulta médica; • Aplicar a escala M-CHAT-R; • Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas; • Evitar a exposição às telas de aparelhos eletrônicos (conforme capítulo 11.8 - Uso de dispositivos digitais).

24º mês		
Anamnese	Exame Físico	Intervenções de enfermagem
• Condições socioeconômicas e de vulnerabilidade da família; • Investigar sono, repouso, eliminações (obstipação, diarreia) entre outros; • Avaliar a fonte nutricional; • Medicações em uso (prescritos e não prescritos, investigar utilização e reações adversas); • Imunizações; • Suspeita ou evidência de maus-tratos ou violência; • Vínculo dos pais/cuidadores e dos familiares com o bebê; • Avaliar a parentalidade e propor intervenção junto à família, caso necessário, especialmente em situações de risco, podendo ser realizada articulação intersetorial; • Avaliar especificidades culturais: indígenas, migrantes, quilombolas, entre outros; • Investigar atraso no crescimento e desenvolvimento.	• Aparência geral, postura, tônus e movimentos; • Pele: integridade e coloração - palidez, pletora, icterícia e cianose; • Antropometria; • Higiene oral e corporal; • Hidratação; • Fontanelas: anterior fecha-se do 10º ao 24º mês; • Realizar o teste do olhinho/reflexo vermelho (ver anexo 5); • Frequência cardíaca e respiratória; • Auscultas cardíaca e pulmonar; • Ausculta e palpação abdominal; • Genitais; • Sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência. Marcos do desenvolvimento: • Veste-se com supervisão; • Constrói torre de seis cubos; • Frases com duas palavras; • Pula com ambos os pés. Sugere-se consultar o Manual do Diagnóstico	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientar cuidados; • Estimular aleitamento materno até os 2 anos e alimentação conforme faixa etária, conforme capítulo 5; • Monitorar a aceitação de alimentos; • Evitar alimentos ultraprocessados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros; • Desestimular o uso de chupetas; • Prescrever dose diária de vitamina D conforme capítulo 6.3; • Orientar higiene bucal conforme capítulo 8 e ofertar consultas odontológicas para o acompanhamento; • Orientar cuidados de higiene; • Evitar uso de talcos e perfumes; • Evitar cama compartilhada; • Orientar e programar próximas vacinas; • Orientar quanto à prevenção de acidentes conforme a faixa etária (capítulo 7); • Orientar pais e/ou cuidadores sobre

	Inicial do Desenvolvimento Infantil do PIM.	como estimular o desenvolvimento, conforme consta na Caderneta da Criança; ● Aconselhar a realização de atividades ao ar livre; ● Registrar na Caderneta da Criança as medidas de crescimento e os parâmetros de desenvolvimento; ● Aplicar a escala M-CHAT-R; ● Estratificar risco e avaliar necessidade de consultas mais frequentes com enfermeiro, médico ou interconsultas; ● Evitar a exposição às telas de aparelhos eletrônicos (conforme capítulo 11.8 - Uso de dispositivos digitais).

Fonte: Brasil, 2012, 2021; Drutz; Benjamin, 2024; TelessaúdeRS-UFRGS, 2023, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023, Secretaria Estadual da Saúde do Paraná, 2019.

Ao exame físico em crianças menores pode-se utilizar recursos lúdicos, como o uso de brinquedos ou com os próprios objetos de exame. É importante explicar todos os procedimentos à criança, especialmente os desagradáveis e os dolorosos, se possível demonstrando em si mesmo ou em algum boneco.

A ordem do exame físico é variável, adaptando-se à situação, mas geralmente começa com a criança sentada, em pé ou no colo do acompanhante. Deve-se colocá-la em decúbito dorsal apenas quando necessário, de modo que ela se sinta menos vulnerável. Se for imprescindível conter a criança para procedimentos específicos, como ocorre frequentemente com a otoscopia e oroscopia, explicar aos pais a técnica mais adequada de contenção e assegurar-lhes que a reação da criança é normal para a idade (Drutz; Whater-Stacher, 2024).

Para crianças maiores, é recomendável começar com uma conversa amigável sobre temas de interesse, como escola ou amigos, antes de abordar os procedimentos do exame físico. É importante garantir a privacidade da criança, mantendo parte da roupa dela enquanto examina as outras partes do corpo (Drutz; Whater-Stacher, 2024).

A consulta de enfermagem para crianças de 2 a 10 anos deve compreender a criança como sujeito de direitos e em condição peculiar de desenvolvimento, com prioridade no atendimento por equipe multiprofissional, visando o cuidado integral. Além disso, deve-se realizar o acolhimento com escuta ativa, identificação e estratificação de risco, avaliação das necessidades de saúde e análise de vulnerabilidades, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo como, por exemplo, ações articuladas com as escolas, por meio de uma clínica ampliada que produza vínculos, favorecendo a constituição da autonomia da criança e família (Secretaria Estadual da Saúde/RS, 2025).

Salienta-se que a realização de exames laboratoriais é preconizada somente a partir de critérios clínicos e fatores de risco apresentados pelo usuário. Embora não existam estudos bem delineados que indiquem a realização de exame laboratorial de rotina, a realização de um hemograma depende da situação da criança, de seu período de vida e do risco de anemia - prematuridade, baixo peso ao nascer e desmame precoce (Brasil, 2021).

É recomendado solicitar o exame de glicemia de jejum para rastreio de diabetes mellitus (DM) em crianças e adolescentes a partir dos 10 anos ou após o início da puberdade, na presença de excesso de peso e um ou mais fatores de risco: história de DM materno, história familiar de parente de primeiro ou segundo grau com DM2, etnia de risco (afrodescendentes, asiáticos, hispânicos e indígenas), acantose nigricans, hipertensão arterial, dislipidemia, adolescente com Síndrome Ovariana Metabólica Poliendócrina (SOMP) e baixo peso ao nascer (Rodacki *et al.,* 2024).

4 SEGUIMENTO PARA SITUAÇÕES DE RISCO

4.1 Prematuridade

Anualmente 15 milhões de crianças nascem prematuras em todo o mundo. No Brasil são 330 mil bebês, em média. De acordo com o Ministério da Saúde, 11,7% de todos os partos realizados no país ocorrem antes do tempo (Brasil, 2023).

O prematuro (idade gestacional menor que 37 semanas) exige um acompanhamento diferenciado tendo em vista suas particularidades. Podem ser classificados como Pequeno para Idade Gestacional (PIG) ou Adequado para Idade Gestacional (AIG), mas geralmente apresentam peso inferior a 2500g, ao nascer. Devem ser monitorados e acompanhados pela APS e por serviços especializados, quando necessário. O acompanhamento de crianças prematuras deve levar em conta as seguintes particularidades (Brasil, 2012; Secretaria Estadual da Saúde/RS 2024, 2025; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024; Sociedade Brasileira de Imunizações, 2024):

- **Correção da Idade Gestacional:** prematuros abaixo de 37 semanas de gestação deverão ter seus dados corrigidos de acordo com sua idade gestacional. Idade corrigida (IC) é a idade pós-natal menos o número de semanas que faltaram para o nascimento a termo. Exemplo de RN com 32 semanas: IC = 40 – 32 = 8 semanas (2 meses). Deverão ser descontados 2 meses na avaliação de crescimento da criança. Assim, se a criança tem 3 meses de idade cronológica, avaliar seu crescimento como se tivesse 1 mês de idade.

  Acesse e o link com os gráficos de crescimento:
  https://www.sbp.com.br/departamentos/endocrinologia/graficos-de-crescimento/

- **Prazos de utilização da IC:**
  - Perímetro cefálico (PC) - até 18 meses;
  - Peso - até 2 anos;
  - Estatura - até 3 anos e 6 meses.

- O Ministério da Saúde, por meio do Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), iniciou, a partir de fevereiro de 2026, a implementação da estratégia de utilização do **anticorpo monoclonal nirsevimabe** para a prevenção de infecções do trato respiratório inferior causadas pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR). A incorporação do nirsevimabe

amplia a estratégia de proteção contra o VSR no país e promove a transição progressiva do uso do palivizumabe para os grupos anteriormente contemplados pelo protocolo vigente (Brasil, 2026). Conforme Nota Técnica Nº 31/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS, a estratégia é destinada a crianças prematuras (≤ 36 semanas e 6 dias) com idade inferior a 6 meses (5 meses e 29 dias) e crianças com comorbidades, com idade inferior a 24 meses (até 1 ano, 11 meses e 29 dias), que apresentam maior risco de evolução para formas graves da doença.

Crianças pré-termo apresentam maior risco de reinternação hospitalar. As causas mais frequentes são: apneia, broncoaspiração, problemas respiratórios, diarreia, infecção do trato urinário, perda de peso e anemia grave com necessidade de transfusão de hemoderivados (SBP, 2024). As orientações para o seguimento ao cuidado do prematuro são descritas no quadro a seguir:

Quadro 9 - Atendimento ao prematuro

Garantir o seguimento na terceira etapa do Método Canguru (pós alta hospitalar): acompanhamento compartilhado entre a maternidade de origem e a APS, devendo ser organizada uma agenda de visitas domiciliares, consultas hospitalares e atendimento na APS, além de orientações quanto aos cuidados especializados. ● 1ª semana pós alta - Três avaliações: ○ Visita domiciliar da equipe da APS até 72 horas pós alta; ○ Retorno ao hospital de origem em até 72 horas; ○ A terceira avaliação poderá ocorrer na APS ou no hospital, dependendo da necessidade do bebê. ● 2ª semana pós alta - Duas avaliações: ○ Retorno ao hospital de origem; ○ Avaliação na APS; ● A partir da 3ª semana pós alta - Uma avaliação semanal: ○ Avaliação pode ocorrer na APS ou no hospital de origem, conforme as condições clínicas da criança, até até atingir 2.500g, quando recebe alta do Método Canguru; ○ Visitas domiciliares deverão ocorrer semanalmente na terceira etapa.
Após alta do Método Canguru, realizar consultas mensais até completar um ano, intercaladas com o profissional médico, conforme o quadro 5 de critérios para estratificação de risco.
Solicitar relatório de alta hospitalar aos cuidadores, observando as orientações e os agendamentos, destacando as consultas com especialistas, uso de medicações (administração, horários e doses) e tratamento fora do domicílio (TFD).

Aferir curva de crescimento para prematuros até os 6 meses (conforme Caderneta da Criança), quando as curvas normais para as crianças deverão ser utilizadas com a correção para a idade de nascimento.
Avaliar a estabilidade térmica e ganho de peso, conforme Caderneta da Criança.
Avaliar a dinâmica familiar, situações de risco e vulnerabilidade.
Identificar redes familiares e sociais de apoio.
Atentar ao risco de icterícia, dificuldades de alimentação e desidratação, pois são as causas mais comuns de readmissão hospitalar no período neonatal.
Verificar estado vacinal: ● Vacina BCG: somente com peso superior a 2.000g. ● Vacina hepatite B: ○ Peso inferior a 2.000g ou IG menor que 33 semanas: devem ser realizadas quatro doses de vacina, sendo a primeira dose nas primeiras 12 horas de vida. ○ Peso acima de 2.000g: 3 doses, conforme calendário vacinal vigente.
Imunoglobulinas: imunobiológicos de uso eventual na unidade neonatal
Realizar teste sorológico para HBsAg e Anti-HBs com 9 e 15 meses de idade em RN com mãe HBsAg positiva, que receberam a imunoglobulina
Realizar suplementação profilática de sulfato ferroso, iniciando aos 30 dias de vida, conforme quadro 23 - Suplementação de ferro. Na suspeita de deficiência de ferro pautada em sinais e sintomas e/ou fatores de risco, encaminhar para avaliação médica
Orientar os pais sobre a necessidade da prática da posição canguru pelo menos até a criança alcançar 2.500g e pelo tempo que aceitar.
Incentivar o aleitamento materno como fonte principal de alimentação; quando não for possível, encaminhar para avaliação nutricional.
Aconselhar os cuidadores sobre a Prevenção da Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL): - A criança deve dormir em decúbito dorsal (de barriga para cima), em seu próprio berço, próximo aos cuidadores, em colchão firme, desaconselhando o uso de travesseiros ou cobertores volumosos. - Deverá estar com a cabeça descoberta e ser posicionada com os pés próximos da borda

inferior do berço, evitando que deslize e seja sufocada pelo cobertor. - Reforçar aos cuidadores que o RN nunca deve dormir em decúbito lateral (de lado) ou ventral (de barriga para baixo).
Informar aos cuidadores sobre a possibilidade de ocorrer atraso do desenvolvimento devido à prematuridade, devendo ser acompanhado por profissionais especializados em estimulação precoce. No primeiro ano de vida, deverá ser acompanhado por equipe multiprofissional.
Orientar os cuidadores sobre os fatores de risco, buscando atendimento de saúde, no reconhecimento dos seguintes sinais e sintomas: hipoatividade, choro fraco, excessivo ou gemência, irritabilidade intensa, mudança de coloração da pele (cianose ou palidez), apneia, dificuldade respiratória, sucção fraca ou recusa alimentar, regurgitações e vômitos frequentes, distensão abdominal, tremores ou convulsões, hipo ou hipertermia.
Aconselhar sobre os cuidados intradomiciliares como cuidados gerais de higiene, sono, repouso e restrição de visitas nos primeiros dias, esclarecendo sobre a possível contaminação do bebê por microrganismos, além do excesso de estímulos.
Atentar para encaminhamento via regulação estadual, para Reabilitação Intelectual, de acordo com critérios Telessaúde - Protocolo_Reabilitacao_Intelectual_.pdf
Avaliar a indicação de Nirsevimabe, conforme critérios descritos.

Fonte: Brasil, 2016, 2017, 2018, 2019, 2026; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021,2024, 2023, 2026; Sociedade Brasileira de Imunizações, 2024; Barfield, Lee, 2024.

4.2 Microcefalia

A microcefalia é uma condição caracterizada por um perímetro cefálico (PC) significativamente menor do que o esperado para a idade gestacional e o sexo da criança, definindo-se quando o PC está abaixo de dois desvios padrão, e a microcefalia grave quando está abaixo de três desvios padrão da média da idade e do sexo. Esses parâmetros ajudam a classificar a condição e a determinar o grau de comprometimento, além de servir como base para o acompanhamento do desenvolvimento da criança ao longo do tempo (Brasil, 2022; Secretaria Estadual da Saúde/RS, 2020; Boom, 2024).

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), pode ser classificada como:

- **Microcefalia primária ou congênita:** presente desde o nascimento e resulta de problemas ou falhas no processo de neurogênese. Podem ocorrer durante o

desenvolvimento fetal e são frequentemente associados a causas genéticas ou a infecções que atingem o feto, como o zika vírus.

- **Microcefalia secundária ou pós-natal:** surge após o nascimento e está relacionada a problemas no desenvolvimento e na maturação do cérebro, podendo ser causada por uma série de fatores, como lesões cerebrais, desnutrição grave ou infecções adquiridas após o nascimento.

O diagnóstico é realizado por meio da medição do PC, que deve ser comparado com curvas de crescimento e desenvolvimento adequadas para a idade e o sexo da criança. O uso das curvas Intergrowth-21st, tem se tornado o padrão recomendado pela OMS, pois são baseadas em dados globais e atualizados sobre o crescimento infantil (Brasil, 2022).

Os RNs de parto normal podem apresentar PC transitoriamente abaixo do valor normal, devido às sobreposições das suturas. Nestes casos, é necessário avaliar novamente entre 24 e 48 horas de vida. Se a medida estiver acima do valor referencial, ela será excluída da investigação diagnóstica para microcefalia; caso contrário, deverá manter as medições semanalmente até o primeiro mês de vida para verificar se evolui conforme as medições para idade e sexo (Brasil, 2016).

As causas de ocorrência da microcefalia variam de ordem genética ou de alterações cromossômicas no indivíduo afetado, resultado de anormalidades neuroanatômicas, distúrbios metabólicos, como DM e fenilcetonúria maternos não tratados e exposição às causas ambientais como meningite, anoxia, hipoglicemia, hipotireoidismo, exposição materna a substâncias teratogênicas como álcool, drogas, radiação, fármacos e infecção congênita por HIV e a Sífilis, toxoplasmose, outras doenças, rubéola, citomegalovírus, herpes e zika vírus (STORCH-Z) (Boom, 2024; Parker, 2023; Gilmore, 2025).

A maioria dos casos de microcefalia está associada a alterações motoras e cognitivas, que podem variar conforme a gravidade do comprometimento cerebral. De modo geral, as crianças apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, com prejuízos significativos nas funções motoras e cognitivas, sendo que, em alguns casos, também há comprometimento das funções sensoriais, como audição e visão. O comprometimento cognitivo está presente em cerca de 90% dos casos (Brasil, 2016).

Quadro 10 - Acompanhamento ao RN com microcefalia

● Realizar visita domiciliar na primeira semana após a alta.

• Realizar consultas mensais até completar um ano, intercaladas com o profissional médico, conforme o quadro 5 de critérios para estratificação de risco.
• Avaliar o crescimento e o desenvolvimento do RN em todas oportunidades possíveis: na visita domiciliar, vacinação, atendimentos nas unidades de saúde e nas consultas de rotina.
• Verificar se durante a internação hospitalar foram realizados exames de triagem neonatal.
• Investigar durante a anamnese: - antecedentes maternos (infecções intrauterinas, insuficiência placentária, acompanhamento pré-natal, número de abortos prévios, doenças maternas preexistentes); - exposição a substâncias tóxicas com potencial teratogênico (drogas ilícitas, álcool, tabagismo, inseticidas e cosméticos, entre outras); - uso de medicamentos durante a gravidez; - exposição à radiação ionizante; - presença de rash cutâneo e outros sinais e sintomas sugestivos de infecção; - realização de ultrassonografia obstétrica (descrever os achados ultrassonográficos); - antecedentes familiares (transtornos genéticos, microcefalia).
• Avaliar, durante o exame físico, a presença de características dismórficas e de anomalias congênitas, além de verificar as medidas antropométricas. A medida do PC deverá ocorrer mensalmente após o primeiro mês de vida, e qualquer desaceleração ou que o coloque abaixo de -2 desvios-padrão, deve levantar suspeita de microcefalia.
• Realizar exame neurológico em todas as consultas de puericultura.
• Incentivar a amamentação, mesmo que a causa da microcefalia seja resultado de infecção pelo vírus Zika durante a gestação, pois não há comprovação de transmissão através do leite materno.
• Notificar casos suspeitos no Registro de Eventos em Saúde Pública. Acessar pelo link: http://www.resp.saude.gov.br/microcefalia#/painel • Além da notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) conforme o agravo.
• Agendar acompanhamento com equipe multiprofissional da APS e encaminhar para avaliação e acompanhamento em ambulatório de especialidades e serviço de reabilitação de acordo com as necessidades identificadas.
Encaminhar para estimulação precoce em centro especializado, via regulação estadual. O RN será acolhido pela rede de cuidados à pessoa com deficiência no SUS.

Articular com setor de assistência social do município/Centro de Referência de Assistência Social CRAS, para encaminhar a criança para avaliação e recebimento do Benefício de Prestação Continuada, conforme Portaria n.º 405, de 15 de março de 2016.
Viabilizar o acompanhamento das famílias com crianças diagnosticadas com microcefalia, com o programa Primeira Infância Melhor (PIM)/Programa Criança Feliz.

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention, 2024; Brasil,2016; Secretaria Estadual da Saúde/RS, 2020; Brasil, 2022.

4.3 Toxoplasmose

Durante o PN, além de exames sorológicos na gestante, a doença pode ser detectada no feto através da pesquisa do *Toxoplasma gondii* em Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) no líquido amniótico (amniocentese) ou de exames ultrassonográficos sugerindo alterações intracranianas como calcificação e dilatação ventricular, geralmente bilateral e simétrica. Também pode ocorrer hidrocefalia, ascite e alterações da ecotextura hepática e esplênica fetal. Nem todos os achados fetais anormais levam a sequelas neurológicas limitantes (UFRGS, 2025).

Mães diagnosticadas ou com suspeita de toxoplasmose na gestação, deverão ter seus RNs avaliados, ainda na maternidade, através de exame clínico específico, realização de exames complementares e da realização de testes sorológicos. A presença de anticorpos IgM e/ou IgA no sangue confirma a infecção congênita. Exames negativos não excluem o diagnóstico, devendo haver o monitoramento clínico e avaliação sorológica até um ano de vida (SES/RS, 2021; UFRGS, 2022).

O IgG materno pode ser detectado por até 12 meses no RN; sua diminuição pode ser utilizada como critério de exclusão de infecção, já o seu aumento ou persistência após 12 meses são critérios de confirmação de infecção congênita. No entanto, esse diagnóstico, na prática, não é útil, pois a decisão para início do tratamento deve ser definida precocemente, a fim de proporcionar desfechos favoráveis para as crianças. O correto diagnóstico é baseado no arranjo do resultado da sorologia materna e dos achados nos exames e avaliações clínicas do RN (SES/RS, 2021; UFRGS, 2022).

Quadro 11 - Principais alterações clínicas da toxoplasmose congênita

Anemia	Hidrocefalia/dilatação ventricular
Anormalidades liquóricas	Icterícia colestática
Calcificações cerebrais	Linfonodomegalia
Catarata	Macrocefalia
Crises convulsivas	Microcefalia
Erupções cutâneas	Microftalmia
Esplenomegalia	Neurite óptica
Estrabismo	Plaquetopenia
Febre	Nistagmo
Glaucoma	Prematuridade
Hepatoesplenomegalia	Retinocoroidite

Fonte: adaptado da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2021; 2024.

Com menor frequência também podem ocorrer manifestações sistêmicas, como trombocitopenia, oligodrâmnio, insuficiência cardíaca com consequentes polidrâmnio ou hidropisia com derrame pericárdico. A toxoplasmose na gestação pode, ainda, ocasionar morte fetal, natimortalidade e prematuridade (Brasil, 2022; UFRGS, 2025; SES/RS, 2024).

O tratamento deve ser iniciado em bebês, nascidos de mães com diagnóstico de toxoplasmose na gestação, nos seguintes casos (SES/RS, 2021; Brasil, 2024):

- Diagnóstico fetal de toxoplasmose congênita;
- Diagnóstico confirmado no RN;
- Quadro clínico compatível com a doença, mesmo antes da confirmação diagnóstica através de exames.

Quadro 12 - Acompanhamento à criança exposta à toxoplasmose na gestação

• Realizar visita domiciliar na primeira semana após a alta hospitalar.
• Realizar consultas mensais até completar um ano, intercaladas com o profissional médico, conforme o quadro 5 de critérios para estratificação de risco.
• Notificar casos suspeitos no SINAN.
• Realizar a coleta do teste do pezinho, idealmente do 3º ao 5º dia de vida. Se resultado de IgM positivo ou indeterminado, notificar conforme fluxo municipal e realizar coleta de amostra conforme Nota Técnica 01/23-SES/RS.
• Encaminhar para consulta médica os casos identificados que não estejam em acompanhamento na atenção especializada. O cuidado deve ser compartilhado com a

APS.
• Orientar que a amamentação não é contraindicada, mesmo em puérperas com mamas inflamadas ou com risco de sangramento. Os estudos realizados até o momento não comprovam a transmissão do T. Gondii via amamentação.
• Verificar se está sendo realizado o acompanhamento na atenção especializada e se os exames sorológicos IgG e IgM/IgA estão sendo coletados mensalmente. Atentar para os efeitos de toxicidade da Pirimetamina (neutropenia) e da Sulfadiazina (proteinúria e cristalúria). No caso de alterações, encaminhar para consulta médica.

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention, 2024; Secretaria Estadual da Saúde/RS, 2021; Ministério da Saúde, 2022; Secretaria Estadual da Saúde/RS, 2023.

4.4 Sífilis Congênita

A sífilis congênita é o resultado da transmissão da infecção via transplacentária ou por contato direto com a lesão no momento do parto. O RN pode ser sintomático ou não, de mãe diagnosticada com sífilis durante o pré-natal, parto ou puerpério, não tratada[1] ou inadequadamente tratada. Aproximadamente 60% a 90% dos RN vivos infectados são assintomáticos ao nascimento. O seguimento clínico e laboratorial ocorre na SAE e em compartilhamento com a APS (TelessaúdeRS-UFRGS, 2023).

A maioria dos casos de sífilis congênita ocorre quando a gestante não foi testada durante o pré-natal, ou porque recebeu tratamento não adequado[1] para sífilis antes ou durante a gestação. A transmissão vertical é passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas; apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, 2025).

A criança exposta à sífilis é assintomática, de mulher diagnosticada com sífilis durante o pré-natal e adequadamente tratada[1]. O seguimento clínico e laboratorial ocorre na APS, mesmo que estes tenham sido considerados normais na maternidade, já que podem desenvolver sinais e

[1] Considera-se tratamento adequado para sífilis durante a gestação o tratamento completo para o estágio clínico da sífilis com benzilpenicilina benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto E esquema terapêutico realizado de acordo com o estágio clínico da infecção E intervalo de 7 dias entre as doses, não podendo ultrapassar 9 dias. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas inadequadamente tratadas (TelessaúdeRS-UFRGS, 2023).

sintomas mais tardios, independentemente da primeira avaliação e/ou tratamento. Na presença de sinais e sintomas, deve ser incluída na classificação de sífilis congênita sintomática (TelessaúdeRS-UFRGS, 2023).

Quadro 13 - Manifestações clínicas que podem ocorrer em crianças diagnosticadas com sífilis congênita

Condição	Manifestações Clínicas
Sífilis congênita precoce - até 2 anos de idade	• prematuridade e baixo peso ao nascimento (<2500 g); • febre; • hepatoesplenomegalia; • icterícia; • linfadenomegalia generalizada; • lesões cutâneas (rash, condiloma plano, pênfigo palmo-plantar, petéquias, púrpura), fissura peribucal; • obstrução nasal, corrimento nasal e rinite serossanguinolenta (rinite sifilítica); • sofrimento respiratório com ou sem pneumonia; • anormalidades esqueléticas; anormalidades radiográficas tipicamente múltiplas e simétricas, acometendo principalmente ossos longos (rádio, ulna, úmero, tíbia, fêmur e fíbula). Periostite, osteocondrite metafisária (Sinal de *Wegner*), desmineralização e destruição óssea da parte superior medial tibial (Sinal de *Wimberger*); • pseudoparalisias dos membros (Pseudoparalisia de *Parot*: ausência de movimentação de um membro causada por dor associada à lesão óssea. Afeta com mais frequência membros superiores que inferiores, geralmente unilateral e raramente presente ao nascimento); • edema (secundário à síndrome nefrótica e/ou desnutrição), hidropsia-anemia, trombocitopenia; • meningite, miocardite, pancreatite.
Sífilis congênita tardia - acima dos 2 anos de idade	• ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea, atrofia óptica; • tíbia em sabre, sinal de *Higoumenakis* (alargamento da porção esternoclavicular da clavícula), juntas de *Clutton* (artrite indolor), escápula escafoide; • perda auditiva neurossensorial; • anormalidades dentárias (dentes incisivos medianos superiores deformados – dentes de *Hutchinson*, molares em “amora”), perfuração do palato duro; • hipodesenvolvimento maxilar, palato em ogiva, nariz em sela, “fronte olímpica”, rágades (fissuras periorais e perinasais); • atraso no desenvolvimento, comprometimento intelectual, hidrocefalia, convulsões, atrofia de nervo óptico, paresia juvenil.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2023; Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, 2025.

Quadro 14 - Acompanhamento da criança com sífilis congênita e da criança exposta à sífilis

Situação	Consultas na APS	Exames Complementares	Avaliação Especializada
RN com sífilis congênita	Realizar visita domiciliar na primeira semana após a alta hospitalar; Seguimento da rotina de puericultura, conforme estratificação de risco: na 1ª semana de vida e com 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 18, 21 e 24 meses; Orientar que a amamentação não é contraindicada; Notificar no SINAN sífilis congênita ou RN exposto à sífilis em caso de mãe inadequadamente tratada na gestação; Solicitar testes não treponêmicos para a consulta de retorno; Avaliar sinais, sintomas e desenvolvimento psicomotor em cada consulta; Avaliar o risco de outras IST maternas; Ofertar testagem de HIV da mulher e suas parcerias de rotina, enquanto a mulher estiver amamentando; Oferecer vacina de HBV à mãe, quando não realizada. Encaminhar para consulta médica para avaliação.	Teste não treponêmico com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade: interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos. Teste treponêmico: pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade. Não é obrigatório. De acordo com alterações clínicas, demais exames deverão ser solicitados durante avaliação médica.	Consulta semestral, por 2 anos: - neurológica; - oftalmológica; - audiológica. Cabe à APS avaliar a necessidade de atendimento por outros especialistas de acordo com as manifestações clínicas da criança.
RN exposto à sífilis		Teste não treponêmico com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade: interromper o seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos. Teste treponêmico: pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade. Não é obrigatório.	Não é necessária.

Fonte: adaptado de TelessaúdeRS-UFRGS, 2023; Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas 2025; Brasil, 2021.

Quadro 15 - Tratamento da criança com sífilis congênita e da criança exposta à sífilis

Situação	Tratamento
Criança com sífilis congênita que apresente: - exame físico normal; e - teste não treponêmico não reagente; e - exames complementares normais.	Benzilpenicilina benzatina 50.000 UI/kg, intramuscular, dose única.
Criança exposta à sífilis na gestação	Não é necessário tratamento imediato. Realizar acompanhamento na APS conforme quadro 14.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2023; Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, 2025.

4.5 Crianças expostas ao HIV

Crianças expostas ao HIV devem ter acompanhamento compartilhado entre APS e serviço especializado de referência em HIV/Aids. Crianças expostas e não infectadas devem realizar o acompanhamento compartilhado até a conclusão diagnóstica com negativação da sorologia anti-HIV. Após, podem ser acompanhadas somente na APS, mediante avaliação periódica anual junto ao serviço especializado, até o fim da adolescência (PCDT, 2024; SES/RS, 2025).

O acompanhamento das crianças expostas ao HIV deve ocorrer conforme estratificação de risco intermediário/alto, conforme capítulo 3.2. Durante as consultas, a avaliação antropométrica é essencial para avaliação do desenvolvimento, visto que crianças infectadas podem apresentar atrasos no desenvolvimento, já nos primeiros meses de vida, além de apresentar maior risco de exposição a outros agentes infecciosos, como *Treponema pallidum*, vírus das hepatites B e C, HTLV-1/2, herpes simples, citomegalovírus, *Toxoplasma gondii* e *Mycobacterium tuberculosis*. A identificação precoce e o tratamento de possíveis coinfecções têm caráter prioritário no atendimento a essas crianças (PCDT, 2024).

ATENÇÃO

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA: todos os casos de crianças expostas ao HIV devem ser notificados.

CARGA VIRAL (CV): deve ser solicitada ao nascer e com 2, 6 e 12 semanas após o parto.

A exposição do RN ao HIV após o nascimento pode ocorrer por meio da amamentação. A prática do aleitamento materno é contraindicada mesmo em puérperas HIV com carga viral indetectável. Se identificado que ocorreu a amamentação, esta deve ser suspensa imediatamente e o RN submetido a exame de carga viral, iniciando-se a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) simultaneamente à investigação diagnóstica. O aleitamento cruzado (por outra nutriz) e o uso de leite humano pasteurizado em domicílio também são contraindicados. O aleitamento deve ocorrer através de fórmula infantil até pelo menos 6 meses de vida ou por leite humano pasteurizado, proveniente de banco de leite (PCDT, 2024).

Deve-se manter as testagens da mãe durante o período de lactação, mesmo com resultados não reagentes durante o pré-natal e no momento do parto, avaliando suas vulnerabilidades e indicando o uso de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) durante o período lactacional. Em caso de suspeita ou diagnóstico de infecção pelo vírus, a amamentação deve ser interrompida, certificando-se do uso de medicamentos inibidores da lactação (PCDT, 2024).

A amamentação de mães HIV negativas com parceria sorodiscordante em uso de Terapia Antirretroviral (TARV) e com carga viral indetectável (considerando resultados de testes realizados durante o último trimestre da gestação), pode ser considerada. Deve-se orientar acerca da prevenção da transmissão vertical do HIV, enfatizando a importância do uso de preservativo e a adesão da parceria à TARV. A adesão da puérpera ao uso da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) é essencial durante o período da amamentação (PCDT, 2022; PCDT, 2024).

As crianças expostas não infectadas devem receber as vacinas recomendadas para crianças vivendo com HIV até os 18 meses, passando, após esse período, ao esquema vacinal básico da criança e do adolescente recomendado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) (PCDT, 2024; SBIm, 2025).

4.6 Recém-nascido exposto a substâncias psicoativas (SPA) na gestação

O consumo de tabaco, álcool, drogas ilícitas e alguns fármacos durante a gravidez pode ser extremamente prejudicial para o desenvolvimento do feto, podendo provocar síndromes congênitas e sintomas de abstinência (Dysart, 2022).

A utilização do tabaco na gestação, é o vício mais frequentemente encontrado e o efeito mais consistente sobre o feto é a redução de peso ao nascimento (restrição do crescimento fetal). Também apresentam maior risco de anencefalia, defeitos cardíacos congênitos, fenda palatina, síndrome da morte infantil súbita, deficiências no crescimento físico e na inteligência e problemas de comportamento. A limitação/cessação do hábito de fumar diminui estes riscos (Gunatilake, Patil;

2023).

O monóxido de carbono e a nicotina causam hipóxia e vasoconstrição, aumentando o risco de aborto espontâneo (perda fetal ou parto <20 semanas), descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, ruptura pré-trabalho das membranas, nascimento prematuro, infecção intra-amniótica e natimorto. A exposição passiva ao tabagismo também pode prejudicar o feto (Gunatilake, Patil; 2023).

O álcool é uma substância teratogênica que possui efeitos irreversíveis no sistema nervoso central (SNC), podendo ocasionar efeitos nocivos em todos os estágios da gestação. Não há determinações sobre um nível seguro de consumo de álcool durante a gestação (Chang, 2024).

A principal causa evitável de anomalias congênitas e deficiências de desenvolvimento dos RNs é a exposição intrauterina ao álcool. RNs de mães que consumiram álcool durante a gestação podem manifestar a Síndrome do Alcoolismo Fetal (SAF), Síndrome do Álcool Fetal Parcial (pFAS), Transtorno do Neurodesenvolvimento Relacionado ao Colesterol (DRA), Transtorno Neurocomportamental Associado à Exposição Pré-natal ao Álcool (ND-PAE), Defeitos Congênitos Relacionados ao Álcool (ARBD) ou podem não apresentar alterações. O termo Transtorno do Espectro do Álcool Fetal (FASD) descreve de forma ampla as sequelas destas crianças expostas (Weitzman, Rojmahamongkol; 2024).

Crianças expostas a drogas ilícitas durante a gestação podem apresentar prematuridade, baixo peso ao nascer, defeitos congênitos, microcefalia, deficiência intelectual, desenvolvimento comportamental anormal, dentre outros (Gunatilake; Patil, 2023).

A exposição à substância psicoativa requer atenção especial do enfermeiro no âmbito da Atenção Primária à Saúde, especialmente nas consultas de puericultura, o enfermeiro atua com foco no cuidado integral, ou seja, considerando não apenas a criança, mas também o contexto familiar e social que influencia diretamente o crescimento, o desenvolvimento e a proteção infantil. Assim, quando a exposição a substâncias psicoativas envolve os responsáveis pela criança, o cuidado deve ser ampliado para outros dispositivos, tais como o Centro de Atenção Psicossocial/CAPS, Centro de Referência da Assistência Social/CRAS, Organizações de apoio aos dependentes químicos como Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos (Brasil, 2021).

5 ALEITAMENTO E INTRODUÇÃO ALIMENTAR ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE

5.1 Aleitamento materno

O leite materno constitui o alimento ideal para a criança, uma vez que é totalmente adaptado às suas necessidades nos primeiros anos de vida. Os dois primeiros anos são os mais decisivos para o crescimento e desenvolvimento, com repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo, podendo prevenir o desenvolvimento de várias doenças na vida adulta. O incentivo e a manutenção do aleitamento materno são considerados uma prioridade mundial (Brasil, 2019).

A recomendação atual é que a criança seja amamentada desde a primeira hora de vida e por dois anos ou mais, sendo que nos primeiros seis meses, a orientação é que a criança receba somente leite materno, o que caracteriza o aleitamento materno exclusivo e em livre demanda, ou seja, é amamentada na hora que quiser e quantas vezes quiser (Brasil, 2019).

Apesar de a amamentação ser a forma natural das mulheres alimentarem as crianças, é necessário um tempo para que a mulher e a família se adaptem às rotinas e aos cuidados com o bebê. A equipe de enfermagem pode orientar a pega e posição adequadas, além de observar a mamada e auxiliar quando necessário. A presença de desconforto e/ou dor no momento da amamentação é um sinal de pega ou posicionamento inadequado (Brasil, 2019).

Quadro 16 - Orientações para prevenção de problemas comuns durante a amamentação

Apojadura: orientar que, entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, ocorre a “descida do leite” ou apojadura. Neste período, a produção de leite aumenta significativamente, e a mãe frequentemente produz mais leite do que a criança consegue mamar. Isso pode resultar em mamas cheias, pesadas e desconfortáveis, dificultando a pega adequada e a retirada do leite pelo bebê. Nesses casos, é aconselhável retirar um pouco do leite para amaciar a mama e facilitar a amamentação.
Posição: orientar que existem várias posições para a amamentação: sentada, reclinada, deitada ou qualquer outra que seja confortável e familiar. O essencial é que mãe e bebê estejam confortáveis, com o corpo do bebê voltado para o corpo da mãe, garantindo que a cabeça e o corpo do bebê estejam alinhados e que o pescoço não esteja torcido. Além disso, é fundamental apoiar bem o bebê, posicionando o rosto da criança de frente para o seio.
Pega: atentar para a inexistência de obstáculos entre a boca do bebê e a parte da mama que ele precisa abocanhar, como roupas, panos, ou as mãos da mãe. O braço do bebê também não deve ficar entre o corpo do bebê e o da mãe. É recomendado apoiar a mama com a mão em forma de “C”. Quando o bebê abrir bem a boca, é o momento de posicioná-lo no peito para a amamentação,

e se necessário, ajudar o bebê a abrir a boca, tocando levemente os lábios com o mamilo. Com a boca bem aberta, o bebê conseguirá pegar o máximo possível da aréola. Alguns sinais de uma pega adequada incluem: boca bem aberta, lábios virados para fora, queixo encostado na mama e a aréola mais visível acima do que abaixo da boca do bebê.
Ausência de dor: observar se a criança está realizando a pega corretamente. Se necessário, orientar a mãe a retirar o bebê do peito com cuidado, introduzindo o dedo indicador ou mínimo no canto da boca para que o bebê solte o peito sem ferir o mamilo. Em seguida, orienta-se colocá-lo novamente no peito, certificando-se de que a boca esteja bem aberta.
Estímulo e alternância de mamas: orientar a importância de dar tempo suficiente para o bebê mamar em uma mama antes de oferecer a outra. O tempo que o bebê fica no peito pode variar de uma criança para outra e até mesmo com a mesma criança. A mãe deve respeitar o ritmo do bebê e garantir que ele retire bastante leite de uma mama, até que ela fique bem macia, antes de passar para a outra. Às vezes, o bebê pode se satisfazer mamando apenas uma mama. A amamentação deve continuar até que o bebê esteja satisfeito, o que pode significar que ele pare de sugar, solte o seio ou adormeça. Se a mãe ainda sentir desconforto após a amamentação devido à mama cheia, ela pode retirar o excesso de leite. Esse leite pode ser armazenado para oferecer ao bebê em outro momento ou doado a um banco de leite humano. Recomenda-se que a mãe inicie a próxima mamada pelo seio que não foi utilizado na última amamentação.
Amamentação em livre demanda: orientar que a amamentação deve ocorrer sempre que a criança tiver fome, sem horários ou intervalos fixos, tanto de dia quanto à noite. A mãe deve estar atenta aos sinais de que a criança deseja mamar, como movimentos com a boca e as mãos, balbucios e sucção das mãos. Nos primeiros meses, a criança pode mamar de 8 a 12 vezes ao dia, ou até mais.

Fonte: Brasil, 2019.

Em algumas situações, pode ser necessário e útil retirar o leite do peito durante a amamentação. Recomenda-se que a retirada do leite seja feita manualmente. No entanto, também é possível utilizar bombas manuais ou elétricas, embora seja importante tomar cuidados com a sua higienização para evitar contaminação, fissuras e outros traumas no peito. Para mais informações sobre a retirada, armazenamento e oferta do leite, consulte o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos (Brasil, 2019).

Quadro 17 - Restrições ao aleitamento materno

Há poucas condições em que a amamentação é desaconselhada.

Maternas:

- Mães infectadas pelo HIV, Vírus T-linfotrópico humano grupos 1 e 2 (HTLV1 e HTLV2);
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação (antineoplásicos, radiofármacos, etc).

Neonatais:

- Galactosemia;
- Fenilcetonúria (necessita acompanhamento);

• Síndrome da urina de xarope de bordo ou leucinose (necessita acompanhamento).
Interrupção temporária: • **Mães usuárias regulares de álcool ou drogas ilícitas** (maconha, cocaína, crack, anfetamina, ecstasy e outras) não devem amamentar enquanto estiverem fazendo uso dessas substâncias. Todo o esforço deve ser feito para que essas mulheres recebam o apoio necessário para que consigam ficar em abstinência e, assim, poderem amamentar os seus filhos se esse for o seu desejo; • **Consumo eventual de álcool e/ou drogas ilícitas;** • **Vacina contra febre amarela em mães de crianças menores de 6 meses:** suspender o aleitamento materno por 10 dias após a vacinação; • **Herpes simples:** suspender a amamentação na mama afetada somente se houver vesículas. A amamentação deve ser mantida na mama sadia; • **Varicela:** se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquirem a forma de crosta. A criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster, disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES) que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível; • **Doença de Chagas:** na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente; • **Abscesso mamário:** até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada, a amamentação deve ser mantida na mama sadia; • **Mães submetidas a exame com radiofármacos.**

Fonte: Brasil, 2024; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024; Telessaúde-MA, 2019; Telessaúde-RS-UFRGS, 2020.

Para preservar a produção de leite e assegurar que a criança retorne ao peito após a interrupção, a mãe deve continuar a retirar o leite regularmente quando não estiver amamentando. Além disso, com um planejamento adequado, a mãe pode retirar o leite antecipadamente para oferecê-lo à criança durante os períodos em que não puder amamentar (Brasil, 2019).

5.2 Alternativas ao aleitamento materno

Existem diversas situações, condições e escolhas nas quais é necessário oferecer um alimento diferente do leite materno antes dos seis meses de vida. A substituição do leite materno por outro tipo de alimento exige cuidados especiais e orientações, conforme descrito a seguir

(Brasil, 2019).

Lactentes não amamentados de 4 a 11 meses podem ser alimentados com fórmulas infantis e leite de vaca não modificado. A partir de 12 meses, as fórmulas infantis e os “leites de crescimento” não são mais recomendados, podendo-se ofertar o leite de vaca não modificado (sem diluição) (OMS, 2023).

- **Fórmula infantil**

As fórmulas infantis representam a melhor alternativa para a alimentação de crianças não amamentadas ou parcialmente amamentadas, visto que as fórmulas são compatíveis com a maturidade do organismo de crianças pequenas e atendem às suas necessidades nutricionais. É importante que a equipe de enfermagem oriente quanto às recomendações de quantidades de pó e água para reconstituição indicadas no rótulo do produto, buscando evitar prejuízos ao crescimento da criança caso seja oferecida maior ou menor quantidade de fórmula do que o recomendado (Brasil, 2019).

Se a criança é alimentada com fórmula infantil, novos alimentos deverão ser oferecidos a partir dos 6 meses, inclusive água. A partir dos 9 meses, a fórmula infantil pode ser substituída pelo leite de vaca integral (Brasil, 2019).

É fundamental destacar que crianças expostas ao HIV e ao HTLV têm o direito de receber fórmula láctea em substituição ao aleitamento materno até o primeiro ano de vida. A fórmula é fornecida pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul aos municípios do estado. Recomenda-se verificar o fluxo de recebimento com a Secretaria Municipal de Saúde.

- **Leite de vaca integral**

Diante da necessidade de uso do leite integral de vaca, em situações em que o mesmo é a única opção disponível devido ao baixo custo, recomenda-se que ele seja diluído, conforme o quadro 18, para crianças com menos de 4 meses de idade. Após 4 meses, a diluição não é mais necessária.

O leite de vaca não fornece todos os nutrientes necessários para a criança, pois pode conter quantidades excessivas de proteínas, sódio, potássio e cloro, e suas proteínas são mais difíceis de digerir. O leite desnatado e o semidesnatado não são recomendados para crianças menores de dois anos, pois contêm menos gordura, crucial para o desenvolvimento neurológico infantil (Brasil, 2019).

