

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALINE LARA DE CARVALHO

PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: DA IMPLANTAÇÃO A ADEQUAÇÃO EM EQUIPE

CURITIBA

2022

ALINE LARA DE CARVALHO

PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: DA IMPLANTAÇÃO A ADEQUAÇÃO EM EQUIPE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, modalidade Mestrado Profissional como parte das exigências para obtenção do título de Mestre Profissional em Prática do Cuidado em Saúde.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Marilene Loewen Wall

CURITIBA

2022

Carvalho, Aline Lara de

Protocolo de cuidado de enfermagem à criança na atenção primária à saúde: da implantação a adequação em equipe [recurso eletrônico] / Aline Lara de Carvalho. – Curitiba, 2022.

1 recurso online: PDF.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientador: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

1. Cuidados de enfermagem. 2. Criança – Saúde e higiene. 3. Cuidados primários de saúde. 4. Enfermagem – Consulta médica. 5. Enfermagem - Protocolos médicos. I. Wall, Marilene Loewen. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICA DO CUIDADO
EM SAÚDE - 40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ALINE LARA DE CARVALHO** intitulada: **Protocolo de Cuidado de Enfermagem à Criança na Atenção Primária à Saúde: da implantação a adequação em equipe**, sob orientação da Profa. Dra. MARILENE LOEWEN WALL, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 19 de Setembro de 2022.

Assinatura Eletrônica

20/09/2022 21:47:40.0

MARILENE LOEWEN WALL

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

20/09/2022 17:28:52.0

NATHALIA HALAX ORFÃO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA)

Assinatura Eletrônica

20/09/2022 22:02:41.0

LETICIA PONTES

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico este trabalho ao meu esposo, **José Eduardo**, que acreditou sempre em mim, me incentivou, e, sem a paciência e tolerância dele, eu não teria conseguido.

Aos meus pais, **José de Arimatéia e Cleusa** e ao meu irmão, **Alisson** e minha cunhada **Julia**, por todo incentivo, motivação, apoio e amor incondicional.

À minha orientadora, **Doutora Marilene**, por acreditar e apoiar para cumprir essa jornada.

Aos **profissionais de enfermagem** que participaram deste estudo, pela confiança nas possibilidades desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ser minha fortaleza em todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo, José Eduardo, por compartilhar sonhos de futuro, por me incentivar, e me tranquilizar. Agradeço ao meu irmão, Alisson e minha cunhada Julia, pelo apoio constante, pelo tempo dispensado para que eu pudesse me concentrar e finalizar a Dissertação.

À minha família, pelo amor, torcida, incentivo e compreensão. Em especial à minha mãe Cleusa e meu pai José de Arimatéia ajudarem na minha formação profissional, sempre cuidando de mim, dando forças, apoio e ensinamentos de fé e a perseverar nas dificuldades.

Agradeço a minha orientadora, Prof.^a. Dra. Marilene Loewen Wall, por compartilhar seus conhecimentos, pela paciência e, principalmente, pelo incentivo de sempre. Você foi essencial não só nas contribuições para esta pesquisa, mas por proporcionar um ambiente agradável de estudo e um espaço de acolhimento fundamental para chegar ao fim deste estudo.

Agradeço às professoras, Prof.^a. Dra. Letícia Pontes, Prof.^a. Dra. Nathalia Halax Orfão, Prof.^a. Dra. Herla Furtado, Prof.^a. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro, que aceitaram prontamente participar da banca de defesa da minha dissertação. Agradeço pela disponibilidade e gentileza de participarem.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional - pelos ensinamentos, apoio, contribuições essenciais e por todo o aprendizado.

Às professoras e integrantes do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE), pelas discussões e contribuições.

Às minhas colegas, Deisi, Juliana, Gisele, Carolina, Alessandra, Tatiane, Isabela, Rafaela, Marcus, Bruna, Andressa, Jaqueline, Evelin, Gabriella e demais integrantes do grupo menor, que tornaram os encontros remotos nas terças-feiras, agradáveis e enriquecedores.

Ao Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde da UFPR pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional, em especial, à Kelli Krajevski, pela gentileza, presteza e paciência em todos os processos na secretaria.

Agradeço às colegas de turma do Mestrado Profissional 2020-2022, em especial, Camila Schimer, Pamela Piltz, Bruna Medeiros, Renata Rodrigues, Núbia Souza, por terem compartilhado comigo aprendizados, angústias e conquista mesmo em tempos de pandemia do Coronavírus, Deus não poderia ter escolhido melhores pessoas para esta caminhada.

Ao edital nº 28/2019 CAPES/COFEN e ao Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia que proporcionaram e contribuíram com a minha formação neste mestrado profissional.

Ao Conselho Regional de Enfermagem do Paraná, por permitirem utilizar o Protocolo de Saúde da Criança neste estudo possibilitando o desenvolvimento deste trabalho.

Não se pode deixar de destacar a aprovação e confiança disposta, que se deve à participação, dedicação e empenho dos profissionais que aceitaram fazer parte desta pesquisa, em especial, a Diretora, os enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde da Unidade Básica de Saúde 2 de abril, vocês foram excepcionais.

Por fim, a todos os não mencionados que apoiaram, torceram, acreditaram e participaram, de alguma forma desta caminhada e de maneira direta ou indireta fizeram parte desta conquista. Gratidão por cada palavra de incentivo, por cada abraço e cada oração.