Quadro 18 - Diluição e reconstituição do leite de vaca integral para crianças menores de quatro meses não amamentadas

RECONSTITUIÇÃO DO LEITE LÍQUIDO
2/3 de leite + 1/3 de água fervida: 70 ml de leite + 30 ml de água = 100 ml; 100 ml de leite + 50 ml de água = 150 ml; 130 ml de leite + 70 ml de água = 200 ml. Acrescentar 01 colher de chá de óleo vegetal para cada 100 ml de leite.
DILUIÇÃO DO LEITE EM PÓ (A 10%)
1 colher de sobremesa rasa para 100 ml de água fervida ou filtrada; 1 ½ colher de sobremesa rasa para 150 ml de água fervida ou filtrada; 2 colheres de sobremesa rasas para 200 ml de água fervida ou filtrada. Preparo do leite em pó: diluir o leite em pó em um pouco de água fervida ou filtrada e, em seguida, adicionar a água restante. Acrescentar 01 colher de chá de óleo vegetal para cada 100 ml de leite.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020; 2022.

Após completar quatro meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e o leite em pó deve ser reconstituído a 15% (1 colher de sopa em pó cheia para 100 ml de água fervida ou filtrada). Nesses casos, não se deve acrescentar óleo vegetal, considerando que, nessa idade, a criança não amamentada receberá outros alimentos, e o consumo de leite não deverá ultrapassar 500 ml por dia.

5.3 Introdução alimentar

O crescimento e o desenvolvimento da criança demandam uma alimentação adequada e saudável. A equipe de enfermagem acompanha a introdução alimentar por meio das consultas periódicas da criança. A diversidade alimentar adequada se constitui por diferentes nutrientes, prevenindo deficiências nutricionais.

Visando garantir a variedade necessária de nutrientes para a criança, deve ser orientado,

considerando as possibilidades familiares, a montagem de um prato combinando alimentos de cada grupo: feijões; cereais ou raízes ou tubérculos; carnes ou ovos; legumes e verduras (quando possível mais de um alimento deste grupo). O prato deverá conter uma pequena quantidade de cada alimento e deve-se observar a aceitação da criança, respeitando os sinais de fome e saciedade. A água deve ser ofertada a partir do momento em que novos alimentos, além do leite materno, são incluídos na rotina da criança (Brasil, 2019).

Alimentos ricos em açúcar, sal, gorduras, bebidas açucaradas, adoçantes e alimentos ultraprocessados são contraindicados para lactentes e crianças nos dois primeiros anos de vida. O consumo de suco de frutas natural deve ser evitado e o consumo de sódio requer atenção, devendo ser utilizado com moderação nas preparações culinárias (Brasil, 2019).

Quadro 19 - Classificação dos grupos alimentares

GRUPO DE ALIMENTOS	ORIENTAÇÃO DE CONSUMO
Alimentos *in natura* ou minimamente processados (Leguminosas, cereais, tubérculos, vegetais, frutas, carne, ovos, leite, etc)	Devem ser a base da alimentação da criança e de toda família, ou seja, a maior parte dos alimentos consumidos devem ser desse grupo.
Alimentos processados (Extrato de tomate, óleo de soja, manteiga, queijos, pães, frutas em calda, etc)	Podem ser consumidos em pequenas quantidades e eventualmente, como ingredientes de preparações culinárias ou como parte de refeições baseadas em alimentos *in natura* ou minimamente processados.
Alimentos ultraprocessados (Refrigerantes, sucos em pó, salgadinhos, chocolate, balas, biscoitos, iogurte com sabor, nuggets, salsicha, etc)	Não devem ser oferecidos à criança e devem ser evitados pelos adultos.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019.

Nas crianças com alguma deficiência ou doença que acometa o sistema gastrointestinal, é importante uma avaliação multidisciplinar, considerando a maturidade fisiológica, neuromuscular e as necessidades nutricionais, para definir o período adequado de início da introdução dos alimentos (Secretaria Estadual da Saúde/RS, 2019).

Para mais informações sobre os tipos de processamento dos alimentos, consistências e quantidades, acessar o Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (2019a).

5.3.1 Introdução alimentar para crianças amamentadas

O leite materno é o alimento ideal para crianças até os seis meses, sem a necessidade de outro alimento ou água. A partir dos seis meses, a criança precisa de outros nutrientes e novos alimentos devem ser oferecidos (Brasil, 2019). Vale ressaltar que o leite materno continua sendo importante e que a amamentação deve continuar até dois anos ou mais.

Ao iniciar a oferta de outros alimentos, além do leite materno, deve ser orientada também a oferta de água para a criança nos intervalos das refeições. A água deve ser oferecida em copo, xícara ou colher, evitando-se o uso de mamadeiras e, para isso, a criança deve permanecer sentada, com a cabeça e pescoço firmes e alinhados. Se a criança recusar a água, deve ser orientado que se oferte em outros momentos, até ela se acostumar. Orientar que água de coco, chás e outras bebidas não substituem a água (Brasil, 2019).

Quadro 20 - Alimentação da criança em aleitamento materno por faixa etária

	AO COMPLETAR 6 MESES	ENTRE 7 E 8 MESES DE IDADE*	ENTRE 9 E 11 MESES DE IDADE*	ENTRE 1 E 2 ANOS DE IDADES*
Café da manhã	Leite materno			Fruta e leite materno ou Cereal e leite materno ou Raízes e tubérculos e leite materno
Lanche da manhã	Fruta e leite materno			
Almoço	- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; - 1 alimento do grupo dos feijões; - 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; - 1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.			
	Quantidade aproximada*: 2 a 3 colheres de sopa no total.	Quantidade aproximada*: 3 a 4 colheres de sopa no total.	Quantidade aproximada*: 4 a 5 colheres de sopa no total.	Quantidade aproximada*: 5 a 6 colheres de sopa no total.

Lanche da tarde	Fruta e leite materno			Fruta e leite materno ou Cereal e leite materno ou Raízes e tubérculos e leite materno
Jantar	Leite Materno	Refeição composta pelos mesmos grupos alimentares que o almoço. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.		
		Quantidade aproximada*: 3 a 4 colheres de sopa no total.	Quantidade aproximada*: 4 a 5 colheres de sopa no total.	Quantidade aproximada*: 5 a 6 colheres de sopa no total
Antes de dormir	Leite Materno			

Fonte: Brasil, 2019.

* Essa quantidade serve apenas como referência, e deve-se considerar as características individuais da criança.

5.3.2 Introdução alimentar para crianças não amamentadas

A idade de início da oferta de novos alimentos para crianças não amamentadas poderá ser diferente dependendo se elas recebem fórmula infantil ou leite de vaca. As sugestões abaixo detalham essa oferta em ambos os casos e em diferentes momentos do desenvolvimento da criança.

Quadro 21 - Alimentação da criança que recebe fórmula infantil por faixa etária

	AO COMPLETAR 6 MESES	ENTRE 7 E 8 MESES DE IDADE*	ENTRE 9 E 11 MESES DE IDADE*	ENTRE 1 E 2 ANOS DE IDADES*
Café da manhã	Fórmula infantil			Fruta e leite integral ou Cereal e leite integral ou Raízes e tubérculos e leite integral
Lanche da manhã	Fruta e Fórmula infantil ou leite integral após 12 meses.			
Almoço	É recomendado que o prato da criança tenha: - 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; - 1 alimento do grupo dos feijões; - 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;			

	- 1 alimento do grupo das carnes e ovos. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.			
	Quantidade aproximada*: 2 a 3 colheres de sopa no total.	Quantidade aproximada*: 3 a 4 colheres de sopa no total.	Quantidade aproximada*: 4 a 5 colheres de sopa no total.	Quantidade aproximada*: 5 a 6 colheres de sopa no total.
Lanche da tarde	Fruta e Fórmula infantil			Fruta e leite integral ou Cereal e leite integral ou Raízes e tubérculos e leite integral
Jantar	Fórmula infantil	Refeição composta pelos mesmos grupos alimentares que o almoço. Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.		
		Quantidade aproximada*: 3 a 4 colheres de sopa no total.	Quantidade aproximada*: 4 a 5 colheres de sopa no total.	Quantidade aproximada*: 5 a 6 colheres de sopa no total
Antes de dormir	Fórmula infantil ou leite integral após 12 meses.			

Fonte: Brasil, 2019.

Quadro 22 - Alimentação da criança que recebe leite de vaca por faixa etária

	AO COMPLETAR 6 MESES	ENTRE 7 E 8 MESES DE IDADE*	ENTRE 9 E 11 MESES DE IDADE*	ENTRE 1 E 2 ANOS DE IDADES*
Café da manhã		Leite de vaca integral		Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereais e raízes e tubérculos
Lanche manhã		Fruta		

<table>
<tr><td>Almoço</td><td rowspan="6">Leite de vaca integral diluído conforme quadro 18</td><td colspan="3">- 1 alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos
- 1 alimento do grupo dos feijões;
- 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras;
- 1 alimento do grupo das carnes e ovos.
Junto à refeição pode ser oferecido um pedaço pequeno de fruta.</td></tr>
<tr><td></td><td>Quantidade aproximada*: 2 a 3 colheres de sopa no total.</td><td>Quantidade aproximada*:
Entre 5 e 6 meses: 2 a 3 colheres de sopa no total;
Entre 7 e 8 meses: 3 a 4 colheres de sopa no total;
Entre 9 e 11 meses: 4 a 5 colheres de sopa no total.</td><td>Quantidade aproximada*: 5 a 6 colheres de sopa no total.</td></tr>
<tr><td>Lanche da tarde</td><td colspan="2">Leite de vaca integral e fruta</td><td>Leite de vaca integral e fruta ou Leite de vaca integral e cereais e raízes e tubérculos</td></tr>
<tr><td>Jantar</td><td>Leite de vaca integral</td><td colspan="2">Igual ao almoço</td></tr>
<tr><td>Antes de dormir</td><td colspan="3">Leite de vaca integral</td></tr>
</table>

Fonte: Brasil, 2019.

*Essa quantidade serve apenas como referência e deve-se considerar as características individuais da criança.

6 SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINAS E MINERAIS

6.1 Suplementação de ferro

A alimentação complementar da criança deve ser diversificada e incluir alimentos de origem animal, que são ricos em micronutrientes com boa densidade e biodisponibilidade, para atender à alta demanda de ferro nessa faixa etária. Para prevenir a deficiência de ferro e a anemia ferropriva, é importante incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e sua continuidade até os dois anos de idade. Além disso, deve-se garantir acesso universal a uma alimentação adequada para o lactente (SBP, 2021).

Alguns alimentos são fontes de ferro, tais como: carnes, feijão, fígado, ovo, verduras de cor verde-escuro, como espinafre, caruru, chicória, jambu e bertalha. O ferro de origem animal é facilmente absorvido pelo organismo. O ferro dos alimentos de origem vegetal é mais bem aproveitado se, na mesma refeição, estiverem presentes alimentos ricos em vitamina C, como laranja, abacaxi, acerola, goiaba, manga, caju, limão, mamão, tangerina (ou bergamota ou mexerica), romã e camu-camu, entre outras (Brasil, 2019).

A recomendação é que a investigação laboratorial da deficiência de ferro com ou sem anemia, seja realizada aos 12 meses de vida. Em caso de suspeita baseada na presença de fatores de risco, a investigação deve ser estabelecida, especialmente na ausência de profilaxia adequada com ferro (SBP, 2021).

Quadro 23 - Suplementação de Ferro

<table>
<tr><th colspan="2">Suplementação profilática de ferro em lactentes SEM fator de risco</th></tr>
<tr><th>Situação</th><th>Recomendação</th></tr>
<tr><td>Recém-nascidos a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo até o 6º mês</td><td>10-12,5 mg de ferro elementar/dia, com dois ciclos de três meses de uso diário de ferro, com início aos 6 e aos 12 meses, com intervalo de três meses entre eles.

<table><tr><td>Fase</td><td>Idade</td><td>Conduta</td></tr><tr><td>1º ciclo</td><td>6 a 9 meses</td><td>10-12,5 mg/dia por 3 meses</td></tr><tr><td>Intervalo</td><td>9 a 12 meses</td><td>pausa na suplementação</td></tr></table></td></tr>
</table>

2º ciclo	12 a 15 meses	10-12,5 mg/dia por 3 meses

Recomendação de suplementação profilática de ferro em lactentes COM fator de risco (Anexo 4)	
Situação	Recomendação
Recém-nascidos a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo ou independentemente do tipo de alimentação	1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 90 dias de vida até o 24º mês de vida.
Recém-nascidos a termo com peso inferior a 2.500 g	2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos prematuros com peso superior a 1.500 g	2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos prematuros com peso entre 1.500 e 1.000 g	3 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano.
Recém-nascidos prematuros com peso inferior a 1.000 g	4 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021, 2026.

6.2 Suplementação de vitamina A

A deficiência de vitamina A aumenta o risco de infecções e provoca deficiência visual, podendo levar à cegueira. Deve ser orientado o consumo de alimentos que contêm vitamina A, tais como: fígado, ovo, legumes de cor alaranjada, como abóbora, cenoura, verduras de cor verde-escuro, como couve, taioba, chicória, espinafre e algumas frutas, como mamão e manga (Brasil, 2019).

Evidências científicas indicam que a suplementação de rotina de vitamina A não é recomendada para crianças menores de seis meses, pois não apresentam benefícios consistentes para a saúde e podem apresentar efeitos colaterais (Pazirandeh, Burns, 2024).

Aquelas crianças que apresentam alto risco para deficiência de vitamina A (sarampo, diarreia, doença respiratória ou desnutrição grave, ou ainda, crianças que vivem em comunidades com risco

de deficiência de vitamina A e que não receberam suplementos nos últimos um a quatro meses), recomenda-se a suplementação única (adicional) de vitamina A, conforme segue:

Uma dose de 100.000 UI administradas por via oral (30 mg de retinol), para crianças de 6 a 11 meses; uma dose de 200.000 UI administradas por via oral (60 mg de retinol), para crianças de 12 a 59 meses, a qual deve ser repetida a cada quatro a seis meses (Pazirandeh, Burns, 2024).

Não foram encontradas evidências que sustentam a utilização de formulações combinadas, como a forma líquida de vitamina A 3.0000 UI + D 800 UI/ml. Ressalta-se o risco de toxicidade crônica de vitamina A (Kathleen *et al*., 2024).

6.3 Suplementação de vitamina D3

A exposição solar sem proteção como forma de prevenção da deficiência da vitamina D não é mais recomendada, pelo risco de fotoenvelhecimento e desenvolvimento de câncer de pele (SBP, 2024). Poucos alimentos contêm vitamina D naturalmente, sendo as principais fontes alimentares o peixe rico em óleo (como salmão, cavala e arenque), fígado, vísceras e gema de ovo; poucas dessas fontes alimentares naturais são tipicamente consumidas por crianças. Além disso, a quantidade de vitamina D do leite materno também é baixa (Madhusmita Misra, 2024).

Diante disso, é recomendada a suplementação empírica de vitamina D para crianças e adolescentes saudáveis, sem fatores de risco, na faixa etária de 0 a 18 anos, para prevenir o raquitismo nutricional e potencialmente diminuir o risco de infecções respiratórias, de acordo com o quadro abaixo; o colecalciferol ou vitamina D3, é o suplemento de escolha por ser um metabólito mais ativo do que o ergocalciferol ou vitamina D2 (SBP, 2024).

Não foram encontradas evidências que sustentam a utilização de formulações combinadas, como a forma líquida de vitamina A 3.0000 UI + D 800 UI/ml. Ressalta-se o risco de toxicidade crônica de vitamina A (Kathleen *et al*., 2024).

Quadro 24 - Recomendações para suplementação de vitamina D3 em crianças e adolescentes

GRUPO	COLECALCIFEROL (VITAMINA D3)
Crianças menores de 1 ano	Prescrever: Colecalciferol (vitamina D3) 400UI/gota, 1 gota 1 vez ao dia, via oral, uso contínuo.
Crianças e adolescentes de 1 a 18 anos	Prescrever: Colecalciferol (vitamina D3) 600UI/gota, 1 gota 1 vez ao

	dia, via oral, uso contínuo.
Na presença de fatores de risco: **Dieta estritamente vegetariana;** **Obesidade;** **Hepatopatia, nefropatia crônica;** **Má absorção intestinal (p. ex., doença celíaca, doença inflamatória intestinal, fibrose cística, cirurgia bariátrica);** **Medicamentos (p.ex., anticonvulsivantes corticoides, cetoconazol, rifampicina).**	Encaminhar para consulta médica.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024.

7 PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A prevenção de acidentes acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança, pois naturalmente a sua curiosidade avança diariamente, na busca por novidades e descobertas, elevando os riscos de acidentes. O enfermeiro deve abordar aspectos fundamentais para a supervisão constante da criança, que deve ser realizada por um adulto (Brasil, 2024).

Quadro 25 - Medidas para a prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária em crianças

RISCO	ORIENTAÇÃO
Do nascimento aos 6 meses	
Sufocação	Não utilizar talco ou outros produtos em pó; O lençol deve ser bem ajustado ao colchão, garantindo que o rosto do bebê não fique coberto por lençóis, cobertores, almofadas ou travesseiros; O uso de cordões e enfeites de cabelo deve ser evitado; Manter a criança afastada de objetos pequenos, de papéis de bala, sacos plásticos, cordões e fios. Devem ser utilizados brinquedos grandes e inquebráveis, de acordo com a faixa etária indicada na embalagem pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro).
Quedas	O berço deve ser protegido e o cercamento deve ser feito com grades altas, e espaçamento máximo de 6 cm entre elas. As crianças nunca devem ser deixadas sozinhas em cima de móveis, nem sob os cuidados de outra criança.
Intoxicação	Administração somente de medicamentos prescritos por profissionais qualificados e verificar a validade antes de oferecê-los.
Queimaduras	Verificação da temperatura da água do banho. A temperatura ideal é 37ºC. Verificação da temperatura do leite ou alimento oferecido, caso a criança não esteja sendo amamentada exclusivamente no peito. Enquanto a criança estiver no colo, deve-se evitar fumar ou consumir líquidos quentes.

Afogamento	A criança nunca deve ser deixada sozinha na banheira ou em uma bacia e deve ser mantida afastada de baldes, tanques, vasos, cacimbas, poços e piscinas, pois pequenas quantidades de água podem causar afogamento.
Acidentes no transporte	A criança dessa faixa etária deve ser transportada no bebê-conforto ou em uma cadeira conversível (modelo em forma de concha, levemente inclinada, posicionada no banco traseiro do carro, voltada para o vidro traseiro), seguindo as orientações do fabricante, conforme estabelecido pelo Código de Trânsito Brasileiro.
Dos 6 meses aos 2 anos Nesta fase, a criança começa a se locomover sozinha, tornando-se mais ativa e curiosa. Além das recomendações para a faixa etária anterior, adiciona-se as orientações:	
Quedas e Ferimentos	Instalação de barreiras de proteção nas escadas e redes ou grades de proteção nas janelas. Verificação da fixação de tanques de lavar roupas e pias ou lavatórios, para evitar que se soltem e causem acidentes caso a criança se pendure ou se apoie neles.
Envenenamento	Produtos de limpeza e medicamentos deverão ser mantidos fora do alcance da criança, em locais altos e, se possível, trancados. Embalagens de bebidas nunca devem ser utilizadas para armazenar produtos de limpeza ou inflamáveis, como querosene. A criança deve ser mantida longe de produtos venenosos como raticidas, inseticidas e de inflamáveis como álcool e removedor de esmalte.
Queimaduras	O acesso da criança à cozinha deve ser limitado. Ao usar o fogão, deve ser dado preferência às bocas traseiras e com os cabos das panelas virados para o centro, evitando que a criança puxe. Manter atenção em relação ao forno, ao ferro de passar e ao aquecedor, pois podem causar queimaduras. Instalar protetores nas tomadas e atentar para presença de fios elétricos soltos, que devem ser mantidos fora do alcance da criança.
Dos 2 aos 4 anos Nesta fase, a criança se torna mais independente, mas ainda não consegue perceber os perigos e os riscos de acidentes. Além de seguir todos os cuidados recomendados para as faixas etárias anteriores, acrescenta-se as orientações a seguir:	
Acidentes com animais domésticos	Não permitir que a criança se aproxime de cães e outros animais desconhecidos ou que estejam se alimentando ou com filhotes.

Queimaduras	Não permitir que a criança brinque com fogo, fogueiras ou fogos de artifício (bombinhas, produtos inflamáveis, fósforos, etc.). Produtos inflamáveis (gasolina, álcool e outros produtos químicos) devem ser mantidos fora do alcance da criança.
Autossegurança	Ao sair de casa, a criança deve ser segurada pelo pulso para evitar que ela se solte e corra em direção às ruas ou rodovias. Não permitir que a criança brinque em locais com circulação de veículos, como garagens ou áreas próximas a ruas e rodovias.
Afogamentos	A criança nunca deve ser deixada sozinha quando estiver dentro ou perto de água, seja em piscinas, rios, lagos, mar, baldes, banheiras, bacias ou outros. Deve estar sempre acompanhada por um adulto atento em tempo integral, mesmo que saiba nadar.
Acidentes de Trânsito	No carro, a criança de 1 a 4 anos deve ser transportada em uma cadeira especial para crianças, com cintos de segurança de três pontos, instalada no banco traseiro, seguindo as orientações do fabricante, conforme estabelecido pelo Código de Trânsito Brasileiro. Certificar-se de que o transporte escolar siga todas as recomendações de segurança no trânsito.
Armas brancas e de fogo	Devem ser mantidas fora do alcance das crianças.
Dos 4 aos 6 anos Todos os cuidados recomendados para as faixas etárias anteriores devem ser mantidos. Orientar que o adulto converse com a criança, explicando as situações de perigo de forma clara. Vale ressaltar que mesmo mais confiante e capaz de realizar várias atividades, a criança ainda precisa da supervisão de um adulto.	
A criança deve usar equipamentos de proteção ao andar de bicicleta, patins ou skate. Deve-se escolher locais seguros para as brincadeiras, como parques, ciclovias e praças. Ao caminhar pela rua, garantir que a criança esteja sempre do lado de dentro da calçada, protegida dos veículos pelo corpo do adulto. A criança não deve brincar em lajes, varandas ou terraços sem grades de proteção. No carro, utilizar assentos de elevação (*boosters*) com cinto de segurança de três pontos, no banco traseiro.	
Dos 6 aos 9 anos A partir dos 6 anos, a criança já se torna quase independente, aumentando a necessidade de proteção e supervisão, especialmente fora de casa. Orientar aos responsáveis que mantenham uma conversa com a criança sobre os riscos que ela pode estar exposta no dia a dia, orientando-a para	

prestar atenção a situações perigosas.	
Choques Elétricos	Não deixar a criança soltar pipa, papagaio ou arraia em locais próximos a fios elétricos, pois há risco de choque de alta tensão. A criança deve ser orientada a não utilizar produtos para tornar a linha da pipa mais cortante, pois isso pode causar acidentes graves tanto com ela quanto com outras pessoas.
Acidentes de Trânsito	Após os 7 anos e meio, a criança deve continuar no banco de trás, usando o cinto de segurança de três pontos. Somente crianças com mais de 10 anos podem sentar-se no banco da frente, sempre com o cinto de segurança.
Orientar que em caso de acidentes envolvendo materiais de limpeza, medicamentos ou outras substâncias tóxicas, os responsáveis devem buscar imediatamente os serviços de urgência.	

Fonte: Adaptado de Brasil, 2024.

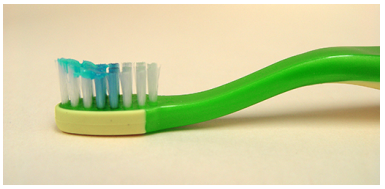
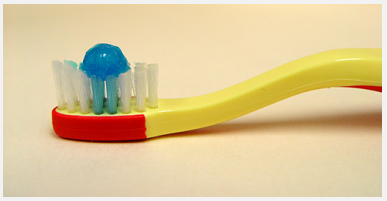
8 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

O desenvolvimento dentário ocorre aproximadamente a partir da sexta semana intrauterina até o final da adolescência, estando sujeito, ao longo deste período, a influências genéticas e ambientais. Iniciando geralmente entre o sexto e décimo mês da criança, a erupção dentária costuma estar associada a irritabilidade, mastigação excessiva, sialorréia, febre, diarreia e outros sintomas sistêmicos. Apesar de representar um período de apreensão para os pais e cuidadores, o incômodo causado pela dentição costuma ser facilmente amenizado com analgesia simples e uso de mordedores refrigerados; por segurança, deve-se orientar que esses mordedores não sejam congelados e possuam o formato de “peça única”, além de não serem mergulhados em substâncias açucaradas ou anestésicos tópicos (Wright, 2024).

Deve-se orientar o início da escovação assim que os primeiros dentes da criança erupcionarem, utilizando uma escova de dentes com cabeça pequena e cerdas supermacias, pasta de dentes com flúor, sendo que a escovação deve ser realizada duas vezes ao dia durante dois minutos (Nowak; Warren, 2023; SBP, 2020). O uso do fio dental pode ser iniciado quando o espaço entre os dentes se tornar muito pequeno para ser higienizado adequadamente com a escova. Tanto a escovação quanto o uso do fio dental devem ser supervisionados pelos cuidadores até os 10 anos, aproximadamente, ou até que a criança consiga amarrar os cadarços, sendo este um indicador de destreza manual suficiente para uma escovação eficaz (Nowak; Warren, 2023).

O uso de creme dental com flúor reduz comprovadamente o risco de desenvolvimento de cáries em crianças, porém seu uso deve ser supervisionado pelos cuidadores visando evitar o uso excessivo, associado a risco de fluorose nos dentes permanentes. A quantidade ideal de creme dental a ser utilizada está indicada no quadro a seguir.

Quadro 26 - Recomendações para o uso de creme dental com flúor em crianças

IDADE	QUANTIDADE INDICADA	
Bebês e crianças menores de 3 anos	A quantidade apropriada de creme dental é um "esfregaço" (camada fina que cobre menos da metade da superfície das cerdas de uma escova de dentes infantil) ou o tamanho de um grão de arroz.	
Crianças acima de 3 anos	A quantidade deve ser, no máximo, o tamanho equivalente a uma ervilha. O tamanho do “grão de ervilha” pode ser discretamente aumentado em crianças acima de 5 anos.	

Fonte: adaptado de Nowak; Warren, 2023.

Além dos cuidados com a higiene bucal e prevenção de cáries, o momento da consulta de puericultura também é ideal para avaliar e orientar cuidadores sobre o uso de chupetas e o comportamento de sucção não nutritiva, que podem impactar diretamente na interrupção precoce da amamentação, maloclusão na dentição primária e na dentição mista e aumento do risco de trauma nos dentes permanentes frontais superiores (Nowak; Warren, 2024).

A atenção à saúde bucal de crianças e adolescentes na APS deve ser compartilhada entre a equipe multidisciplinar e pode ser desenvolvida em diferentes contextos, como nas consultas de puericultura, em visitas domiciliares e nas atividades do Programa Saúde na Escola. Recomenda-se que todas as crianças recebam um atendimento odontológico ao completarem 1 ano (Nowak; Warren, 2023). Pensando em oportunizar a ida desta criança e seus pais/cuidadores ao serviço de saúde, sugere-se que esta avaliação seja programada junto à consulta de rotina de puericultura dos 12 meses.

9 QUEIXAS DE SAÚDE MAIS COMUNS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

9.1 Cólicas no recém-nascido

A definição clínica para cólica do lactente é de choro sem razão aparente (por exemplo, fome, fralda suja, etc.) que dura 3 ou mais horas por dia e ocorre em 3 ou mais dias por semana em um bebê saudável com menos de 3 meses de idade. Algumas definições incluem o critério de 3 semanas de duração mínima do quadro (Turner; Palamountain, 2025). As causas da cólica não são conhecidas com exatidão. O caráter autolimitado da cólica do recém-nascido sugere que pode sofrer grande influência do desenvolvimento do tubo digestivo ao longo dos primeiros meses de vida (SBP, 2023).

Quadro 27 - Manejo da cólica infantil

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Presença de dor abdominal; Presença de cólica. Cólica aumentada Cólica reduzida	CIPE
D01 Dor abdominal generalizada/cólicas	CIAP

CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
- Realizar massagem abdominal. Calor local e banhos mornos de aspersão podem promover o relaxamento da criança e vínculo familiar, além de tranquilizar os pais; - Colocar o bebê no colo em posição “canguru frontal”; - Lactentes em aleitamento exclusivo: avaliar pega mamária (posição/sucção), identificar e restringir laticínios e/ou dieta hipoalergênica para a mãe; - Lactentes em uso de fórmula ou leite integral com proteína de vaca: se cólica leve a moderada, considerar estimular a diminuição do volume de ingestão da fórmula e estímulo da introdução de alimentos em crianças desmamadas. A troca por derivados da proteína de vaca, por meio de

fórmula hipoalergênica, está indicada nos casos mais severos de cólica e quando há presença de sinais de dermatite atópica;
- Não há evidências sobre a eficácia do uso de medicamentos para o tratamento da cólica infantil, considerando os medicamentos seguros para as faixas etárias menores.

Fonte: Brasil, 2016; Turner; Palamountain, 2025.

9.2 Infecções de vias aéreas superiores

As infecções das vias aéreas superiores (IVAS) afetam estruturas acima da laringe e são, em sua maioria, causadas por vírus como rinovírus, coronavírus, influenza, entre outros. Essas infecções são comuns em crianças e adultos, transmitidas por aerossóis ou contato manual, e normalmente se resolvem sem complicações. Crianças podem ter de seis a oito episódios por ano, sendo raro evoluírem para infecções bacterianas secundárias (SBSP, 2022).

Quadro 28 - Manejo básico das infecções de vias aéreas superiores

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Corrimento nasal; Tosse; Dor (grau); Respiração prejudicada; Presença de infecção; Presença de inflamação. Respiração, eficaz Frequência respiratória, nos limites normais Frequência respiratória, aumentada Frequência respiratória, reduzida	**CIPE**
R02 Dificuldade respiratória, dispneia R03 Respiração ruidosa R04 Outros problemas respiratórios R05 Tosse R07 Espirro/congestão nasal R21 Sinais/sintomas da garganta R29 Sinais/sintomas ap respiratório, outros R74 Infecção aguda ap. respiratório superior	**CIAP**

R75 Sinusite crônica/aguda R76 Amigdalite aguda R80 Gripe R83 Outra infecção respiratória R97 Rinite alérgica	

CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE ENFERMAGEM

- Aumentar ingestão de água e outros líquidos (criança em aleitamento materno aumentar o número das mamadas);
- Remover a umidade, bolor ou mofo da casa;
- Descontaminar as superfícies ambientais com desinfetantes como álcool;
- Manter a casa ventilada;
- Estimular a lavagem das mãos da criança e adolescente;
- Evitar fumar na presença da criança e adolescente;
- Promover higiene nasal com soro fisiológico 0,9%, de acordo com a faixa etária:

Menores de 6 meses: 1 mL na seringa, conta-gotas, spray de jato único (4 a 6 borrifadas em cada narina) ou spray de jato contínuo (3 segundos em cada narina) - sempre que o bebê apresentar obstrução nasal. Evitar a aplicação após as mamadas pelo risco de choro e regurgitação.

6 meses a 2 anos: 3 a 20 ml na seringa ou 3 a 10 segundos em spray de jato contínuo - cada narina pode ser lavada mais de uma vez, caso um ciclo não seja suficiente para remover toda a secreção. A criança deve estar sentada, com a cabeça em posição neutra.

2 a 6 anos: 3 a 20 ml na seringa, 3 a 10 segundos em spray de jato contínuo ou garrafa compressível própria para lavagem nasal (volume variável, conforme indicação e tolerância da criança) - para utilização de seringa ou garrafinhas, deve-se orientar uma discreta projeção anterior do tronco e a elevação de uma das narinas para receber o bico anatômico do frasco. A abertura da boca promove a elevação do palato mole com o selamento da nasofaringe, permitindo que ocorra o fluxo da solução entre as narinas.

Acima de 7 anos: 10 a 20 ml na seringa, 3 a 10 segundos em spray de jato contínuo ou garrafa compressível própria para lavagem nasal - 120 ml ou 240 ml em caso de crianças maiores e adolescentes - pode ser realizada sentado ou em pé, com a cabeça levemente fletida (inclinada para frente). Orientar a criança a ficar com a boca aberta ou falar “KAKAKAKAKA” durante a lavagem.

Informações complementares, demais orientações e vídeos explicativos podem ser

consultados no Manual de Lavagem Nasal na Criança e no Adulto.

- Avaliar a necessidade de aspiração de vias aéreas;
- Evitar aglomerações (avaliar exposição em escolas e creches);
- Reavaliar o quadro em 24/48 h;
- Orientar que procurem a unidade de saúde ou emergência imediatamente, se sinais de gravidade.
- Em caso de dor ou febre, prescrever:

Menores de 2 meses, encaminhar para avaliação médica.

Abaixo de 35 kg

- Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 2 meses).

OU

- Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 3 meses ou com menos de 5 kg).

Acima de 35 kg

- Paracetamol 500 mg, 1 comprimido, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia.

OU

- Dipirona 500 mg, 1 a 2 comprimidos, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia.

Fonte: Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial, 2022; Florianópolis, 2020; Pappas, 2025; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023.

Quadro 29 - Manejo dos problemas respiratórios mais comuns

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE ENFERMAGEM
Rinite alérgica Rinorreia aquosa, obstrução ou prurido nasal, espirros em salvas, prurido ocular, hiperemia conjuntival e lacrimejamento, perda do paladar e do olfato (raro); sem febre; quadro	**- Controle ambiental:** identificar e afastar desencadeantes é o tratamento mais eficaz. - Tratamento medicamentoso (principais medicações):

subagudo/crônico.	Anti-histamínico H1 oral: - Loratadina solução de 1 mg/1 ml ou comprimido 10 mg como primeira escolha**:** **- Entre 2 e 12 anos:** - Abaixo de 30 kg: 5 ml (5 mg), 1x ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas. Não administrar mais de 5 mL em 24 horas; - Acima de 30 kg: 10 ml (10 mg) ou 1 comprimido, 1x ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas. Não administrar mais de 10 mL em 24 horas. - **Acima de 12 anos:** - 10 ml (10 mg) ou 1 comprimido, 1x ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas. Não administrar mais de 10 mL em 24 horas. - Dexclorfeniramina xarope de 2 mg/5 ml ou comprimido 2 mg: - **De 2 a 6 anos:** - 1,25 ml a cada 8 horas (máximo de 3 mg/dia) de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas; - **De 6 a 12 anos:** - 2,5 ml ou ½ comprimido a cada 8 horas (máximo de 6 mg/dia). - **Acima de 12 anos:** - 5 ml ou 1 comprimido a cada 8 horas (máximo de 12 mg/dia). **-** Reavaliar o quadro em 24 a 48 horas. Na suspeita de rinite alérgica crônica, encaminhar para avaliação médica.

	Crianças menores de 2 anos: intervenções conforme quadro 28 e/ou encaminhar para avaliação médica.
Rinossinusite bacteriana aguda Tosse (produtiva ou seca), secreção nasal anterior ou pós-nasal, obstrução e/ou congestão, febre, cefaleia e/ou dor na face. Febre alta persistente por pelo menos três a quatro dias distingue essa apresentação de uma IVAS viral não complicada (na qual a febre geralmente é baixa e presente por menos de 48 horas.	- Menores de 2 meses, encaminhar para avaliação médica. **-** Prescrever analgésicos se dor ou febre: **Abaixo de 35 kg** - Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 2 meses). OU - Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 3 meses ou com menos de 5 kg). **Acima de 35 kg** - Paracetamol 500 mg, 1 comprimido, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Dipirona 500 mg, 1 a 2 comprimidos, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. **Crianças acima de 2 anos:** - Amoxicilina-clavulanato 50mg/ml + 12,5mg/ml - 45 mg/kg por dia, via oral, em

	duas doses divididas - a cada 12 horas (dose diária máxima de 1,75g) durante 10 dias. Para o cálculo da dose, considerar a dosagem do componente Amoxicilina. Por exemplo, o cálculo, para uma criança de 20 quilos, deverá ser: 45mg x 20kg = 900 mg 900 mg / 2 dosagens ao dia = 450mg por dose 450 mg / 50mg/ml = 9ml a cada 12 horas durante 10 dias. - Amoxicilina 50mg/ml - de 40 a 45mg/kg por dia, via oral, em três doses divididas - a cada 8 horas (dose diária máxima de 2g) durante 10 dias. - <u>Reavaliar em 24 a 48 horas.</u> **- Sinais de alarme:** febre alta (≥39°C por pelo menos três dias consecutivos), visão dupla ou reduzida, proptose, edema periorbital, cefaleia intensa, sinais de irritação meníngea, epistaxe significativa. Nestes casos, encaminhar imediatamente para avaliação médica.
Resfriado comum (viral) Início súbito, com rinorreia hialina ou mucóide, obstrução nasal, espirros e irritação na garganta. Podem ocorrer: tosse e febre, hiperemia de mucosa nasal, orofaringe e membranas timpânicas. Com a evolução dos sintomas é	**-** Menores de 2 meses, encaminhar para avaliação médica. **- Acima de 2 meses, prescrever analgésicos se dor ou febre:** **Abaixo de 35 kg** - Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1

comum a secreção nasal ficar mais espessa e esverdeada, em decorrência da destruição de células epiteliais e de neutrófilos, o que não deve ser, precipitadamente, interpretado como infecção bacteriana. Os sintomas do resfriado comum são mais intensos nos primeiros três dias e costumam regredir por volta do 7º ao 10º dia, podendo persistir tosse por alguns dias.	gota/kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 2 meses). OU - Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 3 meses ou com menos de 5 kg). OU - Ibuprofeno 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 8 horas (máx. 40 mg/kg/dia) por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas (não prescrever para menores de 6 meses). **OBS: O uso de ibuprofeno é contraindicado em casos de suspeita de arboviroses.** **Acima de 35 kg** - Paracetamol 500 mg, 1 comprimido, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Dipirona 500 mg, 1 a 2 comprimidos, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Ibuprofeno 300 mg, 1 comprimido a cada 8 horas (não prescrever para

	menores de 6 meses). **OBS: O uso de ibuprofeno é contraindicado em casos de suspeita de arboviroses.** - O uso de mel puro é uma opção para o alívio da tosse em crianças ≥1 ano com resfriado comum. É indicada a administração de 2,5 a 5 mL (0,5 a 1 colher de chá) de mel puro ou diluído em líquido (p. ex., chá, suco), possuindo efeito benéfico na tosse noturna. - Demais intervenções de enfermagem conforme quadro 28. - **Sinais de alarme:** recusa de ingestão hídrica por período prolongado, irritabilidade ou letargia, esforço respiratório e/ou dispneia, febre alta com duração superior a três dias, sinais de irritação ocular e sinais de infecção de ouvido (notar se a criança leva as mãos com frequência às orelhas, apresenta dor, febre, etc). **OBS:** em caso de persistência e/ou piora dos sinais e sintomas, reavaliar em 24 a 48h.
Síndrome do respirador bucal Obstrução nasal, boca aberta/entreaberta durante repouso, apneia e/ou roncos durante o sono, alterações na arcada dentária,	- Orientar medidas para prevenir infecções virais; - Caso a criança tenha rinite alérgica, orientar cuidados ambientais para

dificuldades de fala e na mastigação, alterações estruturais da face - rosto alongado, queixo retraído e arcada dentária superior mais projetada, lábios ressecados, lábio superior mais curto e palato ogival.	controle do quadro; - Orientar lavagem nasal - ver Quadro 28; - Avaliar junto ao profissional médico o seguimento do acompanhamento e necessidade de encaminhamento à equipe multidisciplinar.
Infecção viral de faringe e laringe Hiperemia em faringe e/ou vesículas associada a sintomas de resfriado comum: temperatura (geralmente <38,5ºC), irritabilidade, congestão nasal, tosse seca e inapetência.	- Menores de 2 meses, encaminhar para avaliação médica. - Acima de 2 meses, prescrever analgésicos se dor ou febre: **Abaixo de 35 kg** - Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 2 meses). OU - Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 3 meses ou com menos de 5 kg). OU - Ibuprofeno 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 8 horas (máx. 40 mg/kg/dia) por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas (não prescrever para menores de 6 meses).

	OBS: O uso de ibuprofeno é contraindicado em casos de suspeita de arboviroses. **Acima de 35 kg** - Paracetamol 500 mg, 1 comprimido, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Dipirona 500 mg, 1 a 2 comprimidos, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Ibuprofeno 300 mg, 1 comprimido a cada 8 horas (não prescrever para menores de 6 meses). **OBS: O uso de ibuprofeno é contraindicado em casos de suspeita de arboviroses.** - **Sinais de alarme:** piora da dor ou dor que persiste por mais de 3 dias, temperatura >39ºC. - Reavaliar em 24 a 48h. Se houver piora do quadro, encaminhar para avaliação médica.
Infecção bacteriana de faringe e laringe Temperatura elevada (≥38,5º C),	- Encaminhar para avaliação médica.

gânglios aumentados e dolorosos no pescoço, amígdalas hiperemiadas com pontos purulentos ou petéquias em palato e presença de sintomas gastrointestinais (tais como: disfagia, vômitos, dor abdominal).	
Asma Tosse geralmente seca, que pode se apresentar como noturna, sazonal, com duração acima de 3 semanas e/ou em resposta a infecções respiratórias agudas; sibilos ou sons de “chiado” no peito; dispneia; sensação de aperto ou pressão no peito.	**- Auxiliar a família na identificação de gatilhos - fatores que desencadeiam ou agravam os sintomas, bem como maneiras de limitar a exposição a estes:** - Alérgenos (incluindo ácaros, pólen, mofo, baratas, ratos, gatos e cães); - Infecções respiratórias; - Irritantes (como fumaça de tabaco, produtos químicos e odores ou vapores fortes); - Exercício ou outra atividade física; - Baixas temperaturas. - Orientar a família sobre o uso correto das medicações prescritas e dos espaçadores, quando indicado - ver apêndice 2. - Encaminhar para avaliação médica.

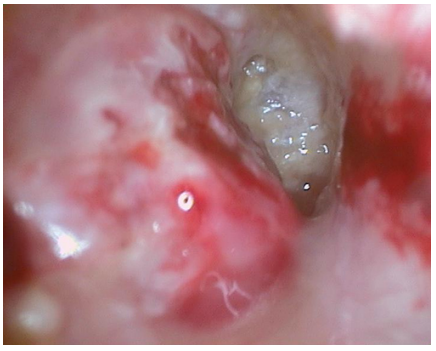
Fonte: Adaptado de Brasil, 2016; Ellis, 2025; Global Initiative for Asthma, 2025; Keswani, Holbrook, 2025; Sakano *et al.*, 2017; Sawicki; Haver, 2023; Sovinski, 2022; Wald, 2024.

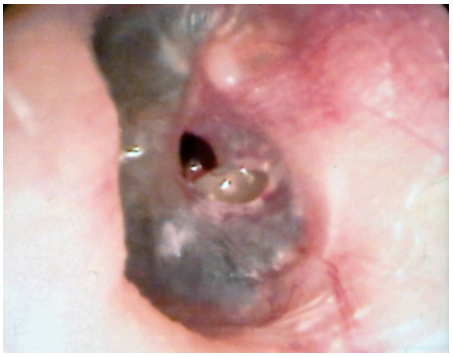
9.3 Otalgia

A otalgia é uma das principais queixas entre crianças avaliadas na APS. Trata-se de uma condição multifacetada e pode ser dividida entre otalgia primária, quando esta origina-se diretamente de uma patologia do ouvido, e otalgia secundária, quando a dor referida é originada em outra

estrutura anatômica. A avaliação deve incluir uma coleta de dados e um exame físico detalhados (Greenes, D., 2024; Coulter, J., Hohman, M. H., Kwon, E., 2024).

Quadro 30 - Identificação das principais alterações à otoscopia

ACHADO NA OTOSCOPIA	SINAIS/SINTOMAS	ALTERAÇÃO
	Membrana timpânica (MT) translúcida e canal auditivo sem alterações	-	Exame físico normal
	Conduto auditivo doloroso, inflamado e eritematoso, podendo estar parcialmente ocluído por resíduos inflamatórios Pode haver mínimo eritema em MT, mas sem abaulamento ou retração	Dor e/ou prurido no ouvido, geralmente sem febre; Aumento da dor à mobilização do pavilhão auricular e palpação do tragus.	Otite externa

 	Abaulamento da membrana timpânica geralmente associado a hiperemia e diminuição de translucidez Otorreia purulenta pode estar presente	Otalgia leve a muito intensa com início súbito, podendo ocorrer febre e otorreia.	Otite média aguda (OMA)
	Perfuração da membrana timpânica	Ocorre em decorrência de OMA ou otite média crônica, pode apresentar otorregia purulenta e gerar perda auditiva.	Comum em otite média crônica ou decorrente de perfuração traumática.
	Cerúmen impactado	O acúmulo de cerúmen geralmente é assintomático, porém, se impactado, pode ocasionar perda auditiva, otalgia, sensação de	O cerúmen é identificado pela inspeção visual do canal auditivo durante avaliação otoscópica.

	ouvido tapado, prurido, tosse, tontura, vertigem e/ou zumbido.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023; Limb, C. J.; Lustig, L. R.; Durand, M. L., 2024; Tähtinen, P.; Frost, H. M., 2024; Wald, E., 2024.

Quadro 31 - Manejo da otalgia

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Dor (grau): Risco/ Presença de infecção; Presença de inflamação; Audição prejudicada. Capacidade para ouvir, reduzida	**CIPE**
H01 Dor de ouvidos H02 Problemas de audição H04 Secreção ouvido H05 Hemorragia ouvido H29 Outros sinais/sintomas ouvido H70 Otite externa H71 Otite média aguda/miringite H74 Otite média crónica H80 Malformações congénitas ouvido H81 Cerúmen ouvido em excesso	**CIAP**

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Otite média aguda (OMA)	- Menores de 2 meses, encaminhar para avaliação médica. - Acima de 2 meses, prescrever analgésicos se dor ou febre: **Abaixo de 35kg**

	- Paracetamol* 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 2 meses). OU - Dipirona** 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 3 meses ou com menos de 5 kg). OU - Ibuprofeno 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 8 horas (máx. 40 mg/kg/dia) por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas (não prescrever para menores de 6 meses). **OBS: O uso de ibuprofeno é contraindicado em casos de suspeita de arboviroses.** **Acima de 35 kg** - Paracetamol 500 mg, 1 comprimido, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Dipirona 500 mg, 1 a 2 comprimidos, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Ibuprofeno 300 mg, 1 comprimido a cada 8 horas (não prescrever para menores de 6 meses). **Observação: O uso de ibuprofeno é contraindicado em casos de suspeita de arboviroses.** - Em crianças que não apresentam risco aumentado de

	infecção grave (ver abaixo), complicações e/ou OMA recorrente, sugerimos observação inicial com controle da dor em vez de antibioticoterapia imediata (Grau 2A). Os sintomas agudos de OMA geralmente se resolvem em três dias. - Programar reavaliação em 48h. - Orientar detalhadamente sinais de piora e/ou alarme, onde buscar atendimento em caso de necessidade. - Encaminhar para avaliação médica imediata se: - Criança <2 anos; - Temperatura elevada ≥39°C; - Dor intensa que não melhora com analgesia; - Abaulamento acentuado da MT (mais provável de ter - etiologia bacteriana); - Otorreia, indicando perfuração da MT; - OMA bilateral; - Sintomas persistindo por mais de 48 horas; - Quadros de OMA recorrentes. - Orientar cuidados para evitar recorrência de infecções de ouvido em crianças: manter calendário vacinal atualizado, incentivar o aleitamento materno e orientar o posicionamento correto (45º), evitar fumaça de tabaco, e reduzir a exposição a outras crianças com infecções respiratórias.
Otite externa aguda (OEA)	- Se dor ou febre: **- Menores de 2 meses**, encaminhar para avaliação médica. **- Acima de 2 meses**, prescrever analgésicos se dor ou febre:

	Abaixo de 35 kg - Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 2 meses). OU - Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 3 meses ou com menos de 5 kg). OU - Ibuprofeno 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 8 horas (máx. 40 mg/kg/dia) por até 3 dias, com reavaliação em 48 horas (não prescrever para menores de 6 meses). **OBS: O uso de ibuprofeno é contraindicado em casos de suspeita de arboviroses.** **Acima de 35kg** - Paracetamol 500 mg, 1 comprimido, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Dipirona 500 mg, 1 a 2 comprimidos, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Ibuprofeno 300 mg, 1 comprimido a cada 8 horas

	(não prescrever para menores de 6 meses). **OBS: O uso de ibuprofeno é contraindicado em casos de suspeita de arboviroses.** - Durante o quadro de OEA, orientar: - Evitar natação e outros esportes aquáticos por 7 a 10 dias; - Evitar banhos de imersão e, durante banhos de chuveiro, cuidar para que não entre água no canal auditivo; - Evitar fones de ouvido, aparelhos auditivos e dispositivos semelhantes. Além disso, esses dispositivos devem ser desinfetados antes de serem reutilizados. - Visando a prevenção de novos quadros de OEA, orientar não manipular e/ou limpar excessivamente o canal auditivo (principalmente o uso frequente de cotonetes) e evitar o acúmulo de água e/ou umidade frequente do canal auditivo. - Encaminhar para avaliação médica.
Cerúmen impactado	- O acúmulo de cerúmen geralmente é assintomático. No entanto, quando impactado, pode levar a um ou mais dos seguintes sintomas: diminuição da acuidade auditiva, otalgia, plenitude auricular, prurido local, tontura e/ou zumbido. - Desencorajar o uso de cotonetes para limpeza do canal auditivo. Aparelhos auditivos, fones de ouvido intra-auriculares, protetores auriculares e moldes de natação também obstruem o canal auditivo e, com o uso prolongado, contribuem para o acúmulo de cerúmen. - Não há indicação de remoção rotineira de cerúmen em pacientes assintomáticos. - Caso a criança apresente sintomas e/ou seja visualizada

	a impactação de cerúmen durante a otoscopia, prescrever: **Menores de 3 anos:** - Uso de óleo mineral - aplicar 5 gotas a cada 8 horas no ouvido afetado durante 3 a 5 dias. Reavaliação logo após a finalização do tratamento. **Maiores de 3 anos:** - Hidroxiquinolina 0,4mg/ml + Trolamina 140 mg solução otológica - aplicar 5 gotas a cada 8 horas no ouvido afetado durante 3 a 5 dias. A aplicação deve ser feita com a criança deitada com o ouvido afetado para cima. Esta posição deve ser mantida por 5 minutos para facilitar a penetração do produto. Reavaliação logo após a finalização do tratamento. - A irrigação do ouvido só deve ser considerada quando o uso de ceruminolíticos não apresentar o resultado esperado. Além disso, revisões sistemáticas constataram que o uso de um ceruminolítico pode melhorar o sucesso da irrigação subsequente. - Salienta-se que de acordo com o Parecer nº 005/2019/COFEN, é legítima a realização de Lavagem Auricular pelo Enfermeiro, desde que seja capacitado e possua treinamento técnico. - Encaminhar para avaliação médica se necessário.

Fonte: Conselho Federal de Enfermagem, 2019; Dinces, 2025; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023; Messner, 2024; Tähtinen; Frost, 2024.
*Atentar risco de hepatopatias e história pregressa de problemas hepáticos (contraindicado).
**Atentar risco de doenças hematológicas e história pregressa de problemas sanguíneos (contraindicado).

9.4 Febre

A febre representa uma das queixas mais frequentes nas consultas de saúde da criança.

Apesar de não haver um consenso para sua definição, a febre apresenta-se como um sinal clínico, indicando uma elevação anormal da temperatura corporal decorrente da elevação do ponto de termorregulação. Quando aferida por temperatura axilar, considera-se febre como uma temperatura igual ou superior a 37,5°C (correspondendo a 38°C quando medida por temperatura oral ou retal) (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2025; Ward; Wallace, 2025).

Febre é um sinal de doença subjacente cuja causa deve ser avaliada, principalmente se a criança apresentar sinais e sintomas associados ou no caso de febre persistente (Ward; Wallace, 2025). O uso de antitérmicos em crianças é indicado quando a febre está associada a desconforto evidente (choro intenso, irritabilidade, redução da atividade, redução do apetite, distúrbio do sono). O uso alternado ou associado de antitérmicos não é recomendado, pois pode confundir os cuidadores e aumentar o risco de superdosagem, além de não trazer nenhum benefício em relação à monoterapia. (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2025).

Quadro 32 - Manejo da febre

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Febre Febre, aumentada Febre, reduzida	**CIPE**
A03 Febre	**CIAP**

CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	PRINCIPAIS MEDICAMENTOS
- Orientar o uso de roupas leves e banhos mornos na criança; - Ofertar ingesta hídrica (água e outros líquidos) conforme demanda e em horários regulares; - Orientar o repouso da criança; - Orientar cuidadores que, apesar de a febre ser um sinal de alerta, a mesma é, na maioria das vezes, é um mecanismo de defesa, pois significa que o sistema imunológico está ativo e combatendo uma possível infecção viral ou bacteriana; - Orientar sinais de gravidade: dificuldade para	- Se temperatura axilar ≥ 37,5ºC e desconforto, prescrever as medicações abaixo: **Abaixo de 35kg** - Paracetamol* 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 2 meses). OU - Dipirona** 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose

mamar ou ingerir líquidos, letargia ou alteração do estado de consciência, choro intenso e/ou irritabilidade persistente, palidez ou cianose, taquipnéia ou hipoventilação, taquicardia, má perfusão periférica, abaulamento de fontanelas.	a cada 6 horas (não prescrever para menores de 3 meses ou com menos de 5 kg). OU - Ibuprofeno*** 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose de 8/8 horas (não utilizar em crianças menores de 6 meses). **Acima de 35kg** - Paracetamol* 500 mg, 1 comprimido, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Dipirona** 500 mg, 1 a 2 comprimidos, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Ibuprofeno 300 mg, 1 comprimido a cada 8 horas (não prescrever para menores de 6 meses).

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2025; Smitherman; Macias; Mahajan, 2025; Ward; Wallace, 2025.

*Atentar risco de hepatopatias e história pregressa de problemas hepáticos (contraindicado).
**Atentar risco de doenças hematológicas e história pregressa de problemas sanguíneos (contraindicado).
***Não utilizar em suspeita de arbovirose.

9.5 Gastroenterite

A gastroenterite é caracterizada como uma síndrome clínica com o aumento na frequência de evacuações de consistência solta, podendo ser acompanhadas ou não de vômitos, febre ou dor

abdominal. Esse aumento pode ser exemplificado por casos em que ocorrem três ou mais evacuações soltas ou aquosas em um período de 24 horas, ou quando o número de evacuações supera em dois ou mais o número diário habitual. Geralmente, essa condição persiste por menos de uma semana, não ultrapassando duas. As causas mais comuns envolvem infecções por vírus, bactérias e parasitas, embora também possam existir causas não infecciosas que apresentem sintomas semelhantes (Ryan e Edwards, 2025). A diarreia é considerada persistente ou crônica quando se prolonga por mais de 14 dias. Já a diarreia recorrente refere-se a episódios que retornam após uma semana sem sintomas (Ryan e Edwards, 2025).

As complicações da gastroenterite viral aguda incluem: hipovolemia/desidratação podendo levar ao choque, disfunções multiorgânicas e mortes; distúrbios hidroeletrolíticos com distúrbios de base como hipernatremia, hiponatremia, hipocalemia e acidose metabólica; e dermatite das fraldas (Ryan e Edwards, 2025).

Os quadros abaixo auxiliam na avaliação do nível de desidratação da criança e conduta clínica do enfermeiro.

Quadro 33 - Classificação segundo o grau de desidratação

Etapas	A Sem DESIDRATAÇÃO	B Com DESIDRATAÇÃO	C Com DESIDRATAÇÃO GRAVE
OBSERVE			
Estado geral	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente
Fontanela anterior	Sem alteração	Funda	Marcadamente funda
Olhos	Sem alteração	Fundos	Fundos
Lágrimas (bebês)	Presentes	Diminuídas	Ausentes
Boca/língua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
Sede	Sem sede	Sedento, ingesta hídrica rápida e ávida	Incapaz de realizar ingesta hídrica
EXPLORE			
Produção de urina	Sem alteração	Reduzido	Anúria
Turgor da pele	Sem alteração	Reduzido	Muito reduzido (> 2

			segundos)
Pulso	Sem alteração	Rápido	Rápido* e fraco ou ausente
Respiração	Sem alteração	Profunda	Profunda e taquipneico ou diminuído a ausente
Perda de peso	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
APOIO À TOMADA DE DECISÃO			
Classificação	Sem sinal de desidratação	Se apresentar 2 ou mais sinais: com desidratação	Se apresentar 2 ou mais sinais, sendo ao menos 1 dos destacados: desidratação grave

Fonte: Adaptado de TelessaúdeRS-UFRGS, 2023, Brasil, 2023; Ryan e Edwards, 2025.

* Taquicardia pode ser o primeiro sinal de choque hipovolêmico em bebês.

A elevação da temperatura tende a ser maior em infecções extraintestinais ou gastroenterite bacteriana (Ryan e Edwards, 2025). Nesse sentido, investigar e tratar outras possíveis causas, por exemplo, pneumonia, otite, amigdalite, faringite, infecção urinária (Ministério da Saúde, 2023).

Temperatura corporal:

≥38°C em crianças <3 meses;
≥39°C em crianças ≥3 meses.

Quadro 34 - Condutas conforme o grau de desidratação em crianças

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Diarreia Vômito Risco de desidratação Desidratação (grau) Ingestão de líquidos, insuficiente Ingestão de líquidos, prejudicada Risco de baixo peso	**CIPE**
T11 Desidratação D09 Náusea	**CIAP**

D10 Vômito D11 Diarreia D70 Infecção gastrointestinal D73 Gastroenterite, presumível infecção	

CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A	B	C
Sem DESIDRATAÇÃO	Se 2 ou + sintomas: DESIDRATAÇÃO	2 ou + sintomas, sendo ao menos 1 dos destacados no qudro 33: DESIDRATAÇÃO GRAVE
- Crianças menores de 1 ano: 50 a 100 ml Sal de Reidratação Oral (SRO) após cada perda hídrica, ofertar outros líquidos conforme aceitação; - Crianças maiores de 1 ano: 100 a 200 ml SRO após cada perda hídrica e conforme aceitação: - **Se vômito:** aguardar 10 minutos e depois continuar mais lentamente. - Amamentar a criança com maior frequência e por maior duração; - Estimular crianças em aleitamento exclusivo, para evitar desidratação pode-se receber SRO além do leite materno; - Estimular crianças em aleitamento misto ou desmamadas a tomar líquidos caseiros (água, chá, suco, água de coco, sopas), ou SRO, após cada evacuação diarreica e episódio de vômito, em pequenas quantidades e em maior frequência; - Não utilizar refrigerantes e de preferência não adoçar chás ou sucos; - Ofertar ingesta hídrica	- Recomenda-se que, durante o processo de hidratação, a criança permaneça em observação na Unidade de Saúde, a fim de monitorar a aceitação da via oral; - O aleitamento materno pode ser mantido, se for tolerado. A alimentação habitual deve ser reiniciada após a fase de reidratação; - Prescrever SRO: **Crianças (<13 anos):** - **Até 10 kg:** 130 mL/kg/dia (32mL/kg nas primeiras 6 horas) - **Acima de 10 kg a 20 kg:** 100 mL/kg/dia (25mL/kg nas primeiras 6 horas); - **Acima de 20 kg:** 80 mL/kg/dia (20mL/kg nas primeiras 6 horas). - **Acima de 13 anos:** 60mL/kg/dia. - Administrar SRO continuamente e de forma lenta para evitar vômitos, até desaparecimento dos sinais de desidratação; - Reavaliar a criança, constantemente, pois o Plano B termina quando desaparecem os sinais de	- Puncionar acesso venoso calibroso e solicitar avaliação médica imediata; - Iniciar a reidratação oral concomitante a soroterapia, assim que a criança puder ingerir líquidos; - Interromper a soroterapia, quando a criança for capaz de ingerir o SRO em quantidade suficiente para se manter hidratada; - Em situação de não melhora do quadro, transferir a criança o mais rapidamente possível, para serviço de maior densidade tecnológica.

superior ao habitual; - Manter alimentação habitual para prevenir desnutrição; - Em situações nas quais não há acesso à água potável para o consumo, recomenda-se fervura da água durante 20 minutos ou tratamento com duas gotas de hipoclorito de sódio para cada litro de água; - Forneça orientação sobre o preparo do SRO: **Crianças (<13 anos):** - **Até 10 kg:** 130 mL/kg/dia (32mL/kg nas primeiras 6 horas) - **Acima de 10 kg a 20 kg:** 100 mL/kg/dia (25mL/kg nas primeiras 6 horas); - **Acima de 20 kg**: 80 mL/kg/dia (20mL/kg nas primeiras 6 horas). - **Acima de 13 anos:** 60mL/kg/dia. - Orientar medidas de higiene pessoal e domiciliar, com lavagem adequada das mãos, tratamento da água intradomiciliar e higienização dos alimentos; - Solicitar que a criança retorne à unidade caso não obtenha melhora em 24-48 horas ou apresente algum sinal de perigo, como: piora da diarréia, vômitos repetidos, sede excessiva, recusa de alimentos, sangue nas fezes e diminuição da diurese.	desidratação, a partir de quando se deve adotar ou retornar ao Plano A; - Reavaliar a cada 30 minutos a 1 hora e estar atento a sinais de gravidade; - Se o paciente desidratado, durante o manejo do PLANO B, apresentar vômitos persistentes, administrar uma dose de ondansetrona: - **Maiores de 2 anos a 10 anos (até 30 kg):** 4 mg; **- Adultos e crianças com mais de 10 anos (mais de 30 kg):** 8 mg **- Crianças de 6 meses a 2 anos, encaminhar para consulta médica.** - Crianças que evoluem com piora ou não da resposta ou com doenças graves associadas, principalmente com alteração do sensório, devem receber hidratação venosa e receber avaliação médica imediata.	

Fonte: Adaptado de Brasil, 2026; Telessaúde, 2023; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023.

9.6 Parasitoses intestinais

As helmintíases transmitidas pelo solo representam um grande desafio para a saúde pública

em escala global, sendo provocadas por parasitas intestinais como *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Necator americanus* e *Ancylostoma duodenale*, cuja transmissão ocorre por meio da contaminação fecal do solo. (SBP, 2020). Os helmintos, conhecidos por serem parasitas multicelulares, possuem ciclos de vida complexos que envolvem etapas dentro e fora dos hospedeiros humanos. O uso de medicamentos anti-helmínticos é amplamente difundido, tanto no manejo de condições sintomáticas como em iniciativas de tratamento preventivo, em regiões onde as infecções e doenças causadas por esses parasitas são altamente prevalentes (Weller, 2026).

Desde 2016, o Brasil passou a não ser mais considerado uma área endêmica, deixando de requerer a administração coletiva de medicamentos anti-helmínticos (SBP, 2020).

Quadro 35 - Manejo de parasitoses intestinais

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Risco de infecção; Dor abdominal; Presença de Diarreia; Desconforto abdominal aumentado; Risco de asfixia. Parasita	**CIPE**
D96 Lombrigas /outros parasitas D01 Dor abdominal generalizada/cólicas D09 Náusea D10 Vômito D11 Diarreia D12 Obstipação D13 Icterícia D14 Hematêmese/vômito sangue D15 Melena D19 Sinais/sintomas dentes gengivas	**CIPE**

QUEIXAS MAIS COMUNS	SINAIS DE GRAVIDADE	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
- Prurido anal; - Presença de vermes em fezes ou roupas íntimas; Presença de cistos (ovos) visíveis em fezes ou roupas íntimas; - Dor abdominal, afastados sinais de alerta/gravidade; Diarreia intermitente não relacionada com a alimentação.	- Distensão abdominal; - Dor abdominal intensa associada a helmintose; Diarreia persistente; - Helmintos saindo de cavidade nasal; - Queixas de verminose em crianças menores de 1 ano.	- Orientar acerca da importância das medidas de higiene com alimentos crus e consumo de alimentos bem cozidos; - Orientar consumo de água filtrada ou tratada; - Em situações nas quais não há acesso à água potável para o consumo, recomenda-se

		fervura da água durante 20 minutos ou tratamento com duas gotas de hipoclorito de sódio para cada litro de água; - Orientar a higiene frequente das mãos e manter as unhas bem aparadas; - Solicitar exame parasitológico de fezes (EPF): recomenda-se a avaliação de múltiplas fezes (três amostras em um período de 10 dias); - Tratamento medicamentoso conforme quadro 36; - Tratar todos os contatos domiciliares*; - Encaminhar para avaliação médica crianças menores de um ano e/ou criança de qualquer idade na presença de sinal de gravidade.

Fonte: adaptado de Telessaúde, 2024; Gusso *et al.,* 2019; Florianópolis, 2018; Milner, 2026.

*A prescrição deve ser no nome do familiar para o qual se destina a medicação, com registro em prontuário sobre a fonte dos sinais/sintomas.

O tratamento com medicamentos anti-helmínticos é recomendado para todas as pessoas com infecção por *Ascaris*, incluindo aqueles que não apresentam sintomas (Leder, Weller, Reddy, 2025). Os esquemas de tratamento de acordo com o parasita são apresentados no quadro a seguir:

Quadro 36 - Tratamento conforme a parasitose intestinal

Parasita (doença)	Medicamento	Dosagem
Ascaris lumbricoides **(ascaridíase)**	Albendazol Suspensão 40 mg/mL Comprimidos 200 mg ou 400 mg	1 ano a < 2 anos: 200 mg, dose única; ≥ 2 anos: 400 mg, dose única.
	Ivermectina* Comprimidos 6 mg	≥15 kg: 0,2 mg/kg, dose única.
	Mebendazol** Suspensão 100 mg/5 mL	500 mg dose única ou

	Comprimidos 100 mg	100 mg 2x/dia, por 3 dias.
Giardia lamblia **(giardíase)**	Albendazol Suspensão 40 mg/mL Comprimidos 200 mg ou 400 mg	10 a 15 mg/kg/dia, 1x/dia, por 5 dias. (máximo: 400 mg/dia)
	Mebendazol** Suspensão 100 mg/5 mL Comprimidos 100 mg	200 mg, 3 vezes ao dia, por 5 dias.
	Metronidazol Suspensão 40 mg/mL Comprimidos 250 mg, 400 mg ou 500 mg	5 mg/kg/dose, 3 vezes ao dia, por 5 a 7 dias. (máximo: 750 mg/dia)
Trichuris trichuria **(tricuríase)**	Albendazol Suspensão 40 mg/mL Comprimidos 200 mg ou 400 mg	400 mg, dose única.
	Ivermectina* Comprimidos 6 mg	≥15 kg: 0,2 mg/kg, dose única.
	Mebendazol** Suspensão 100 mg/5 mL Comprimidos 100 mg	100 mg, 2 vezes ao dia, por 3 dias.
Ancylostoma duodenale **(ancilostomíase)**	Albendazol Suspensão 40 mg/mL Comprimidos 200 mg ou 400 mg	1 ano a < 2 anos: 200 mg, dose única; ≥ 2 anos: 400 mg, dose única.
	Mebendazol** Suspensão 100 mg/5 mL Comprimidos 100 mg	100 mg, 2 vezes ao dia, por 3 dias.
Strongyloides stercoralis **(estrongiloidíase)**	Albendazol Suspensão 40 mg/mL Comprimidos 200 mg ou 400 mg	400 mg/dia, por 3 dias.
	Ivermectina* Comprimidos 6 mg	≥15 kg: 0,2 mg/kg, dose única ou por 2 dias.
Enterobius vermicularis **(enterobíase/oxiuríase)**	Albendazol Suspensão 40 mg/mL Comprimidos 200 mg ou 400 mg	1 ano a < 2 anos: 200 mg dose única, repetir em 14 dias; ≥ 2 anos: 400 mg dose única, repetir em 14 dias.

	Ivermectina* Comprimidos 6 mg	≥15 kg: 0,2 mg/kg, repetir em 14 dias.
	Mebendazol Suspensão 100 mg/5 mL Comprimidos 100 mg	100 mg, 2 vezes ao dia, por 3 dias, repetir em 14 dias.
Taenia solium ***Taenia saginata*** **(teníase)**	Albendazol Suspensão 40 mg/mL Comprimidos 200 mg ou 400 mg	< 10kg: 200 mg/dia, por 3 dias; ≥ 10kg: 400 mg/dia, por 3 dias.
Entamoeba histolytica **(amebíase)**	Metronidazol Suspensão 40 mg/mL Comprimidos 250, 400 ou 500 mg	16 mg/kg/dose, 3 vezes ao dia por 7 a 10 dias. (máximo: 2.250 mg/dia)

Fonte: Adaptado do TelessaúdeRS-UFRGS, 2023, adaptado de Duncan *et al*. 2022, Meija, 2026.

*A ivermectina não deve ser administrada em crianças menores de 2 anos ou menores de 15kg.

9.7 Queixas oculares

A identificação de queixas oculares envolve a realização de triagem visual periódica, com o objetivo de detectar ambliopia, estrabismo e outras alterações de visão. A avaliação de sintomas e da acuidade visual na prática clínica é indicada, conforme descrito a seguir.

Quadro 37 - Manejo das principais queixas oculares

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Visão prejudicada; Capacidade visual diminuída Desconforto aumentado; Presença de inflamação; Presença de infecção.	CIPE
F01 Dor no olho F02 Olho vermelho F03 Secreção ocular F29 Outros sinais/sintomas oculares F70 Conjuntivite infecciosa F71 Conjuntivite alérgica F72 Blefarite/hordéolo/calázio F73 Outras infecções/inflamações oculares F80 Obstrução canal lacrimal criança	CIAP

F81 Outras malformações congênitas do olho F95 Estrabismo	

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Conjuntivite infecciosa	Olho vermelho associado à secreção, hiperemia bulbar e/ou peripalpebral; Sintomas oculares de fotofobia, dor, lacrimejamento, alteração da acuidade visual: ausentes ou leves; Suspeitar de bacteriana na presença de secreção abundante, e viral, caso apresente-se sem secreção importante. Oftalmia neonatal é uma conjuntivite, de qualquer etiologia, que se manifesta nos primeiros trinta dias de vida do recém-nascido e pode variar desde discreta hiperemia com presença de pouca secreção até perfuração ocular com consequente cegueira irreversível.	Higienizar com soro fisiológico 0,9%. Utilizar gaze ou algodão embebido. A maioria dos casos de conjuntivite, mesmo bacteriana, resolve-se sem necessidade de antibioticoterapia tópica. Reforçar boas práticas de higiene ocular e evitar o compartilhamento de objetos pessoais, além de orientar os responsáveis sobre a importância da lavagem regular das mãos e da limpeza de brinquedos e superfícies para prevenir novas transmissões. Oftalmia neonatal e quadros graves de conjuntivite sem resposta após 5 dias de higiene com soro fisiológico, devem ser encaminhados para avaliação médica. Por conta do risco de transmissibilidade, é prudente que a criança não frequente a escola enquanto estiver com presença de secreção ocular.
Hordéolo	Infecção das glândulas palpebrais, também conhecido como terçol.	**Abaixo de 35kg** - Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 2 meses). OU - Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 3 meses ou com menos de 5 kg). **Acima de 35kg** - Paracetamol 500 mg, 1 comprimido, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Dipirona 500 mg, 1 a 2 comprimidos,

		a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. Higienizar com soro fisiológico 0,9%. Aplicar compressas mornas com gaze estéril por 10-15 minutos, 2-4 vezes ao dia. Explicar que o desaparecimento pode demorar semanas. Se não houver resposta ao tratamento proposto ou aparecimento de infecção secundária, encaminhar para avaliação médica.
Blefarite	Inflamação crônica das margens palpebrais levando a olho seco e irritação ocular.	Higienizar com soro fisiológico 0,9%; Aplicar compressas mornas 2-3 vezes ao dia para o amolecimento das crostas. Remover crostas com auxílio de pano macio limpo (tecido tipo fralda) ou gaze; Solicitar avaliação médica se não houver melhora do quadro.
Iridociclie (Uveíte)	Olho vermelho sem história de trauma, sem secreção, com hiperemia pericorneana. Fotofobia, dor, lacrimejamento moderados a intensos. Alteração da acuidade visual ausente ou discreta. Opacidade da córnea e pupilas mióticas.	A uveíte infecciosa mais comum ocorre em decorrência da toxoplasmose. Todo recém-nascido de mãe com infecção aguda na gestação ou com IgM positivo no teste neonatal deve realizar exame de fundo de olho. Encaminhar à avaliação médica com urgência.

Fonte: Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica, 2024; Farias *et al.*, 2024; Florianópolis, 2018; Brasil, 2016; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2025.

9.7.1 Triagem oftalmológica

A visão da criança passa por várias mudanças após o nascimento, com o aprimoramento gradual de funções visuais mais complexas. Os principais marcos do desenvolvimento visual podem ser vistos a seguir.

Quadro 38 - Marcos do desenvolvimento visual

1 mês	Presença de fixação visual

2 meses	Desenvolvimento de movimentos oculares verticais
3 meses	Capacidade de seguir objetos e realizar movimentos sacádicos
6 meses	Coordenação de movimentos oculares, alinhamento ocular e habilidade de alcançar objetos
9 meses	Reconhecimento de faces e expressões

Fonte: Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica, 2024.

A avaliação do risco visual deve ser realizada oportunamente nas consultas de puericultura (Coats, 2026). Para crianças menores de três anos de idade, deve-se avaliar comportamento visual em vez da acuidade visual. Em crianças menores de 5 anos, a avaliação do risco visual deve ser realizada em todas as consultas de acompanhamento, com triagem visual, se necessário encaminhamento, conforme a lista de indicações a seguir. Para crianças maiores, a acuidade visual deve ser avaliada aos 5, 6, 8, 10, 12 e 15 anos.

As indicações para encaminhamento a um oftalmologista devem seguir os critérios estabelecidos nos Protocolos de Regulação Estadual da Secretaria Estadual da Saúde RS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, TelessaúdeRS, 2022).

9.7.2 Avaliação da acuidade visual a partir da utilização do Teste de Snellen

O Teste de Snellen consiste em uma avaliação inicial que busca identificar a existência de problemas de refração, que necessitarão de encaminhamento ao oftalmologista. É realizado utilizando a escala de sinais de Snellen, conforme quadro abaixo:

Quadro 39 - Avaliação da acuidade visual por meio da Escala de Snellen

Preparo do local	- O local deve ser calmo, bem iluminado e sem ofuscamento; - A Escala de Sinais de Snellen deve ser colocada em parede a uma distância de cinco metros da pessoa a ser examinada; - As linhas de optótipos (símbolos presentes na escala de Snellen) devem estar situadas ao nível dos olhos do examinado.
	- Explicar e demonstrar o procedimento; - Deve-se colocar a pessoa próxima à Escala de Sinais de Snellen e pedir-lhe que indique a direção para onde está

Preparo para a aplicação do teste	voltado cada optótipo; - Ensinar o examinado a cobrir o olho sem comprimi-lo e lembrá-lo que, mesmo sob o oclusor, cobrindo um dos olhos durante a avaliação, os dois olhos devem ficar abertos.
Aplicação da técnica	- A pessoa que usar óculos para longe deve mantê-los durante o teste; - Os optótipos podem ser mostrados com um objeto que aponte; - Para apontar o símbolo a ser visto, deve-se colocar o objeto em posição vertical passando-o em cima e repousando abaixo do símbolo; - Mover com segurança e ritmicamente o objeto de um símbolo para outro; - Iniciar pelo olho direito; - O exame deve ser iniciado com os optótipos maiores, continuando a sequência de leitura até onde a pessoa consiga enxergar sem dificuldade. Utilizar a mesma conduta para medir a acuidade visual no olho esquerdo; - ATENÇÃO: anotar sempre os resultados do olho direito, antes de iniciar o teste no olho esquerdo; - Mostrar pelo menos dois símbolos de cada linha. Se o usuário tiver alguma dificuldade numa determinada linha, mostrar um número maior de sinais da mesma linha. Caso a dificuldade continue, voltar à linha anterior; - Todas as crianças que não atingirem 0,7 devem ser retestadas. Valerá o resultado em que a medida da acuidade visual foi maior. É muito comum um erro significativo na primeira medida; - Se a pessoa examinada não conseguir identificar corretamente os optótipos maiores, ou seja, os optótipos da 1ª linha da escala de Snellen, deverá ser anotada Acuidade Visual (AV) como < 0,1.

Fonte: Brasil, 2016.

9.8 Alterações da cavidade oral

Lesões em tecidos moles da cavidade oral podem representar achados esperados do desenvolvimento infantil ou indicar condições que requerem atenção ampliada, como suspeitas de agravos sistêmicos ou situações de violência (Keels, 2024).

A principal recomendação para a prevenção de cárie dentária, periodontite, gengivite e halitose é a promoção ativa da higiene bucal. Esta deve ser abordada sempre que possível, através

do estímulo à escovação com creme dental fluoretado e uso de fio dental (ver capítulo 8 - Atenção à saúde bucal), redução da ingestão de alimentos e bebidas ricos em açúcar, cessação do tabagismo e incentivo à avaliação odontológica preventiva (Chow, 2024). Além disso, é recomendado que todas as crianças sejam encaminhadas para uma avaliação odontológica aos 12 meses ou próximo desta idade (Nowak; Warren, 2025).

A seguir, são descritas as alterações de cavidade oral mais frequentemente observadas no contexto da APS.

Quadro 40 - Alterações da cavidade oral

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Risco/presença de infecção; Risco/presença de inflamação; Alimentação prejudicada; Dor; Higiene da cavidade oral prejudicada; Condição oral (bucal), prejudicada.	**CIPE**
D19 Sinais/sintomas dentes gengivas D20 Sinais/sintomas boca/língua/lábios D82 Doença dentes/gengivas D83 Doença boca/língua/lábios	**CIAP**

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Anquiloglossia (língua presa)	Condição de mobilidade limitada da língua causada por um frênulo lingual restritivo. Está presente em cerca de 4 a 7% dos recém-nascidos e pode ser detectada precocemente através do “teste da linguinha”. Pode acarretar em dificuldades na amamentação, alterações articulares e, na adolescência, constrangimento social devido à restrição do movimento da língua.	Verificar se houve a realização do teste da linguinha e, em caso contrário, encaminhar para o serviço responsável pela realização o mais precocemente possível. Obs: O "teste da linguinha" é obrigatório para todos os recém-nascidos em hospitais e maternidades desde 2014, conforme a Lei Federal nº 13.002/2014. Avaliar, em todas as oportunidades, se a criança está apresentando alguma dificuldade na amamentação que pode estar relacionada à anquiloglossia. Encaminhar para avaliação odontológica na suspeita de anquiloglossia ou se houver

		alterações no teste da linguinha.
Ulcerações aftosas (aftas)	Lesões orais dolorosas que se apresentam como úlceras localizadas, superficiais, redondas a ovais, com exsudato central amarelado e aderente. A estomatite aftosa recorrente é a causa mais comum, caracterizada pelo desenvolvimento repetido de uma ou várias úlceras, que geralmente cicatrizam em 7 a 14 dias.	Se dor: Menores de 2 meses, encaminhar para avaliação médica. Acima de 2 meses, prescrever: **Abaixo de 35kg** - Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 2 meses). OU - Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 3 meses ou com menos de 5 kg). **Acima de 35kg** - Paracetamol 500 mg, 1 comprimido, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Dipirona 500 mg, 1 a 2 comprimidos, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. Manter escovação e higienização oral; Manter higiene das mãos; Evitar alimentos condimentados; Verificar a necessidade de afastar a criança da escola/creche, considerando o risco de disseminação viral. Na presença de quadros recorrentes, encaminhar para avaliação médica e/ou odontológica.
Candidíase oral*	A candidíase orofaríngea pseudomembranosa (sapinho) é a forma mais	**Bebês <1 ano:** Prescrever Nistatina solução 100.000 UI/ml - aplicar 1 ml em cada lado da mucosa jugal (bochecha

	comum de candidíase orofaríngea. Caracteriza-se por placas brancas na mucosa oral, palato, língua ou orofaringe. Outra forma de candidíase oral é a queilite angular, que se caracteriza por fissuras dolorosas nos cantos da boca, sendo comum em crianças que costumam lamber os cantos da boca, criando um ambiente propício para a infecção por Candida. Bebês com candidíase oral podem apresentar-se assintomáticos ou recusar a alimentação devido à dor. Crianças maiores podem estar assintomáticas ou relatar sensação de 'algodão' na boca, alteração do paladar e, ocasionalmente, dor ao mastigar ou engolir.	interna), quatro vezes ao dia durante 7 a 14 dias. A aplicação pode ser realizada diretamente ou através de gaze. O tratamento é continuado por até dois a três dias após a resolução das lesões, o que geralmente ocorre em até duas semanas. **Crianças acima de 1 ano:** Prescrever Nistatina solução 100.000 UI/ml - 5 ml quatro vezes ao dia, durante 7 a 14 dias. A suspensão de nistatina deve ser bochechada e mantida na boca o máximo de tempo possível antes de engolir; a suspensão pode ser injetada diretamente na cavidade oral em crianças que não conseguem bochechar. **Cuidados para prevenir infecções e reinfecções:** - Mamadeiras, chupetas, copos, mordedores e brinquedos devem ser higienizados com água quente e sabão após cada uso; - Caso a mãe utilize bomba para tirar leite, todas as partes do aparelho que entram em contato com leite materno devem ser higienizadas com água quente e sabão; - Manter a higiene bucal e trocar a escova de dentes da criança conforme recomendação; - Nos casos em que a criança utilize inaladores de esteróides, deve-se orientar enxaguar a boca após cada aplicação da medicação. Nos casos de candidíase recorrente ou complicada, considerar testagem rápida para ISTs. Crianças expostas ao HIV devem ser avaliadas e testadas. Crianças imunocomprometidas, casos recorrentes, casos de candidíase oral moderada/grave e casos em que não houver resposta ao tratamento tópico devem ser encaminhados para consulta médica.

Cárie	Condição multifatorial, caracterizada pela desmineralização dos tecidos duros do dente (esmalte, dentina e, eventualmente, polpa).	Visando o início precoce dos cuidados preventivos e aconselhamento, incluindo avaliação de riscos odontológicos (cáries, má oclusão, etc) e orientação antecipatória sobre higiene dental, flúor, dieta, hábitos alimentares e hábitos orais, é recomendado que a primeira consulta odontológica ocorra por volta de um ano de idade. Sempre que oportuno, estimular hábitos de higiene oral adequados, escovação regular com pasta de dente fluoretada, uso de fio dental após cada refeição e redução da ingestão de açúcares na alimentação. No caso de adolescentes, também deve-se investigar tabagismo e estimular a cessação do hábito, quando houver. Na presença de sinais sugestivos de cárie dentária ou demais alterações, encaminhar para avaliação odontológica.

Fonte: Campbell; Palazi, 2025; Chow, 2024; Messner; Walsh, 2024; Telessaúde, 2019; Keels, 2024; Lodi, 2024; Lodi, 2025; Nowak, 2025; United States- Preventive Services Task Force, 2023.

*Atentar para suspeita de violência.

9.9 Lesões de pele

Lesões de pele representam uma das principais demandas no contexto da APS, abrangendo desde condições benignas e autolimitadas até manifestações iniciais de doenças sistêmicas, sendo que a maioria pode ser identificada e tratada no próprio nível primário de atenção. A avaliação sistemática da pele, com descrição adequada das lesões quanto à morfologia, distribuição e evolução, é fundamental para a identificação e manejo precoce (Tempark *et al*., 2022).

Quadro 41 - Manejo das principais lesões de pele

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Desconforto; Integridade da pele prejudicada; Dor cutânea; Presença de dermatite seborreica; Risco de infecção; Risco de alimentação prejudicada; Presença de eritema; Presença de exantema.	**CIPE**

Presença de inflamação Presença de infecção Pele prejudicada Cuidados com a pele, ineficaz.	
S01 Dor/sensibilidade dolorosa pele S02 Prurido S06 Erupção cutânea localizada S07 Erupção cutânea generalizada S08 Alterações da cor da pele S09 Infecção dos dedos das mãos/pés S10 Furúnculo/carbúnculo S11 Infecção pós-traumática da pele S12 Picada ou mordedura insecto S13 Mordedura animal/humana S14 Queimadura/escaldão S15 Corpo estranho na pele S16 Traumatismo/contusão S17 Abrasão/arranhão/bolhas S18 Laceração/corte S19 Outra lesão cutânea S21 Sinais/sintomas da textura da pele S24 Sinais/sintomas do cabelo/couro cabeludo S70 Herpes zoster S71 Herpes simplex S72 Escabiose/outras acaríases S73 Pediculose/outras infecções pele S74 Dermatofitose S75 Monilíase/candidíase pele S76 Outras infecções da pele S83 Lesões da pele congénitas, outras S84 Impétigo S86 Dermatite seborreica S87 Dermatite/eczema atópico S88 Dermatite contacto/alérgica S89 Eritema das fraldas	**CIAP**

TIPO DE LESÃO	AVALIAÇÃO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Dermatite seborreica do lactente 	Início nas primeiras semanas de vida. Ocorre em couro cabeludo, sobrancelhas, áreas flexoras, atrás das orelhas e regiões de fralda; Lesões: máculas e placas avermelhadas,	Em bebês, a dermatite seborreica tem curso autolimitado e se resolve espontaneamente, podendo durar de semanas a vários meses. - Medidas conservadoras para dermatite seborreica: Aplicação de um emoliente (vaselina, óleo vegetal, óleo mineral, óleo de bebê) no couro cabeludo

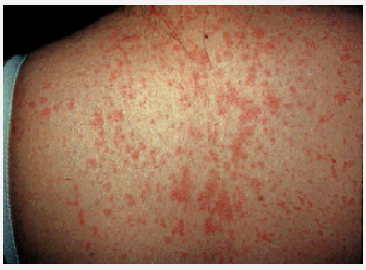
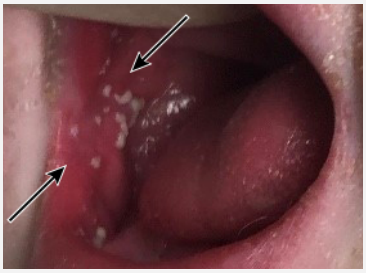
	bem delimitadas, úmidas, com ou sem fissura de pele. Pode haver crosta amarelada.	durante a noite para soltar as crostas, seguido pela remoção destas com uma escova macia (por exemplo, uma escova de dentes macia) ou pente fino. Considerar, em casos persistentes: - Hidrocortisona 1% creme 1x/dia por até 7 dias. Não exceder o tempo indicado de tratamento. - Reavaliar após 7 dias e/ou se necessário.
Miliária 	A miliária é uma doença vesiculopapular comum e transitória em recém-nascidos, especialmente em climas quentes, causada pelo acúmulo de suor em ductos sudoríparos écrinos obstruídos. A miliária rubra é o tipo mais comum, sendo caracterizada por pápulas eritematosas de 2 a 4 mm, papulovesiculares ou pustulares, sem base folicular e apresentando, frequentemente, eritema concomitante. A miliária pustulosa é uma variante incomum da miliária rubra, sendo relatada com mais frequência em neonatos.	O tratamento da miliária consiste em minimizar a exposição a fatores que estimulam a sudorese e a oclusão das glândulas sudoríparas écrinas. Essa abordagem inclui as seguintes medidas: - Orientar manter a criança em ambientes frescos; - Orientar uso de tecidos respiráveis (como algodão) que não obstruam a pele; - Prescrever, se dor ou febre: - Paracetamol 200 mg/ml, 1 gota/kg/dose de 6/6 horas; OU - Dipirona 500 mg/ml, 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas (não prescrever para menores de 3 meses ou com menos de 5 kg).
Dermatite de fraldas 	É a erupção cutânea mais comum em bebês, acometendo áreas que estão em contato direto com a fralda - nádegas, abdômen inferior, genitália e parte superior das coxas. Apresenta-se como pápulas eritematosas	Orientar medidas gerais: - Aumentar a frequência da troca de fraldas, mantendo a região limpa e seca; - Se possível, deixar a criança sem fraldas por alguns períodos no dia;

	ou placas, podendo estar associadas a áreas de maceração e/ou erosão. Pode evoluir para infecções secundárias por microrganismos, como é o caso da *C. albicans.* A dermatite associada à *C. albicans* geralmente acomete as áreas de dobras cutâneas.	- Priorizar limpeza suave com água morna e sabão neutro - alguns componentes de lenços umedecidos podem predispor a dermatite; - Não utilizar produtos como amido de milho e talco, pois representam risco respiratório; - Atentar para a dermatite de contato alérgica, que é desencadeada pelo contato com substâncias presentes nas fraldas descartáveis, podendo surgir após um período de sensibilização de 1 a 3 semanas. Mesmo após a retirada do agente causador, as lesões podem persistir por 2 a 4 semanas. - <u>Dermatite leve a moderada</u>: prescrever o uso de creme barreira com óxido de zinco a cada troca de fraldas. A aplicação tópica de leite materno também pode ser indicada, sendo que este tem se mostrado tão eficaz quanto o uso de corticoide tópico e creme de barreira, por suas propriedades anti-inflamatórias e antimicrobianas. - <u>Dermatite grave</u>: prescrever o uso de Hidrocortisona 1% creme dermatológico na área afetada duas vezes ao dia durante 3 a 5 dias. Manter o uso de creme barreira, aplicando este sempre após a Hidrocortisona. - Em caso de associação com infecção por *C. albicans*, prescrever: - Miconazol 2% creme 3 vezes ao dia, antes do creme barreira, até a resolução do quadro, não excedendo duas semanas. - Caso não haja resposta aos tratamentos indicados acima, encaminhar para consulta médica.