RESUMO

Trata-se de projeto de intervenção para sistematizar o cuidado de enfermagem à criança na atenção primária em uma unidade básica de saúde por meio da implantação de um protocolo já validado, o qual foi adaptado à realidade local durante a fase de intervenção. Objetivo: implantar em uma unidade básica de saúde o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde Módulo 4 — Atenção à Saúde da Criança, elaborado pelo Conselho Regional de Enfermagem do Paraná. Método: pesquisa metodológica, de produção tecnológica, desenvolvida em cinco fases: diagnóstico situacional; fase exploratória; definição do instrumento tecnológico; implantação e avaliação. O cenário da pesquisa é uma unidade básica de saúde, composta por quatro equipes de estratégia de saúde da família. A implantação e adaptação foram desenvolvidas com a equipe de enfermagem que proporciona cuidado à criança, utilizando-se oficinas temáticas e observação participante. As oficinas aconteceram de forma presencial e remota, além de discussões pelo aplicativo WhatsApp, no qual foram compartilhadas vídeo aulas inéditas sobre cada capítulo do protocolo, seguido da implantação e adaptação. A análise dos dados seguiu os seis passos de John W. Creswell. Como resultados, implantou-se o protocolo de saúde da criança em uma unidade, por meio das Consultas de Enfermagem à criança, e concomitante a implantação, a equipe de enfermagem, liderada pela pesquisadora, fez a adaptação para a realidade do cuidado prestado às crianças atendidas nesta unidade básica de saúde. O processo de implantação e adaptação, corroborou com a disseminação do conhecimento; promoveu a comunicação profissional, a sistematização do cuidado; colaborou para proporcionar maior segurança aos profissionais bem como aos usuários quanto ao cuidado recebido; reduziu a variabilidade de ações de cuidado e colaborou na organização da rede materno-infantil. Este estudo é viável e poderá ser replicado para outros temas e outras áreas do conhecimento, pois possibilita a criação de inovações tecnológicas relacionadas à pesquisa e educação para o cuidado de enfermagem em puericultura. Traz como produto o protocolo de saúde da criança na atenção primária à saúde.

Agência do registro: Câmara Brasileira do Livro.

Número do produto: ISBN 978-65-00-57042-7 DA-2022-028416

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da criança; cuidados de enfermagem; protocolos.

ABSTRACT

The project addresses the mediation in a primary healthcare unit to systematize nursing care for children using an existing validated protocol modified to the local reality throughout the intervention phase. Objective: to implement the Nursing Protocol for Primary Healthcare Module 4 — Child Health Care, prepared by the Regional Nursing Council of Paraná, in a primary healthcare unit. Method: Technological production study that follows a methodological framework with five stages: situational diagnostic, exploratory phase, technological instrument definition, implementation, and assessment. The research scenario constitutes a healthcare unit with four family-health strategy teams. The project was implemented and adapted using thematic workshops and participant observation in partnership with the nursing team that provided childcare. The workshops took place in person and remotely, in addition to discussions via WhatsApp, when exclusive video classes were shared for each protocol chapter, followed by implementation and adaptation. Data analysis followed John W. Creswell's six steps. As a result, nursing appointments implemented the child healthcare protocol; concomitantly to the implementation, the nursing team, led by the researcher, adapted the protocol to the healthcare reality at this unit. The protocol implementation and adaptation collaborated with the dissemination of knowledge; promoted professional communication and the systematization of child's healthcare; worked to give both professionals and users more security regarding the care provided and received; decreased the inconsistency of care actions, and helped organize the mother-child network. This study is feasible and can be replicated for other issues and areas of knowledge as it enables the creation of technological innovations related to research and education for nursing in childcare. It also results in a product, the child healthcare protocol in primary healthcare.

Agency of registration: Brazilian Book Chamber

Product number: 978-65-00-57042-7 DA-2022-028416

Keywords: primary health care; child health; nursing care; protocols.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1 - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS | 23 |
| FIGURA 2 - ORGANIZAÇÃO HIERÁRQUICA DO SUS | 24 |
| FIGURA 3 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE..... | 28 |
| FIGURA 4 - PROCESSO: ESTUDO - IMPLANTAÇÃO POR OFICINAS TEMÁTICAS .. | 61 |
| FIGURA 5 - PROCESSO: ESTUDO - IMPLANTAÇÃO POR OFICINAS TEMÁTICAS .. | 64 |
| FIGURA 6 - GRUPO DE DISCUSSÃO NÃO FORMAL | 66 |
| FIGURA 7 - GRUPO DE DISCUSSÃO NÃO FORMAL | 68 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| QUADRO 1 - EIXOS NORTEADORES DA PNAISC..... | 22 |
| QUADRO 2 - MODELO SOAP | 30 |
| QUADRO 3 - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA, MÓDULO 4 | 35 |
| QUADRO 4 - CALENDÁRIO DE CONSULTAS DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NA APS..... | 36 |
| QUADRO 5 - FASES DA IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... | 42 |
| QUADRO 6 - SINTETIZAÇÃO DAS FASES E ETAPAS DA PESQUISA METODOLÓGICA | 42 |
| QUADRO 7 - SÍNTESE DA 1ª FASE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL..... | 43 |
| QUADRO 8 - SÍNTESE DA 2ª FASE EXPLORATÓRIA | 43 |
| QUADRO 9 - DEFINIÇÃO PELO PROTOCOLO DO COREN..... | 45 |
| QUADRO 10 - SÍNTESE DA 3ª FASE: DEFINIÇÃO DO PROTOCOLO..... | 46 |
| QUADRO 11 - SÍNTESE DA 4ª FASE: IMPLANTAÇÃO..... | 47 |
| QUADRO 12 - SÍNTESE DA 5ª FASE: ANÁLISE..... | 52 |
| QUADRO 13 - PASSOS PROPOSTOS POR CRESWELL | 59 |
| QUADRO 14 - PASSOS PROPOSTOS POR CRESWELL | 62 |
| QUADRO 15 - CONTRIBUIÇÕES PARA ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO..... | 86 |
| QUADRO 16 - ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO | 92 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|--|
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| AIDPI | Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância |
| AME | Aleitamento Materno Exclusivo |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CE | Consulta de Enfermagem |
| CER | Centro Especializado em Reabilitação |
| CF | Constituição Federal |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| CONANDA | Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| COREN | Conselho Regional de Enfermagem |
| CRUE | Central de Regulação de Urgência e Emergência |
| DAB | Departamento de Atenção Básica |
| DeSC/MeSH | Descritores em Ciência da Saúde/ Medical Subject Headings |
| EAAB | Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| GT | Grupo de Trabalho |
| IHAC | Iniciativa do Hospital Amigo da Criança |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases da Educação |
| MI | Mortalidade Infantil |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo Ampliado de Saúde da Família |
| NHS | National Health Service |
| NICE | National Institute for Health and, Care Excellence |
| OMA | Otite Média Aguda |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PBE | Prática Baseada em Evidências |
| PE | Processo de Enfermagem |
| PEC | Prontuário Eletrônico do Cidadão |
| PM | Pesquisa Metodológica |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |

| | |
|--------|--|
| PNAISC | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança |
| QN | Questão Norteadora |
| QOF | Quality Outcomes Framework |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RN | Recém-Nascido |
| RNL | Revisão Narrativa de Literatura |
| SAE | Serviço de Assistência Especializada |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem |
| SEMUSA | Secretaria Municipal de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidades Básicas de Saúde |
| UFPR | Universidade Federal do Paraná |

SUMÁRIO

| | | |
|-----------|---|-----------|
| | APROXIMAÇÃO COM O TEMA ESTUDADO | 15 |
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 2 | CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA COM A LITERATURA .. | 20 |
| 2.1 | POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DA CRIANÇA | 21 |
| 2.2 | ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA APS..... | 23 |
| 2.3 | SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA..... | 27 |
| 2.4 | PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA NA APS | 31 |
| 2.5 | PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MÓDULO 4 - ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA | 33 |
| 2.5.1 | Consulta do enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança sadia..... | 36 |
| 2.5.2 | Consulta do enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança com demandas diferenciadas de cuidados..... | 37 |
| 2.5.3 | Avaliação da criança com problemas respiratórios. | 38 |
| 2.5.4 | Avaliação da criança com problemas de nutrição ou de alimentação | 38 |
| 2.5.5 | Avaliação da Criança com Diarreia e/ou Desidratação | 39 |
| 2.5.6 | Avaliação da criança com anemia | 40 |
| 2.5.7 | Avaliação da criança com problemas oculares..... | 40 |
| 2.5.8 | Avaliação da criança com problemas dermatológicos | 40 |
| 3 | MÉTODO | 41 |
| 3.1.1 | Fase Diagnóstico Situacional..... | 43 |
| 3.1.2 | Fase Exploratória..... | 43 |
| 3.1.3 | Fase Definição do Protocolo..... | 46 |
| 3.1.4 | Fase Implantação | 46 |
| 3.1.4.1 | Desenvolvimento das Oficinas Temáticas..... | 47 |
| 3.1.4.1.1 | Fase do Reconhecimento - Desenvolvimento da oficina 1- Fragilidades na atenção à Saúde da Criança | 48 |
| 3.1.4.1.2 | Fase do Revelação - Desenvolvimento da oficina 2 - Sistematização dos cuidados à saúde da criança..... | 49 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 3.1.4.1.3 | Fase do Repartir - Desenvolvimento da oficina 3 - Vivenciando a SAE na saúde da criança | 50 |
| 3.1.4.1.4 | Fase do Repensar - Desenvolvimento da oficina 4 - Pactuação do Protocolo de Saúde da Criança | 51 |
| 3.1.4.2 | Fase Análise do Processo | 52 |
| 3.2 | CENÁRIO DE PESQUISA | 53 |
| 3.3 | PARTICIPANTES DA PESQUISA | 54 |
| 3.4 | OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE | 54 |
| 3.5 | FASE DE ANÁLISE | 58 |
| 3.6 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 61 |
| 3.7 | FASE DE ANÁLISE | 61 |
| 3.8 | ASPECTOS ÉTICOS..... | 64 |
| 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 66 |
| 4.1 | Categoria 1 - Experiências e vivências com o protocolo no dia a dia | 70 |
| 4.2 | Fragilidades e limitações no processo de implantação | 74 |
| 4.3 | Facilidades no processo de implantação | 81 |
| 4.4 | Categoria 4 - Sugestões para complementar o Protocolo para a realidade de RONDÔNIA | 85 |
| 4.5 | PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO..... | 92 |
| 4.6 | O PRODUTO..... | 96 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 98 |
| | REFERÊNCIAS | 102 |
| | APÊNDICE 1 - MENSAGEM ELETRÔNICA ENVIADA AO COREN | 110 |
| | APÊNDICE 2 - MENSAGEM ELETRÔNICA ENVIADA AO COREN | 111 |
| | APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 112 |
| | APÊNDICE 4 - DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA..... | 114 |
| | APÊNDICE 5 - APRESENTAÇÃO DAS OFICINAS..... | 115 |
| | ANEXO 1 - PARECER TÉCNICO COREN/PR Nº 003/2021 | 122 |
| | ANEXO 2 - OFÍCIO DO COREN/PR | 123 |
| | ANEXO 3 - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAUDE MÓDULO 4 - ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA..... | 127 |

| | |
|--|------------|
| ANEXO 4 - OFÍCIO: DIREÇÃO DA UBS 2 DE ABRIL | 251 |
| ANEXO 5 - DECLARAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA..... | 252 |

APROXIMAÇÃO COM O TEMA ESTUDADO

O tema adotado neste projeto, Saúde da Criança, vai ao encontro da necessidade vivenciada na prática do cuidado diário, nas consultas de enfermagem (CE) realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Ji-Paraná, município em que atuo, desde 2007.