Tungíase 	Causada pela *Tunga penetrans*, que, ao penetrar na pele humana, geralmente nos pés, sob as unhas e entre os dedos, aloja-se ali alimentando-se de sangue. Aumenta para uma forma esférica de 5 a 8 mm de diâmetro e pode viver em tecidos por até um mês, causando inflamação, coceira e dor.	- Remover a tunga, sob assepsia local, com agulha estéril de calibre adequado para o tamanho da lesão e realizar curativo após retirada; - Verificar esquema vacinal da criança (principalmente antitetânica) - Se suspeita de infecção secundária, encaminhar para avaliação médica.
Pediculose 	O quadro se apresenta com prurido no couro cabeludo, podendo ou não associar-se com escoriações em couro cabeludo, pescoço e região retroauricular. O diagnóstico é confirmado pela visualização de piolhos vivos - pentear os cabelos secos ou úmidos com um pente fino facilita a visualização.	- Prescrever: - Permetrina 1% loção - Lavar os cabelos com shampoo normal (não usar condicionador) e secar com auxílio de uma toalha. Aplicar o produto nos cabelos quase secos até saturar e em todo couro cabeludo, não esquecendo de aplicar na nuca e atrás das orelhas. Deixar agir por 10 minutos e enxaguar com água morna. Não lavar o cabelo nas próximas 24 a 48 horas após a aplicação do produto. Repetir a aplicação após 9 dias. O uso da permetrina é seguro na gestação, durante a amamentação e em crianças a partir de 2 meses. - <u>Orientações importantes</u>: - Lavar com água quente ou passar a ferro as roupas, roupas de cama e toalhas utilizadas nos últimos 2 dias. Itens que não podem ser lavados, deverão ficar armazenados em um saco plástico lacrado por duas semanas; - Pentes e escovas utilizados

		pelo paciente devem ser mergulhados em água quente por 5 a 10 minutos; - Indivíduos que dividem a mesma cama devem ser tratados profilaticamente, mesmo que não apresentem piolhos ou lêndeas. - Em caso de persistência do quadro, avaliar se a aplicação foi feita corretamente e, se necessário, encaminhar para consulta médica. - Menores de 2 meses deverão ser encaminhados para consulta médica.
Escabiose 	Os achados cutâneos geralmente são múltiplas pápulas eritematosas pequenas, frequentemente escoriadas, associadas a prurido intenso que piora à noite. Em adolescentes, as lesões costumam não estar presentes em dorso e crânio. Em bebês e crianças pequenas, além de acometerem estas regiões, apresentam-se também em região interdigital, palmar e plantar.	- Prescrever: - Permetrina 5% loção - utilizar a loção na pele limpa, seca e fria (aguardar que a pele resfrie após o banho, aplicando o produto em todo o corpo, da linha mandibular para baixo, incluindo a região retroauricular, palmar, plantar, interdigitais, periumbilical, genital e áreas sob as unhas. Em crianças menores de 3 anos, deve-se incluir o couro cabeludo, a face (não aplicar na região periocular e perilabial) e as orelhas. Remover no banho, de 8 a 14 horas após a aplicação. Repetir a aplicação após 7 dias. O uso da permetrina é seguro na gestação, durante a amamentação e em crianças a partir de 2 meses. - <u>Orientações importantes</u>: - Cortar as unhas das mãos para reduzir a quantidade de ácaros que se acumulam nesse local; - Roupas de uso pessoal,

		roupas de cama, toalhas, bichos de pelúcia e assemelhados que tiveram contato com o paciente nos últimos 3 dias devem ser lavados e secos à máquina, utilizando o ciclo de aquecimento, OU afastados do contato corporal por pelo menos 72 horas. - Caso o tratamento tenha sido realizado corretamente, pode-se retomar atividades escolares já no dia seguinte à primeira aplicação. - Em caso de prurido intenso, prescrever: Loratadina solução de 1 mg/1 ml ou comprimido 10 mg como primeira escolha para uso diurno: **- Entre 2 e 12 anos:** - **Abaixo de 30 kg:** 5 ml (5 mg), 1x ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas. Não administrar mais de 5 mL em 24 horas; - **Acima de 30 kg:** 10 ml (10 mg) ou 1 comprimido, 1x vez ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas. Não administrar mais de 10 mL em 24 horas. - **Acima de 12 anos:** - 10 ml (10 mg) ou 1 comprimido, 1x ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas. Não administrar mais de 10 mL em 24 horas. Dexclorfeniramina xarope de 2 mg/5 ml ou comprimido 2 mg para uso noturno: - **De 2 a 6 anos:**

		- 1,25 ml a cada 8 horas (máximo de 3 mg/dia) de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas; - **De 6 a 12 anos:** - 2,5 ml ou ½ comprimido a cada 8 horas (máximo de 6 mg/dia). - **Acima de 12 anos:** - 5 ml ou 1 comprimido a cada 8 horas (máximo de 12 mg/dia). - Em caso de persistência do quadro, avaliar se a aplicação foi feita corretamente e, se necessário, encaminhar para consulta médica. - Menores de 2 meses deverão ser encaminhados para consulta médica.
Doenças exantemáticas **Sarampo**  **Manchas de Koplik (sarampo)** 	**Sarampo:** caracteriza-se por febre, mal-estar, tosse, coriza e conjuntivite, seguida de exantema. As manchas de Koplik geralmente surgem cerca de 48h antes do exantema, e podem auxiliar no diagnóstico diferencial. Por ser transmitido por gotículas e aerossóis, a contaminação pode ocorrer em espaços públicos, mesmo na ausência de contato pessoa a pessoa. Período de incubação de 7 a 21 dias.	De acordo com a Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025, constituem agravos de notificação compulsória todos os casos suspeitos de sarampo e rubéola, bem como os casos graves de varicela com internação ou óbito. Contatar vigilância municipal para avaliar condutas. - <u>Se dor ou febre</u>: - Menores de 2 meses, encaminhar para avaliação médica. - Acima de 2 meses, prescrever: **Abaixo de 35kg:** - Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 2 meses).

Varicela



Rubéola



Manchas de Forchheimer (rubéola)



Varicela: Início em até 15 dias após exposição. Pode haver pródromo com febre, mal-estar, faringite e anorexia. Em até 24h, inicia o exantema vesicular generalizado, com lesões em diferentes estágios evolutivos (máculas → pápulas → vesículas → pústulas → crostas), predominando em face, tronco e extremidades. A transmissão ocorre por meio de gotículas respiratórias ou contato direto com o conteúdo das vesículas.

Rubéola: Exantema maculopapular róseo, de início agudo, geralmente indolor e pouco pruriginoso, com sintomas sistêmicos leves. Febre baixa e linfadenopatia (cervical posterior, auricular posterior e suboccipital) podem anteceder o exantema. Lesões iniciam na face, disseminam-se para tronco e extremidades em 24h, poupando região palmar e plantar. Pode haver conjuntivite leve e manchas de Forchheimer no palato mole. Ocorre pela inalação de aerossóis contendo partículas virais, favorecida por contato próximo e prolongado com indivíduos infectados. Período de incubação: 14 a 18 dias.

OU

- Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 3 meses ou com menos de 5 kg).

Acima de 35kg:

- Paracetamol 500 mg, 1 comprimido, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia.

OU

- Dipirona 500 mg, 1 a 2 comprimidos, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia.

- <u>Em caso de prurido intenso, prescrever</u>:

Loratadina solução de 1 mg/1 ml ou comprimido 10 mg como primeira escolha para uso diurno:

- **Entre 2 e 12 anos:**

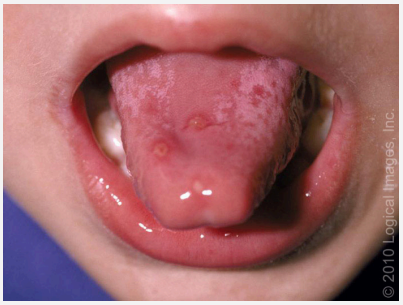
  - **Abaixo de 30 kg:** 5 ml (5 mg), 1x ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas. Não administrar mais de 5 mL em 24 horas;

  - **Acima de 30 kg:** 10 ml (10 mg) ou 1 comprimido, 1 vez ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas. Não administrar mais de 10 mL em 24 horas.

- **Acima de 12 anos:**

  - 10 ml (10 mg) ou 1 comprimido, 1 vez ao dia, de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas. Não administrar mais de 10 mL em 24 horas.

		E/OU Dexclorfeniramina xarope de 2 mg/5 ml ou comprimido 2 mg para uso noturno: - **De 2 a 6 anos:** - 1,25 ml a cada 8 horas (máximo de 3 mg/dia) de 7 a 10 dias, enquanto durarem os sintomas; - **De 6 a 12 anos:** - 2,5 ml ou ½ comprimido a cada 8 horas (máximo de 6 mg/dia). - **Acima de 12 anos:** - 5 ml ou 1 comprimido a cada 8 horas (máximo de 12 mg/dia). - Orientar corte das unhas para evitar escoriações mais graves e infecções bacterianas secundárias; - Encaminhar para avaliação médica em caso de agravamento dos sintomas, imunossupressão ou sempre que necessário. Encaminhar pacientes que necessitem de atestado para afastamento das atividades escolares.
Impetigo 	Infecção bacteriana contagiosa, mais comum em crianças de 2 a 5 anos, mas que pode acometer adolescentes. Impetigo não bolhoso (forma mais comum): lesões iniciam como pápulas → vesículas → pústulas → crostas espessas de coloração dourada (“melicéricas”), geralmente em face e extremidades. A evolução ocorre em	- Encaminhar para avaliação médica. - Orientar lavagem frequente das mãos. As áreas de lesões crostosas devem ser higienizadas delicadamente com água e sabão neutro. - O retorno às atividades escolares pode ocorrer 24 horas após o início do tratamento antimicrobiano.

	aproximadamente 7 dias. Impetigo bolhoso: mais frequente em lactentes e crianças pequenas; vesículas aumentam formando bolhas flácidas com fluido amarelo que, ao romper, deixam crosta fina acastanhada. O tronco costuma ser mais acometido do que as formas não bolhosas da doença.	
Doença mão-pé-boca  	Infecção viral contagiosa causada por enterovírus (principalmente Coxsackie). Sintomas iniciais incluem febre, dor de garganta e mal-estar, seguido por lesões vesiculares em mucosa oral, mãos e pés - podendo acometer nádegas e região genital. Lesões orais iniciam como máculas eritematosas → vesículas → úlceras superficiais com base amarelada e halo eritematoso. O exantema pode ser macular, maculopapular e/ou vesicular, com lesões de paredes finas e conteúdo claro, geralmente não pruriginosas nem dolorosas. Apresenta-se como uma doença leve e autolimitada que se resolve em 7 a 10 dias. A transmissão ocorre por via fecal-oral, contato direto com secreções orais/respiratórias ou	- <u>Se dor ou febre</u>: - Menores de 2 meses, encaminhar para avaliação médica. - Acima de 2 meses, prescrever: **Abaixo de 35 kg:** - Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 2 meses). OU - Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 3 meses ou com menos de 5 kg). **Acima de 35kg:** - Paracetamol 500 mg, 1 comprimido, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Dipirona 500 mg, 1 a 2 comprimidos, a cada 6 horas. Não ultrapassar a

	fluido vesicular de indivíduos infectados.	dose máxima de 4000 mg/dia. - Estimular a amamentação, ingesta hídrica e ingesta alimentar. - Estimular higiene rigorosa e frequente das mãos - tanto das crianças quanto dos pais/cuidadores, principalmente após a troca de fraldas, pois os enterovírus são eliminados nas fezes por semanas após a infecção. - Encaminhar para consulta médica para avaliar a necessidade de afastamento das atividades escolares.
Micose corporal (tinea corporis)  	Trata-se de uma infecção dermatofítica que atinge áreas do corpo que não incluem couro cabeludo, rosto, mãos, pés, virilha ou unhas. A contaminação se dá por meio de contato direto da pele com um indivíduo ou animal infectado ou, ainda, superfícies de contato como sapatos, celulares, etc. É comum entre adolescentes que praticam lutas marciais ou demais esportes que envolvam contato corporal mais frequente. Geralmente inicia como uma placa ou mancha circular ou oval, eritematosa ou hiperpigmentada, descamativa. A lesão cutânea se espalha centrifugamente e desenvolve uma hipopigmentação central, resultando em uma ou mais placas anulares com bordas elevadas e associadas a prurido.	- <u>Orientar</u>: - Não compartilhar roupas e objetos pessoais, afastar-se das atividades que envolvam contato pessoal durante o tratamento; - Manter a pele limpa e seca; - Caso animais domésticos apresentem sintomas cutâneos, buscar atendimento veterinário. - <u>Crianças e adolescentes acima de 2 anos, prescrever (uso tópico)</u>: Nitrato de miconazol 2% creme - aplicar duas vezes ao dia na região afetada e ao redor durante três semanas. - <u>Crianças menores de 2 anos: encaminhar para consulta médica</u>. - A nistatina tópica não é eficaz para infecções por dermatófitos. - Encaminhar para consulta médica pacientes com comprometimento cutâneo extenso ou que não respondem à terapia tópica. - A identificação de tinea corporis

		extensa deve levar à consideração de um distúrbio imunológico subjacente, como HIV ou diabetes.
Pé de atleta (tinea pedis)   	É uma infecção dermatofítica da pele do pé que acomete, geralmente, adultos e adolescentes (a ocorrência em crianças é rara). A infecção geralmente é adquirida por meio do contato direto com o agente causador (por exemplo, ao andar descalço em vestiários); outros fatores predisponentes incluem diabetes mellitus e abafamento frequente dos pés. Pode se apresentar como erosão/descamação entre os dedos (interdigital), erupção/hiperqueratose na região plantar (hiperceratótica) ou erupção vesicular/ bolhosa geralmente na região medial do pé (vesiculobolhosa). Pode ocorrer em associação com onicomicose.	- <u>Orientar</u>: - Evitar andar descalço em locais com maior circulação de pessoas; - Evitar o uso de meias de tecido sintético; - Evitar o uso de calçados fechados e abafados por longos períodos; - Higienizar e secar todas as regiões dos pés, atentando para as áreas interdigitais. - <u>Crianças e adolescentes acima de 2 anos, prescrever (uso tópico)</u>: Nitrato de miconazol 2% creme - aplicar duas vezes ao dia na região afetada e ao redor durante três semanas. - <u>Crianças menores de 2 anos</u>: encaminhar para consulta médica. - A nistatina tópica não é eficaz para infecções por dermatófitos. - Encaminhar para consulta médica pacientes que não respondem à terapia tópica.
Pitiríase versicolor **(tinea versicolor)** 	Caracterizada por múltiplas máculas, manchas e placas finas, que podem ser hipopigmentadas, hiperpigmentadas ou levemente eritematosas. Quando ocorre em adolescentes, costuma concentrar-se em tronco e extremidades superiores proximais; já em crianças, a face é frequentemente	- Atentar-se para o diagnóstico diferencial de pitiríase alba, que se apresenta de forma semelhante, mas é mais comum em crianças com dermatite atópica. - <u>Prescrever (uso tópico)</u>: Cetoconazol 20 mg/mL (2%) xampu - Aplicar nas áreas afetadas e enxaguar após o tempo de ação. Repetir por 3 dias consecutivos. Bebês: deixar agir por 3 minutos. Crianças e adolescentes: deixar agir por 5 minutos.

	acometida. A recorrência é comum mesmo após o tratamento bem sucedido.	- Em casos de quadros refratários ao tratamento ou com áreas extensas afetadas, encaminhar para consulta médica. - <u>Orientar ao paciente e/ou responsável</u>: - Não é ocasionada por má higiene; - Não é contagiosa; - O retorno da coloração da pele pode demorar de semanas a meses após o tratamento bem sucedido, e isto não indica que a infecção ainda está ativa; - A recorrência é comum.
Paroníquia aguda 	Inflamação com surgimento recente (menor que seis semanas) que envolve as pregas ungueais laterais e proximais geralmente, inicia dois a cinco dias após um pequeno trauma local, observando-se a presença de um abscesso superficial. Pode ser predisposto por excesso de extração de tecidos na manicure, hábito de roer unhas ou chupar dedos, umidade local frequente, unha encravada e diabetes mellitus.	- <u>Se dor</u>: - <u>Menores de 2 meses, encaminhar para avaliação médica</u>. - <u>Acima de 2 meses, prescrever</u>: **Abaixo de 35kg:** - Paracetamol 200 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 2 meses). OU - Dipirona 500 mg/ml (gotas), 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas (não prescrever para menores de 3 meses ou com menos de 5 kg). OU - Ibuprofeno 50 mg/ml (gotas), 1 gota/kg/dose a cada 8 horas (máx. 40 mg/kg/dia) por até 3 dias,

		com reavaliação em 48 horas (não prescrever para menores de 6 meses). **Acima de 35kg:** - Paracetamol 500 mg, 1 comprimido, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Dipirona 500 mg, 1 a 2 comprimidos, a cada 6 horas. Não ultrapassar a dose máxima de 4000 mg/dia. OU - Ibuprofeno 300 mg, 1 comprimido a cada 8 horas (não prescrever para menores de 6 meses). - **Paroníquia sem abscesso:** orientar imersão do local afetado em água morna durante 10 a 15 minutos várias vezes ao dia. - **Paroníquia com abscesso:** utilizar uma agulha de calibre grosso e passá-la (com o bisel para baixo) ao longo da prega ungueal e dentro do **abscesso,** permitindo a exsudação passiva do conteúdo purulento. Orientar imersão do local afetado em água morna durante 10 a 15 minutos várias vezes ao dia. - Em casos de paroníquia crônica, abscesso extenso, necessidade de cantoplastia ou se não houver resposta ao tratamento indicado, encaminhar para avaliação médica.
Larva Migrans (bicho geográfico)	Ocorre geralmente através da infecção por larvas de ancilostomídeos de cães ou gatos que, presentes no solo, penetram na pele	- <u>Para crianças e adolescentes acima de 15kg, prescrever</u>: Ivermectina 6mg - 0,2mg/kg, via oral, dose única. Exemplo:

	ocasionando o quadro. A infecção costuma ser autolimitada. Caracterizada por lesões serpiginosas que se desenvolvem entre dias ou meses após a exposição, associadas a prurido local intenso e localizadas geralmente nos membros inferiores.	*Paciente com 30 kg:* *30 kg × 0,2 mg/kg = 6 mg → 1 comprimido em dose única.* - Para prevenção de recorrências, orientar evitar andar descalço ou ter contato direto da pele com o solo ou areia.
Miíase furuncular (berne) 	É a forma mais comum de miíase; a larva penetra na pele e se desenvolve no tecido subdérmico. Geralmente, a lesão é relatada como uma aparente “picada de inseto” que aumenta lentamente, formando um nódulo de 1 a 3 cm de diâmetro. Pode haver drenagem local de um pequeno líquido serossanguinolento, irritação, formigamento ou dor lancinante episódica.	- Ocluir o orifício com vaselina e prosseguir com a retirada da larva intacta com auxílio de uma pinça no momento em que ela projeta-se para fora do orifício em busca de ar. - Encaminhar para imunização antitetânica ou completar esquema vacinal, se necessário; - Encaminhar para avaliação médica se suspeita de infecção bacteriana associada.

Fonte: Albrecht, 2024; Albrecht, 2025; Baddour, 2025; Brasil, 2025; Edwards; Shetty, 2024; Gans; Maldonado, 2025; Goldstein; Goldstein, 2025; Horii, 2024; Mathes; Kittler, 2024; Miller, 2024; Romero, 2025; Sasseville, 2023; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2020, 2022; Weller; Leder, 2025; Wilson, 2024.

9.10 Anemia ferropriva

A deficiência de ferro é a deficiência nutricional mais comum em crianças e pode ter consequências importantes para a saúde e o desenvolvimento. Durante a adolescência, período de maior necessidade de ferro devido à expansão do volume sanguíneo e ao aumento da massa muscular, a deficiência deste nutriente pode acarretar prejuízos à resistência física e ao desempenho cognitivo (Powers, 2025; 2026).

A recomendação de suplementação profilática de ferro durante a infância está indicada no capítulo 6.1.

Quadro 42 - Anamnese e investigação da anemia ferropriva

FATORES DE RISCO	ACHADOS COMUNS
- Deficiência de ferro materna; - Eventos hemorrágicos perinatais; - Não suplementação de ferro na gravidez e lactação; - Prematuridade e baixo peso ao nascer (< 2.500 g); - Ingestão alimentar insuficiente de ferro durante a primeira infância; - Introdução de leite de vaca não modificado (excluindo-se fórmulas) antes dos 12 meses de idade; - Obesidade; - Dietas vegetarianas sem orientação de médico/nutricionista.	- Palidez; - Fadiga; - Pele levemente amarelada (não-ictérica); - Pica (desejo intenso por itens não-alimentares: incluindo argila ou terra, pedras, amido, giz, sabão, papel, papelão ou arroz cru); - Pagofagia (desejo intenso por gelo); - Síndrome das pernas inquietas.

EXAMES LABORATORIAIS PARA RASTREAMENTO		
Exame	Periodicidades	Interpretação
Hemograma completo	Solicitar aos 12 meses e sempre que houver suspeita de anemia após anamnese ou na presença de fatores de risco.	Para interpretação dos valores de hemoglobina, vide Quadro 43 (abaixo). Na anemia ferropriva, o VCM geralmente está diminuído e o RDW aumentado, porém, um VCM com valores normais não exclui deficiência de ferro.
Ferritina sérica	Solicitar aos 12 meses e sempre que houver suspeita de anemia após anamnese ou na presença de fatores de risco.	A deficiência de ferro é definida por: Crianças pré-púberes: <20 ng/mL Adolescentes: <30 ng/mL A interpretação dos resultados de ferritina auxilia na identificação da fase inicial da depleção ou da deficiência de ferro sem anemia, em que a concentração de Hb ainda é normal.

Fonte: Powers, 2025, 2026; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021.

Quadro 43 - Pontos de corte dos valores séricos de hemoglobina (g/dL) para definição de anemia em crianças

IDADE	NÃO ANÊMICA	ANEMIA LEVE	ANEMIA MODERADA	ANEMIA GRAVE
6 meses a < 2 anos	**≥10,5 g/dL**	**9,5 a 10,4 g/dL**	**7,0 a 9,4 g/dL**	**<7,0 g/dL**
2 anos a < 5 anos	**≥11,0 g/dL**	**10,0 a 10,9 g/dL**	**7,0 a 9,9 g/dL**	**<7,0 g/dL**
5 a 11 anos	**≥11,5 g/dL**	**11,0 a 11,4 g/dL**	**8,0 a 10,9 g/dL**	**<8,0 g/dL**
12 a 14 anos	**≥12,0 g/dL**	**11,0 a 11,9 g/dL**	**8,0 a 10,9 g/dL**	**<8,0 g/dL**
Meninas > 15 anos	**≥12,0 g/dL**	**11,0 a 11,9 g/dL**	**8,0 a 10,9 g/dL**	**<8,0 g/dL**
Meninos > 15 anos	**≥13,0 g/dL**	**11,0 a 12,9 g/dL**	**8,0 a 10,9 g/dL**	**<8,0 g/dL**

Fonte: Powers, 2025.

Quadro 44 - Diagnósticos de enfermagem e conduta para prevenção e manejo da anemia

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Ingestão nutricional prejudicada; Risco de desnutrição; Desconforto.	**CIPE**
B78 Anemia hemolítica hereditária B80 Anemia por deficiência ferro B81 Anemia perniciosa/deficiência folatos B82 Outras anemias NE	**CIAP**

CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses; - Seguir a recomendação de suplementação profilática de ferro, conforme capítulo 6.1; - Incentivar a oferta de alimentos ricos em ferro após a introdução alimentar - carnes vermelhas (especialmente fígado), feijões, lentilhas, espinafre, couve, gema de ovo; - Orientar que o consumo de cálcio e cafeína pode reduzir a absorção de ferro, portanto, evitar o consumo de leite e derivados, café/chá logo após as refeições; - Evitar o consumo de leite de vaca até os 12 meses; - Incentivar o consumo de pelo menos 3 porções diárias de alimentos ricos em ferro.

TIPO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	SEGUIMENTO
Leve	Prescrever ferro oral - de 3 a 6 mg de ferro elementar/kg/dia, fracionado ou em dose única, por seis meses ou até reposição dos estoques corporais confirmados pela normalização dos exames laboratoriais. **Exemplo:** prescrição de Sulfato Ferroso sol. oral 25 mg/mL de ferro elementar (RENAME) para uma criança de 20 kg, optando-se por iniciar com a dose de 3 mg de ferro elementar/kg/dia: 20 kg × 3 mg/kg/dia = 60 mg/dia de ferro elementar 60/25 (dosagem da apresentação) = 2,4ml/dia - Evitar ingestão concomitante de leite e derivados, café e chás com o ferro (diminuem a absorção); - Explicar a importância do consumo de alimentos fontes de ferro heme (origem animal); - Explicar importância do consumo conjunto de ferro com vitamina C ou A (potencializa absorção); - Atentar para fatores socioeconômicos (baixa renda e qualidade da alimentação).	- A efetividade do tratamento deve ser checada com nova solicitação de hemograma após 30 a 45 dias do início do tratamento, quando se espera que exista um aumento da Hb em pelo menos 1,0 g/dL; - Reavaliar em interconsulta com médico, se não houver aumento esperado; - Manter tratamento ou reajustar dose, repetir hemograma após 30 a 45 dias do reajuste.
Moderada	- Realizar orientações alimentares; - Atentar para fatores socioeconômicos (baixa renda e qualidade da alimentação); - Encaminhar para consulta médica.	- Realizar seguimento com enfermeiro, a partir do estabelecimento de valores compatíveis com “anemia leve”.
Grave	- Encaminhar para avaliação médica imediata.	- Realizar seguimento com enfermeiro, a partir do estabelecimento de valores compatíveis com “anemia leve”.

Fonte: Florianópolis, 2018; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018.

*As doses são referentes a ferro elementar. Para uso com sais de ferro (sulfato, quelato, etc), fazer a conversão de dose.

9.11 Icterícia

A icterícia é a coloração amarelada produzida pelo depósito de bilirrubina na pele e nos tecidos subcutâneos. Pode ser avaliada visualmente após pressão digital na pele bem como na mucosa bucal, gengival ou conjuntival. O exame para detecção de icterícia deve ser realizado à luz do dia ou sob a luz branca. A pressão sobre a pele ou a mucosa oral com o dedo reduz a perfusão cutânea local e facilita a detecção da icterícia (Wong, 2025).

A hiperbilirrubinemia neonatal benigna, anteriormente denominada icterícia fisiológica, é um aumento transitório e normal dos níveis de bilirrubina não conjugada recorrente em recém-nascidos e que de modo geral responde ao suporte nutricional. É definida como bilirrubina sérica ou plasmática total (BST) >1 mg/dL e, em alguns recém-nascidos, a hiperbilirrubinemia é progressiva e pode apresentar icterícia visível à medida que os níveis de BST aumentam (Wong, 2025).

Quando os níveis de bilirrubina tornam-se muito elevados e a bilirrubina não conjugada não metabolizada pelo fígado atravessa a barreira hematoencefálica, podem ocorrer danos neurológicos graves, caracterizando kernicterus. Os sintomas iniciais podem incluir letargia, falta de resposta aos estímulos e movimentos involuntários anormais. Se não tratada, a encefalopatia bilirrubínica pode levar a danos neurológicos permanentes, como paralisia cerebral, surdez, problemas de visão, dificuldades de aprendizagem e outros déficits cognitivos (Gomes *et al.*, 2024).

Fatores de risco importantes para o desenvolvimento de hiperbilirrubinemia progressiva ou grave: icterícia nas primeiras 24-36 horas após o nascimento; incompatibilidade materno-fetal Rh, incompatibilidade ABO; IG de 35, 36 e 37 semanas (independentemente do peso ao nascer); histórico familiar ou ancestralidade sugestiva de uma doença hemolítica hereditária; um dos pais ou irmãos que necessitou de fototerapia ou exsanguinotransfusão quando recém-nascidos; cefalohematoma ou outras equimoses significativas decorrentes de trauma de parto; hemólise; asfixia ao nascimento, infecções; aleitamento materno insuficiente ou perda de peso >7% em relação ao peso de nascimento; Síndrome de Down; descendência asiática; sexo masculino e valores de bilirrubina total acima de 12 mg/dL, independentemente da idade pós-natal (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021; Wong, 2025).

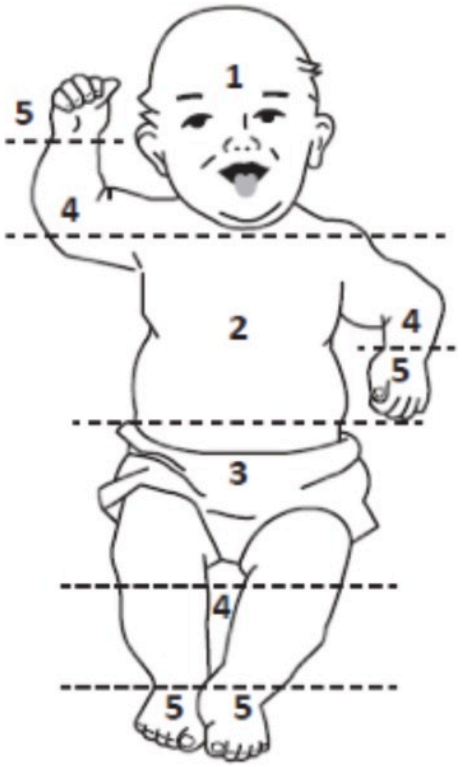
A anamnese, o exame físico e a evolução clínica permitem detectar a presença de fatores clínico-epidemiológicos de risco associados ao desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significante na primeira semana de vida. Abaixo, a regra de Kramer descreve a relação entre os níveis de bilirrubina sérica e a progressão da descoloração da pele (ver Quadro 45 e Figura 1). Enfermeiros da atenção primária podem usar essa regra como ferramenta de triagem (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021).

Quadro 45 - Avaliação visual - Regra de Kramer

Área do corpo	Nível	Valor de bilirrubina sérica - mg/dL
Cabeça e pescoço	**1**	**4–8**
Tronco superior (acima do umbigo)	**2**	**5–12**
Parte inferior do tronco e coxas (abaixo do umbigo)	**3**	**8–16**
Braços e pernas	**4**	**11–18**
Palmas das mãos e solas dos pés	**5**	**≥18**

Fonte: Wan et al., 2016.

Figura 1 - Avaliação visual da regra de Kramer



Fonte: Wan et al., 2016.

Quadro 46 - Nível de bilirrubina total (mg/dL), conforme a idade gestacional ao nascer e a idade em horas de vida, para indicação de fototerapia e exsanguineotransfusão em RN ≥35 semanas de idade gestacional ao nascer:

	Bilirrubinemia Total (mg/dL)			
	Fototerapia		Exsanguineotransfusão	
Idade pós-natal	**35 a 37 semanas**	**≥ 38 semanas**	**35 a 37 semanas**	**≥ 38 semanas**
24 horas	8	10	15	18
36 horas	9,5	11,5	16	20
48 horas	11	13	17	21
72 horas	13	15	18	22
96 horas	14	16	20	23
5 a 7 dias	15	17	21	24
Parâmetros inferiores aos supracitados, conforme idade pós-natal, o enfermeiro deve orientar: a otimização do aleitamento materno nos recém-nascidos saudáveis com contato pele a pele e estímulo ao aleitamento na sala de parto na primeira hora de vida é uma estratégia efetiva, simples e econômica para evitar a hiperbilirrubinemia significante, além de orientar manutenção da hidratação adequada do bebê (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021).				

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021.

Quadro 47 - Diagnósticos de enfermagem e manejo da icterícia

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Pele prejudicada Pele alterada Hiperbilirrubinemia Nível de Bilirrubina, alto	**CIPE**
D13 Icterícia S08 Alterações da cor da pele	**CIAP**

CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Examinar a criança com pele amarelada sob a luz do dia ou branca. Se a área ictérica se localiza apenas em face e tórax, pode tratar-se de uma icterícia fisiológica.	Necessidade de reavaliação em dois dias, para observar se a área ictérica se estendeu além do umbigo ou para as extremidades. O banho de sol é contra indicado como medida terapêutica.
A icterícia é clinicamente visível quando os níveis de bilirrubina estão acima de 4-5 mg/dL. Se a área ictérica se localiza abaixo do umbigo até as extremidades (região palmar e plantar) considera-se muito grave.	Encaminhar a criança com urgência para referência hospitalar.
Avaliar os recém-nascidos que apresentarem parâmetros indicativos de necessidade de fototerapia ou exsanguineotransfusão de acordo com o quadro 46.	Parâmetros inferiores aos do quadro 46, orientar a otimização do aleitamento materno nos recém-nascidos saudáveis com contato pele a pele. Parâmetros supracitados no quadro 46, encaminhar para hospital de referência, a fim de garantir avaliação especializada e manejo adequado.

Fonte: Brasil, 2012; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021.

9.12 Obesidade

A obesidade é uma doença crônica, complexa, de etiologia multifatorial e resultante do desequilíbrio entre ingestão e gasto energético, ocasionando acúmulo positivo. Ocorre geralmente por fatores genéticos, ambientais e comportamentais (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019). O excesso de peso entre crianças e adolescentes brasileiros tem aumentado significativamente nas últimas décadas. Além de representar risco para doenças crônicas na vida adulta ainda a obesidade pode causar agravos tais como alterações respiratórias, osteoarticulares, hipertensão, resistência à insulina, predisposição a neoplasias e impactos psicossociais, como baixa autoestima, isolamento social, depressão e transtornos alimentares. Ainda, podendo ocasionar diminuição dos níveis de testosterona e maior chance de desenvolver ginecomastia (Brasil, 2022).

Quadro 48 - Diagnósticos de enfermagem e manejo do sobrepeso/obesidade

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Autoimagem negativa; Risco de/Obesidade; Ingestão nutricional prejudicada; Autoestima negativa; Problema de peso corporal; Risco de isolamento social.	**CIPE**

Obesidade Sobrepeso Imagem corporal, perturbada Imagem corporal, negativa	
T07 Aumento peso T83 Excesso peso T82 Obesidade	**CIAP**

CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Acompanhar e registrar na Caderneta da Criança e do Adolescente a evolução de peso, altura e IMC, conforme sexo e faixa etária;

- Avaliar a frequência cardíaca e a pressão arterial (com instrumentos adequados à idade);

- Questionar sobre o hábito alimentar da família;

- Verificar o hábito alimentar dentro e fora de casa (propor a realização de um diário sobre a alimentação com o adolescente ou com o responsável pela criança);

- Investigar histórico de obesidade na família - pai, mãe, irmãos e avós;

- Avaliar o desejo de emagrecer;

- Questionar sobre tratamentos anteriores na tentativa de emagrecimento: dietas, medicamentos e exercícios;

- Identificar problemas de saúde associados e internações devido às consequências da obesidade;

- Estimular a diminuição do consumo de alimentos ultraprocessados e preparações hipercalóricas;

- Desaconselhar dietas restritivas, pois estas podem promover *déficit* no desenvolvimento;

- Avaliar motivação para mudanças de comportamento, alterações na rotina habitual, presença de sinais de automutilação ou indícios de violência, como hematomas e traumas.

- Reduzir gradualmente o número de horas de "tempo de tela" não escolar (televisão, *tablets*, celulares e jogos eletrônicos);

- Para adolescentes propor rotina diária e regular de exercícios estimulando o jovem a realizar atividades que lhe agrade: caminhada, andar de bicicleta, dançar, correr, nadar;

- Orientar o acompanhamento com nutricionista, quando possível.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2015; Brasil, 2017; Brasil, 2022.

Os adolescentes podem apresentar excesso de peso no período anterior ao estirão pubertário, sem que seja necessária a rotulagem de risco de obesidade. Porém, o valor de excesso de peso não pode ultrapassar 20% em relação ao esperado para a altura/idade (Brasil, 2022).

A atividade física é importante para todas as crianças e adolescentes. A prática regular de atividade física auxilia no controle de peso e na redução do risco de obesidade, melhora a qualidade

do sono, contribui na integração e no desenvolvimento de habilidades psicológicas e sociais, na melhora da saúde do coração, condição física e humor. Reduz a sensação de estresse e os sintomas de ansiedade e de depressão, entre outros (Brasil, 2021).

Em relação a recomendação de atividade física, conforme a faixa etária, recomenda-se:

Quadro 49 - Atividade física conforme a faixa etária

Idade	Recomendação
Crianças de até 1 ano	Pelo menos 30 minutos por dia de barriga para baixo, podendo ser distribuídos ao longo do dia. Atividade física: brincadeiras e jogos que envolvam atividades que deixem a criança de barriga para baixo (de bruços) ou sentada movimentando braços e pernas e que estimulem a criança a alcançar, segurar, puxar, empurrar, engatinhar, rastejar, rolar, equilibrar-se com ou sem apoio, sentar e levantar, entre outras.
Crianças de 1 a 2 anos	Pelo menos 3 horas por dia de atividades físicas de qualquer intensidade, podendo ser distribuídas ao longo do dia; Atividade física: brincadeiras e jogos que envolvam atividades como equilibrar nos dois pés, equilibrar num pé só, girar, rastejar, andar, correr, saltar, escalar, pular, arremessar, lançar, quicar e segurar, entre outras.
Crianças de 3 a 5 anos	Pelo menos 3 horas por dia de atividades físicas de qualquer intensidade, sendo, no mínimo, 1 hora de intensidade moderada a vigorosa que pode ser acumulada ao longo do dia. Atividade física: brincadeiras e jogos que envolvam atividades como caminhar, correr, girar, chutar, arremessar, saltar e atravessar ou escalar objetos, entre outras. Nessa idade, a atividade física também pode ser realizada na aula de educação física escolar, natação, lutas, danças e esportes. Ainda, por meio do deslocamento ativo, como a pé ou de bicicleta, sempre acompanhado dos pais ou responsáveis.
Crianças e jovens de 6 a 17 anos	Orientar a prática de 60 minutos ou mais de atividade física por dia. Preferencialmente atividades que façam a respiração e os batimentos cardíacos aumentarem. Podem ser incluídos em pelo menos 3 dias na semana, atividades de fortalecimento dos músculos e ossos, que envolvem movimentos como: saltar, puxar ou empurrar. A prática pode ser feita em blocos de tempo ou fazer os 60 minutos por dia de uma só vez.

Fonte: Brasil, 2021.

9.13 Acne

A acne se caracteriza como uma Inflamação crônica que afeta os folículos pilosos e as glândulas sebáceas. Se manifesta por comedões (elevações na pele por acúmulo de sebo e

queratina nos folículos pilosos o que gera obstrução dos poros), pápulas, pústulas, nódulos ou cistos. Muitas vezes pode causar sequelas como cicatrizes e hiperpigmentação (Thiboutot; Zaenglein, 2024).

Geralmente, acomete noventa por cento dos adolescentes. O pico da incidência e severidade ocorre entre 14 e 17 anos na mulher e 16 e 19 anos no homem. A remissão espontânea da acne ocorre em torno dos 20 anos. A seguir são apresentados fatores que podem piorar a acne (Brasil, 2017):

- Fricção e pressão sobre as lesões causam ruptura folicular e aparecimento de pápulas e pústulas;
- Cosméticos como cremes faciais podem levar à formação de comedões e pápulas;
- Exposição solar intensa e o uso de cremes antiactínicos podem provocar pápulas e pústulas, com ausência ou poucos comedões;
- Uso excessivo de sabonetes pode ter ação comedogênica (bloqueio de poros), pelos ácidos graxos, como também pelo hexaclorofeno dos sabões medicamentosos;
- Medicamentos tópicos em cremes e pomadas com lanolina ou vaselina, principalmente corticoides, podem induzir a formação de comedões e pápulas;
- Óleos e graxas minerais diretamente ou impregnando os vestuários levam à oclusão dos óstios foliculares, com aparecimento de pontos negros e formação de pápulas e nódulos inflamatórios.

Quadro 50 - Diagnósticos de enfermagem e manejo da acne

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Pele prejudicada; Presença de acne; Risco de inflamação; Risco de infecção.	**CIPE**
S96 Acne S99 Outras doenças da pele	**CIAP**

CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
- Orientar não manipular a face com as mãos sujas nem “cutucar” as lesões; - Evitar o uso de maquiagem e cremes comedogênicos; - Indicar cremes de maquiagem com base aquosa; - Cuidar a exposição excessiva ao sol; - Usar bloqueadores solares não gordurosos; - Usar sabões neutros ou produtos específicos de limpeza facial; - Controlar a ansiedade e fatores precipitantes; - Explicar que não há evidências de que a dieta tenha influência na acne, portanto, restrições alimentares não são indicadas; - Encaminhar para consulta médica, se houver necessidade de tratamento medicamentoso.

Fonte: Brasil, 2017.

9.14 Mononucleose

A infecção causada pelo vírus Epstein-Barr, pertencente à família dos herpesvírus, é transmitida principalmente pelo contato íntimo ou com a saliva de indivíduos infectados. Inicialmente, manifesta-se por sintomas inespecíficos como mal-estar, cefaléia e febre baixa. Com a progressão do quadro, podem surgir sinais mais característicos, como amigdalite e/ou faringite, linfadenopatia cervical dolorosa e febre que varia de moderada a alta. O tratamento é sintomático com antitérmicos e hidratação, uma vez que os antibióticos não são indicados para infecções virais. Até o momento, não há antivirais comprovadamente eficazes para o tratamento do vírus Epstein-Barr (Sullivan, 2024).

Os sintomas geralmente melhoram em uma a duas semanas, e a maioria dos casos evolui para recuperação completa, sem complicações a longo prazo (Auwaerter, 2025).

O diagnóstico diferencial inclui a realização de testagem rápida de ISTs na unidade de saúde (Mohseni; Boniface; Graham, 2023).

10 REDE DE CUIDADO E PROTEÇÃO SOCIAL

A garantia do cuidado e da proteção social das crianças e adolescentes demanda a integração de uma rede de apoio no território. No contexto da rede de cuidado e proteção social do RS, destaca-se a seguinte estrutura (Rio Grande do Sul, 2023):

- Centros de Referência da Assistência Social (CRAS): Oferecem proteção social básica às famílias e funcionam como porta de entrada para a assistência social. Atuam na prevenção da ruptura de vínculos familiares e comunitários, facilitando o acesso a benefícios e programas de transferência de renda.
- Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS): Proporcionam proteção social especializada e destinam-se ao atendimento de indivíduos e famílias em situação de risco pessoal ou social, nas quais ocorreu violação de direitos.
- Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP): Tem como foco o atendimento especializado destinado à população em situação de rua, oferecendo serviços tanto individuais quanto coletivos, com ênfase no fortalecimento do protagonismo e na participação social desse grupo.
- Proteção Social Especial de Alta Complexidade (PSEAC): Tem como objetivo assegurar proteção completa para famílias e indivíduos que enfrentam a ruptura ou fragilização de vínculos familiares e comunitários, oferecendo estruturas permanentes de proteção social, que incluem uma variedade de serviços de acolhimento disponíveis em diferentes formatos e equipamentos.

10.1 Crianças e adolescentes em situações de violência

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) foi alterado pela Lei nº 13.431/2017 e pelo Decreto nº 9.603/2018, estabelecendo um Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) para vítimas ou testemunhas de violência (Brasil, 1990).

As definições de violência, maus tratos e negligência, incorporam a presença de alterações comportamentais e de danos físicos, condizentes com toda forma de abuso, caracterizados por maus-tratos físicos e/ou emocional, exploração comercial ou de outro tipo, do qual resulte um dano real ou potencial para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou para a dignidade da criança e adolescente, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (São Paulo, 2022). Vale ressaltar que a negligência e abuso físico frequentemente coexistem.

As situações que envolvem desde a violência, os maus tratos ou a negligência, classificam-se como física, psicológica, sexual e institucional. A negligência pauta-se nas diferentes formas de abuso, variando desde a falta de provisões básicas, supervisão inadequada, omissão de apoio emocional, falhas educacionais, ausência de nutrição adequada, falta de cuidados em saúde necessários e descaso com a saúde bucal (Harper, Foell, 2024).

Quadro 51 - Formas de violência contra criança e adolescente

Violência psicológica	Condiz com condutas de depreciação, discriminação ou desrespeito a crianca ou ao adolescente, mediante atitudes de ameaça, constrangimento, humilhação, isolamento, agressão verbal e xingamento, ridicularização, indiferença, exploração ou intimidação sistemática (bullying/cyberbullying) que possa comprometer seu desenvolvimento psíquico ou emocional.
Violência física	Compreende qualquer ato intencional causador de dano à integridade ou à saúde, ou que provoque sofrimento físico de maneira deliberada e não acidental. Tais práticas estão presentes no infanticídio, abandono e abuso por parte dos responsaveis, passando por castigos físicos utilizados como medidas educativas.
Violência sexual	Os atos de constrangimento estão associados à prática ou à observação de atos sexuais, bem como à exposição do corpo, violando os direitos sexuais, seja de forma presencial ou por meio eletrônico. Inclui abuso sexual, exploração sexual, tráfico de pessoas e turismo sexual.
Violência institucional	É cometida por um agente público no exercício de suas funções, em qualquer tipo de instituição, por meio de procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que fazem com que crianças e adolescentes revivam a situação de violência ou que causem sofrimento, estigmatização ou exposição de sua imagem. O contexto está efetivamente associado à definição do tipo de violência, distinguindo-se em familiar ou doméstico, extrafamiliar ou auto-agressão. O contexto da violência extrafamiliar ocorre fora de suas residências, perpetrada por pessoas que têm sua guarda temporária ou por estranhos. Caracteriza-se ainda, por situações de violência praticadas em instituições de guarda provisória ou em espaços sociais gerados por diferenças sociais, entre estranhos.

Fonte: Jorge *et al.,* 2018.

O contexto da violência está efetivamente associado à definição do tipo, distinguindo-se em familiar ou doméstico, extrafamiliar ou autoagressão.

A violência intrafamiliar ou doméstica ocorre no âmbito privado, dentro das residências, geralmente cometido por pessoas que deveriam oferecer apoio e proteção a crianças e adolescentes. Constitui-se em um dos tipos de violência mais difíceis de ser detectada, devido à imposição do silêncio, ao medo e à impunidade dos perpetradores. Essa violência abrange os sinais e sintomas de cinco categorias: física, sexual, psicológica, negligência e formas específicas, que incluem a síndrome

de *Munchausen por Procuração*[2], violência química e filicídio (Jorge *et al*., 2018).

O contexto da violência extrafamiliar ocorre fora de suas residências, perpetrada por pessoas que têm sua guarda temporária ou por estranhos. Caracteriza-se ainda, por situações de violência praticadas em instituições de guarda provisória ou em espaços gerados por diferenças sociais, entre estranhos (Jorge *et al.,* 2018).

Especificamente, no contexto da violência estabelecida pelo *bullying* e o cyberbullying, corresponde a violência praticada entre iguais, caracterizada por ações agressivas, intencionais e repetitivas, geralmente ocorrendo em ambientes escolares, sem uma motivação clara, praticadas por um ou mais estudantes contra outro(s). Essas ações provocam dor e angústia, estabelecendo uma relação desigual de poder, que pode ser resultado de diferenças de idade, tamanho, desenvolvimento físico ou emocional, ou do maior suporte de uns em detrimento de outros (Jorge *et al.,* 2018).

O *Cyberbullying,* enquanto fenômeno social circunscrito à violência, está cada vez mais presente em nível global. Envolve o uso de tecnologias de informação e comunicação, tais como e-mails, mensagens por celulares, fotos digitais, sites pessoais e/ou ações difamatórias que ocorrem no contexto virtual, para praticar comportamentos intencionais, repetitivos e hostis, por parte de um indivíduo ou grupo, com o objetivo de causar danos a outros (Jorge *et al.,* 2018).

A autoagressão trata-se da busca constante, objetiva, inconsequente e progressiva por atividades arriscadas, que podem levar até o suicídio. Torna essencial o reconhecimento precoce de sinais e comportamentos de risco, comuns em crianças e adolescentes com outros transtornos de comportamento ou doenças psiquiátricas, cujas manifestações nem sempre são evidentes. Pode ser uma sequela frequente em vítimas de maus-tratos, que utilizam as lesões como uma forma de chamar atenção ou demonstrar o desprezo por sua própria vida, reflexo de desequilíbrios emocionais causados pela violência (Jorge *et al*., 2018).

Alguns fatores contribuem para o rastreamento de riscos psicossociais, tais como: uso anterior de serviços de saúde ou sociais; histórico criminal de pessoas próximas à criança ou adolescente; ocorrência de violência doméstica; abuso de substâncias pelo cuidador; agravos de saúde mental do cuidador e interações negativas com a criança ou adolescente; e atribuições negativas do cuidador em relação à criança ou adolescente, como expectativas irrealistas ou descrições depreciativas (Harper; Foell, 2024).

O exame físico completo na criança ou adolescente é justificado em toda situação que estabeleça possível vínculo com negligência ou violência (Harper; Foell, 2024). Durante as consultas e atendimentos, os enfermeiros devem estar atentos aos sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a algum tipo e ao contexto de violência. A seguir são apresentados alguns sinais e sintomas de alerta:

[2] Tipo de violência onde a criança recebe cuidados desnecessários ou potencialmente prejudiciais devido às ações evidentes de um cuidador, incluindo exagero de sintomas, mentira sobre o histórico ou simulação de achados físicos ou indução intencional de doença (Irwin et al., 2025).

Quadro 52 - Sinais de alerta para negligência e/ou violência à criança ou ao adolescente

Alterações comportamentais	A criança ou adolescente é agressiva, irritada ou machuca o próprio corpo; Está muito quieta, triste,apresentar conduta regressiva, medrosa ou chora com frequência sem motivo aparente; Passa a ter dificuldade na alimentação (comendo pouco ou em excesso); Passa a ter alterações no sono (dificuldade para dormir, pesadelos, enurese, encoprese, etc.); Muda seu comportamento ou aparência; Está desatenta ou desinteressada em atividades e brincadeiras; Apresenta dificuldade de aprendizagem; Faz desenhos agressivos, que mostrem situações de medo ou cenas envolvendo questões sexuais; Tem dificuldade de andar ou sentar; Evita ir a alguns lugares ou encontrar alguma pessoa; Comportamento sexual inapropriado para idade.
Higiene e vestimenta	Encontram-se sujas, em más condições ou podem ser inadequadas, como tamanho errado, falta de roupas adequadas ao clima.
Estado nutricional	Estar atento aos gráficos de crescimento, sinais de estadiamento e/ou desnutrição.
Perda de cabelo	Pode resultar de nutrição inadequada, negligência a infecções ou puxões de cabelo intencionais, caracterizando abusos físicos. A pediculose pode representar falta de cuidados apropriados, infecção secundária desencadeada pelo ato de coçar prolongado, além de refletir falta de acesso ao tratamento de saúde necessário.
Saúde Bucal	Verificar existência de cáries múltiplas ou abcessos dentários. Ainda, avaliar a presença de ferimentos na boca, como indicativo de violência física.
Pele e Unhas	Geradas pela desnutrição, bem como a presença de cicatrizes de ferimentos anteriores, equimoses, hematomas, lacerações, escoriações ou queimaduras em geral encontradas em locais normalmente protegidos como costas, nádegas, braços, coxas, peito, face, orelhas, mãos e pés. Avaliar a presença de infecções não tratadas, incluindo escabiose, impetigo, abscesso ou celulite, além de lesões cutâneas em crianças com mobilidade limitada.
Geniturinário	Devem ser observados traumatismos e lesões nas genitálias e/ou ânus, infecções urinárias, infecções sexualmente transmissíveis, doenças psicossomáticas, dores abdominais, enurese ou encoprese.

Fonte: Harper; Foell, 2024; Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2025 apud Brasil 2012; Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 2015; Jorge *et al.,* 2018; Centro Estadual de Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul, 2022.

Nos casos de violência e/ou negligência envolvendo crianças ou adolescentes, é fundamental assegurar a continuidade do atendimento na rede de cuidado e de proteção social, tanto para a vítima quanto para sua família. Além disso, deve-se manter a articulação com a Atenção Primária à Saúde, seguindo o fluxo estabelecido (Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2025).

Conforme orientações legais, diante de situações de violência e/ou maus-tratos contra crianças e adolescentes, os profissionais de saúde devem adotar os seguintes procedimentos:

1. Acolher a criança ou o adolescente, oferecendo escuta qualificada, ambiente de proteção e garantia de direitos.
2. Informar a criança ou o adolescente, bem como seu responsável ou pessoa de referência, sobre os direitos envolvidos, incluindo os procedimentos de comunicação obrigatória à autoridade policial e ao Conselho Tutelar.
3. Realizar encaminhamento, quando necessário, para atendimento emergencial em órgãos do Sistema de Garantia de Direitos destinados ao atendimento de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência.
4. Comunicar o Conselho Tutelar, conforme previsto no Art. 11 da Lei nº 13.431/2017 e regulamentações correlatas (Brasil, 2018).

10.2 Escuta especializada para crianças e adolescentes em situação de violência

A escuta especializada consiste em um conjunto de interações com crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, com o objetivo de coletar informações para o acolhimento, oferta de cuidados urgentes e proteção integral. Visa garantir que esses indivíduos tenham a oportunidade de serem ouvidos em todos os processos decisórios que os envolvem. A escuta não tem como finalidade produzir provas para processos de investigação ou responsabilização (Brasil, 2018).

A realização deve ser conduzida de forma humanizada, integrada e protetiva, em um ambiente adequado, tranquilo e sem interrupções, com um espaço que garanta a privacidade da criança ou do adolescente (Brasil, 2017). O profissional deve evitar perguntar diretamente sobre os detalhes da violência vivida ou pedir para que a criança ou o adolescente relate sua história diversas vezes, evitando revitimização geradora de sofrimento adicional, provocada por diferentes instâncias de atendimento.

Além disso, é necessário construir uma relação de confiança, permitindo que a criança ou o adolescente se expresse com suas próprias palavras, respeitando seu ritmo e necessidades, evitando interrupções, excesso de perguntas e qualquer tipo de julgamento ou pré-conceito. Em especial, situações de violência sexual, envolvem medo, culpa e vergonha por parte da vítima. Ainda, quando a

suspeita de violência envolver a família, a mesma não deve ser comunicada. A investigação e os encaminhamentos subsequentes devem ser feitos pelas autoridades competentes.

Quadro 53 - Diagnósticos de enfermagem e manejo em situações de violência

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Risco de/Violência presente; Risco de/Vítima de Abuso; Risco de/Vítima de Agressão Sexual; Desenvolvimento do adolescente prejudicado; Lesão física decorrente de abuso; Problema Emocional; Medo aumentado.	**CIPE**
Z08 Problema relacionado ao sistema de segurança social Z12 Problema relacional com parceiro Z13 Problema comportamental parceiro Z25 Ato ou acontecimento violento Z27 Medo de problema social	**CIAP**

SITUAÇÃO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
No acolhimento	A afirmação de ter sofrido violência deve ser ouvida com presunção de veracidade, não cabendo ao profissional de saúde duvidar da palavra da vítima. Seus procedimentos não devem ser confundidos com os procedimentos reservados à Polícia ou à Justiça. Para o acesso aos serviços de saúde não é obrigatório o registro de ocorrência policial;
Durante a consulta	- Realizar anamnese, exame físico e planejamento da conduta para cada caso; - Avaliar e realizar encaminhamentos conforme fluxos pactuados na rede de saúde local.
Notificação	A notificação é obrigatória e a comunicação aos serviços especializados é indispensável.
Atentar para situações como fuga do lar, ameaças ou tentativa de suicídio, prática de delitos, gravidez em idades no início da adolescência, multiplicidade de parceiros sexuais, depressão, uso abusivo de álcool e outras drogas e violência intrafamiliar.	

Fonte: Adaptado da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 2018; Brasil, 2017.

11 SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

11.1 Depressão

A depressão na infância e adolescência é um transtorno do humor que se manifesta por alterações persistentes no afeto, na cognição e no comportamento, gerando sofrimento emocional significativo e prejuízo nas atividades diárias. Possui etiologia multifatorial, envolvendo fatores genéticos, ambientais e individuais. Entre os principais fatores de risco estão: histórico familiar de transtornos mentais, especialmente depressão e tentativas de suicídio; depressão materna, inclusive no período gestacional; vivências adversas na infância, como negligência, violência, abuso, perdas significativas e excesso de cobrança; além da privação crônica de sono, exposição precoce ao trabalho infantil, tempo excessivo de telas, cyberbullying e escassez de vínculos afetivos ou oportunidades de brincar (SBP, 2019).

Sua apresentação clínica pode variar conforme a faixa etária e o estágio de desenvolvimento neuropsicológico. Em crianças menores, predominam sintomas somáticos e comportamentais, enquanto em adolescentes observa-se maior presença de alterações afetivas e cognitivas, conforme detalhado no quadro a seguir. Para a caracterização de episódio depressivo, os sintomas devem persistir por pelo menos duas semanas e gerar prejuízo funcional ou social (SBP, 2019). O tratamento envolve psicoterapia e nos casos moderados a graves, pode incluir o uso de antidepressivos sob prescrição médica. Como medidas de prevenção, destacam-se estratégias como a prevenção do bullying, o acompanhamento de famílias com histórico de depressão, em especial a materna, e a promoção de rotinas saudáveis que favoreçam vínculos afetivos e atividades lúdicas (SBP, 2019).

Quadro 54 - Diagnósticos de enfermagem e manejo da depressão:

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Humor deprimido/depressão Desesperança Tristeza Tristeza crônica Sofrimento Sinais/sintomas relacionados ao comportamento da criança Sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente Sinais/sintomas psicológicos Fadiga Barreira na comunicação	**CIPE**

Comunicação, prejudicada Enfrentamento ineficaz Isolamento social Autoimagem negativa Autoestima prejudicada Baixa auto estima	
P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão P02 Reacção aguda stress P03 Sensação de depressão P04 Sentir/comportar forma irritável/zangada P05 Sensação/comportamento senil P06 Perturbação de sono	**CIAP**

SITUAÇÃO	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Em crianças menores de 12 anos atentar-se para: - Queixas frequentes de dor abdominal, cefaleia, náuseas e dores em membros inferiores; - Choro fácil; - Comportamento de roer unhas ou morder lápis; - Mutismo seletivo abrupto, maneirismos e tiques; - Enurese noturna; - Recusa escolar frequente e queda no desempenho; - Agitação, irritabilidade, agressividade; - Comportamento opositor.	**-** Realizar acolhimento garantindo um ambiente seguro e de confiança; - Realizar escuta terapêutica ativa: valorizando a fala, sentimentos e percepções, sem julgamentos; - Estimular a manutenção do vínculo; - Monitorar sintomas emocionais, físicos e comportamentais: sono, apetite, humor, energia, cognição; - Observar fatores de risco: sinais de ideação suicida, automutilação ou agravamento do quadro; - Estimular hábitos saudáveis como sono regular, alimentação adequada e atividade física; - Orientar a pessoa e família sobre agravos de saúde mental, desconstruindo preconceitos e estigmas; - Promover a inclusão da rede de apoio familiar no tratamento, sempre que apropriado; - Incentivar a participação em atividades de grupos adequadas à faixa etária; - Avaliar a utilização de fármacos ou substâncias psicoativas que possam desencadear ou simular os sintomas depressivos. O enfermeiro deve compartilhar o cuidado com
Acima de 12 anos: - Humor deprimido ou irritável na maior parte dos dias; - Redução significativa de prazer ou interesse em atividades; - Alteração de peso ou apetite, sem dieta; - Insônia ou sonolência frequente;	

- Agitação ou lentidão psicomotora; - Cansaço ou perda de energia constante; - Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva; - Dificuldade de concentração; - Pensamento recorrente de morte ou ideação suicida.	equipe multiprofissional. <u>Encaminhar à emergência psiquiátrica em casos de</u>: - Risco agudo de suicídio; - Risco de auto ou heteroagressão; - Risco de exposição moral; - Sintomas psicóticos agudos; - Agitação psicomotora intensa.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019; TelessaúdeRS-UFRGS, 2024.

11.2 Ansiedade

Transtornos de ansiedade constituem os quadros psiquiátricos mais comuns na infância e adolescência. Destacam-se o transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social, transtorno do pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade de separação e fobias específicas. Essas condições estão associadas a prejuízos significativos no desempenho escolar e nas relações interpessoais. Quando não tratados, tendem a persistir na vida adulta, frequentemente associando-se à depressão, ao transtorno por uso de substâncias psicoativas e ao comportamento suicida. O manejo terapêutico pode envolver psicoterapia, uso de medicamentos ou a combinação de ambos. (Loente, K. G. *et al*., 2025).

Na infância e adolescência, os transtornos de ansiedade estão frequentemente associados a problemas de saúde física, como cefaleia, asma, distúrbios gastrointestinais e alergias. Essa relação pode ocorrer de forma indireta, quando a ansiedade apenas acompanha a condição sem ligação direta, ou de maneira mais direta, quando contribui para o surgimento da doença, resulta dela ou se manifesta como reação ao tratamento. Em todos os casos, é essencial que os aspectos físicos e emocionais sejam avaliados e tratados de forma separada e complementar (Walter *et al.*, 2020).

Quadro 55 - Diagnósticos de enfermagem e manejo da ansiedade:

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Ansiedade Humor comprometido Sinais/sintomas relacionados ao comportamento da criança Sinais/sintomas relacionados ao comportamento do adolescente Sinais/sintomas psicológicos	**CIPE**
P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão P74 Distúrbio ansioso/estado ansiedade	**CIAP**

MANIFESTAÇÕES	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Ansiedade de separação: medo de afastar-se da figura de apego, recusa escolar, pesadelos e sintomas físicos como choro intenso, dor abdominal, cefaléia e sudorese. **Ansiedade generalizada**: preocupações excessivas, irritabilidade, alterações do sono e busca constante de segurança. **Ansiedade social**: medo de avaliação negativa, evitação de situações sociais e dificuldade em fazer amigos. **Fobias específicas**: medo intenso de objetos ou situações particulares, como animais, escuro, tempestades e injeções. **Transtorno do pânico**: crises súbitas com sintomas físicos intensos e medo de morrer. **Agorafobia**: medo de locais de difícil escape, evitação de transporte público, multidões e ambientes fechados.	- Realizar acolhimento garantindo um ambiente seguro e de confiança; - Realizar escuta terapêutica ativa: valorizando a fala, sentimentos e percepções, sem julgamentos; - Estimular a manutenção do vínculo; - Monitorar sintomas emocionais, físicos e comportamentais: agitação; dor de barriga; dor de cabeça; taquicardia; sudorese; falta de ar; sensação de morte; sensação de medo; - Investigar mudanças no padrão comportamental que geram prejuízos nas atividades diárias; - Orientar a pessoa e família sobre agravos de saúde mental, desconstruindo preconceitos e estigmas; - Promover a inclusão da rede de apoio familiar no tratamento, sempre que apropriado; - Incentivar a participação em atividades de grupos adequadas à faixa etária; - O enfermeiro deve compartilhar o cuidado com equipe multiprofissional. - Encaminhar à emergência psiquiátrica em casos de: - Risco agudo de suicídio; - Risco de auto ou heteroagressão; - Risco de exposição moral; - Sintomas psicóticos agudos; - Agitação psicomotora intensa.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2024; Walter *et al*., 2020.

11.3 Anorexia nervosa

Transtorno emocional e alimentar no qual o adolescente restringe drasticamente a ingestão de alimentos, levando a um peso corporal significativamente baixo (percentil 3). Além disso, manifesta um medo intenso de ganhar peso e possui uma percepção distorcida do próprio corpo, frequentemente se vendo como acima do peso mesmo estando muito magro. Comportamentos como pular refeições, uso de laxantes e prática excessiva de exercícios são comuns. Amenorreia é uma

das principais características da anorexia nervosa. Por afetar tanto a saúde física quanto mental, a anorexia requer atendimento especializado e acompanhamento integrado pela Rede de Atenção Psicossocial (Klein, 2025).

Quadro 56 - Diagnósticos de enfermagem e manejo da anorexia nervosa

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Autoimagem negativa; Risco de/ Baixo peso; Ingestão nutricional prejudicada; Autoestima negativa; Problema de peso corporal; Imagem corporal, negativa; Risco de baixo peso; Baixo peso; Ingestão nutricional, prejudicada.	**CIPE**
P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros P74 Distúrbio ansioso/estado ansiedade P75 Somatização P76 Perturbações depressivas P86 anorexia nervosa, bulimia P99 Outras perturbações psicológicas	**CIAP**

CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
- Investigar se o peso é um causador de estresse; - Questionar sobre o último período menstrual; - Atentar para sinais e sintomas de outras doenças psiquiátricas, como, por exemplo, a depressão, ou enfermidades como a síndrome de má absorção (p. ex., provocadas por doença inflamatória intestinal ou doença celíaca), diabetes tipo 1 de instalação recente, insuficiência adrenal e câncer; - Conhecer a estrutura familiar e de suporte social; - Investigar alteração significativa de peso sem causa aparente, presença de bradicardia, hipotensão ou atraso puberal, e encaminhar para avaliação médica diante desses achados; - Na suspeita de distúrbios alimentares, compartilhar com equipe multiprofissional (caso tenha este dispositivo no território) e/ou médico; - Acionar serviços da Rede de Atenção Psicossocial disponíveis no território.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017.

11.4 Bulimia Nervosa

A bulimia nervosa é um transtorno alimentar e emocional caracterizado por episódios recorrentes de ingestão exagerada de alimentos em um período curto de tempo, seguidos por comportamentos compensatórios inadequados, como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, diuréticos, períodos prolongados de jejum ou exercícios extenuantes. Esses comportamentos estão geralmente associados à insatisfação com a forma corporal ou com o peso. Frequentemente, há comorbidades psiquiátricas associadas, como ansiedade e depressão (Engel *et al.*, 2025).

O adolescente com bulimia pode apresentar peso dentro da faixa de normalidade ou até sobrepeso. É comum que permaneça longos períodos no banheiro após as refeições, induzindo o vômito. Durante esses episódios, há risco de complicações graves, como distúrbios hidroeletrolíticos e alterações do equilíbrio ácido-básico, que podem colocar a vida em risco (Brasil, 2017).

Quadro 57 - Diagnósticos de enfermagem e manejo da bulimia nervosa

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Autoimagem negativa; Risco de Bulimia; Bulimia Ingestão nutricional prejudicada; Autoestima negativa; Problema de peso corporal. Imagem corporal negativa Risco de baixo peso Baixo peso Ingestão nutricional, prejudicada Comportamento de ingestão alimentar, compulsivo	**CIPE**
P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão P02 Reacção aguda stress P03 Sensação de depressão P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros P74 Distúrbio ansioso/estado ansiedade P86 anorexia nervosa, bulimia P99 Outras perturbações psicológicas	**CIAP**

CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
- Questionar ao adolescente: Você está satisfeito com seus padrões de alimentação? Você já comeu em segredo? Com qual frequência você se pesa?

- Atentar para sinais e sintomas de outras doenças psiquiátricas como a depressão e distúrbios de personalidade, ideação suicida, além de conhecer a estrutura familiar e de suporte social;

Na suspeita de distúrbios alimentares, compartilhar com equipe multiprofissional (caso tenha este dispositivo no território) e/ ou médico;

- Acionar serviços da Rede de Atenção Psicossocial disponíveis no território.

Fonte: Brasil, 2017; Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2015.

A saúde mental do escolar pode ser abordada durante as visitas do enfermeiro às instituições de ensino, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), por meio de ações de promoção, prevenção, identificação precoce de sinais de sofrimento psíquico e encaminhamento, quando necessário, para acompanhamento especializado.

11.5 Uso/abuso de substância psicoativa

A adolescência é um período de intensas transformações biológicas, cognitivas e psicossociais, marcado pela busca de identidade e pertencimento, o que torna os jovens mais suscetíveis à experimentação de substâncias psicoativas, especialmente o álcool. Diversos estudos demonstram uma prevalência significativa de consumo precoce de bebidas alcoólicas, tabaco e outras drogas entre adolescentes, com influência direta do contexto familiar, social e midiático. Os profissionais de enfermagem desempenham papel estratégico na promoção da saúde e prevenção do uso abusivo de drogas, sobretudo na Atenção Primária à Saúde através de ações intersetoriais com escolas e famílias (SBP, 2021). A seguir, são descritos os principais cuidados de enfermagem voltados à proteção e ao cuidado de adolescentes frente ao risco ou presença do consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas:

Quadro 58 - Diagnósticos de enfermagem e manejo do abuso de substâncias psicoativas

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Abuso de drogas presente; Comportamento desorganizado; Personalidade comprometida; Humor comprometido; Déficit de autocuidado; Sintoma de abstinência; Dificuldade de enfrentamento; Vínculo prejudicado. Abuso de drogas presente Conhecimento sobre abuso de álcool, suficiente	**CIPE**

Conhecimento sobre abuso de álcool, insuficiente Risco de dependência de drogas Risco de dependência de álcool Comportamento agressivo Comportamento sexual de risco Sintoma de abstinência	
P15 Abuso crónico de álcool P16 Abuso agudo de álcool P17 Abuso tabaco P18 Abuso medicação P19 Abuso de drogas P20 Alterações da memória P23 Sinais/sint. comportamento adolescente P24 Dificuldades específicas aprendizagem P27 Medo de perturbações mentais P28 Limitação funcional/incapacidade P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros P74 Distúrbio ansioso/estado ansiedade	**CIAP**

MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS SUGESTIVAS DE USO/ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
- Mudança de interesse nas atividades de rotina - como na escola, no lazer, em casa; - Mudança de comportamento nos hábitos de comer e dormir (perda de sono ou apetite, insônia, intercalada com períodos de sono demorado, troca do dia pela noite); - Mudança na personalidade refletida na mudança de humor, com os amigos e com membros da família (inquietação, irritabilidade, ansiedade, etc.); - Necessidade cada vez maior de dinheiro; - Queda de rendimento escolar; - Manifestações de depressão.	- Favorecer a formação de vínculos e o exercício do cuidado, proporcionando segurança e tranquilidade para que adolescentes e suas famílias possam falar de angústias, dúvidas e aflições e sentirem-se acolhidos pela unidade de saúde; - Informar sobre os tipos de drogas e as consequências de seu consumo, visando a capacidade de autocrítica no adolescente; - Favorecer a presença de uma referência adulta para o adolescente e o desenvolvimento de um projeto de vida; - Pensar em estratégias para a distribuição do horário escolar e tempo livre, no intuito de aproveitar as atividades recreativas saudáveis; - Instruir o adolescente a identificar os riscos em que se envolve por sua relação ou vínculos a uma pessoa ou grupo com práticas de consumo de drogas; - Propor grupos juvenis que estimulem a troca

	de experiências; - Envolver o grupo familiar na responsabilidade de compartilhar o tempo livre com o adolescente e de apoiar o acompanhamento e o tratamento caso ele esteja consumindo drogas. -Investigar qual a droga utilizada e frequência de uso; - Encaminhar ao Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil CAPS I, quando necessário. - Atentar, pois essa é uma situação de quebra de sigilo profissional, informar aos pais ou responsáveis;

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017.

A integração da Rede de Atenção à Saúde com os dispositivos sociais locais deve ser fortalecida e sustentada, criando redes de cuidado e de apoio aos adolescentes, porém sempre mantendo o vínculo com a APS.

11.6 Violência autoinfligida/ suicídio

Em 2021, o suicídio configurou-se como a terceira causa de óbito mais frequente entre adolescentes do sexo masculino e a principal razão de atendimento em serviços de urgência entre adolescentes do sexo feminino, ocupando, ainda, a terceira posição entre as causas de mortalidade na faixa etária de 15 a 19 anos (Brasil, 2024). Mais da metade dos adolescentes que morreram por suicídio já haviam realizado ao menos uma tentativa. Os métodos mais comuns são a ingestão de altas doses de medicamentos e uso de armas de fogo ou enforcamento, nos sexos feminino e masculino, respectivamente (Brasil, 2017).

O comportamento suicida compõe a ideação, autoagressão, tentativa de suicídio e suicídio consumado. A ideação suicida ocorre diante de intenso sofrimento psíquico há pensamentos, ideias, planejamento e desejo de se matar, frequentemente associada a quadros de depressão, baixa autoestima e sentimento de vazio. A autoagressão, refere-se a atos intencionais de lesão ao próprio corpo sem intenção de morte, como cortes, queimaduras ou outros ferimentos, geralmente utilizados como forma de aliviar dor emocional. A tentativa de suicídio envolve comportamento autolesivo com a intenção de provocar a própria morte, mas que não resulta em óbito. Já o suicídio consumado é o ato deliberado que leva à morte. A identificação precoce, especialmente em crianças e adolescentes, exige do profissional de enfermagem escuta qualificada, sensibilidade clínica e encaminhamento oportuno à Rede de Atenção Psicossocial (Rio Grande do Sul, 2019; Brasil, 2024). O quadro abaixo demonstra alguns fatores de risco:

Quadro 59 - Fatores de risco para suicídio

Eventos estressantes	- Morte de um ente querido; - Suicídio na escola ou em outro grupo de adolescentes; - Perda de um namorado ou uma namorada; - Mudança de um ambiente familiar (como da escola ou da vizinhança) ou de amigos; - Humilhação por familiares ou amigos; - Sofrer *bullying* na escola, principalmente os alunos do grupo lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, transexuais, travestis, queer, intersexuais, assexuais, pansexuais e não-binários + (LGBTQIAPN+); - Insucesso na escola; - Problemas com a lei.
Problemas subjacentes mais comuns	- Depressão: Crianças ou adolescentes com depressão têm sentimentos de desesperança e desamparo que limitam a sua capacidade de considerar soluções alternativas para problemas imediatos. - Abuso de álcool ou drogas: o consumo de álcool ou drogas diminui as inibições contra ações perigosas e interfere na antecipação de consequências. - Pouco controle dos impulsos: Adolescentes, sobretudo aqueles com um transtorno comportamental disruptivo, como um transtorno de conduta, podem agir sem pensar.
Distúrbios mentais e distúrbios físicos	- Ansiedade, esquizofrenia, traumatismo craniano e transtorno de estresse pós-traumático.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017.

Na atuação do enfermeiro, o adolescente pode ser abordado sobre pensamentos suicidas, independentemente de apresentar sintomas de depressão. A seguir são apresentados alguns sinais e sintomas para identificação de risco para suicídio, bem como algumas intervenções de enfermagem.

Quadro 60 - Diagnósticos de enfermagem e manejo na identificação de sinais e sintomas para o risco de suicídio.

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Risco de suicídio; Automutilação Risco de pensamento suicida Ideação suicida Autoimagem negativa; Comportamento de isolamento aumentado; Tristeza aumentada; Capacidade para executar atividade de lazer prejudicada; Vínculo ineficaz; Ligação afetiva comprometida; Baixa autoestima; Isolamento social aumentado; Dificuldade de enfrentamento. Autoimagem negativa Autoimagem positiva Autoestima prejudicada Baixa autoestima Medo aumentado Comportamento autodestrutivo Problema emocional Risco de isolamento social Personalidade comprometida Humor comprometido Déficit de autocuidado Vínculo prejudicado Apoio familiar interrompido Baixo apoio familiar Apoio social interrompido Baixo apoio familiar social Comunicação ineficaz	**CIPE**
P74 Distúrbio ansioso/estado ansiedade P76 Perturbações depressivas P77 Suicídio/tentativa suicídio P99 Outras perturbações psicológicas Z25 Ato ou acontecimento violento	**CIAP**

SINAIS E SINTOMAS PARA IDENTIFICAÇÃO DE RISCO PARA SUICÍDIO		CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Individuais	Autoestima baixa, fracasso escolar, isolamento, sinais de transtornos orgânicos e psicológicos, uso e abuso de drogas, dificuldades com a própria identidade de gênero, sentimentos de exclusão.	- Promover um ambiente acolhedor de apoio; - Considerar sob risco extremo adolescentes que ingerem substâncias que acreditam ser potencialmente letais; - Avaliar em equipe a necessidade de encaminhar para serviço de referência da rede, sempre observando a importância de manter *acompanhamento em conjunto com* a APS; - Promover ações nas escolas do território sobre esta temática; - Orientar os responsáveis a supervisionar o acesso a conteúdo relacionado ao suicídio na mídia; - Promover o apoio da família e da comunidade ao adolescente; - Incentivar crenças culturais e religiosas que desencorajam o suicídio; - Desenvolver junto ao adolescente maneiras de resolver conflitos de modo positivo.
Expressão de ideias ou de intenções suicidas	"Vou desaparecer." "Vou deixar vocês em paz." "Eu queria poder dormir e nunca mais acordar". "Quem me dera nunca ter nascido".	
O aparecimento ou agravamento de problemas de conduta ou de manifestações verbais	Essas manifestações não devem ser interpretadas como ameaças nem como chantagens emocionais, mas sim como avisos de alerta para um risco real. Como mencionado, o adolescente possui dificuldade em se comunicar, portanto a atuação é a sua forma de comunicação.	
Familiares	Dissociação familiar, relacionamento desarmônico entre os pais, comunicação comprometida com a família, falta de apoio dos pais e violência na família.	
Sociais	Características do grupo de companheiros, que podem apresentar valores em conflito com a realidade pessoal e social, além das dificuldades de se integrar nas normas culturais.	

Fonte: Adaptado Brasil, 2017; Brasil, 2024.

Uma estratégia importante de apoio é o Centro de Valorização da Vida (CVV), o qual realiza apoio emocional e para prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo, por telefone, e-mail, chat e VoIP 24 horas todos os dias. A ligação para o CVV por meio do número 188 é gratuita a partir de qualquer linha telefônica fixa ou celular.

A notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada é obrigatória e deve ser realizada por meio de ficha específica. Tem como finalidade dimensionar a magnitude e a gravidade das violências, além de fornecer subsídios para a formulação, monitoramento e fortalecimento de políticas públicas de prevenção e cuidado (Rio Grande do Sul, 2019).

11.7 Incongruência de gênero

A incongruência de gênero em crianças e adolescentes é uma questão de saúde mental e bem-estar que demanda uma abordagem acolhedora, ética e afirmativa (Monzo *et al*., 2024).

A Atenção Primária à Saúde é um nível estratégico nesse cuidado, pois frequentemente representa o primeiro ponto de contato de crianças e adolescentes com os serviços de saúde. É nesse espaço que muitos buscam esclarecimentos e apoio em relação à diversidade de gênero. Nesse contexto, os enfermeiros desempenham um papel fundamental: acolher de forma sensível e respeitosa crianças e adolescentes trans, promover educação em saúde, oferecer suporte às famílias, coordenar o cuidado e, encaminhar para serviços especializados quando possível (TelessaúdeRS-UFRGS, 2023).

Embora a incongruência de gênero possa estar presente desde a infância, a trajetória de crianças e adolescentes trans pode ser bastante variável. Crianças podem apresentar uma fluidez na identidade de gênero, que nem sempre se concretiza como uma identidade trans, porém, a maioria das pessoas que chegam à adolescência com a percepção de serem trans ou de gênero não-binário, e aquelas pessoas nas quais a incongruência se intensifica com a puberdade, permanecem com essa identificação (TelessaúdeRS-UFRGS, 2024).

A seguir algumas definições para melhor compreensão da temática:

Incongruência de gênero	É o termo usado quando o gênero como uma pessoa se reconhece não é igual ao gênero atribuído a ela no nascimento.
Identidade de gênero	É a compreensão que cada sujeito constrói sobre si em relação a seu gênero, como quer ser reconhecido e respeitado, mediante suas autopercepções e definições sociais de gênero. Gênero é uma categoria sociológica e é produto da realidade social. A identidade de gênero é autodeterminada a partir das referências próprias do indivíduo, independentemente do gênero designado ao nascimento.

Disforia de gênero	É o sofrimento ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas que podem acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado ou expresso e o gênero designado ao nascimento de uma pessoa.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2024

É importante que os enfermeiros que atuam na APS estejam atentos para TelessaúdeRS-UFRGS, 2023:

- Buscar informações sobre os aspectos específicos do cuidado e adotar atitudes inclusivas;
- Promover medidas educacionais nas escolas locais, estimulando conversas para aumentar a conscientização e ajudar a lidar com o bullying e outras barreiras sociais, através de ações do PSE, por exemplo;
- Exercer uma escuta ativa e promover individualização dos cuidados, de acordo com o desenvolvimento de gênero e com as expectativas e demandas da criança e/ou adolescente;
- Direcionar-se a criança ou adolescente pelo nome e o pronome escolhido;
- Incentivar que o adolescente busque rede de apoio e a falar abertamente com a família e amigos sobre seu gênero e orientação sexual.

Conforme o Protocolo de Regulação Ambulatorial: Saúde Mental Infantil do TelessaúdeRS (2024), as condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de Saúde Mental são:

- Presença de disforia de gênero e problemas emocionais ou comportamentais, com intenso sofrimento psíquico, como transtorno de ansiedade ou depressão não estabilizados ou ideação suicida;
- Criança ou adolescente com variações de gênero e suspeita de condições de saúde mental que possam dificultar o manejo, como esquizofrenia, outros transtornos psicóticos, transtornos dissociativos, desconforto ou a não-aceitação quanto à própria identidade de gênero, transtorno de personalidade borderline, transtorno dismórfico corporal e distúrbio de integridade da identidade corporal.

Em relação ao ambulatório especializado, indica-se o encaminhamento nos casos em que a criança ou adolescente com variações de gênero expressa o desejo ou apresenta condições clínicas que demandem avaliação e cuidado especializado (TelessaúdeRS-UFRGS, 2024). Salienta-se que, o uso de intervenções hormonais para afirmação de gênero é permitido a partir dos 16 anos de idade. Entre 16 e 18 anos, é necessário o consentimento do responsável. O bloqueio puberal, quando indicado, pode ser avaliado em crianças com variações de gênero, a partir do estágio de Tanner 2, apenas em centros especializados (TelessaúdeRS-UFRGS, 2024).

É papel também de profissionais de saúde intervir junto às famílias, comunidade, conselho tutelar e instituições como escola ou casa de acolhida, de forma a garantir um ambiente seguro para as crianças e adolescentes (TelessaúdeRS-UFRGS, 2024).

ATENÇÃO: vale destacar que as equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti, Núcleo de Apoio à Atenção Básica e outros dispositivos na RAS) desempenham um papel estratégico no acompanhamento de crianças e adolescentes com variações de gênero, contribuindo de forma significativa para a construção de um plano terapêutico singular.

11.8 Uso de dispositivos digitais por crianças e adolescentes

O aprimoramento das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs) trouxe inúmeros benefícios, conectando pessoas e acelerando a difusão do conhecimento. No entanto, o uso excessivo de aparelhos celulares e telas por crianças e adolescentes tem gerado crescente preocupação entre familiares, educadores, profissionais de saúde e de proteção de direitos. Estudos indicam que os brasileiros estão entre os povos mais conectados, com 93% das crianças e adolescentes de 9 a 17 anos acessando a internet em 2024, um aumento significativo em relação a 2015. A pandemia de COVID-19 intensificou ainda mais o tempo de utilização desses dispositivos, transpondo contatos sociais, escolares e familiares para a dimensão virtual (Brasil, 2025).

Alguns conceitos serão apresentados para que os profissionais de enfermagem na APS possam promover ações de cuidado em relação ao uso excessivo de telas e colaborar para o uso consciente. As orientações estão organizadas por faixa etária, gerais e os riscos associados (Brasil, 2025), a seguir:

- **Ambiente Digital**: Engloba tecnologias da informação e comunicação (TICs), como redes, conteúdos, serviços e aplicativos digitais, dispositivos conectados, realidade virtual, inteligência artificial (IA) e sistemas automatizados.
- **Telas**: Refere-se aos diferentes dispositivos tecnológicos, como celulares, tablets, computadores e televisores.
- **Plataformas Digitais**: Modelos de negócios mediados por tecnologias onde fornecedores e consumidores se conectam para diversas interações (trabalho, ensino, lazer, entretenimento), incluindo redes sociais.
- **Cidadania Digital**: Condição de ser cidadão nos ambientes digitais, com conjunto de direitos e deveres para regular a interação, facilitada pelo acesso e uso responsável, ético e seguro das tecnologias.
- **Autonomia Progressiva da Criança e do Adolescente**: Desenvolvimento gradual da capacidade decisória e de lidar com as vivências digitais, considerando faixa etária e particularidades de contexto, exigindo mediação de adultos.

- **Mediação Familiar**: Conjunto de estratégias (ativas, restritivas, monitoramento) adotadas por familiares para acompanhar e orientar o uso das mídias por crianças e adolescentes, dialogando sobre benefícios e riscos.
- **Sharenting**: Prática de adultos compartilharem excessivamente conteúdos (fotos, vídeos) sobre crianças e adolescentes em ambientes digitais, o que pode comprometer a privacidade e a segurança deles.

Quadro 61 - Recomendações sobre o uso dos dispositivos digitais por idade e cuidados de enfermagem

Idade	Recomendação	Cuidados de enfermagem
Bebês (até 2 anos)	Não uso de telas e aparelhos digitais**,** salvo para contato com familiares por vídeochamada, acompanhada por pessoa adulta.	Orientar pais e cuidadores a priorizar interações face a face, brincadeiras, leitura e atividades físicas como formas essenciais de desenvolvimento, desaconselhando a exposição a telas devido a sérios prejuízos no desenvolvimento linguístico, cognitivo e emocional. Informar que os hábitos de uso de telas são formados na primeira infância.
Crianças (2 a 5 anos)	Limitar o tempo de tela a, no máximo, 1 hora por dia, sempre com supervisão de pais, pessoas cuidadoras e responsáveis. Priorizar conteúdos audiovisuais de qualidade e educativos.	Aconselhar sobre a importância de evitar telas durante as refeições e no horário de dormir. Estimular atividades que promovam o movimento e a socialização ao ar livre, em detrimento do tempo de tela.
Crianças (6 a 11 anos)	Limitar o tempo de tela a 1 ou 2 horas por dia, com supervisão. Evitar a aquisição ou posse de aparelhos celulares do tipo smartphone antes de, no mínimo, 12 anos de idade, sendo que quanto mais tarde, melhor. Evitar o acesso a redes sociais e aplicativos de mensagens.	Promover discussões familiares sobre o momento adequado para a posse de um celular. Orientar sobre o uso da Classificação Indicativa para escolha de conteúdos e aplicativos apropriados para a idade. Enfatizar que a maioria das redes sociais não foi projetada para crianças.
Adolescentes (12 a 17 anos)	Limitar o tempo de telas e jogos de 2 a 3 horas por dia, e nunca "virar a noite" jogando. O uso deve ocorrer com acompanhamento familiar ou	Ressaltar que a puberdade é um período de intensa reprogramação cerebral e maior vulnerabilidade, exigindo mediação familiar mais ativa, especialmente antes dos 14 anos.

	de educadores.	Discutir sobre privacidade, configurações restritas de redes sociais e uso de ferramentas de acompanhamento. Abordar os diversos riscos online, como conteúdos inapropriados, cyberbullying, sextorsão e jogos de azar.
Todas as idades	Mediação e Exemplo Familiar	Incentivar a comunicação aberta sobre o uso responsável da tecnologia, seus benefícios e riscos. Orientar que adultos sirvam de modelo de uso responsável, moderando o tempo de tela em momentos de convivência familiar. Alertar para a "parentalidade distraída" e seus impactos nas interações familiares.
	Equilíbrio e Desconexão	Recomendar a desconexão de dispositivos digitais durante as refeições e pelo menos 1 a 2 horas antes de dormir. Promover e incentivar atividades ao ar livre, esportes e interações sociais offline para equilibrar o tempo de tela. Discutir as dificuldades das famílias em oferecer alternativas devido a fatores socioeconômicos e de segurança.
	Uso Consciente e Produtivo	Orientar a priorização de tarefas escolares antes do entretenimento digital. Estimular usos criativos e pedagógicos da tecnologia (pesquisas, jogos educativos, edição de vídeos).
	Segurança e Privacidade	Aconselhar sobre a importância de observar a Classificação Indicativa de aplicativos e jogos digitais. Recomendar a escolha de configurações que minimizem a coleta de dados pessoais. Alertar sobre os riscos do sharenting e a necessidade de preservar a imagem e privacidade de crianças e adolescentes a longo prazo.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2025.