Dessa maneira, o profissional Enfermeiro está em constante transformação e, essa peculiaridade torna-se explícita por meio do cenário atual, por razão da pandemia, grande movimento na busca por valorização, reconhecimento da prática no ambiente em que está inserido.

Entre os cuidados de enfermagem desenvolvidos, durante minha trajetória, em atividades hospitalares e atenção primária à saúde (APS), tanto no setor privado quanto público, o tema saúde da criança persuadiu-me, se tornando uma experiência relevante e estimulante, além de suscitar reflexões pertencentes à minha prática na APS, tornando-se nosso objeto de estudo. Não obstante, essa busca por reconhecimento e valorização profissional vai ao encontro da admissão no mestrado profissional, em outubro de 2020.

Além disso, para que a reflexão teórica a respeito do tema proposto tenha relevância e adesão pelos profissionais, na tentativa de melhorar as condutas no cuidado, além de proporcionar reconhecimento, organizar os cuidados, na tentativa de reduzir os riscos de negligências e imprudência necessitamos manter o comprometimento com o cuidado prestado às crianças.

Em suma, Ji-Paraná, cidade central do estado de Rondônia, experencia uma fragilidade na assistência da saúde da criança, pela ausência de um protocolo para conduzir as consultas dos enfermeiros, no atendimento às crianças, além de proporcionar a esses profissionais, respaldo e fundamentação científica para uma pratica sistematizada.

Mediante o exposto, é importante destacar que o município, desde maio de 2017, passa por processo de planificação e reorganização da saúde Materno-Infantil na APS. Por isso, a Saúde Materna já conta com protocolo ampliado a todos os profissionais, respaldando as condutas.

No entanto, a saúde da criança oferecia atendimento fragilizado, talvez pela ausência de protocolo. Assim, espera-se que com a implantação de protocolo de cuidado à saúde da criança, na APS do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná esses cuidados possam desenvolver uma nova condição no intuito de aperfeiçoar, respaldar e qualificar o trabalho do cuidado prestado pelos enfermeiros na APS das UBS de Ji-Paraná.

1 INTRODUÇÃO

Inicialmente, as crianças pertencem a grupos de vulnerabilidade biológica e social, expressam-se majoritariamente em nível populacional e ocupam um lugar importante na agenda pública do país. Consequentemente, a singularidade da criança é permeada por movimentos históricos e sociais (BRASIL, 1990, 2011, 2018b; HOCKENBERRY *et al.*, 2014; KAHL *et al.*, 2019; PEREZ; PASSONE, 2010).

De fato, o foco na criança na Atenção Primária à saúde (APS) se consolida na adoção de evidências clínicas para nortear a prática amparada em políticas governamentais, diretrizes, protocolos e cadernos ministeriais, bem como na ampliação de funções e ações, como principal alicerce que demonstra seu potencial para melhorar a qualidade e eficiência dos sistemas de saúde (BRASIL, 1990, 2010b, 2011, 2018b; KAHL *et al.*, 2019; PEREZ; PASSONE, 2010).

O sistema público, no campo da infância, tem se estabelecido em diretrizes, visando atender necessidades prioritárias, ao longo dos anos, por meio do desenvolvimento de propostas, parâmetros e estratégias, na melhoria dos indicadores da infância, abordando a qualidade da assistência e os direitos dos usuários, suas respectivas famílias, período importante na formação do caráter e da personalidade humana (BRASIL, 2010b, 2018b).

A base legal para a proteção de menores se baseia na Constituição Federal (CF) de 1988 para garantir a proteção integral dos menores, bem como na lei 8.069/90 de 13 de julho de 1990. Nesses documentos, estão os fundamentos básicos que garantem o direito da criança à saúde e à educação (BRASIL, 2011, 2012, 2018b; HOCKENBERRY *et al.*, 2014).

Dessa forma, as organizações surgiram conforme o contexto social, econômico e político do país e, sobretudo, em função de longo trabalho coletivo, de debate técnico e articulações interfederativas, passando por discussões e aprovação no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS), culminando com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 1990, 2015, 2018b; PEREZ; PASSONE, 2010; PINTO *et al.*, 2016).

No Brasil, resultados positivos foram alcançados com a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo implantado pelo Ministério da Saúde (MS), na tentativa de reorganizar a APS, com destaque para a diminuição da Mortalidade Infantil (MI), das internações por condições específicas e da mortalidade por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2015; GIOVANELLA *et al.*, 2021; PINTO *et al.*, 2016).

Starfield (1994) definiu a atenção primária à saúde como o primeiro nível de contato com o sistema de saúde para promoção da saúde prevenção de doenças, tratamento de doenças

usuais e problemas crônicos de saúde. Com cuidados contínuos, abrangentes e coordenados prestados aos usuários indiferenciados, a APS é, portanto, a espinha dorsal de qualquer sistema de saúde eficaz (STARFIELD,1994).

A ESF se consolidou, a partir dos anos 2000, como a principal política de APS no país, fortemente ancorada nos atributos essenciais, derivados e nos princípios de participação social, intersetorialidade e multidisciplinaridade, alinhados aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (STARFIELD,1994; BRASIL, 2015; GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Por certo, os sistemas de saúde orientados por uma APS apontam resultados positivos, por meio de um modelo centrado nas pessoas e comunidades e capaz de responder às diferentes necessidades de saúde dos grupos populacionais. Usuários com uma ou mais condições de cronicidade, em países com forte estrutura de APS, apresentam melhor autopercepção de saúde, com continuidade e oferta de serviços em sistemas públicos (BRASIL, 2015; GIOVANELLA *et al.*, 2021; PINTO *et al.*, 2016).