Quadro 62 - Riscos associados ao uso de telas e dispositivos digitais

Impactos na saúde física e no desenvolvimento	• **Atrasos no desenvolvimento:** Atrasos na fala, desenvolvimento cognitivo e da linguagem na primeira infância. • **Sedentarismo e Obesidade:** O tempo excessivo de tela contribui para o sedentarismo e, consequentemente, para a obesidade. • **Problemas Visuais:** Miopia e fadiga visual, especialmente com o uso prolongado de dispositivos de pequeno porte como celulares e tablets. • **Prejuízo ao Brincar Livre:** O tempo de tela pode substituir o brincar livre, fundamental para o desenvolvimento infantil. • Problemas Motores: Prejuízos ao desenvolvimento motor fino.
Impactos na saúde mental	• Sintomas de Ansiedade, Depressão e Agressividade: Estudos associam o uso excessivo de telas e redes sociais a esses sintomas. • **Problemas de Sono:** Dificuldade para dormir e má qualidade do sono. • **Transtornos Alimentares e Autoimagem**: Relação com o uso de redes sociais e padrões inalcançáveis de aparência. • FoMO (Fear of Missing Out): Medo de ficar de fora do que os outros estão fazendo, levando ao uso contínuo. • **Dificuldade de concentração e aprendizagem**: O estado de "multitarefa" e a navegação ininterrupta enfraquecem a capacidade de foco, prejudicando o aprendizado. • Vulnerabilidade na Adolescência: Período de desenvolvimento cerebral mais sensível a riscos como cyberbullying, assédio e desinformação, que podem levar a comportamento suicida ou autolesão. • **Dependência Tecnológica / Uso Problemático:** Termos que descrevem problemas de bem-estar, socialização e desempenho escolar devido ao uso contínuo ou ininterrupto de dispositivos conectados. Inclui Nomofobia (medo de não ter acesso ao celular).
Sinais de alerta para uso problemático ou excessivo de dispositivos digitais	
O profissional enfermeiro na APS deve orientar as famílias a observar os seguintes sinais e, caso presentes, buscar ajuda profissional	• Problemas de sono ou dificuldade para acordar devido ao uso de telas. • Resultados negativos no desempenho escolar ou dificuldade em completar tarefas. • Ganho ou perda de peso significativo recente. • Abandono de outras atividades de interesse (brincar, esportes, leitura, amigos) para usar dispositivos digitais. • Isolamento social, passando menos tempo com família e amigos. • Irritabilidade ou agressividade quando não está utilizando dispositivos digitais. • Mudanças repentinas nos usos de internet, participação em grupos de apologia ao suicídio/autolesão, postagens de despedida ou com fotos de morte/suicídio/cortes.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2025.

11.9 Oportunidades e o papel do enfermeiro na APS

Apesar dos riscos, o ambiente digital oferece oportunidades significativas que a enfermagem na APS pode ajudar a potencializar. A seguir alguns exemplos:

Promoção da educação digital e midiática	• Orientar sobre a importância de desenvolver competências digitais e midiáticas para o uso crítico, significativo, reflexivo e ético das tecnologias. • Estimular o letramento informacional para questionar informações, entender mecanismos de busca e personalizar algoritmos. • Incentivar o uso seguro e assertivo de ferramentas digitais para aprender, colaborar e criar conhecimento.
Tecnologias assistivas para crianças e adolescentes com deficiência	• Destacar o papel crucial das tecnologias assistivas (leitores de tela, navegação por voz/gestos) para promover o desenvolvimento, socialização, aprendizagem e participação de crianças e adolescentes com deficiência. • Atentar para que o uso desses recursos considere a proteção de dados e a privacidade específica de cada usuário.
Diálogo, acolhimento e trabalho em rede	• Criar e participar de espaços de escuta e diálogo com crianças, adolescentes e suas famílias na APS para discutir oportunidades e riscos do ambiente digital, promovendo reflexões sobre os usos dos dispositivos e suas implicações para a convivência familiar e social. • Reconhecer a sobrecarga familiar (especialmente de mães solo) e a falta de alternativas de lazer, que levam ao uso das telas como "babá digital". O enfermeiro deve abordar essa realidade sem culpabilizar, mas informando e oferecendo apoio. • Articular com a rede de proteção: Encaminhar casos suspeitos ou confirmados de uso problemático, cyberbullying, abuso ou exploração sexual para o Conselho Tutelar, Polícia Civil e Ministério Público. • Colaborar com escolas e serviços de assistência social para implementar ações de conscientização, prevenção e combate à violência digital.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2025.

12 ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

O Estatuto da Criança e Adolescente - ECA (Brasil, 1990) considera crianças as pessoas de 0 a 11 anos de idade e adolescentes as que têm entre 12 e 18 anos. Entretanto, a OMS (1986) antecipa esse período, para ampliar o espectro da prevenção de agravos e da promoção à saúde, demarcando o período da adolescência como a faixa etária entre 10 e 19 anos. A Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes (PEAISA) adota, a exemplo do Ministério da Saúde, tal classificação, sendo que prevê abordagens diferenciadas às faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, devido à diversidade, vulnerabilidade e subjetividade desses grupos populacionais nos seus contextos socio-históricos e culturais (SES/RS, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS), é a esfera do cuidado que participa diretamente das condições latentes ao desenvolvimento dos adolescentes devido aos atributos de coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços, e principalmente como porta de entrada e centro de comunicação da RAS (Brasil, 2022).

Adolescentes possuem prioridade nas políticas públicas, a garantia de acesso e atenção integral na APS é responsabilidade de gestores e profissionais. Os hábitos e exposição a riscos nesta faixa etária podem impactar ao longo de toda a vida, e os comportamentos e características próprios da adolescência não podem justificar sua desassistência (Brasil, 2022).

A responsabilidade legal/penal dos adolescentes difere dos adultos, mas isso não pode ser empecilho na busca de atendimentos de saúde, ao contrário, merecem proteção especial devido à sua fase de desenvolvimento (Brasil, 2022).

A equipe deve estar preparada/treinada para receber este público na demanda espontânea, entendendo questões próprias da idade e ainda, articular ações intersetoriais no território, assim como prever possibilidades de teleatendimento e expansão de horários de forma a garantir o acesso (Brasil, 2022).

Quadro 63 - Recomendações de atendimento na APS para adolescentes

<table>
<tr><th>SITUAÇÃO</th><th>CONDUTA</th></tr>
<tr><td>Atendimento individual de adolescentes desacompanhados</td><td>Acolher o adolescente através de escuta ativa atentando para a urgência da necessidade apresentada e discernimento do adolescente para a continuidade do cuidado. O profissional pode compartilhar o atendimento com outro membro da equipe para maior conforto e garantia de sigilo ético profissional;

Registrar no prontuário a procura desacompanhada para fins de monitoramento.

Caso seja necessária a administração de medicações, esta é permitida somente para adolescentes desacompanhados acima de 12 anos.</td></tr>
<tr><td>Atendimento individual de adolescentes que chegam acompanhados por pais e/ou responsáveis</td><td>Incentivar o atendimento individual, sempre que possível. Na impossibilidade, incentivar o protagonismo do adolescente com seu próprio cuidado. Importante manter o diálogo diretamente com o adolescente.

Sempre que o adolescente comparecer no serviço, abordar integralmente os cuidados em saúde, considerando inclusive a atualização vacinal.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Casos de quebra ou manutenção de sigilo</td></tr>
<tr><td>Quebra de sigilo</td><td>Manutenção do sigilo</td></tr>
<tr><td>- Situações de qualquer tipo de violência: emocional, maus tratos, bullying, sexual, interpessoal e etc;
- Aumento gradativo de consumo de álcool ou outras substâncias psicoativas;
- Autoagressão ou agressão (tendência homicida), ideações suicidas ou de fuga de casa;
- Gravidez ou abortamento;
- Sorologia positiva de HIV - comunicar aos pais ou responsáveis e à parceria sexual;
- Não adesão a tratamentos, se colocando em risco ou a terceiros;
- Diagnóstico de doenças graves, quadros depressivos e/ou outros transtornos mentais.</td><td>- Ficar, namorar, iniciação sexual (excluída violência);

- Experimentar psicoativos sem sinais de dependência química;

- Orientação sexual, conflitos com identidade de gênero;

- Prescrição de contracepção após consulta de enfermagem e escolha do método a partir de decisão compartilhada com o(a) adolescente;

- Diagnóstico de outras IST, excluída violência sexual e avaliada capacidade de adesão ao tratamento.</td></tr>
</table>

A revelação à família e/ou rede de proteção pode gerar constrangimento, fato que exige explicação sobre a decisão ao adolescente. Oferecer medidas para que o mesmo se prepare para a comunicação, visando diminuir o impacto emocional desse momento.	
Casos de comunicação com a família, Conselho Tutelar e/ou outros dispositivos da rede de proteção	
Indícios de desamparo ou negligência	A presença do adolescente desacompanhado no serviço, quando caracterizada pelo seu protagonismo e autonomia, não deve ser confundida com desamparo ou negligência. A definição da condução do caso deverá considerar a idade, o discernimento do adolescente e o resultado da avaliação clínica.
Suspeita ou confirmação de violência física, psicológica e situações de risco/violência intrafamiliar	Em situações em que a família é considerada suspeita de gerar o dano é necessário solicitar um momento a sós com o adolescente, e, preferencialmente, com a presença de outro membro da equipe, para escuta especializada.
Violência sexual ● Relação de poder explícita e/ou envolvimento sexual consensual antes dos 14 anos; ● Diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis ou parto, cuja idade gestacional indique que a gravidez ocorreu antes dos 14 anos completos (13 anos, 11 meses e 29 dias) e abortamento (ou tentativa); ● Situações de violência nas quais o adolescente ao invés de vítima, seja testemunha.	Na presença das situações elencadas, encaminhar conforme fluxos locais.

Fonte: Conselho Federal de Enfermagem, 2022; Brasil, 2022; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019.

As alterações comportamentais típicas da adolescência denominam-se Síndrome da Adolescência Normal. É caracterizada por uma tendência ao contraditório. A seguir aspectos observados na Síndrome da Adolescência Normal (Matias,2024; Buchhorn, 2022).

- **VINCULAÇÃO AO GRUPO** - na busca por identidade, num processo de uniformidade, ocorre a transferência da dependência dos pais. Os adolescentes buscam nos grupos, geralmente de mesma idade, ser aceitos e conviver compartilhando transformações comuns ao período, vivenciando experiências com seus comportamentos e atitudes próprias.
- **BUSCA DA IDENTIDADE** - com a chegada da puberdade, o adolescente perde o

corpo infantil e sua nova imagem pode gerar muita angústia, muito baseado na idealização do novo corpo, que muitas vezes difere da realidade. Durante essas transformações é comum que eles experimentem identidades transitórias baseadas em modelos de ídolos, artistas, professores ou outros e podem se colocar em situações de risco por conta de pensamentos inatingíveis. Sua identidade é construída a base de momentos de muita experimentação.

- **SEPARAÇÃO PROGRESSIVA DOS PAIS** - a visão dos pais como heróis ganha muitos questionamentos, valores e comportamentos passam a ser observados e julgados. Há preferência em estar com amigos e grupo, do que com a família, o que pode deixar os pais chateados e gerar conflitos. Tem necessidade de espaço físico exclusivo, que pode ser o quarto, um armário ou até mesmo um diário, algo que seja só seu.
- **DESENVOLVIMENTO DO PENSAMENTO ABSTRATO, DA INTELECTUALIZAÇÃO E DA FANTASIA** - como já possui o pensamento abstrato, começa a imaginar o mundo de forma idealizada e a pensar sobre a sociedade em que vive, os princípios éticos e valores sociais.
- **CRISE RELIGIOSA** - período em que pode haver oscilação entre descrença ou crença total e até fanatismo, podendo ainda haver confronto de ideias religiosas, princípios e valores.
- **VIVÊNCIA TEMPORAL SINGULAR** - Sua tolerância à espera varia de acordo com seus interesses. Quando se trata de algo que deseja intensamente — como comida, uma peça de roupa ou até mesmo uma resposta de alguém — a espera se torna quase insuportável; a necessidade é imediata. Por outro lado, ao lidar com tarefas que não considera prioritárias, tende a procrastinar. Isso se reflete, por exemplo, em tratamentos de longo prazo, como os voltados para cuidados com a pele ou perda de peso: se os resultados não aparecem em poucos dias, há uma tendência a desistir, pois preferem soluções rápidas e visíveis. Além disso, costuma ter dificuldade em planejar o futuro, vivendo com intensidade o momento presente, o que pode dificultar o comprometimento com processos que exigem paciência e constância.

  - **ATITUDE REIVINDICATÓRIA SOCIAL** - tende a julgar e avaliar tudo ao seu redor podendo ter impulso combativo que está ligado a um desejo genuíno de transformação: eles aspiram um mundo mais justo, com menos violência, mais sustentabilidade e outras melhorias sociais. Tais impulsos não devem ser considerados agressão, mas uma forma de serem reconhecidos pelos seus grupos e família.

  - **FLUTUAÇÃO DE HUMOR** - oscilar entre comportamento depressivo e solitário e na sequência euforia e entusiasmo fazem parte da elaboração das dificuldades na

adolescência.

- **CONTRADIÇÕES SUCESSIVAS DE CONDUTA/COMPORTAMENTO** - atitudes contraditórias ao seu próprio comportamento, revelam imaturidade em lidar com frustrações, perdas ou tristezas.
- **EVOLUÇÃO SEXUAL** - inicialmente o autoerotismo e as práticas da genitalidade e busca de identidade sexual predominam. Após vem a necessidade de relacionamentos, e em seguida a estabilidade destas relações, semelhante ao comportamento afetivo adulto.

O profissional enfermeiro precisa compreender que diferenciar o limite entre síndrome de adolescência normal e transtornos psiquiátricos não é algo simples ou fácil. Deve-se priorizar uma escuta qualificada, de forma ativa e compreensiva através da formação de vínculo, e compreender o que de fato está ocorrendo.

Na identificação de situações de risco, o enfermeiro deve realizar discussão dos casos com os demais membros da equipe da APS e com serviços de atenção psicossocial disponíveis na rede municipal, buscando construir um Projeto Terapêutico Singular e/ou Familiar (Brasil, 2014).

Neste sentido, o apoio matricial é uma metodologia de trabalho que possibilita às equipes da APS um suporte técnico especializado em diversas situações, além de consistir em uma estratégia que proporciona retaguarda especializada na assistência e no processo de construção coletiva de cuidados colaborativos (Brasil, 2011).

É importante ressaltar que o enfermeiro e demais membros da equipe da APS devem, de maneira implicada e corresponsável, seguir com o acompanhamento do adolescente de forma compartilhada com os demais serviços da Rede.

12.1 Consulta de enfermagem ao adolescente

Na consulta de enfermagem o enfermeiro acolhe a demanda do adolescente, tentando sempre respeitar sua individualidade e especificidades frente a sua idade, gênero, orientação sexual, raça, etnia, meio familiar, condições de vida, escolaridade, trabalho e outros aspectos numa abordagem integral. Orienta sobre o crescimento e desenvolvimento e através das etapas do processo de Enfermagem identifica fatores protetores a serem promovidos e os riscos a serem afastados ou amenizados (Buchhorn, 2022).

Para aumentar as possibilidades de sucesso da consulta, o enfermeiro deve procurar se afastar momentaneamente de suas crenças e valores e compreender que tal distanciamento permite o fortalecimento das interações e das relações com o adolescente. A avaliação do adolescente deve ser realizada de forma minuciosa e rigorosa, abrangendo tanto a identificação completa dos

problemas quanto o registro preciso de todas as informações relevantes (Buchhorn, 2022).

A Caderneta de saúde do adolescente, publicada pelo Ministério da Saúde, nas versões feminina e masculina, configura um instrumento facilitador para a abordagem dos temas de interesse dos jovens. O enfermeiro, deve registrar os atendimentos/consultas na caderneta e compartilhar as anotações, escalas de crescimento antropométrico e desenvolvimento puberal com o adolescente, orientar sobre o calendário vacinal, incentivando ações de prevenção e autocuidado. As cadernetas estão disponíveis através do portal do MS, em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_feminina_4ed1rempr.pdf e https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_feminina_4ed1rempr.pdf.

Quadro 64 - Diagnósticos de enfermagem e roteiro de avaliação/cuidados de enfermagem ao adolescente

PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	TAXONOMIA
Desenvolvimento do adolescente, prejudicado Estado da vacina, eficaz Estado da vacina, ineficaz Alimentação adequada Alimentação ineficaz Ingestão de alimentos adequado Ingestão de alimentos insuficientes (ou deficitária) Sinal vital (sinais vitais), nos limites normais Sinal Vital (Sinais Vitais), Alterado Higiene adequada Higiene inadequada Higiene oral eficaz Higiene oral ineficaz Visão prejudicada Capacidade visual, diminuída Integralidade da pele prejudicada Sobrepeso Baixo peso Risco de obesidade Risco de baixo peso Ingestão alimentar prejudicada Dor Controle da dor, inadequado Febre Diarreia Vômito Náuseas Tosse Presença de acne Risco de diarreia Risco de vômito Infecção do trata urinário	**CIPE**

Risco de infecção Risco de constipação Infecção do trato urinário Presença de infecção Presença de inflamação Tristeza Tristeza aumentada Vergonha Medo Medo aumentado Fadiga Falta de confiança Humor, deprimido Risco de violência presente Capaz de socializar-se Ansiedade Risco de desempenho escolar, prejudicada Risco de ser vítima de abuso Vitima de abuso sexual Vítima de abuso infantil Barreira na comunicação Comunicação, prejudicada Capacidade para executar atividade de lazer, prejudicada Concentração, prejudicada Enfrentamento ineficaz Isolamento social Desconforto, aumentado Autoestima positiva Autoimagem negativa Autoimagem positiva Autoestima prejudicada Baixa auto estima Automutilação Risco de pensamento suicida Ideação suicida Comportamento autodestrutivo Problema emocional Problema peso corporal Risco de isolamento social Comportamento de isolamento aumentado Abuso de drogas presente Comportamento desorganizado Personalidade comprometida Humor comprometido Déficit de autocuidado Sintoma de abstinência Dificuldade de enfrentamento Vínculo prejudicado Apoio familiar adequado Apoio familiar interrompido Baixo apoio familiar Apoio social adequado Apoio social interrompido Baixo apoio familiar social Comunicação eficaz	

Comunicação ineficaz Conhecimento sobre contracepção eficaz Conhecimento sobre contracepção ineficaz Uso de contraceptivo adequado Uso de contraceptivo ineficaz Abuso de drogas Conhecimento sobre abuso de álcool, suficiente Conhecimento sobre abuso de álcool, insuficiente Risco de dependência de drogas Risco de dependência de álcool Comportamento agressivo Comportamento sexual de risco Comportamento de ingestão alimentar, compulsivo Falta de conhecimento sobre gestação Risco de gestação (gravidez), não intencional	
P23 Sinais/sint. comportamento adolescente P28 Limitação funcional/incapacidade P29 Sinais/sintomas psicológicos, outros P74 Distúrbio ansioso/estado ansiedade P75 Somatização P76 Perturbações depressivas P77 Suicídio/tentativa suicídio P79 Fobia/perturbação compulsiva P80 Perturbações personalidade P82 Stress pós traumático P85 Atraso mental P86 anorexia nervosa, bulimia P98 Outras psicoses NE P99 Outras perturbações psicológicas Z01 Pobreza/problemas económicos Z02 Probl. relacionados água/alimentação Z03 Probl. habitação/vizinhança Z04 Probl. sociocultural Z05 Probl. com condições trabalho Z06 Probl. desemprego Z07 Probl. relacionado com educação Z08 Probl. relacionado sist. segurança social Z09 Probl. legal Z10 Probl. relacionado com sistema saúde Z11 Probl. relacionado com estar doente Z12 Probl. relacional com parceiro Z16 Probl. relacional com criança Z18 Probl. com criança doente Z19 Perda ou falecimento de criança Z20 Probl. relacional com familiares Z21 Probl. comportamental familiar Z22 Probl. doença familiar Z23 Perda/falecimento de familiar Z24 Probl. relacional com amigos Z25 Ato ou acontecimento violento Z27 Medo de problema social Z28 Limitação funcional/incapacidade Z29 Problema social NE	**CIAP**

Anamnese	Exame físico	Cuidados de enfermagem
• Acolher o adolescente; • Histórico de saúde individual e familia; • Situação vacinal; • Vínculo e formação familiar; • Condições • socioeconômicas e de habitação; • Sono, repouso e atividade física; • Hábitos alimentares; • Eliminações; • Uso de medicamentos; • Saúde sexual e reprodutiva: gênero e orientação sexual, comportamento sexual, ISTs; • Vinculação escolar e trabalho; • Vida social; • Saúde mental - percepção da imagem corporal, bullying, uso de substâncias psicoativas; • Situações e comportamentos de risco, exposição a acidentes e violência; • Tempo de exposição às telas digitais – celulares, notebooks, televisão e videogames.	• Condições gerais; • Higiene pessoal • Saúde bucal • Revisão dos sistemas • Peso, altura, IMC/idade e altura/idade - Utilizar gráficos da caderneta do adolescente • Pressão Arterial (PA) aferida no mínimo anualmente e comparada às curvas de PA/Idade (anexo 2) • Triagem para DM2 a partir dos 10 anos (Quadro 65) • Distúrbios eliminatórios • Ingesta alimentar • Sinais de desnutrição/ sobrepeso/ obesidade • Avaliar postura corporal = coluna vertebral (normal, lordose, cifose, escoliose) • Desenvolvimento puberal • Sinais sugestivos de gravidez ou infecção sexualmente transmissível (IST) • Sinais físicos de violência (hematomas, cicatrizes, etc) ou atitude sugestiva de violência verbal ou psicológica • Sinais sugestivos de uso/abuso de substâncias psicoativas, tais como: hálito etílico, rinite persistente, mucosa pálida ou perfuração do septo nasal, sinais de uso frequente de drogas injetáveis (flebites) • Atitude durante a consulta (adolescente e responsável), rejeição/aceitação • Alterações emocionais: depressão, ansiedade, irritabilidade, impulsividade, entre outras • Enfrentamento das dificuldades • Satisfação com sua imagem corporal • Vulnerabilidade social Obs. O exame físico pode ser realizado em mais de uma consulta, de acordo com a necessidade ou aceitação do adolescente.	• Escuta qualificada das demandas referidas e orientação de cuidados • Instruir higiene bucal • Incentivar hábitos de vida saudáveis (alimentação, exercícios físicos, atividades de lazer, educativa e cultural, entre outros) • Sexualidade: abordar as especificidades relativas ao gênero e à orientação sexual • Prevenção de IST/ uso de preservativos • Orientar quanto às possibilidades de métodos contraceptivos • Orientar e atualizar calendário vacinal • Auxiliar na identificação dos fatores de risco nas atividades diárias e nas condutas que possam conduzir a problema iminente • Orientar cuidados com postura ao sentar, carregar mochilas com peso máximo de 10% do peso corporal, calçados adequados • Recomendar limitar o tempo de telas e jogos de *videogames* • Prevenção de acidentes por causas externas • Reforçar os aspectos positivos • Estimular o autocuidado e o desenvolvimento da autonomia

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019; Buchhorn, 2022.

É recomendado realizar triagem de DM2 adolescentes a partir de 10 anos de idade ou após o início da puberdade, quando houver sobrepeso/obesidade e pelo menos um fator de risco adicional para DM2.

Quadro 65: Critérios para rastreamento de DM2 em adolescentes assintomáticos

- Sobrepeso ou obesidade
- Idade ≥ 10 anos ou após início de puberdade
- Um ou mais dos fatores de risco adicionais:
  - Baixo peso ao nascimento;
  - História materna de DM2 ou diabetes gestacional durante a gestação da criança;
  - Histórico de DM2 em familiar de primeiro ou segundo grau;
  - Acantose nigricans;
  - Hipertensão arterial;
  - Dislipidemia;
  - Síndrome Ovariana Metabólica Poliendócrina;
  - Etnia negra, indígena, hispânica, latina ou asiática.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025; Brasil, 2024.

12.2 Crescimento e desenvolvimento puberal

A puberdade expressa o conjunto de transformações somáticas da adolescência, que, entre outras, englobam: aceleração (estirão) e desaceleração do crescimento ponderal e estatural, modificação da composição e proporção corporal (resultado do crescimento esquelético, muscular e redistribuição do tecido adiposo), desenvolvimento de todos os sistemas do organismo (com ênfase no circulatório e respiratório) e a maturação sexual (Brasil, 2017).

12.2.1 Crescimento pondero-estatural

A média de velocidade de crescimento máxima durante a puberdade é cerca de 10 cm/ano para o sexo masculino e 9 cm/ano para o sexo feminino. A velocidade máxima de crescimento em altura ocorre, em média, entre 13 e 14 anos no sexo masculino e 11 e 12 anos no sexo feminino. Após a menarca, as meninas crescem, no máximo, de 5 a 7 cm (Brasil, 2017).

Em relação ao ganho de peso, estima-se que durante a puberdade os adolescentes ganham cerca de 50% de seu peso adulto. Recomenda-se a avaliação antropométrica (peso, altura e avaliação nutricional) anualmente até o final da adolescência e com maior frequência se for detectado algum problema (baixa estatura, baixo peso, sobrepeso e obesidade). O quadro a seguir apresenta as

fases de maturação sexual, por sexo, nos adolescentes (SMS/SP, 2015; Brasil, 2022; Brasil, 2017).

Para o acompanhamento da maturação sexual durante a puberdade sugere-se o uso da Escala de Tanner (anexo 3). considerada linguagem universal entre os profissionais de saúde, este instrumento permite mapear a maturação sexual e divide o desenvolvimento em cinco estágios, avaliando o crescimento dos genitais masculinos, o desenvolvimento das mamas e o crescimento dos pelos pubianos. Está presente na Caderneta de saúde dos Adolescentes permitindo o acompanhamento e orientação ao adolescente (SBP, 2023).

Quadro 66 - Maturação sexual por sexo biológico

SEXO FEMININO
A puberdade é fisiológica nas meninas quando iniciada entre 8 e 13 anos.
A primeira manifestação é o surgimento do broto mamário (telarca), que pode ser doloroso e unilateral, demorando até 6 meses para o crescimento contralateral.
Após ocorre a pubarca, que é o aparecimento dos pelos pubianos e axilares, o que pode proporcionar o odor característico do adulto.
A primeira menstruação, denominada menarca, pode vir precedida de uma secreção vaginal clara. Os primeiros ciclos menstruais geralmente são anovulatórios e irregulares, por até 3 anos pós-menarca.
O processo se completa, em média, de 3 a 4 anos, e sua evolução pode ser acompanhada pelos critérios de Tanner. O estirão puberal nas meninas ocorre entre os estágios 2 e 3 de Tanner.

SEXO MASCULINO
A puberdade é fisiológica nos meninos quando iniciada entre 9 e 14 anos;
A primeira manifestação de maturação sexual é o aumento do volume testicular (≥ 4ml). O crescimento peniano ocorre geralmente um ano após o crescimento dos testículos, sendo que primeiro o pênis cresce em comprimento e depois em diâmetro;
A pubarca é caracterizada pelo crescimento dos pelos pubianos, axilares (odor característico do adulto), faciais e os do restante do corpo;
A primeira ejaculação, denominada espermarca, e a mudança da voz acontecem mais tarde;
A polução noturna é a ejaculação noturna involuntária, ou seja, saída de sêmen durante o sono. É um evento fisiológico normal, entretanto, pode causar constrangimentos e dúvidas aos adolescentes, que devem ser orientados e tranquilizados pelo enfermeiro.

O processo se completa em média em 3 a 4 anos e sua evolução pode ser acompanhada pelos critérios de Tanner. O estirão puberal nos meninos ocorre entre os estágios 4 e 5 de Tanner.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2015; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023.

Em relação às alterações no desenvolvimento, é necessário que a equipe de enfermagem esteja atenta para os possíveis sinais descritos no quadro abaixo. Na identificação destes compartilhar com equipe multiprofissional.

Quadro 67 - Problemas no desenvolvimento puberal

ALTERAÇÃO	SEXO FEMININO	SEXO MASCULINO
Puberdade precoce	Qualquer sinal de maturação sexual antes dos 8 anos de idade. O diagnóstico de puberdade precoce é basicamente clínico, auxiliado por exames laboratoriais, radiológico e ultrassonográfico.	Aumento do volume testicular e dos pelos pubianos antes dos 9 anos de idade.
Puberdade tardia	Telarca e pubarca em idades superiores a 13 e 14 anos, respectivamente, e a menarca em idades maiores de 16 anos. A causa mais comum é o padrão genético normal herdado de algum familiar, mas doenças de repetição (ex. asma, alergias) ou estado nutricional inadequado podem estar relacionados.	Persistência do estágio pré-puberal após a idade cronológica de 16 anos.
Baixa estatura	Adolescentes de ambos os sexos com estatura de dois desvios padrões abaixo da média ou abaixo do 3º percentil. Em média, 20% têm baixa estatura patológica.	
Hirsutismo	Trata-se do aparecimento anormal de pelos no corpo feminino, em quantidade excessiva. Investigar doenças endócrinas e ovários policísticos.	Não se aplica.
Ginecomastia	Não se aplica.	Consiste no aumento visível ou palpável da glândula mamária do adolescente do sexo masculino. Pode ser uni ou bilateral, aparecendo em torno dos 13 e 14 anos, durante o estirão puberal, regredindo naturalmente em 12 a 18 meses.
Micropênis	Não se aplica.	Tamanho peniano menor que 1,9 cm, medido da base até a ponta, em qualquer idade.

Problemas relacionados à menstruação	Consultar Protocolo de Saúde da Mulher Coren-RS	Não se aplica

Fonte: Brasil, 2017; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019, 2023.

12.3 Programa de Dignidade Menstrual

A dignidade menstrual é caracterizada pelo acesso a produtos de higiene menstrual, conhecimento e infraestrutura. O Programa Dignidade Menstrual é uma iniciativa do governo federal dirigida a estudantes de baixa renda da rede pública de ensino e outras pessoas em extrema vulnerabilidade social. Garante a distribuição contínua de absorventes higiênicos para as beneficiadas, a partir de 10 anos de idade, buscando a conscientização sobre a naturalidade do ciclo menstrual e o combate da pobreza menstrual, fator que influencia diretamente a evasão escolar.

A equipe de enfermagem além de orientar os cuidados de higiene menstrual, deve estar preparada para auxiliar as usuárias no cadastramento no aplicativo Meu SUS Digital, o que permite acesso aos absorventes distribuídos nas farmácias populares, para mais informações acesse AQUI. Em trabalho conjunto com as equipes da educação, por meio do PSE, a temática pode ser aproveitada para o desenvolvimento de ações sobre saúde sexual e reprodutiva, prevenção da gravidez, direitos humanos e cidadania e prevenção da violência (Instrutivo SES/RS, 2024).

12.4 Alimentação

A adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, potencialmente determinada por fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais que irão interferir diretamente na formação dos hábitos alimentares. A nutrição tem papel crítico no desenvolvimento do adolescente, sendo o consumo de dieta inadequada uma influência desfavorável sobre o crescimento somático e maturação (SMS/SP 2015).

Para realizar a avaliação nutricional de adolescentes, o método mais adequado é o índice de massa corporal [IMC = peso (Kg)/ altura² (m²)], considerado bom indicador de magreza ou excesso ponderal na adolescência.

O quadro a seguir apresenta orientações, para promoção da alimentação saudável:

Quadro 68 - Orientações para promoção de alimentação saudável do adolescente

Preferir alimentos naturais, comida caseira e evitar ultraprocessados;
Aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras;
Evitar substituir refeições por lanches;
Evitar a omissão do café da manhã;
Evitar realizar refeições assistindo televisão/computador/celular/*tablet*;

Incorporar ao cotidiano técnicas como comer devagar e mastigar bem os alimentos, permitindo um melhor controle da ingestão e uma adequada percepção da saciedade;
Ingerir todos os grupos de alimentos.

Fonte: Brasil, 2017; Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2015.

13 SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ADOLESCÊNCIA

Na adolescência, ocasionada pela puberdade, a sexualidade se manifesta em diferentes sensações corporais, em desejos ainda desconhecidos e em novas necessidades de relacionamento interpessoal, tornando-se um foco importante de preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos. Nesse contexto, os valores, atitudes, hábitos e comportamentos estão em processo de formação e solidificação (Brasil, 2017).

Assim, a equipe de Enfermagem deve atentar para as singularidades e as necessidades em saúde dos adolescentes integralmente, como preconizado pelo art. 11 do ECA (Brasil, 2017). Neste ínterim, os direitos sexuais e reprodutivos se constituem como direitos humanos fundamentais já reconhecidos nas leis nacionais e internacionais (SES/RS 2018). De acordo com a SES/RS e o MS (Brasil, 2024), são direitos dos adolescentes e cuidados de prevenção à gestação indesejada (SES/RS 2018, Brasil, 2024):

- À informação e à educação sexual, incluindo apresentação de métodos contraceptivos disponíveis, suas vantagens e desvantagens;
- Prescrição de métodos contraceptivos deverá levar em consideração a vontade dos adolescentes, respeitando-se sempre os critérios clínicos de elegibilidade, inclusive para menores de 14 anos, sem que constitua ato ilícito;
- Acesso facilitado a preservativos internos e externos e gel lubrificante na APS, sem necessidade de qualquer forma de identificação;
- Oferta de métodos contraceptivos ajustados às necessidades, aos planos de cuidados de cada pessoa e adequados ao momento da demanda, inclusive de anticoncepção de emergência (deve ser utilizada nas primeiras 72 horas após a relação sexual desprotegida) e de longa duração (LARC), evitando barreiras que dificultem o acesso injustificadamente;
- Ao exercício de sua sexualidade, livre de coerção ou violência em razão de estilo de vida, identidade de gênero, orientação sexual, raça/cor/etnia, classe social ou condição sorológica;
- Participar de ações de prevenção da violência sexual e suas repercussões sobre a saúde, a educação e o futuro dos adolescentes que envolvam a família, escola e os outros equipamentos da rede intrasetorial e intersetorial de cuidado e proteção social;
- Participar da efetivação de protocolos, fluxos e rotinas para ações relacionadas ao planejamento reprodutivo, incluindo o componente educativo, de maneira sistematizada, com enfoque de gênero, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos e

da corresponsabilidade masculina nos eventos sexuais e reprodutivos, respeitando a diversidade sexual;

- Fortalecer as ações sobre saúde sexual, saúde reprodutiva e planejamento reprodutivo no âmbito do Programa Saúde na Escola;
- Às informações e às ações educativas devem ser adequadas a cada faixa etária, escolaridade, diversidade regional, cultural, religiosa, racial e étnica, à orientação sexual e às identidades de gênero. Podem ser coletivas ou individuais, contemplar a maior diversidade de pessoas e em diferentes espaços do território;
- Adolescentes de 10 a 14 anos de idade devem ser orientados sobre os cuidados específicos e apropriados ao seu desenvolvimento. É fundamental garantir a atenção integral à saúde, buscando identificar se já têm atividade sexual, discernimento para o exercício da sexualidade e se as circunstâncias apontam para situações de violência;
- Havendo confirmação ou suspeita de violência sexual, notificar e inserir o adolescente e sua família na rede de cuidado e proteção, conforme orientado "No capítulo 10 Rede de Cuidado e Proteção Social"
- Acesso facilitado ao teste rápido de gravidez na APS, com acolhimento e aconselhamento pós-teste, além de orientação para o planejamento reprodutivo e dupla proteção, informando aos adolescentes da necessidade do uso, ao mesmo tempo, do preservativo e de outro método contraceptivo;
- Acesso facilitado aos testes rápidos para IST/HIV e hepatites virais.

Métodos contraceptivos (conforme critérios de elegibilidade da OMS), condições clínicas versus contraceptivo, assim como as queixas ginecológicas mais comuns, devem ser consultadas no Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Saúde da Mulher.

13.1 Acesso a diagnóstico e tratamento para HIV/Aids e sífilis com aconselhamento pré e pós-teste para adolescentes

Quadro 69 - Testagem para HIV e sífilis conforme a faixa etária dos adolescentes

IDADE	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Até 12 anos incompletos	A testagem e entrega dos exames só devem ocorrer com a presença dos pais ou responsáveis;
Diagnóstico de IST, parto ou aborto antes de 14 completos	Comunicação à família, conselho tutelar e outros dispositivos de rede, conforme fluxos locais.

Entre 14 e 18 anos	Após uma avaliação de suas condições de discernimento, a realização do exame fica restrita a sua vontade, assim como a divulgação do resultado a outras pessoas;
Deve ser assegurado o acesso ao tratamento integral, bem como medidas de prevenção combinada.	

Fonte: Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul, 2018.

Orienta-se que o adolescente seja estimulado a compartilhar sua condição de saúde com seus responsáveis ou com adultos nos quais confie, observando-se que o apoio nem sempre parte dos responsáveis legais.

ATENÇÃO: o Ministério da Saúde (MS) contraindica a realização aleatória de exames anti-HIV em adolescentes sob medida protetiva, abrigo ou em casos de adoção. A testagem somente deverá ser feita a pedido do adolescente para seu conhecimento ou visando o tratamento e seguimento do caso. Crianças e adolescentes não são obrigados a revelar sua condição sorológica.

Deve ser garantido no SUS o acesso a serviços, orientações e consultas de saúde para os adolescentes sem a necessidade de presença ou autorização de pais, mães ou responsáveis, com direito à privacidade e sigilo, amparando, assim, a oferta de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV a adolescentes com mais de 15 anos, com peso corporal igual ou maior a 35 kg, com vida sexualmente ativa e que apresentem potencial risco para aquisição de infecção pelo HIV (Brasil, 2022). Após a avaliação, encaminhar para serviço ou profissional de referência conforme fluxo local.

13.2 Gravidez na adolescência

A Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes (PEAISA) e o Programa Saúde na Escola (PSE) têm como um de seus objetivos a redução da gravidez na adolescência, uma vez que esta é considerada um dos principais fatores associados à mortalidade materna e infantil, além de contribuir para a manutenção de ciclos de doenças e pobreza. As equipes de saúde precisam atentar para as necessidades inerentes ao desenvolvimento infanto-juvenil e realizar tanto ações de prevenção à gestação, quanto acolhimento e acompanhamento pré-natal.

Em 2023, foram registrados 314 partos de meninas entre 10 e 14 anos no Rio Grande do Sul, o que equivale, em média, a um parto por dia entre crianças e adolescentes nessa faixa etária (SES/RS, 2024).

13.2.1 Acolhimento de gestantes adolescentes

Uma gravidez precoce e não planejada aumenta muito as possibilidades de complicações obstétricas e neonatais, mas o maior impacto seria sobre o futuro das adolescentes e seus filhos, revelando disparidades sociais, culturais, econômicas e de gênero, cenários de vulnerabilidade e de violação de direitos (SES/RS, 2024).

No acolhimento da gestante adolescente com menos de 14 anos, é imprescindível garantir o direito à informação e acesso aos recursos legais diante da violência/violação vivida. Legalmente não há diferença, se houve consentimento na relação ou ato não violento, ou que a parceria também seja adolescente, a lei prevê que nesta idade houve violação de direitos sexuais e humanos e é considerado estupro de vulnerável/violação sexual. Deve ser informado à usuária o direito de decidir o futuro da gestação, interromper ou mantê-la, e que o bebê poderá ficar com ela ou ser entregue para adoção. Esclarecer que será encaminhada para um dos serviços de referência estadual, junto do responsável legal, para o atendimento de crianças e adolescentes gestantes. Após o atendimento no serviço especializado, sendo descartada a interrupção legal da gravidez, será iniciado o acompanhamento de pré-natal, de acordo com a classificação de risco. Todas as gestações de menores de 14 anos devem ser notificadas através do preenchimento da ficha de notificação compulsória de violência (SES/RS, 2024).

Em gravidez acima de 14 e abaixo de 18 anos, também é necessário avaliar a possibilidade de violência e/ou exploração sexual. A notificação da violência no SINAN deve ser preenchida diante de confirmação ou mesmo de suspeita, em no máximo 24 horas (Portaria MS/GM, 1271/2014), sendo obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar e demais órgãos conforme fluxo municipal. Constatada violência, orienta-se seguir o fluxo de atendimento descrito no capítulo 10. A APS deve se responsabilizar pelo caso, garantindo o deslocamento da menina e do seu responsável, bem como o seguimento do cuidado após o atendimento no serviço especializado.

13.2.2 Acompanhamento de pré-natal e classificação de risco

As gestantes com idade inferior a 15 anos apresentam um aumento de complicações em todo período gestacional, sendo os mais prevalente prematuridade, baixo peso ao nascer e indicadores de mortalidade neonatal aumentados. Por conta de tais agravos, a APS deve encaminhar a usuária para o Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR) de referência.

As gestantes com idade entre 15 e 18 anos devem ser acompanhadas na APS e em todas as consultas de pré-natal devem ter os riscos avaliados, e se classificados como Alto Risco, deverão ser encaminhadas ao AGAR, via sistema Gercon, conforme a versão atualizada do Guia do Pré-Natal e Puerpério na APS

(https://admin.atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202409/13125928-guia-do-pre-natal2024.pdf)

O cuidado pré-natal deve ser compartilhado entre a APS e o AGAR, através de consultas intercaladas entre médico e enfermeiro, visitas domiciliares e atividades coletivas. O acompanhamento permite avaliar as condições físicas, psíquicas e sociais de forma dinâmica. Isso garante a coordenação do cuidado da gestante e sua vinculação com a unidade de saúde do território.

A descrição de todo o cuidado pré-natal, classificação de riscos, exames que devem ser solicitados, periodicidade das consultas, monitoramento da situação vacinal, entre outros deverão ser consultados nas versões atualizadas do Protocolo Pré-Natal de Risco Habitual do Coren-RS e do Guia do Pré-Natal e Puerpério na APS através dos link: https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemPreNatalRiscoHabitual.pdf https://admin.atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202409/13125928-guia-do-pre-natal2024.pdf.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, M. A. Clinical features of varicella-zoster virus infection: Chickenpox. UpToDate, Waltham, MA, 25 abr. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-of-varicella-zoster-virus-infection-chickenpox. Acesso em: 28 out. 2025.

ALBRECHT, M. A. Treatment of varicella (chickenpox) infection. UpToDate, Waltham, MA, 7 fev. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-varicella-chickenpox-infection. Acesso em: 28 out. 2025.

ALMEIDA, K. L.; SILVA, A. C.; CAMPOS, J. S. A importância da identificação precoce da ocorrência do bullying: uma revisão da literatura. Revista de Pediatria, v. 9, n. 1, p. 8-16, 2008. Disponível em: http://www.conhecer.org.br/download/BULLYING/LEITURA%2011.pdf. Acesso em: 10 abr. 2026.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in Diabetes – 2020. The Journal of Clinical and Applied Research and Education Diabetes Care, v. 43, supl. 1, jan. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO-FACIAL. Manual de Lavagem Nasal na Criança e no Adulto. 2022. Disponível em: https://aborlccf.org.br/wp-content/uploads/2022/11/1669816618_Manual_de_lavagem_nasal-v2.pdf. Acesso em: 14 abr. 2025.

BADDOUR, L. M. Impetigo. UpToDate, Waltham, MA, 22 abr. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/impetigo. Acesso em: 28 out. 2025.

BARFIELD, W. D.; LEE, K. G. Late preterm infants. UpToDate, Waltham, MA, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/late-preterm-infants. Acesso em: 11 mar. 2025.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.36660/abc.20201238. Acesso em: 17 jan. 2025.

BLANK, D.; ECKERT, G. E. Pediatria ambulatorial: elementos básicos e promoção da saúde. 2. ed. Porto Alegre: Editora da Universidade UFRGS, 1995.

BOOM, J. A. Microcephaly in infants and children: Etiology and evaluation. UpToDate, Waltham, MA, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/microcephaly-in-infants-and-children-etiology-and-evaluation. Acesso em: 11 abr. 2025.