A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na APS, colabora para uma assistência padronizada, trazendo benefícios, resolutividade e segurança. Contribui na qualificação do exercício profissional, possibilitando melhoria na qualidade do cuidado prestado e organização do trabalho em equipe, além de trazer autonomia para os enfermeiros (PAZ *et al.*, 2018; PIMENTA *et al.*, 2015).

Adotar o eixo da sistematização é uma forma de instituir a prática específica como demonstra o instrumento de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), adotado pelo MS, em 1997, que propicia ao enfermeiro realizar diagnósticos e prescrever medicamentos, cumprindo os protocolos de cuidado às crianças (BRASIL, 2017b; GERA *et al.*, 2016; TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009 dispõe sobre a SAE e implantação do Processo de Enfermagem (PE) em âmbitos públicos ou privados de atuação do profissional de enfermagem. É uma ferramenta de gestão do cuidado, provendo amparo à organização método, pessoal e instrumentos, possibilitando a aplicabilidade do PE. O PE é uma ferramenta para assistir na tomada de decisões, predizer e avaliar consequências (COFEN, 2019; HANZEN *et al.*, 2014; ZANOTELLI; ZANATTA, 2019; NEVES, 2020; SANTOS *et al.*, 2016).

No entanto, a operacionalização da CE na APS continua sendo um desafio na saúde da criança e o foco não está apenas no tratamento da doença, mas também nos determinantes dessa situação de saúde. Para qualificar o trabalho dos enfermeiros na APS é importante que

eles sejam capazes de analisar o conhecimento e as ferramentas que utilizam. A CE é fundamental para a prática da enfermagem na APS e tem potencial para estimular um cuidado mais amplo e efetivo (BRASIL, 2015, 2018b; GIOVANELLA *et al.*, 2021; LEDERHANS, 2019).

Compreende-se, a experiência, mediante a utilização dos protocolos, na CE, sendo eficiente quanto à forma e ao conteúdo, visto que esses possibilitam um olhar ampliado do processo saúde-doença, além de facilitar a atuação e a abordagem integral da criança e seus cuidadores. Além disso, ações de demandas espontâneas, ou programadas, atendimentos domiciliares, ações de prevenção e promoção da saúde e vigilância em saúde do território, constituem importante espaço de atuação do enfermeiro (BRASIL, 2015, 2018b; GIOVANELLA *et al.*, 2021; LEDERHANS, 2019; PINTO *et al.*, 2016).

A CE contribui para a implementação dos princípios de universalidade, igualdade, resolutividade e integridade das ações de saúde, proporcionando a avaliação da condição de saúde do indivíduo durante o ciclo vital, com a finalidade de controlar a evolução de determinadas patologias (BRASIL, 2015, 2018b; COFEN, 2019).

O protocolo de enfermagem descreve uma situação de cuidado específica, inclui o mecanismo e definição do que, quem e como é feito, além de orientar e apoiar os profissionais em suas condutas para prevenir, recuperar ou restaurar a saúde (PIMENTA *et al.*, 2015).

A aplicação de protocolos promove maior segurança para usuários e profissionais, estabelece limites para atuação e colaboração entre os envolvidos, reduz a variabilidade do atendimento, orienta os profissionais na tomada de decisões, incorpora novas tecnologias, subsidia ações judiciais, proporciona maior transparência e controle de custos. SAE presume cuidados amparados pela ciência, atentando para protocolos, práticos, embasados nas melhores evidências em saúde. (PIMENTA *et al.*, 2015).

Na prática clínica, a adoção de um protocolo direcionado à criança, permite ao profissional planejar o cuidado, visando ao progresso de oportunidades para discorrê-lo das capacidades intelectuais, emocionais, sociais e físicas, identificando, precocemente, os sinais de alerta, orientando a família e favorecendo o vínculo entre os cuidadores e a criança (COSTA *et al.*, 2018; HOCKENBERRY *et al.*, 2014; PAZ *et al.*, 2018).

Na atenção à saúde, o acompanhamento realizado pela equipe de enfermagem deve contar com as ferramentas adequadas no acompanhamento do desenvolvimento da criança a fim de informar e proporcionar à família o empoderamento da comunicação com o serviço aos quais a criança participa (BRASIL, 2018b).

Assim, infere-se que o enfermeiro ao utilizar protocolos como ferramenta na gestão do cuidado conseguirá organizar, aprimorar e ampliar a assistência de enfermagem, promover a SAE, por meio de protocolos de pré-tratamento (PAZ *et al.*, 2018).

Também aumenta o engajamento, o apoio e a segurança no trabalho diante das CE de saúde da criança. Isso possibilita o raciocínio técnico para o desenvolvimento de uma prática clínica efetiva. Isso permite melhorias significativas no potencial da APS em termos de cobertura nacional

Diante das reflexões iniciais, surge a seguinte questão norteadora: como fortalecer a sistematização do cuidado de enfermagem à criança na APS?

Portanto, na busca contínua da qualidade assistencial e atenção humanizada materno-infantil, por meio do processo de planificação e por não haver um protocolo fundamentado nas boas práticas CE à saúde da criança implantado, elencamos como objetivo, desta pesquisa: implantar o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária À Saúde Módulo 4 — Atenção à Saúde da Criança em uma unidade de saúde do município de Ji-Paraná.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA COM A LITERATURA

A contextualização da problemática com a literatura foi descrita utilizando-se como base os atributos da Revisão Narrativa de Literatura (RNL) (BRUM *et al.*, 2017), buscando-se produções relevantes e atuais sobre o tema.