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. Contextos Clínicos, Porto Alegre, v. 6, n. 1, 2013.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/. Acesso em: 8 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Prevenção aos acidentes domésticos e guia rápido de primeiros socorros. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde SUS: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_7ed.pdf. Acesso em: 13 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Data marca conscientização sobre cuidados com a prematuridade. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/11/data-marca-conscientizacao-sobre-cuidados-com-a-prematuridade. Acesso em: 17 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Existe benefício para suplementação de Vitamina D em Crianças e Adolescentes? Santa Catarina, 2016. Disponível em: https://aps.bvs.br/aps/existe-beneficio-para-suplementacao-de-vitamina-d-em-criancas-e-adolescentes/. Acesso em: jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático: Diagnóstico de anomalias congênitas no pré-natal e ao nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://plataforma.saude.gov.br/anomalias-congenitas/guia-pratico-anomalias-congenitas.pdf. Acesso em: 28 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 201 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_crianca_adolescente.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf. Acesso em: ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Quadros de Procedimentos: Aidpi Criança: 2 Meses a 5 Anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/microcefalia. Acesso em: 11 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. Saúde da Criança de 0 a 5 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/notatecnica_crianca-1-1.pdf. Acesso em: 2 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 6.734, de 18 de março de 2025. Altera o Anexo 1 do Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 mar. 2025. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt6734_31_03_2025.html. Acesso em: 28 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436/GM, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2017, Seção 1, p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3492 de 8 de abril de 2024. Institui o Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Primeira consulta do recém-nascido (RN). Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/puericultura/unidade-de-atencao-primaria/recem-nascido/. Acesso em: 17 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/primeira-infancia/saude-bucal. Acesso em: 18 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes Metodológicas: Sistema GRADE. Manual de Graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_sistema_grade.pdf.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República. Crianças, Adolescentes e Telas: guia sobre uso de dispositivos digitais. Brasília, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/uso-de-telas-por-criancas-e-adolescentes/guia. Acesso em: 10 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 234 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde do Adolescente e do Jovem. Nota Técnica nº 2/2022-COSAJ/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Brasília, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-2-2022-cosaj-cgcivi-dapes-saps-ms. Acesso em: 10 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 184 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação-Geral de Articulação do Cuidado Integral. Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente. Caderneta da criança. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. (versão eletrônica)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação-Geral de Ações de Integridade e Defesa do Usuário. Nota Técnica nº 2/2024-CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS. Brasília, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-2-2024.pdf/view. Acesso em: 10 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação-Geral de Ações de Integridade e Defesa do Usuário. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Diabetes Mellitus Tipo 2. Brasília, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/protocolo-clinico-de-diretrizes-terapeuticas-pcdt-para-diabetes-mellitus-tipo-ii/view. Acesso em: 10 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República. Crianças, adolescentes e telas: guia sobre uso de dispositivos digitais. Brasília, DF: SECOM/PR, 2025. Disponível em:

https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/uso-de-telas-por-criancas-e-adolescentes/guia. Acesso em: 10 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Nota Técnica nº 498/2022-CGAHV/.DCCI/SVS/MS: acesso à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV para adolescentes a partir de 15 anos, com peso corporal igual ou maior a 35 kg, que apresentem potencial risco para infecção por via sexual pelo HIV. Brasília, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-tecnicas/2022/sei_ms-0029675943-nota-tecnica-prep-15.pdf/@@display-file/file. Acesso em: 10 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Guia prático: diagnóstico de anomalias congênitas no pré-natal e ao nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1. 6. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunizações e Doenças Imunopreveníveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.603, de 10 de dezembro de 2018. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Diário Oficial da União, Brasília, 2018. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/D9603.htm. Acesso em: 30 jan. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Diário Oficial da União, Brasília, 2017. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm. Acesso em: 30 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 1 volume. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-1-6a-edicao/view. Acesso em: 15 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento do Programa Nacional de Imunizações Coordenação-Geral de Incorporação Científica e Imunização. Nota Técnica nº 31/2026-CGICI/DPNI/SVSA/MS. Orientações técnicas simplificadas para implementação da estratégia de resgate do anticorpo monoclonal nirsevimabe no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-no-31-2026-cgici-dpni-svsa-ms.pdf. Acesso em: 21 ago. 2026.

CAMPBELL, J.; PALAZZI, D. Infecções por Candida em crianças. UpToDate, Waltham, MA, 1 maio 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/candida-infections-in-children. Acesso em: 28 ago. 2025.

CARVALHO, Marcus Renato; GOMES, Cristiane F. Amamentação bases científicas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. How Zika spreads. Atlanta: CDC, 2025. Disponível em: https://www.cdc.gov/zika/causes/. Acesso em: 11 abr. 2025.

CHASTAIN, A. P.; GEARY, A. L.; BOGENSCHUTZ, K. M. Gerenciamento da Hiperbilirrubinemia Neonatal: uma diretriz atualizada. JAAPA, v. 37, n. 10, p. 19-25, out. 2024. Disponível em: http://paulomargotto.com.br/gerenciamento-da-hiperbilirrubinemia-neonatal-uma-diretriz-atualizada/. Acesso em: 10 abr. 2026.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CHOW, A. W. Complicações, diagnóstico e tratamento de infecções odontogênicas. UpToDate, Waltham, MA, 21 maio 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/complications-diagnosis-and-treatment-of-odontogenic-infections. Acesso em: 7 ago. 2025.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. CIPE® Versão 2019: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Tradução de Ordem dos Enfermeiros de Portugal. Lisboa: OE, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Disponível em: http://www.portalcofen.gov.br.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Diretrizes para elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais. Brasília: COFEN, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Parecer de Conselheiro nº 005/2019/COFEN. Lavagem Auricular realizada por profissionais de enfermagem. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/parecer-de-relator-no-005-2019/. Acesso em: 13 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html. Acesso em: 9 jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o guia de recomendações para o registro de Enfermagem no prontuário do paciente.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html. Acesso em: 9 jan. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN-SC). Protocolo de Enfermagem Volume 1. Hipertensão, diabetes e outros fatores associados a doenças cardiovasculares. Florianópolis, 2015. 57 p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN-SC). Protocolo de Enfermagem Volume 5. Atenção à Demanda de Cuidados na Criança. Florianópolis, 2018. 50 p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL (COREN-RS). Parecer nº 19/2016/CTAS/COREN-RS. Disponível em: https://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=legislacao&pagina=pareceres. Acesso em: 21 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen n.º 801, de 14 de janeiro de 2026. Estabelece diretrizes para a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, e dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 22 jan. 2026. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-801-de-14-de-janeiro-de-2026/. Acesso em: 23 abr. 2026.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n.º 754, de 16 de maio de 2024. Normatiza o uso do prontuário eletrônico e plataformas digitais no âmbito da Enfermagem. Brasília: Cofen, 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-754-de-16-de-maio-de-2024/. Acesso em: 24 abr. 2026.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen n.º 564, de 6 de novembro de 2017. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: Cofen, 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer técnico Cofen n.º 16 de 2025. Parecer Técnico sobre a realização dos testes de triagem neonatal, especificamente o teste do Coraçãozinho e do Olhinho (teste do reflexo vermelho – TRV) pela equipe de enfermagem. Brasília: Cofen, 2025

COREN-RS. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Decisão Coren-RS n.º 53, de 25 de novembro de 2016. Normatiza os registros de Enfermagem no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Coren-RS, 2016.

COULTER, J.; HOHMAN, M. H.; KWON, E. Otalgia. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 29 fev. 2024. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549830/. Acesso em: 30 jun. 2025.

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (DEE). Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão do Estado do Rio Grande do Sul. 2018. Disponível em: https://dee.rs.gov.br/inicial.

DINCES, E. A. Cerumen. UpToDate, Waltham, MA, 5 mar. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cerumen. Acesso em: 20 maio 2025.

DRUTZ, J. E.; BENJAMIN, J. C. The pediatric physical examination: HEENT. UpToDate, Waltham, MA, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/the-pediatric-physical-examination-heent. Acesso em: 8 nov. 2024.

DRUTZ, J. E.; WHITE-STACHER, J. The pediatric physical examination: General principles and standard measurements. UpToDate, Waltham, MA, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/the-pediatric-physical-examination-general-principles-and-standard-measurements. Acesso em: 28 jul. 2024.

DYSART, K. C. et al. Predicting length of treatment for neonatal abstinence syndrome in methadone-exposed neonates. American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 199, n. 4, p. 396.e1-7, out. 2008. DOI: 10.1016/j.ajog.2008.06.088. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18928986/. Acesso em: 10 abr. 2026.

DYSART, K. C. et al. Sequela of preterm versus term infants born to mothers on a methadone maintenance program: differential course of neonatal abstinence syndrome. Journal of Perinatal Medicine, v. 35, n. 4, p. 344-346, jan. 2007. DOI: 10.1515/JPM.2007.063. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17511598/. Acesso em: 10 abr. 2026.

EDWARDS, M. S.; SHETTY, A. Rubella. UpToDate, Waltham, MA, 11 set. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/rubella. Acesso em: 28 out. 2025.

ELLIS, A. K. Farmacoterapia da rinite alérgica. UpToDate, Waltham, MA, 25 mar. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-of-allergic-rhinitis. Acesso em: 6 abr. 2025.

FARIAS, T. F. et al. Conjuntivite bacteriana na infância: diagnóstico e tratamento clínico. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 10, n. 10, p. 1801-1811, 2024.

FEITOSA, A. D. M. et al. Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório – 2023. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 121, n. 4, e20240113, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.36660/abc.20240113. Acesso em: 17 jan. 2025.

FIO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Principais Questões sobre o Papel da APS no Acompanhamento dos Testes Neonatais. Rio de

Janeiro: FioCruz, 2023. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/principais-questoes-sobre-o-papel-da-aps-no-acompanhamento-dos-testes-neonatais/. Acesso em: 13 dez. 2024.

FLEMING, S. et al. Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 18 years of age: a systematic review of observational studies. The Lancet, v. 377, n. 9770, p. 1011-1018, 19 mar. 2011. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21411136/. Acesso em: 10 jan. 2025.

FLYNN, J. T. et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics, v. 140, n. 3, e20171904, 2017. Disponível em: https://publications.aap.org/pediatrics/article/140/3/e20171904/38358/Clinical-Practice-Guideline-for-Screening-and. Acesso em: 17 jan. 2025.

FORÇA-TAREFA DE SERVIÇOS PREVENTIVOS DOS EUA (USPSTF). Triagem e Intervenções Preventivas para Saúde Bucal em Crianças e Adolescentes de 5 a 17 Anos: Declaração de Recomendação. JAMA, v. 330, n. 17, p. 1666-1673, 2023. DOI: 10.1001/jama.2023.21408.

GANS, H.; MALDONADO, Y. A. Measles: clinical manifestations, diagnosis, treatment, and prevention. UpToDate, Waltham, MA, 15 jan. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/measles-clinical-manifestations-diagnosis-treatment-and-prevention. Acesso em: 28 out. 2025.

GILMORE, E. Overview of neonatal brain malformations of the cortex. UpToDate, Waltham, MA, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-neonatal-brain-malformations-of-the-cortex. Acesso em: 11 abr. 2025.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated May 2025. Disponível em: https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2025/05/GINA-Strategy-Report_2025-WEB-WMS.pdf. Acesso em: 10 abr. 2026.

GOLDSTEIN, A. O.; GOLDSTEIN, B. G. Dermatophyte (tinea) infections. UpToDate, Waltham, MA, 19 ago. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/dermatophyte-tinea-infections. Acesso em: 28 out. 2025.

GOLDSTEIN, A. O.; GOLDSTEIN, B. G. Pediculosis capitis. UpToDate, Waltham, MA, 5 set. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/pediculosis-capitis. Acesso em: 23 set. 2025.

GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O. Paronychia. UpToDate, Waltham, MA, 24 out. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/paronychia. Acesso em: 28 out. 2025.

GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O. Scabies: epidemiology, clinical features, and diagnosis. UpToDate, Waltham, MA, 25 jul. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis. Acesso em: 23 set. 2025.

GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O. Tinea versicolor (pityriasis versicolor). UpToDate, Waltham, MA, 2 jan. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/tinea-versicolor-pityriasis-versicolor. Acesso em: 28 out. 2025.

GRADE WORKING GROUP. The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. 2014. Disponível em: http://www.gradeworkinggroup.org.

GREENES, D. Avaliação da dor de ouvido em crianças. UpToDate, Waltham, MA, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-earache-in-children. Acesso em: 30 jun. 2025.

HARPER, Nancy S.; FOELL, Rebecca. Child neglect: Evaluation and management. UpToDate, Waltham, MA, 31 out. 2023. Disponível em: https://sso.uptodate.com/contents/child-neglect-evaluation-and-management. Acesso em: 31 jan. 2025.

HORII, K. A. Diaper dermatitis. UpToDate, Waltham, MA, 28 ago. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/diaper-dermatitis. Acesso em: 23 set. 2025.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Projeções das Populações. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Indicadores Implícitos - 2000/2070. Revisão 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html Acesso em: 10 abr. 2026.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Projeções das Populações. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. População por sexo e grupos etários - 2000/2070. Revisão 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html. Acesso em: 10 abr. 2026.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). ICNP® CATALOGUES. Genebra: ICN, 2017. Disponível em: http://www.icn.ch/what-we-do/icnpr-catalogues/icnpr-catalogues-875.html. Acesso em: 6 jan. 2019.

IRWIN, Irwin et al. Medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy). UpToDate, Waltham, MA, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/medical-child-abuse-munchausen-syndrome-by-proxy. Acesso em: 10 abr. 2026.

JACOBS, Deborah S.; FROST, Holly M. Infectious conjunctivitis. UpToDate, Waltham, MA, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/infectious-conjunctivitis. Acesso em: 16 jun. 2025.

JORGE, M. H. P. M. et al. Formas de violência contra a criança e o adolescente. In: SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. 2. ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2018. Cap. 2.

KATHLEEN, M. F. et al. Vitamin intake and disease prevention. UpToDate, Waltham, MA, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/vitamin-intake-and-disease-prevention. Acesso em: 25 out. 2024.

KEELS, Martha Ann. Soft tissue lesions of the oral cavity in children. UpToDate, Waltham, MA, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/soft-tissue-lesions-of-the-oral-cavity-in-children. Acesso em: 13 abr. 2025.

KESWANI, A.; HOLBROOK, E. H. Chronic rhinosinusitis: Clinical manifestations, pathophysiology, and diagnosis. UpToDate, Waltham, MA, 12 jun. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/chronic-rhinosinusitis-clinical-manifestations-pathophysiology-and-diagnosis. Acesso em: 18 abr. 2025.

KLEIN, Diane; ATTIA, Evelyn; SOLOMON, David. Anorexia nervosa in adults: clinical features, course of illness, assessment, and diagnosis. UpToDate, Waltham, MA, 17 set. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/anorexia-nervosa-in-adults-clinical-features-course-of-illness-assessment-and-diagnosis. Acesso em: 10 abr. 2026.

KOTAGAL, S. Neurologic examination of the newborn. UpToDate, Waltham, MA, 2020.

KOTAGAL, S.; MORSE, A. M. Detailed neurologic assessment of infants and children. UpToDate, Waltham, MA, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/detailed-neurologic-assessment-of-infants-and-children. Acesso em: 17 jan. 2025.

LAFFEL, L.; SVOREN, B. Management of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. UpToDate, Waltham, MA. Disponível em: https://www.uptodate.com. Acesso em: 4 jun. 2020.

LEDER, Karin; WELLER, Peter F.; REDDY, Nageshwar. Ascariasis. UpToDate, Waltham, MA, jun. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/ascariasis. Acesso em: 17 jul. 2025.

LENZ, Maria Lucia Medeiros; FLORES, Rui (Org.). Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos. 3. ed. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2018. 243 p.

LIMB, C. J.; LUSTIG, L. R.; DURAND, M. L. Otite média aguda em adultos. UpToDate, Waltham, MA, 15 nov. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-adults. Acesso em: 2 jun. 2025.

LODI, G. Estomatite aftosa recorrente. UpToDate, Waltham, MA, 25 abr. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/oral-lesions. Acesso em: 7 ago. 2025.

LODI, G. Oral lesions. UpToDate, Waltham, MA, 2 jul. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/oral-lesions. Acesso em: 7 ago. 2025.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-104, set. 2016.

MALDONADO, Y. A.; READ, J. S. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Congenital Toxoplasmosis in the United States. Pediatrics, v. 139, n. 2, 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Psychoactive substance use, family context and mental health among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 17, supl. 1, p. 46-61, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050005. Acesso em: 21 ago. 2020.

MARC, R. L.; S JEAN. Overview of vulvovaginal complaints in the prepubertal child. UpToDate, Waltham, MA, jul. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com. Acesso em: 18 ago. 2020.

MARGOTTO, Paulo R. (Ed.). Gerenciamento da Hiperbilirrubinemia Neonatal: uma diretriz atualizada. 2024. Disponível em: http://paulomargotto.com.br/gerenciamento-da-hiperbilirrubinemia-neonatal-uma-diretriz-atualizada/. Acesso em: 10 abr. 2026.

MATHES, E.; KITTLER, N. W. Vesicular, pustular and bullous lesions in the newborn and infant. UpToDate, Waltham, MA, 22 jan. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/vesicular-pustular-and-bullous-lesions-in-the-newborn-and-infant. Acesso em: 23 set. 2025.

McLEOD, R. et al. Management of Congenital Toxoplasmosis. Current Pediatrics Reports, v. 2, p. 166-194, 2014.

MEJIA, R. Mass drug administration for control of parasitic infections. In: UP TODATE. Waltham, MA: UpToDate, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com. Acesso em: 15 maio 2026.

MESSNER, A. H. Otite externa aguda em crianças e adolescentes. UpToDate, Waltham, MA, 24 set. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-externa-in-children-and-adolescents. Acesso em: 7 jun. 2025.

MESSNER, A. H.; WALSH, J. Anquiloglossia (língua presa) em lactentes e crianças. UpToDate, Waltham, MA, 12 jan. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/ankyloglossia-tongue-tie-in-infants-and-children. Acesso em: 30 jul. 2025.

MILLER, J. L. Eccrine miliaria (miliaria). UpToDate, Waltham, MA, 18 set. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/eccrine-miliaria-miliaria. Acesso em: 23 set. 2025.

MISRA, Madhusmita. Vitamin D insufficiency and deficiency in children and adolescents. UpToDate, Waltham, MA, 25 nov. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/vitamin-d-insufficiency-and-deficiency-in-children-and-adolescents. Acesso em: 25 ago. 2025.

Minozzi S, Cinquini M, Arienti C, et al. Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation and Confidence in Network Meta-Analysis showed moderate to substantial concordance in the evaluation of certainty of the evidence. *J Clin Epidemiol*. 2025;184:111811. doi:10.1016/j.jclinepi.2025.111811

MONCADA, P. A.; MONTOYA, J. G. Toxoplasmosis in the fetus and newborn: an update on prevalence, diagnosis and treatment. Expert Review of Anti-infective Therapy, v. 10, n. 7, p. 815-828, 2012.

NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. Tradução de Regina Machado Garcez. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NASCIMENTO, G. C. C.; GAGLIARDO, H. G. R. G. Atenção à saúde ocular de crianças com alterações no desenvolvimento em serviços de intervenção precoce: barreiras e facilitadores. Revista Brasileira de Oftalmologia, Rio de Janeiro, v. 75, n. 5, p. 370-375, 2016.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Vitamin D: supplement use in specific population groups. Public health guideline 64. London: NICE, 2014.

NOWAK, A. J. Preventive dental care and counseling for infants and young children. UpToDate, Waltham, MA, 2 mar. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/preventive-dental-care-and-counseling-for-infants-and-young-children. Acesso em: 3 set. 2025.

NOWAK, A. J.; WARREN, J. J. Oral habits and orofacial development in children. UpToDate, Waltham, MA, 24 set. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/oral-habits-and-orofacial-development-in-children. Acesso em: 7 jun. 2025.

OLIVEIRA, Claudia P. M. P. (Coord.). Protocolos da Atenção à Saúde da Criança. Caxias do Sul: Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul, 2018. 240 p.

OLIVEIRA, Débora Aparecida Lentini. Práticas clínicas baseadas em evidências. São Paulo: UNASUS: UNIFESP, 2010.

PALAZZI, D. L.; BRANDT, M. L. Care of the umbilicus and management of umbilical disorders in children. UpToDate, Waltham, MA, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/care-of-the-umbilicus-and-management-of-umbilical-disorders-in-children. Acesso em: 10 jan. 2025.

PAPPAS, D. Resfriado comum em crianças: tratamento e prevenção. UpToDate, Waltham, MA, 2025. Disponível em: https://sso.uptodate.com/contents/the-common-cold-in-children-management-and-prevention. Acesso em: 25 abr. 2025.

PARKER, A. Microcephaly: A clinical genetics approach. UpToDate, Waltham, MA, 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/microcephaly-a-clinical-genetics-approach. Acesso em: 11 abr. 2025.

PAZIRANDEH, S.; BURNS, D. L. Overview of vitamin A. UpToDate, Waltham, MA, 2019. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-vitamina. Acesso em: 24 mar. 2020.

PEREIRA-SANTOS, M. et al. Epidemiology of vitamin D insufficiency and deficiency in a population in a sunny country: geospatial meta-analysis in Brazil. Critical Reviews in Food Science and Nutrition, v. 59, n. 13, p. 2102-2109, 2019. DOI: 10.1080/10408398.2018.1437711.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Saúde da Criança (0 a 12 anos). Porto Alegre, 2018. 64 p.

POWERS, J. M. Iron deficiency in infants and children less than 12 years: screening, prevention, clinical manifestations and diagnosis. UpToDate, Waltham, MA, 7 jan. 2026. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/iron-deficiency-in-infants-and-children-less-than12-years-screening-prevention-clinical-manifestations-and-diagnosis. Acesso em: 28 out. 2025.

POWERS, J. M. Iron requirements and iron deficiency in adolescents. UpToDate, Waltham, MA, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/iron-requirements-and-iron-deficiency-in-adolescents. Acesso em: 28 out. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 16.006, de 25 de outubro de 2023. Dispõe sobre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no Estado do Rio Grande do Sul. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023. Disponível em: https://www.diariooficial.rs.gov.br/materia?id=916808. Acesso em: 31 jan. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Guia de atendimento em saúde às pessoas em situação de violência sexual. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde SES, 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica e Planejamento. Guia do pré-natal na Atenção Básica. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde SES, 2018. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencaobasica-web.pdf.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Igualdade, Cidadania, Direitos Humanos e Assistência Social. Comite Estadual de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes. Porto Alegre: CEVS/SES, 2022. Disponível em: https://justica.rs.gov.br/upload/arquivos/202301/31155353-guia-02.pdf.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. Atenção à saúde na vigilância e assistência da microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC). Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde SES, 2020. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202011/05155751-atencao-a-saude-na-vigilancia-e-assistencia-da-microcefalia-revista-e-atualizada-em-2020.pdf. Acesso em: 11 abr. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Divisão de Vigilância Epidemiológica. Nota Técnica nº 6/2024: orientações de vigilância epidemiológica sobre Surto de Toxoplasmose enquanto evento de Notificação Compulsória Estadual.

Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde SES, 2024. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202407/12141054-2024-07-nt-6-dve-toxoplasmose.pdf. Acesso em: 11 abr. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Departamento de Gestão da Atenção Especializada. Nota Técnica nº 1/2023 - DAPPS/CEVS/DGAE/SES-RS. Ampliação da Triagem Neonatal (Teste do Pezinho) para Toxoplasmose Congênita no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde SES, 2023. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202312/22110914-nota-tecnica-1-2023-ses-ampliacao-da-triagem-neonatal-toxoplasmose.pdf. Acesso em: 11 abr. 2025.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Instrutivo: gravidez na adolescência. Porto Alegre, 2024. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202410/09132016-instrutivo-gravidez-na-adolescencia-no-rs-2024.pdf. Acesso em: 10 abr. 2026.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. Resolução nº 324 de 16 de setembro de 2010. Institui Ambulatórios Especializados no Atendimento ao Prematuro Egresso das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde SES, 2010.

RODACKI, M. et al. Diagnóstico de diabetes mellitus. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2024. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/. Acesso em: 13 set. 2024.

ROMERO, J. R.; OLARTE, L. Hand-foot-and-mouth disease and herpangina. UpToDate, Waltham, MA, 8 jul. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/hand-foot-and-mouth-disease-and-herpangina. Acesso em: 28 out. 2025.

ROSENFELD, S. B. Developmental dysplasia of the hip: Clinical features, screening, and diagnosis. UpToDate, Waltham, MA, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/developmental-dysplasia-of-the-hip-clinical-features-screening-and-diagnosis. Acesso em: 7 nov. 2024.

SAKANO, E. et al. IV Consenso Brasileiro sobre Rinites – 2017. Associação Brasileira de Alergia e Imunologia; Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Consenso_Rinite_9_-27-11-2017_Final.pdf.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal de Educação. Coordenadoria Pedagógica. Conhecer para proteger: enfrentando a violência contra bebês, crianças e adolescentes. São Paulo: SME/COPED, 2020. 96 p.

SASSEVILLE, D. Cradle-cap and seborrheic dermatitis in infants. UpToDate, Waltham, MA, 18 set. 2023. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/cradle-cap-and-seborrheic-dermatitis-in-infants. Acesso em: 25 ago. 2025.

SAWICKI, G.; HAVER, K. Asthma in children younger than 12 years: Initial evaluation and diagnosis. UpToDate, Waltham, MA, 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/asthma-in-children-younger-than-12-years-initial-evaluation-and-diagnosis. Acesso em: 20 abr. 2025.

SAWICKI, G.; HAVER, K. Educação do paciente: Tratamento da asma em crianças (além do básico). UpToDate, Waltham, MA, 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/asthma-treatment-in-children-beyond-the-basics. Acesso em: 20 abr. 2025.

SCHUMAHERI, M. L. N.; GASPARETTO, M. E. R. F. Saúde ocular de escolares: atuação de enfermeiros. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 75, n. 6, 2016.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PARANÁ. Caderno de Atenção à Saúde da Criança: Primeiro Ano de Vida. Curitiba: Secretaria Estadual de Saúde SES/PR, [2019]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf4.pdf. Acesso em: 24 jun. 2019.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Nota Técnica 01/2018 - Adolescentes e o direito de acesso à saúde. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde SES, 2018. 9 p.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Nota Técnica 07/2025 - Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 anos na Atenção Básica. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde SES, 2025. 22 p.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Portal BI Saúde, 2018. Disponível em: https://ti.saude.rs.gov.br/qlikview/PortalBI/index.php.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde. 4. ed. São Paulo: SMS, 2015. 95 p.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. Bullying: mentes perigosas nas escolas. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

SMITHERMAN, H. F.; MACIAS, C. G.; MAHAJAN, P. O lactente febril (29 a 90 dias de idade): Avaliação ambulatorial. UpToDate, Waltham, MA, 5 maio 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/the-febrile-infant-29-to-90-days-of-age-outpatient-evaluation. Acesso em: 3 jun. 2025.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Nota Técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Criança. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021. 72 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020). São Paulo: Clannad, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Hemangioma. Disponível em: https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/hemangioma/10/. Acesso em: 23 jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Critérios para rastreamento de DM2 em crianças e adolescentes assintomáticos. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diagnóstico de Diabetes Mellitus*. [S. l.]: SBD, 2024. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/. Acesso em: 10 abr. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIm). Calendário de vacinação do Prematuro, 2024-2025. São Paulo: SBIm, 2025. Disponível em: https://sbim.org.br/images/prematuro-Calend-SBIm-2024-2025-250228-web.pdf. Acesso em: 11 abr. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). Como usar o espaçador para asma. SBMFC Notícias, 12 set. 2018. Disponível em: https://www.sbmfc.org.br/noticias/como-usar-o-espacador-para-asma/. Acesso em: 30 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA (SBOP). Recomendações para avaliação ocular pelo pediatra. São Paulo: SBOP, 2023. Disponível em: https://sbop.com.br/medico/wp-content/uploads/sites/2/2024/12/Recomendacoes-para-avaliacao-ocular-pelo-pediatra.pdf. Acesso em: 16 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Abordagem da Febre Aguda em Pediatria e Reflexões sobre a febre nas arboviroses. São Paulo: SBP, 15 maio 2025. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2025/maio/16/24896f-DC_-Abordag_Febre_Aguda_em_Pediatria_e_Reflexoes_VIRTUAL.pdf. Acesso em: 10 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Cólica do lactente. São Paulo: SBP, 2023. Disponível em: https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-o-bebe/colica-do-lactente/. Acesso em: 8 abr. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Consenso sobre anemia ferropriva. Atualização: destaques, 2021. São Paulo: SBP, 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23172d-Diretrizes-Consenso_sobre_Anemia_Ferropriva-OK.pdf. Acesso em: 11 mar. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Cuidados com a pele e anexos do recém-nascido: da higienização e hidratação ao tratamento. São Paulo: SBP, 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2024/abril/11/_24424L-GPA_ISBN_-_Cuidado_Pele_e_Anexos_do_RN.pdf. Acesso em: 7 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Endocrinologia. Puberdade precoce. Rio de Janeiro: SBP, 21 ago. 2023. (Documento Científico nº 92). Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22223c-DC_-_Puberdade_precoce.pdf. Acesso em: 10 abr. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Guia de Saúde Oral Materno Infantil. São Paulo: SBP, 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Guia_Saude_Oral_Materno-Infantil1.pdf. Acesso em: 21 set. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Guia Prático de Atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria. Lavagem Nasal. São Paulo: SBP, 2023. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24053f-GPA_ISBN_-_Lavagem_Nasal.pdf. Acesso em: 25 abr. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Hiperbilirrubinemia indireta no período neonatal. São Paulo: SBP, 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23176c-MO_Hiperbilirrubinemia_indireta_periodo_neo.pdf. Acesso em: 7 nov. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Hipovitaminose D em pediatria: diagnóstico, tratamento e prevenção (atualização). São Paulo: SBP, 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/11/DC_HipovitD_diagn-tratam-prevenc_Atualiz.pdf. Acesso em: 8 jul. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Hipovitaminose D em pediatria: recomendações para o diagnóstico, tratamento e prevenção. São Paulo: SBP, 2016. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/12/Endcrino-Hipovitaminose-D.pdf. Acesso em: 17 jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Manual de orientação: hiperbilirrubinemia indireta no período neonatal. [S.l.]: SBP, [2023?]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23176c-MO_Hiperbilirrubinemia_indireta_periodo_neo.pdf. Acesso em: 10 abr. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Manual de orientações - Departamento Científico de Segurança (2019-2021). São Paulo: SBP, 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22337c-ManOrient_-_Os_Acidentes_Sao_Evitaveis_.pdf. Acesso em: jul. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Manual de orientações - Grupo de trabalho saúde na era digital (2019-2021). São Paulo: SBP, 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-_MenosTelas__MaisSaude.pdf. Acesso em: ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Parasitoses intestinais: diagnóstico e tratamento. São Paulo: SBP, 2020. Disponível em:

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22207d-GPA_-_Parasitoses_intestinais_-_diagnostico_e_tratamento.pdf. Acesso em: jul. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Pediatria para Famílias. Otite externa ou otite do nadador. São Paulo: SBP, 2023. Disponível em: https://www.sbp.com.br/pediatria-para-familias/doencas/otite-externa-ou-otite-do-nadador/. Acesso em: 3 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Pediatria para Famílias. Otite Média. São Paulo: SBP, 2023. Disponível em: https://www.sbp.com.br/pediatria-para-familias/doencas/otite-media/. Acesso em: 10 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Recomendações da Academia Americana de Pediatria sobre sono seguro em menores de um ano. São Paulo: SBP, 2023. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23990b-NotaAlerta-Recomend_AAP_SonoSeguro_1ano.pdf. Acesso em: 18 ago. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Uso de Antitérmicos: quando, como e por quê? Residência Pediátrica, [s.l.]. Disponível em: http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/21/uso-de-antitermicos--quando--como-e-por-que-. Acesso em: jul. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pediatria do Comportamento e Desenvolvimento. Caderneta de Saúde da Criança: Instrumento e Promoção do Desenvolvimento: como avaliar e intervir em crianças. Guia Prático de Atualização, nº 4.1, dez. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. 4. ed. São Paulo: SBP, 2018. 172 p. Disponível em: http://www.amape.com.br/wp-content/uploads/2018/12/MANUAL-NUTRO-SBP-2018.pdf. Acesso em: abr. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Conjuntivite em crianças. São Paulo: SPSP, [202-]. Disponível em: https://www.spsp.org.br/conjuntivite-em-criancas/. Acesso em: 16 jun. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. Departamento de Pediatria Ambulatorial. Infecções externas nasais: como prevenir? São Paulo: SPSP, [202-]. Disponível em: https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Recomendacoes97_SPSP_alta.pdf. Acesso em: 25 abr. 2025.

SOVINSKI, S. R. P. A boca está aberta para respirar: o que fazer agora: cartilha [recurso eletrônico]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2022. Revisão de MARTINELLI, R. L. C.; TRAWITZKI, L. V. V. 9 f.: il., color. Acesso em: 28 out. 2025.

SULLIVAN, John L. Virology of Epstein-Barr virus. UpToDate, Waltham, MA, 25 set. 2025. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/virology-of-epstein-barr-virus?search=v%C3%ADrus%20Epstein-Barr&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3. Acesso em: 10 abr. 2026.

TÄHTINEN, P.; FROST, H. M. Educação do paciente: Infecções de ouvido (otite média) em crianças (além do básico). UpToDate, Waltham, MA, 4 nov. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/ear-infections-otitis-media-in-children-beyond-the-basics. Acesso em: 7 jun. 2025.

TÄHTINEN, P.; FROST, H. M. Otite média aguda em crianças: Tratamento. UpToDate, Waltham, MA, 9 maio 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-children-treatment. Acesso em: 7 jun. 2025.

TAKEDA, Silvia. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, Bruce et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 109-135.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. SAE: sistematização da assistência de enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

TEMPARK, T. et al. Prevalence of skin diseases in school-age children. Family Practice, v. 39, n. 3, p. 340-345, 28 maio 2022. DOI: 10.1093/fampra/cmab164. PMID: 34871400.

THIBOUTOT, Diane; ZAENGLEIN, Andrea L. Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis of acne vulgaris. UpToDate, Waltham, MA, 16 jul. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acne-vulgaris?search=THIBOUTOT%20%20%20acne%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em: 10 abr. 2026.

TURNER, T. L.; PARAMOUNTAIN, S. Cólica infantil: tratamento e desfecho. UpToDate, Waltham, MA, 9 jan. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/infantile-colic-management-and-outcome. Acesso em: 13 abr. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Como identificar e manejar icterícia do leite materno? Porto Alegre: UFRGS, [202-]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/como-identificar-e-manejar-ictericia-do-leite-materno/. Acesso em: 10 abr. 2026.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Como tratar parasitoses intestinais em crianças? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 8 jan. 2024. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/como-tratar-parasitoses-intestinais-em-criancas/. Acesso em: 16 ago. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Protocolo de encaminhamento para obstetrícia. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2019. Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSRS20190821.pdf. Acesso em: maio 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Protocolo Urologia Pediátrica. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_urologia_pediatrica_20200309_003.pdf. Acesso em: 10 jan. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Qual a forma de diluição do leite de vaca para crianças menores de 6 meses de idade já desmamadas? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2022. Disponível em: https://aps-repo.bvs.br/aps/qual-a-forma-de-diluicao-do-leite-de-vaca-para-criancas-menores-de-6-meses-de-idade-ja-desmamadas-2/. Acesso em: 16 ago. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Qual o manejo da diarreia aguda em adultos e crianças maiores de 5 anos na Atenção Primária à Saúde (APS)? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2022. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-o-manejo-da-diarreia-aguda-em-adultos-e-criancas-maiores-de-5-anos-na-atencao-primaria-saude-aps/. Acesso em: 27 mar. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Qual o manejo da candidíase oral na primeira infância? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2019. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-o-manejo-da-candidiase-oral-na-primeira-infancia/. Acesso em: 12 abr. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Qual o tratamento para escabiose? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2018 (atualizado em 2022). Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-o-tratamento-para-escabiose-sarna/. Acesso em: 23 set. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Qual o tratamento para pediculose? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/pediculose/. Acesso em: 23 set. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Quais anti-helmínticos podem ser utilizados em crianças menores de 2 anos? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/vermifugos/. Acesso em: 21 ago. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Quais as causas e como tratar a conjuntivite neonatal? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/conjuntivite-neonatal/. Acesso em: 7 nov. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Quais exames laboratoriais de rotina crianças saudáveis devem realizar? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2009. Disponível em: https://aps.bvs.br/aps/quais-exames-laboratoriais-de-rotina-criancas-saudaveis-devem-realizar/. Acesso em: 5 jun. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Quais são os cuidados com o coto umbilical do recém-nascido? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2023. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/quais-sao-os-cuidados-com-o-coto-umbilical-do-recem-nascido/. Acesso em: 15 ago. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Quando crianças com hérnia umbilical devem ser tratadas cirurgicamente? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/quando-criancas-com-hernia-umbilical-devem-ser-tratadas-cirurgicamente/. Acesso em: 10 jan. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Telecondutas: Aleitamento materno. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_aleitamento_materno_10.01.20.pdf. Acesso em: 16 ago. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TeleCondutas: toxoplasmose gestacional e congênita. 4. ed. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 27 jan. 2025. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_toxoplasmosegestacao.pdf. Acesso em: 11 abr. 2025.

UP TODATE.. AMOXICILLIN: pediatric drug information. UpToDate, [2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/amoxicillin-pediatric-drug-information?search=rinossinusite+bacteriana+aguda+crian%C3%A7as&topicRef=5999&source=see_link. Acesso em: 15 maio 2026.

UP TODATE. ACETAMINOPHEN (paracetamol): pediatric drug information. UpToDate, [2026]. Disponível em: https://www.uptodate.com. Acesso em: 15 maio 2026.

UP TODATE. METRONIDAZOLE (systemic): pediatric drug information. UpToDate, [2026?]. Disponível em: https://www.uptodate.com. Acesso em: 15 maio 2026.

VALENÇA, Cecilia Nogueira et al. Abordagem da dependência de substâncias psicoativas na adolescência: reflexão ética para a enfermagem. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 562-567, 2013.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, n. 2, mar.-abr. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_13.pdf. Acesso em: 21 ago. 2020.

WALD, E. R. Otite média aguda em crianças: manifestações clínicas e diagnóstico. UpToDate, Waltham, MA, 25 jun. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-children-clinical-manifestations-and-diagnosis. Acesso em: 15 jun. 2025.

WALD, E. R. Rinossinusite bacteriana aguda em crianças: Microbiologia e tratamento. UpToDate, Waltham, MA, 16 set. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/acute-bacterial-rhinosinusitis-in-children-microbiology-and-management. Acesso em: 13 abr. 2025.

WALTER, Heather J. et al. Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, [s.l.], v. 59, n. 10, p. 1107-1124, out. 2020. DOI: 10.1016/j.jaac.2020.05.005. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32439401/. Acesso em: 10 abr. 2026.

WAN, A. et al. Management of neonatal jaundice in primary care. Malaysian Family Physician, v. 11, n. 2-3, p. 16-19, ago. 2016. PMID: 28461853. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5408871/. Acesso em: 10 abr. 2026.

WARD, M. A.; WALLACE, S. S. Febre em bebês e crianças: Fisiopatologia e tratamento. UpToDate, Waltham, MA, 23 maio 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/fever-in-infants-and-children-pathophysiology-and-management. Acesso em: 10 jun. 2025.

WEITZMAN, Carol; ROJMAHAMONGKOL, Poompong. Fetal alcohol spectrum disorder: management and prognosis. UpToDate, Waltham, MA, 9 maio 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/fetal-alcohol-spectrum-disorder-management-and-prognosis?search=WEITZMAN%2C%20C.%3B%20ROJMAHAMONGKOL%2C%20P.%20%20%20s%C3%ADndrome%20alc%C3%B3olica%20fetal&source=search_result&selectedTitle=2~41&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em: 10 abr. 2026.

WELLER, Peter F. Anthelminthic therapies. UpToDate, Waltham (MA), 25 abr. 2024. Editora da seção: Karin Leder. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/anthelminthic-therapies. Acesso em: 15 maio 2026.

WELLER, P. F.; LEDER, K. Hookworm-related cutaneous larva migrans. UpToDate, Waltham, MA, 11 jun. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/hookworm-related-cutaneous-larva-migrans. Acesso em: 28 out. 2025.

WILSON, C. et al. Remington and Klein's Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. 8. ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders, 2016.

WILSON, M. E. Skin lesions in the returning traveler. UpToDate, Waltham, MA, 25 abr. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/skin-lesions-in-the-returning-traveler. Acesso em: 23 set. 2025.

WOLTERS KLUWER. UpToDate. Unconjugated hyperbilirubinemia in newborns ≥35 weeks of gestation: risk factors, clinical manifestations, and neurologic complications. Atualizado em: 2 out. 2025. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/unconjugated-hyperbilirubinemia-in-newborns-35-weeks-of-gestation-risk-factors-clinical-manifestations-and-neurologic-complications. Acesso em: 10 abr. 2026.

WONG, Ronald J.; BHUTANI, Vinod K. Unconjugated hyperbilirubinemia in newborns ≥35 weeks of gestation: etiology and pathogenesis. UpToDate, Waltham, MA, 2 out. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/unconjugated-hyperbilirubinemia-in-newborns-35-weeks-of-gestation-etiology-and-pathogenesis?search=icter%C3%ADcia%20neonatal&source=search_result&selectedTitle=1~87&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 10 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

WRIGHT, J. T. Anatomy and development of the teeth. UpToDate, Waltham, MA, 29 mar. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/anatomy-and-development-of-the-teeth. Acesso em: 25 ago. 2025.

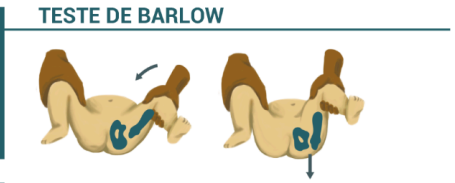
WONCA International Classification Committee. ICPC-2: International Classification of Primary Care. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2026 (com atualizações eletrônicas contínuas, como a ICPC-2-E).

ZACHARIAS, Romy Schmidt Brock; OLIVEIRA, Mauro Dirlando C. de; COLOMBO, Giancarlo. Icterícia neonatal em recém-nascido (> 35 semanas de idade gestacional): guia do episódio de cuidado. Versão 3. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2023. Código do documento: CPTW90.3.

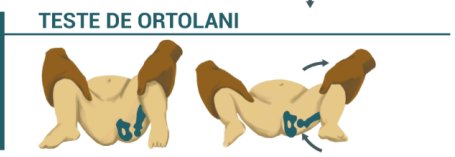
ANEXOS

ANEXO 1. Técnicas para rastreamento de displasia do desenvolvimento do quadril - Testes de Barlow e Ortolani

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



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



Fonte: Reproduzido da Universidade Aberta do SUS.

ANEXO 2. Parâmetros referenciais para valores de PA em crianças e adolescentes

Figura 2 - Valores de PA para meninos de acordo com idade e percentil de estatura.

		Pressão Arterial Sistólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)							Pressão Arterial Diastólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)						
Idade (anos)	Percentis da PA	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	Estatura (cm)	77,2	78,3	80,2	82,4	84,6	86,7	87,9	77,2	78,3	80,2	82,4	84,6	86,7	87,9
	P50	85	85	86	86	87	88	88	40	40	40	41	41	42	42
	P90	98	99	99	100	100	101	101	52	52	53	53	54	54	54
	P95	102	102	103	103	104	105	105	54	54	55	55	56	57	57
	P95 + 12 mmHg	114	114	115	115	116	117	117	66	66	67	67	68	69	69
2	Estatura (cm)	86,1	87,4	89,6	92,1	94,7	97,1	98,5	86,1	87,4	89,6	92,1	94,7	97,1	98,5
	P50	87	87	88	89	89	90	91	43	43	44	44	45	46	46
	P90	100	100	101	102	103	103	104	55	55	56	56	57	58	58
	P95	104	105	105	106	107	107	108	57	58	58	59	60	61	61
	P95 + 12 mmHg	116	117	117	118	119	119	120	69	70	70	71	72	73	73
3	Estatura (cm)	92,5	93,9	96,3	99	101,8	104,3	105,8	92,5	93,9	96,3	99	101,8	104,3	105,8
	P50	88	89	89	90	91	92	92	45	46	46	47	48	49	49
	P90	101	102	102	103	104	105	105	58	58	59	59	60	61	61
	P95	106	106	107	107	108	109	109	60	61	61	62	63	64	64
	P95 + 12 mmHg	118	118	119	119	120	121	121	72	73	73	74	75	76	76
4	Estatura (cm)	98,5	100,2	102,9	105,9	108,9	111,5	113,2	98,5	100,2	102,9	105,9	108,9	111,5	113,2
	P50	90	90	91	92	93	94	94	48	49	49	50	51	52	52
	P90	102	103	104	105	105	106	107	60	61	62	62	63	64	64
	P95	107	107	108	108	109	110	110	63	64	65	66	67	67	68
	P95 + 12 mmHg	119	119	120	120	121	122	122	75	76	77	78	79	79	80
5	Estatura (cm)	104,4	106,2	109,1	112,4	115,7	118,6	120,3	104,4	106,2	109,1	112,4	115,7	118,6	120,3
	P50	91	92	93	94	95	96	96	51	51	52	53	54	55	55
	P90	103	104	105	106	107	108	108	63	64	65	65	66	67	67
	P95	107	108	109	109	110	111	112	66	67	68	69	70	70	71
	P95 + 12 mmHg	119	120	121	121	122	123	124	78	79	80	81	82	82	83
6	Estatura (cm)	110,3	112,2	115,3	118,9	122,4	125,6	127,5	110,3	112,2	115,3	118,9	122,4	125,6	127,5
	P50	93	93	94	95	96	97	98	54	54	55	56	57	57	58
	P90	105	105	106	107	109	110	110	66	66	67	68	68	69	69
	P95	108	109	110	111	112	113	114	69	70	70	71	72	72	73
	P95 + 12 mmHg	120	121	122	123	124	125	126	81	82	82	83	84	84	85
7	Estatura (cm)	116,1	118	121,4	125,1	128,9	132,4	134,5	116,1	118	121,4	125,1	128,9	132,4	134,5
	P50	94	94	95	97	98	98	99	56	56	57	58	58	59	59
	P90	106	107	108	109	110	111	111	68	68	69	70	70	71	71
	P95	110	110	111	112	114	115	116	71	71	72	73	73	74	74
	P95 + 12 mmHg	122	122	123	124	126	127	128	83	83	84	85	85	86	86
8	Estatura (cm)	121,4	123,5	127	131	135,1	138,8	141	121,4	123,5	127	131	135,1	138,8	141
	P50	95	96	97	98	99	99	100	57	57	58	59	59	60	60
	P90	107	108	109	110	111	112	112	69	70	70	71	72	72	73
	P95	111	112	112	114	115	116	117	72	73	73	74	75	75	75
	P95 + 12 mmHg	123	124	124	126	127	128	129	84	85	85	86	87	87	87
9	Estatura (cm)	126	128,3	132,1	136,3	140,7	144,7	147,1	126	128,3	132,1	136,3	140,7	144,7	147,1
	P50	96	97	98	99	100	101	101	57	58	59	60	61	62	62
	P90	107	108	109	110	112	113	114	70	71	72	73	74	74	74
	P95	112	112	113	115	116	118	119	74	74	75	76	76	77	77
	P95 + 12 mmHg	124	124	125	127	128	130	131	86	86	87	88	88	89	89

		Pressão Arterial Sistólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)							Pressão Arterial Diastólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)						
Idade (anos)	Percentis da PA	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
10	Estatura (cm)	130,2	132,7	136,7	141,3	145,9	150,1	152,7	130,2	132,7	136,7	141,3	145,9	150,1	152,7
	P50	97	98	99	100	101	102	103	59	60	61	62	63	63	64
	P90	108	109	111	112	113	115	116	72	73	74	74	75	75	76
	P95	112	113	114	116	118	120	121	76	76	77	77	78	78	78
	P95 + 12 mmHg	124	125	126	128	130	132	133	88	88	89	89	90	90	90
11	Estatura (cm)	134,7	137,3	141,5	146,4	151,3	155,8	158,6	134,7	137,3	141,5	146,4	151,3	155,8	158,6
	P50	99	99	101	102	103	104	106	61	61	62	63	63	63	63
	P90	110	111	112	114	116	117	118	74	74	75	75	75	76	76
	P95	114	114	116	118	120	123	124	77	78	78	78	78	78	78
	P95 + 12 mmHg	126	126	128	130	132	135	136	89	90	90	90	90	90	90
12	Estatura (cm)	140,3	143	147,5	152,7	157,9	162,6	165,5	140,3	143	147,5	152,7	157,9	162,6	165,5
	P50	101	101	102	104	106	108	109	61	62	62	62	62	63	63
	P90	113	114	115	117	119	121	122	75	75	75	75	75	76	76
	P95	116	117	118	121	124	126	128	78	78	78	78	78	79	79
	P95 + 12 mmHg	128	129	130	133	136	138	140	90	90	90	90	90	91	91
13	Estatura (cm)	147	150	154,9	160,3	165,7	170,5	173,4	147	150	154,9	160,3	165,7	170,5	173,4
	P50	103	104	105	108	110	111	112	61	60	61	62	63	64	65
	P90	115	116	118	121	124	126	126	74	74	74	75	76	77	77
	P95	119	120	122	125	128	130	131	78	78	78	78	80	81	81
	P95 + 12 mmHg	131	132	134	137	140	142	143	90	90	90	90	92	93	93
14	Estatura (cm)	153,8	156,9	162	167,5	172,7	177,4	180,1	153,8	156,9	162	167,5	172,7	177,4	180,1
	P50	105	106	109	111	112	113	113	60	60	62	64	65	66	67
	P90	119	120	123	126	127	128	129	74	74	75	77	78	79	80
	P95	123	125	127	130	132	133	134	77	78	79	81	82	83	84
	P95 + 12 mmHg	135	137	139	142	144	145	146	89	90	91	93	94	95	96
15	Estatura (cm)	159	162	166,9	172,2	177,2	181,6	184,2	159	162	166,9	172,2	177,2	181,6	184,2
	P50	108	110	112	113	114	114	114	61	62	64	65	66	67	68
	P90	123	124	126	128	129	130	130	75	76	78	79	80	81	81
	P95	127	129	131	132	134	135	135	78	79	81	83	84	85	85
	P95 + 12 mmHg	139	141	143	144	146	147	147	90	91	93	95	96	97	97
16	Estatura (cm)	162,1	165	169,6	174,6	179,5	183,8	186,4	162,1	165	169,6	174,6	179,5	183,8	186,4
	P50	111	112	114	115	115	116	116	63	64	66	67	68	69	69
	P90	126	127	128	129	131	131	132	77	78	79	80	81	82	82
	P95	130	131	133	134	135	136	137	80	81	83	84	85	86	86
	P95 + 12 mmHg	142	143	145	146	147	148	149	92	93	95	96	97	98	98
17	Estatura (cm)	163,8	166,5	170,9	175,8	180,7	184,9	187,5	163,8	166,5	170,9	175,8	180,7	184,9	187,5
	P50	114	115	116	117	117	118	118	65	66	67	68	69	70	70
	P90	128	129	130	131	132	133	134	78	79	80	81	82	82	83
	P95	132	133	134	135	137	138	138	81	82	84	85	86	86	87
	P95 + 12 mmHg	144	145	146	147	149	150	150	93	94	96	97	98	98	99

Figura 3 - Valores de PA para meninas de acordo com idade e percentil de estatura.

		Pressão Arterial Sistólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)							Pressão Arterial Diastólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)						
Idade (anos)	Percentis da PA	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	Estatura (cm)	75,4	76,6	78,6	80,8	83	84,9	86,1	75,4	76,6	78,6	80,8	83	84,9	86,1
	P50	84	85	86	86	87	88	88	41	42	42	43	44	45	46
	P90	98	99	99	100	101	102	102	54	55	56	56	57	58	58
	P95	101	102	102	103	104	105	105	59	59	60	60	61	62	62
	P95 + 12 mmHg	113	114	114	115	116	117	117	71	71	72	72	73	74	74
2	Estatura (cm)	84,9	86,3	88,6	91,1	93,7	96	97,4	84,9	86,3	88,6	91,1	93,7	96	97,4
	P50	87	87	88	89	90	91	91	45	46	47	48	49	50	51
	P90	101	101	102	103	104	105	106	58	58	59	60	61	62	62
	P95	104	105	106	106	107	108	109	62	63	63	64	65	66	66
	P95 + 12 mmHg	116	117	118	118	119	120	121	74	75	75	76	77	78	78
3	Estatura (cm)	91	92,4	94,9	97,6	100,5	103,1	104,6	91	92,4	94,9	97,6	100,5	103,1	104,6
	P50	88	89	89	90	91	92	93	48	48	49	50	51	53	53
	P90	102	103	104	104	105	106	107	60	61	61	62	63	64	65
	P95	106	106	107	108	109	110	110	64	65	65	66	67	68	69
	P95 + 12 mmHg	118	118	119	120	121	122	122	76	77	77	78	79	80	81
4	Estatura (cm)	97,2	98,8	101,4	104,5	107,6	110,5	112,2	97,2	98,8	101,4	104,5	107,6	110,5	112,2
	P50	89	90	91	92	93	94	94	50	51	51	53	54	55	55
	P90	103	104	105	106	107	108	108	62	63	64	65	66	67	67
	P95	107	108	109	109	110	111	112	66	67	68	69	70	70	71
	P95 + 12 mmHg	119	120	121	121	122	123	124	78	79	80	81	82	82	83
5	Estatura (cm)	103,6	105,3	108,2	111,5	114,9	118,1	120	103,6	105,3	108,2	111,5	114,9	118,1	120
	P50	90	91	92	93	94	95	96	52	52	53	55	56	57	57
	P90	104	105	106	107	108	109	110	64	65	66	67	68	69	70
	P95	108	109	109	110	111	112	113	68	69	70	71	72	73	73
	P95 + 12 mmHg	120	121	121	122	123	124	125	80	81	82	83	84	85	85
6	Estatura (cm)	110	111,8	114,9	118,4	122,1	125,6	127,7	110	111,8	114,9	118,4	122,1	125,6	127,7
	P50	92	92	93	94	96	97	97	54	54	55	56	57	58	59
	P90	105	106	107	108	109	110	111	67	67	68	69	70	71	71
	P95	109	109	110	111	112	113	114	70	71	72	72	73	74	74
	P95 + 12 mmHg	121	121	122	123	124	125	126	82	83	84	84	85	86	86
7	Estatura (cm)	115,9	117,8	121,1	124,9	128,8	132,5	134,7	115,9	117,8	121,1	124,9	128,8	132,5	134,7
	P50	92	93	94	95	97	98	99	55	55	56	57	58	59	60
	P90	106	106	107	109	110	111	112	68	68	69	70	71	72	72
	P95	109	110	111	112	113	114	115	72	72	73	73	74	74	75
	P95 + 12 mmHg	121	122	123	124	125	126	127	84	84	85	85	86	86	87
8	Estatura (cm)	121	123	126,5	130,6	134,7	138,5	140,9	121	123	126,5	130,6	134,7	138,5	140,9
	P50	93	94	95	97	98	99	100	56	56	57	59	60	61	61
	P90	107	107	108	110	111	112	113	69	70	71	72	72	73	73
	P95	110	111	112	113	115	116	117	72	73	74	74	75	75	75
	P95 + 12 mmHg	122	123	124	125	127	128	129	84	85	86	86	87	87	87
9	Estatura (cm)	125,3	127,6	131,3	135,6	140,1	144,1	146,6	125,3	127,6	131,3	135,6	140,1	144,1	146,6
	P50	95	95	97	98	99	100	101	57	58	59	60	60	61	61
	P90	108	108	109	111	112	113	114	71	71	72	73	73	73	73
	P95	112	112	113	114	116	117	118	74	74	75	75	75	75	75
	P95 + 12 mmHg	124	124	125	126	128	129	130	86	86	87	87	87	87	87

		Pressão Arterial Sistólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)							Pressão Arterial Diastólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)						
Idade (anos)	Percentis da PA	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
10	Estatura (cm)	129,7	132,2	136,3	141	145,8	150,2	152,8	129,7	132,2	136,3	141	145,8	150,2	152,8
	P50	96	97	98	99	101	102	103	58	59	59	60	61	61	61
	P90	109	110	111	112	113	115	116	72	73	73	73	73	73	73
	P95	113	114	114	116	117	119	120	75	75	76	76	76	76	76
	P95 + 12 mmHg	125	126	126	128	129	131	132	87	87	88	88	88	88	88
11	Estatura (cm)	135,6	138,3	142,8	147,8	152,8	157,3	160	135,6	138,3	142,8	147,8	152,8	157,3	160
	P50	98	99	101	102	104	105	106	60	60	60	61	62	63	64
	P90	111	112	113	114	116	118	120	74	74	74	74	74	75	75
	P95	115	116	117	118	120	123	124	76	77	77	77	77	77	77
	P95 + 12 mmHg	127	128	129	130	132	135	136	88	89	89	89	89	89	89
12	Estatura (cm)	142,8	145,5	149,9	154,8	159,6	163,8	166,4	142,8	145,5	149,9	154,8	159,6	163,8	166,4
	P50	102	102	104	105	107	108	108	61	61	61	62	64	65	65
	P90	114	115	116	118	120	122	122	75	75	75	75	76	76	76
	P95	118	119	120	122	124	125	126	78	78	78	78	79	79	79
	P95 + 12 mmHg	130	131	132	134	136	137	138	90	90	90	90	91	91	91
13	Estatura (cm)	148,1	150,6	154,7	159,2	163,7	167,8	170,2	148,1	150,6	154,7	159,2	163,7	167,8	170,2
	P50	104	105	106	107	108	108	109	62	62	63	64	65	65	65
	P90	116	117	119	121	122	123	123	75	75	75	76	76	76	76
	P95	121	122	123	124	126	126	127	79	79	79	79	80	80	81
	P95 + 12 mmHg	133	134	135	136	138	138	139	91	91	91	91	92	92	93
14	Estatura (cm)	150,6	153	156,9	161,3	165,7	169,7	172,1	150,6	153	156,9	161,3	165,7	169,7	172,1
	P50	105	106	107	108	109	109	109	63	63	64	65	66	66	66
	P90	118	118	120	122	123	123	123	76	76	76	76	77	77	77
	P95	123	123	124	125	126	127	127	80	80	80	80	81	81	82
	P95 + 12 mmHg	135	135	136	137	138	139	139	92	92	92	92	93	93	94
15	Estatura (cm)	151,7	154	157,9	162,3	166,7	170,6	173	151,7	154	157,9	162,3	166,7	170,6	173
	P50	105	106	107	108	109	109	109	64	64	64	65	66	67	67
	P90	118	119	121	122	123	123	124	76	76	76	77	77	78	78
	P95	124	124	125	126	127	127	128	80	80	80	81	82	82	82
	P95 + 12 mmHg	136	136	137	138	139	139	140	92	92	92	93	94	94	94
16	Estatura (cm)	152,1	154,5	158,4	162,8	167,1	171,1	173,4	152,1	154,5	158,4	162,8	167,1	171,1	173,4
	P50	106	107	108	109	109	110	110	64	64	65	66	66	67	67
	P90	119	120	122	123	124	124	124	76	76	76	77	78	78	78
	P95	124	125	125	127	127	128	128	80	80	80	81	82	82	82
	P95 + 12 mmHg	136	137	137	139	139	140	140	92	92	92	93	94	94	94
17	Estatura (cm)	152,4	154,7	158,7	163	167,4	171,3	173,7	152,4	154,7	158,7	163	167,4	171,3	173,7
	P50	107	108	109	110	110	110	111	64	64	65	66	66	66	67
	P90	120	121	123	124	124	125	125	76	76	77	77	78	78	78
	P95	125	125	126	127	128	128	128	80	80	80	81	82	82	82
	P95 + 12 mmHg	137	137	138	139	140	140	140	92	92	92	93	94	94	94

Fonte: Adaptado de Flynn *et al.,* 2017 apud Barroso *et al.*, 2021

ANEXO 3. Escala de Tanner

Estágios de Tanner - genitália

Estágios de desenvolvimento da genitália



G1 - Estágio 1
Pré-púbere
(Infantil)

G2 - Estágio 2
Aumento do escroto e dos testículos, sem aumento do pênis. Pele da bolsa escrotal fina e rosada.





G3 - Estágio 3
Aumento do pênis em comprimento. Continua o aumento de testículos e escroto.

G4 - Estágio 4
Aumento do diâmetro do pênis e desenvolvimento da glande. Continua o aumento de testículos e escroto, cuja pele escurece e engrossa.





G5 - Estágio 5
Genital adulto em tamanho e forma

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



P1 - Estágio 1
Pré-púbere
(Infantil)

P2 - Estágio 2
Pelos longos, finos e lisos
na base do pênis





P3 - Estágio 3
Pelos mais escuros, mais espessos e
encaracolados sobre o púbis

P4 - Estágio 4
Pelos escuros, espessos e encaracolados,
cobrindo totalmente o púbis, sem atingir
as raízes das coxas





P5 - Estágio 5
Pelos estendendo-se
até as raízes das coxas

Estágios de Tanner - pelos pubianos

Estágios de Tanner - mamas

Estágios de desenvolvimento das mamas



M1 - Estágio 1
Pré-púbere
(somente elevação da papila)

M2 - Estágio 2
Broto mamário





M3 - Estágio 3
Maior aumento da mama
e da aréola, sem separação
dos seus contornos.

M4 - Estágio 4
Projeção da aréola e da papila,
com aréola saliente em relação
ao contorno da mama.





M5 - Estágio 5
Aréola volta ao contorno da
mama, saliência somente da
papila. Mama adulta.

Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos



Fonte: Brasil,2013. Link de Acesso da Caderneta do Adolescente
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_feminina.pdf
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_adolescente_masculino.pdf

ANEXO 4. Principais fatores de risco de anemia ferropriva para crianças e adolescentes, conforme Sociedade Brasileira de Pediatria-2021

1. Baixa reserva materna

- Gestações múltiplas com pouco intervalo entre elas;
- Dieta materna deficiente em ferro;
- Perdas sanguíneas;
- Não suplementação de ferro na gravidez e lactação.

2. Aumento da demanda metabólica:

- Prematuridade e baixo peso ao nascer (< 2.500 g);
- Lactentes em crescimento rápido (velocidade de crescimento > p90);
- Meninas com grandes perdas menstruais;
- Atletas de competição.

3. Diminuição do fornecimento:

- Clampeamento do cordão umbilical antes de um minuto de vida;
- Aleitamento materno exclusivo prolongado (superior a seis meses);
- Alimentação complementar com alimentos pobres em ferro ou de baixa biodisponibilidade;
- Consumo de leite de vaca antes de um ano de vida;
- Consumo de fórmula infantil com ferro de baixa biodisponibilidade;
- Dietas vegetarianas sem orientação de médico/nutricionista;
- Ausência ou baixa adesão à suplementação profilática com ferro medicamentoso, quando recomendada.

4. Perda sanguínea:

- Traumática ou cirúrgica;
- Hemorragia gastrointestinal (ex: doença inflamatória intestinal, polipose colônica, drogas anti-inflamatórias não esteroides, infecção por Helicobacter pylori, verminose – estrongiloides, necatur, ancilostoma – enteropatias/colites alérgicas, esquistossomose);
- Hemorragia ginecológica (menorragia, dispositivos intrauterinos);
- Hemorragia urológica (esquistossomose, glomerulonefrite, trauma renal);
- Hemorragia pulmonar (tuberculose, malformação pulmonar, hemossiderose pulmonar idiopática, síndrome de Goodpasture, etc);
- Discrasias sanguíneas;
- Malária.

5. Má absorção do ferro:

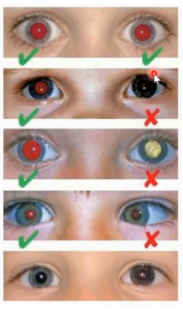
- Síndromes de má absorção (doença celíaca, doença inflamatória intestinal);
- Gastrite atrófica, cirurgia gástrica (bariátrica, ressecção gástrica);
- Redução da acidez gástrica (antiácidos, bloqueadores H2, inibidores de bomba de prótons.

ANEXO 5. Realização do exame físico até 24 meses

Quadro 70 - Roteiro para realização do exame físico do nascimento até 24 meses

TÓPICOS DE EXAMES FÍSICOS	AÇÕES ESPECÍFICAS
Peso, comprimento e perímetro cefálico	- Verificar e registrar os dados de peso, comprimento e perímetro cefálico na curva de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança. - Considera-se normal uma perda de peso de até 10% ao nascer e sua recuperação até o 15º dia. - Realizar avaliação do perímetro cefálico (PC) : O PC ao nascimento é em média de 35 cm, variando com o sexo e etnias. No primeiro ano o crânio cresce entre 10,5 cm a 12 cm (1,5 a 2 cm por mês no primeiro trimestre; 1 cm por mês no segundo trimestre; 0,5 cm por mês no segundo semestre). Posteriormente entre 1 e 2 anos de idade, ocorre um aumento de 0,5 cm por mês. No prematuro o PC, em regra, cresce 1cm/ semana nos primeiros 2 meses e 0,5cm/mês nos 2 meses seguintes. - O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios-padrão (< -2 ou > +2 escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia e hidrocefalia, que exigem avaliação e encaminhamento. Microcefalia em nascidos a termo: recém-nascidos (RN) com perímetro cefálico inferior a 2 desvios-padrão, ou seja, mais de 2 desvios-padrão abaixo da média para idade gestacional e sexo (Brasil, 2024).
Estado geral	- Avaliar a postura normal do RN, tônus e movimentos: as extremidades fletidas, as mãos fechadas e a cabeça lateralizada. - Avaliar o aspecto geral, a atividade, a intensidade do choro. Normalmente, o RN apresenta choro forte, de timbre variável. O choro fraco ou gemência podem estar presentes nas infecções e no desconforto respiratório. - Identificar sinais de desidratação e/ou hipoglicemia: pouca diurese, pouca ou nenhuma produção lacrimal, ingestão inadequada (a criança não consegue mamar ou vomita tudo o que mama), hipoatividade e letargia, inconsciência, inquietude, irritação, olhos fundos. - Atentar para a temperatura axilar normal, que fica entre 36,5ºC e 37,4ºC e não necessita ser medida rotineiramente em crianças assintomáticas, exceto na presença de fatores de risco, como febre materna durante o parto.
Face	- Pesquisar assimetria, malformação, deformidade ou aparência sindrômica.

Pele	- Avaliar: textura, umidade, cor, presença de mancha mongólica, presença de icterícia, presença de anomalias. - Avaliar equimoses e petéquias: equimoses são manchas comuns nos RN, sobretudo nos prematuros, e sua localização depende da apresentação e dos traumas sofridos, especialmente durante o parto. Equimose situada na face tem aspecto de cianose localizada e é chamada de máscara cianótica ou equimótica, geralmente sem relevância clínica. Sempre atentar-se para sinais de violência/ negligência. Petéquias localizadas, especialmente se restritas ao rosto, não são motivo de preocupação, mas quando generalizadas devem ser investigadas. A reabsorção do sangue extravasado pode contribuir para o aumento tardio dos níveis de bilirrubina. - Avaliar presença de edema: se for generalizado, avaliar doença hemolítica perinatal, iatrogenia por uso de coloides ou cristaloides em excesso, insuficiência cardíaca, sepse; se for localizado, sugere trauma de parto. - Avaliar palidez: sangramento, anemia, vasoconstrição periférica ou sinal de arlequim - palidez em um hemicorpo e eritema do lado oposto, por alteração vasomotora e sem repercussão clínica. - Avaliar cianose: se for generalizada, avaliar doenças cardiorrespiratórias graves; se for localizada nas extremidades ou na região perioral, avaliar hipotermia. - Avaliar eritema tóxico: acomete 30 a 72% dos recém-nascidos. Etiologia desconhecida, relacionado à imaturidade dos folículos pilossebáceos. Podem estar presentes no nascimento, mas geralmente aparecem em 24 a 72 horas. As lesões são assintomáticas, com duração de dois a três dias, podendo durar um pouco mais, sem ultrapassar duas semanas. Esclarecer à família quanto à benignidade (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2024). - Avaliar hemangioma: o hemangioma infantil é um tumor benigno. As lesões podem raramente estar presentes no nascimento, mas praticamente todos os hemangiomas estão visíveis ao final do primeiro mês de vida. As lesões de pequenas dimensões e não ulceradas, que não apresentem risco de comprometimento estético e não prejudiquem o funcionamento de um órgão, podem ser simplesmente acompanhadas em intervalos regulares (SBP, 2024). - Avaliar icterícia: atentar caso a icterícia tenha se iniciado nas primeiras 24 horas ou depois do 7º dia, apresente duração maior do que uma semana no recém-nascido a termo ou maior do que duas semanas no prematuro e se a tonalidade for amarela com matiz intenso ou se espalhar pelo corpo, atingindo zonas de 2 a 4. Perguntar à mãe sobre a cor das fezes e da urina, principalmente se a icterícia foi notada ou tornou-se mais intensa após os primeiros 5 dias de vida. Mostrar para a mãe a figura correspondente à cor das fezes na Caderneta da Criança (SBP, 2021). - Pesquisar a possível presença de assaduras, pústulas (impetigo) e bolhas palmo-plantares (sífilis).

Crânio	- Verificar assimetrias e realizar palpação das suturas cranianas. São comuns as sobreposições das bordas dos ossos do crânio (cavalgamentos), especialmente no parto normal, as quais desaparecem em poucos dias, bem como as disjunções de suturas, sem qualquer expressão patológica. -Examinar as fontanelas: a fontanela anterior (bregmática) mede de 1 cm a 4 cm, tem forma losangular. Fecha-se do 9º ao 18º mês e não deve estar fechada no momento do nascimento. A fontanela posterior (lambdóide) é triangular, mede cerca de 0,5 cm e fecha-se até o segundo mês. Não devem estar túrgidas, abauladas ou deprimidas. - Avaliar bossa serossanguínea e cefalohematomas: desaparecem espontaneamente.
Olhos	- Avaliar reflexo fotomotor: projeta-se um feixe de luz em posição ligeiramente lateral a um olho. A pupila deve se contrair rapidamente. O teste deve ser repetido no outro olho, devendo ser comparado com o primeiro. Avalia basicamente a estrutura anatomofuncional. - Avaliar a realização do teste do reflexo vermelho ou Bruckner test: se for notado um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, a criança deverá ser avaliada com urgência por um oftalmologista pois pode indicar: catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade. O teste do olhinho pode ser realizado por enfermeiros e médicos devidamente capacitados, devendo ocorrer nas primeiras 24 a 48 horas após o nascimento (antes da alta da maternidade). Caso a criança tenha nascido fora do ambiente hospitalar, a Atenção Primária deve fazer tal avaliação. O exame deve ser repetido em consultas de rotina da criança duas a três vezes ao ano, até o 3º ano de vida, com o objetivo de detectar potenciais anormalidades oculares tratáveis em recém-nascidos e crianças. - O Teste do Reflexo Vermelho (TRV) é realizado com um oftalmoscópio posicionado a 30 cm do olho da criança, em uma sala escura. Alinha-se o foco de luz do oftalmoscópio diretamente à pupila da criança, e deverá refletir um brilho de cor laranja-avermelhado simétrico bilateralmente. Caso haja opacidades de meios (doença ocular), ou não seja possível observar o reflexo, ou qualquer outra alteração encontrada durante o exame, a criança deve ser encaminhada ao serviço de oftalmologia com urgência (Fiocruz, 2023).  - Avaliar conjuntivas: as pálpebras podem estar edemaciadas após medicamentos utilizados na maternidade (pela reação ao nitrato de prata a 1%, se utilizado) e a regressão é espontânea, em 3 a 4 dias. A presença de secreção purulenta evidencia uma conjuntivite e, principalmente no RN, é importante descartar a infecção por gonococo, clamídia e herpesvírus. A conduta adequada é coletar a secreção e solicitar exame bacteriológico e bacterioscópico. A coleta pode ser feita do fundo de saco, com espátula para swab, e encaminhada ao laboratório de microbiologia em meio de cultura, e após o resultado encaminhar para avaliação médica. Na

	indisponibilidade de realizar coleta ou de encaminhar para serviço de referência, recomenda-se encaminhar para avaliação médica para realizar tratamento empírico conforme características da conjuntivite e período de incubação (TelessaúdeRS-UFRGS, 2020). - Avaliar estrabismo (ou esotropia) e nistagmo lateral, comuns nesta fase, devendo ser reavaliados posteriormente. Os recém-nascidos podem apresentar eventualmente algum tipo de desvio ocular, pois a visão binocular só estará bem desenvolvida entre 3 e 7 meses. Raramente o estrabismo congênito tem seu diagnóstico feito antes dos 6 meses de vida. A idade ideal para o encaminhamento é a partir dos 4 meses.
Ouvidos e audição	- Verificar: forma, simetria, implantação dos pavilhões auriculares, presença de condutos auditivos externos, fístulas retroauriculares e apêndices pré-auriculares. - Orientar a família para a realização da **triagem auditiva neonatal universal (Tanu**) ou **"teste da orelhinha".**

Nariz	- Observar a **permeabilidade nasal** ao ar inspirado e expirado. Obstrução nasal e espirros frequentes são comuns no RN. - Atentar para a presença de **coriza** mucoide, mucopurulenta ou mucopiossanguinolenta, que é rara e sugere o diagnóstico de sífilis congênita (geralmente em torno da segunda semana).
Boca	- Avaliar **alterações morfológicas** que possam representar dificuldade na pega durante a amamentação, o que requer suporte e acompanhamento adequados. Observar úvula, tamanho da língua (macroglossia), palato, gengiva, posição do freio lingual e a coloração dos lábios.
Pescoço	- Avaliar **deformidades e posição viciosa da cabeça**. O torcicolo congênito tem resolução espontânea em 90% dos casos. No entanto, nos casos mais persistentes, pode ser necessária fisioterapia ou correção cirúrgica; - Palpar a parte mediana do pescoço a fim de se detectar o crescimento anormal da tireóide (bócio) e a presença de fístulas, cistos e restos de arcos branquiais; - Avaliar tonicidade muscular.
Tórax e aparelho respiratório	- Avaliar **assimetrias**: a presença pode sugerir malformações cardíacas, pulmonares, de coluna ou arcabouço costal. - Palpar **clavículas** para avaliar se há fraturas que poderiam acarretar diminuição ou ausência de movimentos do membro superior. - Orientar a família para a **involução espontânea de mamas,** que podem estar ingurgitadas ou com presença de secreção leitosa (hormônios maternos).

	- Observar a **frequência respiratória (FR),** que é basicamente abdominal e deve estar entre: De 0 a 1 mês: de 30 a 60 mrpm (movimentos respiratórios por minuto) De 2 a 24 meses: de 30 a 50 mrpm (Brasil, 2024). - Observar possíveis **sinais de esforço respiratório** (tiragem intercostal/subcostal, retração xifoidiana/furcular, batimento de asa nasal, gemidos, estridor). Presença de tiragem intercostal supra e infraesternal é anormal, mesmo em RN prematuros. A palpação, percussão e ausculta devem ser feitas em toda a área de extensão do parênquima pulmonar.

Aparelho cardiocirculatório	- Verificar a **frequência cardíaca (FC)**, que normalmente varia entre: 0 a 3 meses: 123 a 164 bpm (batimentos por minuto) 3 a <6 meses: 120 a 159 bpm 6 a <9 meses: 114 a 152 bpm 9 a <12 meses: 109 a 145 bpm 12 a <18 meses: 103 a 140 bpm 18 a <24 meses: 98 a 135 bpm 2 anos: 92 a 128 bpm - Avaliar a presença de **taquicardia**. Observar a possível presença de cianose, abaulamento precordial, turgência jugular, ictus cordis e sopros cardíacos. Verificar também os pulsos periféricos. - Na ausculta cardíaca do RN, sopros ou arritmias podem ser transitórios. Na presença de alterações, encaminhar para avaliação médica. Obs: A frequência cardíaca fornecida é baseada em medições em bebês acordados, saudáveis e crianças em repouso. Vale destacar que há outros valores (mínimos e máximos) estabelecidos, conforme consta na referência (Fleming *et al.*, 2011).
Abdome	- Inspecionar se o **abdome** do RN apresenta-se semigloboso, com perímetro abdominal cerca de 2 a 3 cm menor que o cefálico. Se estiver dilatado, pode sugerir presença de líquido, distensão gasosa, visceromegalias, obstrução ou perfuração abdominal; se estiver escavado, pode indicar hérnia diafragmática. - Verificar a presença de **hérnias inguinal e umbilical**. Os casos de hérnia inguinal têm indicação de encaminhamento à urologia pediátrica para cirurgia imediata, devido ao risco de encarceramento ou estrangulamento. Os casos de hérnia umbilical, aguarda-se sua regressão espontânea até 5 anos, dependendo do tamanho da hérnia (TelessaúdeRS-UFRGS, 2020). - Verificar a presença de **granuloma umbilical** após a queda do coto. Existem diferentes modalidades de tratamento: - Aplicação tópica de sal comum sobre o granuloma seguido de oclusão com fita adesiva/microporosa durante 24 horas, resultando em desidratação e diminuição do tecido granulomatoso. Apesar de demonstrar-se uma abordagem segura até então, ainda carece de estudos adicionais. - Aplicação tópica de Nitrato de Prata 75% uma a duas vezes por semana (deve-se ter cuidado ao aplicar nitrato de prata, pois pode causar

	queimaduras químicas ou alteração da coloração da pele ao redor). Orienta-se que a aplicação seja realizada somente na unidade de saúde (Palazzi; Brandt, 2024). Se a região umbilical apresentar secreção purulenta na base do coto, com edema e hiperemia da parede abdominal, o achado indica onfalite (infecção de alto risco para a criança) e, portanto, deve-se encaminhar para a emergência.

Genitália	- A primeira diurese costuma ocorrer na sala de parto ou nas primeiras 48h. Eventualmente observam-se manchas avermelhadas nas fraldas, que devem-se à presença de uratos na urina e não tem repercussão clínica. **- Genitália masculina**: palpar a bolsa escrotal para identificar a presença dos testículos. A criptorquidia é uma anomalia congênita, que ocorre quando os testículos não forem palpáveis na bolsa escrotal na primeira consulta do RN; orientar que se trata de uma situação comum (9,2% a 30%), especialmente em prematuros. Os testículos migram para a bolsa escrotal até os 3 meses, quando o caso deverá ser reavaliado. Se aos 4 meses os testículos não forem palpados na bolsa escrotal, a criança deve ser encaminhada para avaliação médica (TelessaúdeRS-UFRGS, 2020). - O acúmulo de líquido peritoneal ao redor do testículo caracteriza hidrocele, que em geral tem regressão lenta, com resolução espontânea, até os 2 anos da criança; - A fimose é fisiológica ao nascimento. Deve-se observar a localização do meato urinário para excluir a possibilidade de hipospádia ou epispádia. - **Genitália feminina**: os pequenos lábios e o clitóris estão mais proeminentes. Pode haver secreção esbranquiçada, às vezes hemorrágica, devido à passagem de hormônios maternos, que se resolve espontaneamente. Atentar para a sinéquia vaginal e orientar a higiene adequada e a observação contínua do local. A resolução pode ser espontânea com a higiene local e a retirada das fraldas. Na criança sintomática com complicações como dificuldade para urinar, prurido, ardência, infecção urinária e vulvovaginites, encaminhar para avaliação médica; - É importante observar os orifícios uretral e vaginal. Anomalias anorretais podem levar à eliminação de mecônio pela vagina ou uretra.
Ânus e reto	- Realizar inspeção do **orifício anal**, buscando detectar anomalias anorretais e fístulas. Não se recomenda a realização rotineira de toque ou introdução de sonda retal para verificação de sua permeabilidade.

Sistema osteoarticular	- Avaliar cuidadosamente se há presença de **deformidades ósseas**, redução de mobilidade ou dor à palpação dos ossos e articulações do RN. - Examinar os **membros superiores e inferiores** para avaliar sua resistência à

	extensão e flexão dos membros, se há presença de flacidez excessiva, paralisia ou demais alterações. - Identificar a provável **presença de pé torto**, que pode ser posicional (corrigido espontaneamente ou com imobilização) ou pé torto congênito grave, associado inclusive a outras anormalidades congênitas. O exame da flexibilidade do pé ajuda na diferenciação. Avaliar necessidade de consulta médica para encaminhamento ao ortopedista. - Verificar a presença de **displasia evolutiva do quadril** realizando os testes de Ortolani e de Barlow (Rosenfeld, 2024) (anexo 1).
Coluna vertebral	- Examinar toda a coluna, em especial a área lombo-sacra, percorrendo a linha média, para afastar a espinha bífida, especialmente na ocorrência de tufos de cabelo nesta região (Kotagal; Morse, 2024; Brasil, 2022).
Avaliação neurológica	- Iniciar o exame físico geral do RN, simultaneamente com a avaliação neurológica, pois postura, movimentação espontânea, resposta ao manuseio e choro são parâmetros importantes dessa avaliação. **AVALIAÇÃO DOS REFLEXOS PRIMITIVOS (apêndice 1):** Os reflexos primitivos são respostas involuntárias a determinados estímulos externos padronizados para avaliação neurológica, presentes do nascimento ao longo dos primeiros meses de vida. A persistência dessas respostas além do período previsto indica disfunção neurológica a ser investigada, e deve-se encaminhar para consulta médica.
Na presença de alterações, encaminhar para avaliação médica ou equipe multidisciplinar.	

Fonte: Brasil, 2021; Brasil, 2024; Malachias et al., 2016. Conselho Federal de Enfermagem, 2025.

Quadro 71 - Roteiro do exame físico para crianças de 2 a 10 anos

TÓPICOS DE EXAMES FÍSICOS	AÇÕES ESPECÍFICAS
Estado Geral	Realizar anamnese; Avaliar presença de fatores de risco; Avaliar crescimento, desenvolvimento e estado nutricional; Avaliar e orientar quanto à imunização; Avaliar e orientar sobre queixas e intercorrências; Avaliar e orientar quanto à alimentação e condições de higiene.
Controle de sinais	Aferir: temperatura, frequência cardíaca e respiratória.

Pressão Arterial (PA)	Para as crianças menores de 3 anos, a avaliação da PA está indicada em condições especiais, conforme o histórico neonatal: prematuridade <32 semanas, baixo peso ao nascer, cateterismo umbilical e outras complicações no período neonatal requerendo internação em UTI; doenças cardíacas: cardiopatia congênita (corrigida ou não); doenças renais: ITU de repetição, hematúria ou proteinúria, doença renal conhecida, malformação urológica e história familiar de doença renal congênita; transplantes: órgãos sólidos e/ou medula óssea; outros: neoplasias, tratamento com drogas que sabidamente aumentam a PA, outras doenças associadas à hipertensão (neurofibromatose, esclerose tuberosa, anemia falciforme, etc), evidência de aumento da pressão intracraniana. A partir dos 3 anos: medir PA anualmente, com método auscultatório, e tamanho de manguito adequado (largura da bolsa inflável de 40% da circunferência no ponto médio entre o acrômio e o olécrano e comprimento de 80-100% da circunferência do braço), posição sentada, pés e costas apoiados, aferir no braço direito, apoiado na altura do coração (Feitosa *et al.*, 2024). Quadro de referência no anexo 2 (Flynn *et al.,* 2017 apud Barroso *et al.*, 2021). Se alteração de PA, encaminhar para avaliação médica.

Dados antropométricos	Verificar estatura, peso e índice de massa corporal (IMC), conforme caderneta de saúde da criança.
Exame da cabeça e pescoço	Observar anormalidades.
Olhos	A partir dos 3 anos: exame da acuidade visual (escala de Snellen, descrito no capítulo 9.7.2). Inspeção externa dos olhos e pálpebras (ouvir o relato dos pais sobre a presença de anormalidades), avaliação da motilidade ocular. Crianças com história familiar de doenças oculares, metabólicas ou genéticas e aquelas com suspeita ou diagnóstico de atraso de desenvolvimento devem ser avaliadas por oftalmologista.
Boca e faringe	Observar aspecto das tonsilas (tamanho, cor) e suas anormalidades. Observar dentição e alterações na cavidade oral.
Orelha	Observar anormalidades, tais como assimetria.

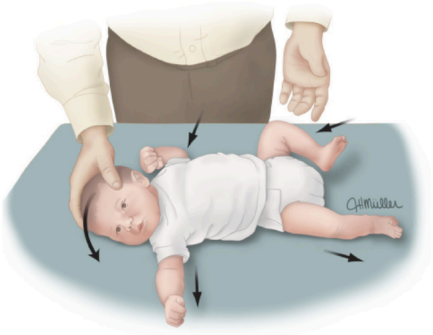
Tórax	Observar forma, simetria e mamilos. Ausculta pulmonar: observar FR, desconforto respiratório e anormalidades. Valores de referência para FR (Drutz; Whater-Stacher, 2024): 2 a <3 anos: 22 a 34 mrpm 3 a <4 anos: 21 a 29 mrpm 4 a <6 anos: 20 a 27 mrpm 6 a <8 anos: 18 a 24 mrpm 8 a 10 anos: 16 a 22 mrpm Ausculta cardíaca: ritmo, frequência e presença de sopros. Valores de referência de FC (Drutz; Whater-Stacher, 2024): 2 a <3 anos: 92 a 128 bpm 3 a <4 anos: 86 a 123 bpm 4 a <6 anos: 81 a 117 bpm 6 a <8 anos: 74 a 111 bpm 8 a 10 anos: 67 a 103 bpm
Abdome	Abdome normal: deve ser depressível, indolor, com presença de ruídos hidroaéreos, sem massas palpáveis ou visceromegalias.
Pele e mucosas	Avaliar hidratação, coloração (corada, pálida, ictérica ou cianótica) e presença de lesões.
Genitália	Meninos: observar hérnias inguinais, aderência no prepúcio e fimose. Os testículos devem estar presentes na bolsa escrotal palpáveis. Na presença de anormalidades, encaminhar para avaliação médica. Meninas: avaliação e atentar para queixas clínicas. A continência urinária diurna e noturna é normalmente atingida entre 5 a 7 anos de idade. Enurese é definida como incontinência urinária durante o sono, a partir dos 5 anos de idade.
Membros superiores e inferiores	Observar alterações e deformidades.

Legenda: **PA** - pressão arterial; **PAS** - pressão arterial sistólica; **PAD** - pressão arterial diastólica; **FR** - frequência respiratória; **MRPM** - movimentos respiratórios por minuto; **FC** - frequência cardíaca; **Bpm** - batimentos por minuto

Fonte: Brasil, 2021; Brasil, 2024; Malachias *et al.*, 2016; Drutz; Whater-Stacher, 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE 1. Reflexos primitivos do recém-nascido

Ao toque da pele perioral, observa-se rotação da cabeça na tentativa de "buscar" o objeto, seguido de sucção reflexa vigorosa do mesmo. Este reflexo não deve ser pesquisado imediatamente após a mamada. Sua ausência é sinal de disfunção neurológica grave. Deve desaparecer por volta dos 4 meses.	
Moro	
É provocado pela queda repentina da cabeça do bebê em relação ao tronco e resulta em movimento de abrir e fechar os braços. Evitar estimulação intensa. Deve desaparecer entre 3 a 6 meses.	
Marcha Reflexa	
Obtido pelo contato da planta do pé com a superfície, que resulta em marcha. Deve desaparecer entre 1 a 2 meses.	
Tônico-Cervical Assimétrico ou Fuga à asfixia	
Também conhecido como reflexo do esgrimista ou reação de Magnus-Kleijn, caracteriza-se pela extensão das extremidades superior e inferior do lado para o qual a cabeça e o pescoço são virados, com flexão da extremidade superior contralateral (postura de esgrima). Desaparece entre 3 e 4 meses.	

Preensão palmar	
Indicado pela observação de flexão dos dedos ao colocar-se o dedo indicador do examinador na palma da mão da criança. Deve desaparecer entre 3 e 6 meses, quando se torna um movimento voluntário.	
Preensão plantar	
Durante o aperto plantar, os dedos flexionam-se ao redor do dedo do examinador. Alterações associam-se a risco aumentado de paralisia cerebral. Normalmente, desaparece dos 6 aos 15 meses.	
Reflexo cutâneo - plantar (sinal de Babinski)	
Extensão do hálux do recém-nascido, com ou sem abertura em leque dos dedos por meio do estímulo da porção lateral do pé. Apresenta-se em extensão até cerca de 18 meses.	

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017; Kotagal, 2020.

APÊNDICE 2. Orientações para o uso correto do espaçador



SELEÇÃO DO DISPOSITIVO ADEQUADO

< 6 anos: espaçador com máscara.
≥ 6 anos: considerar manter o uso da máscara até que a criança apresente coordenação adequada ao uso do dispositivo sem a máscara.

TÉCNICA CORRETA DE ADMINISTRAÇÃO

1. Encaixar a válvula/máscara no espaçador;
2. Agitar vigorosamente o inalador, com o bocal para baixo, e encaixá-lo no espaçador;
3. **Com máscara:** acoplar a máscara de forma anatômica na face da criança, de forma que garanta maior vedação possível. A criança deve esvaziar os pulmões e, após o jato, inspirar devagar e profundamente, prendendo a respiração por 5 a 10 segundos. Caso não seja possível, disparar o jato e aguardar que a criança respire 5 vezes;
4. **Sem máscara:** colocar o bocal do espaçador entre os dentes da criança, solicitar que esta feche os lábios e esvazie os pulmões. Disparar o jato e aguardar que a criança prenda a respiração por 5 a 10 segundos ou respire de forma lenta 5 vezes;
5. Enxaguar a boca com água após o término da(s) administração(ões)



REPETIÇÕES DE JATOS

Administrar cada jato (dose) individualmente, aguardando 30 segundos entre uma administração e outra.



HIGIENIZAÇÃO DO DISPOSITIVO

Realizar a limpeza do dispositivo com água morna e sabão neutro, deixando secar ao ar. Não utilizar produtos alvejantes ou abrasivos.

Fonte: Global Initiative for Asthma, 2025; Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2018.