Dessa forma, este capítulo foi desenvolvido considerando-se a pergunta de pesquisa e o que contribui para a fundamentação teórica dos trabalhos científicos. Utilizou-se resultados de pesquisas e excepcionalmente fontes secundárias, possibilitando ao pesquisador aproximação ao tema, observando-se lacunas na produção e interpretações mais amplas que propiciaram breve atualização do tema estudado (BRUM *et al.*, 2017; MOREIRA *et al.*, 2021).

A contextualização parte da questão norteadora deste estudo, seguindo para a identificação das palavras chaves, e o levantamento de diferentes fontes bibliográficas como as Políticas e Diretrizes Governamentais, os Protocolos Governamentais, as Resoluções relacionadas ao objeto de pesquisa. A busca se deu em artigos científicos de revistas indexadas atuais dos últimos cinco anos ou mais antigos se relevantes para desenvolvimento desta revisão.

Foram designados os Descritores em Ciências da Saúde/ *Medical Subject Headings* (DeSC/MeSH): "Atenção Primária à Saúde" ("Primary Health Care"), "Cuidados de Enfermagem" ("Nursing Care"), "Criança" ("Child"). Utilizaram-se os descritores controlados "Atenção Primária à Saúde" ("Primary Health Care"). Protocolos ("Protocols") associado ao operador booleano AND.

Em face do exposto, o levantamento da literatura ocorreu entre outubro de 2020 a julho de 2021, utilizando as bases de dados BVS, MEDLINE, PUBMED e SCOPUS.

Assim, a RNL desta pesquisa busca descrever o desenvolvimento das políticas públicas no contexto da saúde da criança, como a prática assistencial está relacionada ao seu desenvolvimento, e como se desenvolvem as CE na APS mediante utilização de protocolo.

E, ainda, mediante a RNL buscou-se delinear os conhecimentos publicados na literatura científica sobre os fatores que determinam os cuidados de enfermagem à criança e, dessa forma, fornecer subsídios para fortalecer a SAE relacionada às melhores práticas. Descreveu-se, ainda, de forma generalizada sobre o protocolo "Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária À Saúde Módulo 4" elaborado pelo Conselho Regional de Enfermagem do Paraná, definido para implementação nesta pesquisa, que se encontra disponível na íntegra no Anexo 1.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DA CRIANÇA

A história da criança, é apontada, mundialmente, por episódios de abandono, elevado nível de mortalidade infantil, cuidados negligenciados por parte da família e do Estado. No entanto ao compararmos com a atualidade, tornam-se visíveis as mudanças transcorridas relacionadas às políticas públicas de saúde a criança (ARAÚJO *et al.*, 2014; PINTO *et al.*, 2016).

O contexto histórico e social, a partir dos quais emergiram as políticas de atenção à saúde da criança, e de como elas estão constituídas na atualidade, torna-se indispensável fazer uma pontuação no que se refere a evolução das políticas públicas no Brasil, partindo dos movimentos sociais, na década de 1970, tornando-se concretizável a CF em 1988 e, assim, a criação do SUS, garantido o direito Universal, igualitário e serviços para a promoção, proteção e recuperação à saúde do brasileiro (ARAÚJO *et al.*, 2014; BRASIL, 1988; HOCKENBERRY *et al.*, 2014; PINTO *et al.*, 2016).

Segundo Teixeira *et al.* (2020), as diretrizes e princípios norteadores de ação do poder público se institui por meio de conexões e comprometimento entre a sociedade e o Estado. Assim, designa demandas, amplia e efetiva direitos, estabelecendo modelos de assistência à saúde resolutivos e eficientes, gestados nas lutas sociais pensando a ser reconhecidos institucionalmente (BRASIL, 2010a, 2018b; PINTO *et al.*, 2016).

Quanto à saúde da criança, o MS consolidou os conhecimentos acerca da organização da Rede de Atenção à Saúde infantil (RAS), de igual forma na atual conjuntura política e social instituindo a PNAISC mediante a Portaria nº 1.130 de 2015 (BRASIL, 2015). Em conformidade com a PNAISC, sua finalidade é promover, proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, reduzindo a morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento pretende reunir conjuntos de ações programáticas e estratégicas do desenvolvimento integral à criança (BRASIL, 2015; PINTO *et al.*, 2016).

A organização de um sistema de saúde está em constante construção, não é estática e deve analisar as necessidades e mudanças sociais e culturais da sociedade, tais transformações necessitam prover ações de saúde garantindo acesso, direito e qualidade (ARAÚJO *et al.*, 2014; HOCKENBERRY *et al.*, 2014).

Para orientar e qualificar as ações estratégicas, foram formulados sete eixos de serviços e saúde em todo território nacional (Quadro 1) (BRASIL, 2018b).

QUADRO 1 - EIXOS NORTEADORES DA PNAISC

| <i>Eixo</i> | <i>Ações</i> |
|--|--|
| Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido (RN). | Prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis Atenção humanizada ao parto e ao recém-nascido (RN) com capacitação dos profissionais; Atenção humanizada ao RN de baixo peso por meio do “Método Canguru”; Qualificação com especial atenção aos RNs graves ou potencialmente graves; Conjunto de ações oferecidas à mãe e ao bebê após alta da maternidade; Segmento do RN de alto risco após alta de forma compartilhada Atenção Especializada e APS Triagens neonatais universais. |
| Aleitamento materno e alimentação complementar saudável. | Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC); Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB); Projeto Mulher Trabalhadora que amamenta; A rede brasileira de bancos de leite humano; A implantação da Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes, para crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras; Mobilização social em aleitamento materno. |
| Promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral | Disponibilização da Caderneta de Saúde da Criança atualizada Acompanhamento e desenvolvimento da primeira infância pela APS O Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância Apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância |
| Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas. | Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) Construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado Fomento da atenção e internação domiciliar |
| Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz. | Organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral à criança e suas famílias em situação de violência sexual; Implantação da “Linha de cuidado para a atenção integral à saúde da criança, adolescentes e suas famílias em situação de violência” Articulação de ações intra e intersetoriais de prevenção de acidentes e promoção da cultura e paz; Apoio à implementação de protocolos e outros compromissos que compõem o Sistema de Garantia de Direitos |
| Atenção à saúde de crianças com deficiências ou em situações específicas e de vulnerabilidade. | Intensificação de ações de inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e das florestas, e em situações de rua, nas redes temáticas; Apoio à implementação do protocolo nacional para proteção integral de crianças e adolescentes em situação de riscos e desastres; O apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil. |
| Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. | Organização de comitês de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno. |

Fonte: Adaptado de Brasil (2018b).

A responsabilidade dessa política é das três esferas de governo, em comum acordo, por pactuações colegiadas da gestão do SUS. Além disso, é necessária a avaliação da efetividade e desempenho nos serviços de saúde em conformidade com cumprimento dos sete eixos voltados à criança (PINTO *et al.*, 2016; VIEIRA *et al.*, 2018).

A PNAISC está organizada a partir da RAS e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas

desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na APS, esta como coordenadora do cuidado no território, para a qualificação da atenção, gestão e do cuidado em saúde, com a organização de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde (Figura 1) (PINTO *et al.*, 2016; VIEIRA *et al.*, 2018).

De acordo com Brasil (2010a), conceitua-se RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

FIGURA 1 - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS



Fonte: Adaptado de Brasil (2010a).

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010a).

Considerando a complexidade e o porte dos desafios que afetam a morbimortalidade e o pleno desenvolvimento das crianças, a implantação da PNAISC se faz obrigatória, para que se aumente a chance de o estado brasileiro superá-los. Para tal, requer, em âmbito nacional, o compromisso e a determinação não apenas do poder público, mas também de toda sociedade, devendo a comunidade científica e universitária, especialistas, serem apoiadores e tornando realidade em todos os territórios (KAHL *et al.*, 2019; PINTO *et al.*, 2016; VIEIRA *et al.*, 2018).

2.2 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA APS

A APS tem importância primordial como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários por ser a porta de entrada no SUS, organizando os fluxos para concretização

do atendimento integral aos usuários (Figura 2). Ainda destacam, na APS, as características de ações em saúde individuais, familiares, coletivas com propósito na promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução dos danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Devendo ser desenvolvida mediante ações de práticas integradas sanitárias, gerenciamento qualificado, equipe multiprofissional, território definido o qual as ESF assumem responsabilidade (BRASIL, 2017a; THUMÉ *et al.*, 2018).

FIGURA 2 - ORGANIZAÇÃO HIERÁRQUICA DO SUS



Fonte: Adaptado de Brasil (2018b).

A consolidação da APS com a ESF tem grande potencial de resolutividade nos atendimentos, com critério primacial na organização da APS. Quando vinculadas, às ESF, têm seu atendimento fortalecido mediante apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois estes proporcionam maior proximidade às famílias, tornando-se um elo poderoso, quanto à longitudinalidade e singularidade dos usuários (BRASIL, 2017a; THUMÉ *et al.*, 2018).

Em países com sistemas universais de saúde, como a Inglaterra, observa-se a ampliação da atuação do enfermeiro na APS, desde 1990. Com isso, os enfermeiros da APS passaram a atuar no tratamento de usuários com doenças de menor gravidade e acompanhamento de condições crônicas como asma, diabetes e cardiopatias, por exemplo, guiadas por protocolos de cuidados (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

Pereira e Oliveira (2018) afirmam que na prática profissional da enfermeira da APS, a autonomia é exercida em espaços regulados por dispositivos legais, dentre eles a Política

Nacional de Atenção Básica (PNAB), os protocolos assistenciais do MS, como os Cadernos de AB. A avaliação do crescimento e do desenvolvimento é uma das atribuições dos enfermeiros na ESF e parte integrante essencial na CE à criança (KAHL *et al.*, 2019).

A CE é privativa do enfermeiro fazendo parte do processo prático como instrumento metodológico norteador na assistência profissional. Portanto, a experiência na utilização dos instrumentos na CE demonstra serem eficientes quanto à forma e ao conteúdo, possibilitando um olhar ampliado no processo, facilitando a atuação na abordagem integral do usuário (KAHL *et al.*, 2019; SOBRAL *et al.*, 2018).

No âmbito da APS, o enfermeiro é responsável pelos cuidados, suporte humanizado à criança e sua família (BRASIL, 2012; FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018). Os avanços tecnológicos e científicos na área da saúde ao longo de décadas, como a habilidade indispensável no desenvolvimento de suas atribuições assistenciais, ampliando sua responsabilidade, qualificando a assistência oferecida ao usuário, por desempenharem funções ordenadoras dentro das RAS, e a prática clínica incide na superação de uma lógica curativa para atuar, sobre atitudes clínicas multiprofissionais junto à comunidade (KAHL *et al.*, 2019; THUMÉ *et al.*, 2018).

Nesse sentido, Santos *et al.* (2016, p. 12) afirma:

A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida.

Desse modo, o enfermeiro é membro essencial na APS, por meio da ESF. Suas atribuições são complexas, demandam conhecimento científico acerca das principais atribuições privativas, resgatando o seu papel e competências quanto à consulta, diagnóstico e prescrição de enfermagem. Nessa conformidade, a efetivação do seu papel estabelece primordial e único para implementação da assistência à saúde, com foco no indivíduo enquadrado familiar colaborando para o fortalecimento e consolidação da APS e qualificação contínua, solidificação do modelo de saúde no SUS (KAHL *et al.*, 2019; THUMÉ *et al.*, 2018).

Um estudo realizado na Inglaterra descreveu as atribuições dos enfermeiros na APS como exercendo variadas atividades clínicas e não clínicas, com competências profissionais ampliadas e ênfase no manejo de casos clínicos, principalmente de condições crônicas e prescrição de medicamentos (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

A prática do gerenciamento de casos na APS inglesa é guiada pelo uso de protocolos de cuidado baseados em evidências diagnósticas, procedimentos, tratamento medicamentoso, orientações para mudanças no estilo de vida e monitoramento individual (THUMÉ *et al.*, 2018).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) destaca a necessidade da formação de enfermeiros generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, dinâmicos e ativos diante das demandas do mercado de trabalho, aptos a “aprender a aprender” (PEREIRA; OLIVEIRA, 2018; SANTOS *et al.*, 2016; THUMÉ *et al.*, 2018).

Enfermeiros qualificados, no rigor científico, intelectual e pautado em princípios éticos, capazes de avaliar e intervir sobre os problemas e circunstâncias mais prevalentes no perfil epidemiológico no território de desempenho, agem como promotores da saúde integral do ser humano, responsabilidade social, compromisso com a cidadania, cabendo-lhe a coordenação do processo de cuidar em enfermagem nos diferentes âmbitos de atuação, mas também na adoção de tecnologias e instrumentos que estabeleçam diretrizes em suas práticas (PEREIRA; OLIVEIRA, 2018; SANTOS *et al.*, 2016; THUMÉ *et al.*, 2018).

Países europeus, legislaram, definindo autoridade aos enfermeiros para prescreverem medicamentos, como parte das estratégias nacionais na melhoria da segurança e eficiência ao acesso dos medicamentos prescritos, em ambientes da APS. Mediante tal experiência, outros países consideram fazê-lo. Exemplo é o Reino Unido, que desde 1992, permite ao enfermeiro com formação específica, prescrever medicamentos. Em 2006, a atribuição foi legalmente ampliada, buscando aumentar a eficiência dos serviços ofertados a partir da flexibilização da divisão de trabalho entre médicos e enfermeiros (DRENNAN; GRANT; HARRIS, 2014).

Enfatizamos, no âmbito da APS, os enfermeiros registrados na África do Sul podem prescrever, mas apenas para algumas classes de medicamentos, enquanto na Austrália apenas aqueles com qualificações prescrevem uma lista aprovada pelo estado ou território dentro de seu escopo de prática (DRENNAN; GRANT; HARRIS, 2014).

Dessa maneira, o apoio dessa assistência, baseado em protocolos para a CE constituem uma ferramenta essencial, que somada à capacidade dos profissionais, organizam o trabalho, viabilizam os processos em educação permanente e na contribuição contínua da melhoria do acesso e da qualidade no cuidado às crianças no âmbito da RAS (COFEN, 2018; HOCKENBERRY *et al.*, 2014).

Ademais, um protocolo bem elaborado caracteriza-se como a descrição de uma situação específica de assistência e cuidado à saúde da criança, contendo a operacionalização e a especificação sobre o que, quem e como se faz, orientando e respaldando enfermeiros em suas

condutas para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde (COFEN, 2018; VIEIRA *et al.*, 2018).

2.3 SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA

Muito se discute, a importância da SAE, assim, além de organizar a assistência, confere o saber científico ao cuidado da saúde da criança, garantindo amparo legal no exercício profissional, traduzindo segurança ao profissional e a quem recebe a assistência (COFEN, 2018; PEREIRA; OLIVEIRA, 2018). Santos *et al.* (2016, p. 10), enfatiza “os Enfermeiros devem possuir competências técnicas, científicas, éticas, políticas e sócio educativas que lhes permitam desenvolver”.

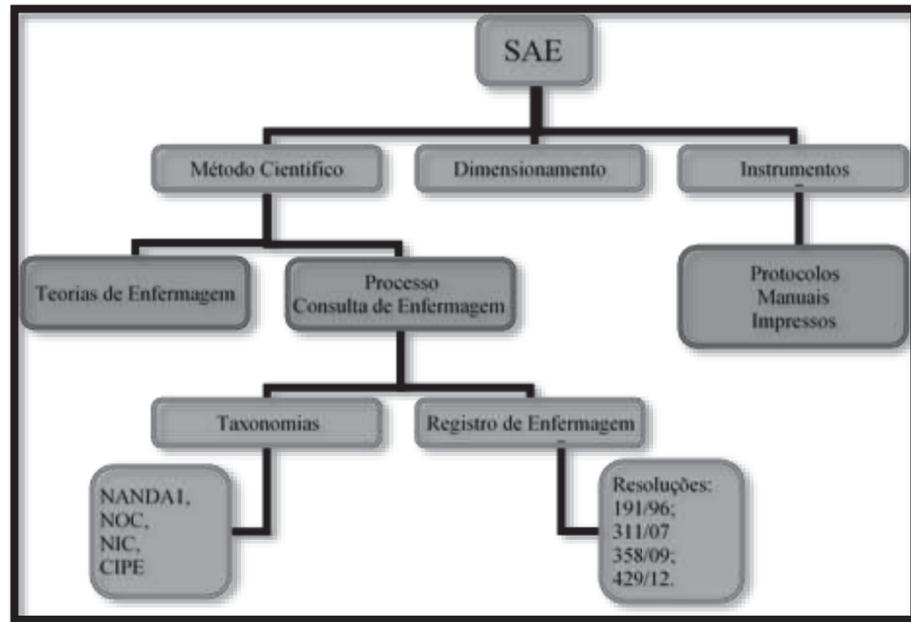
O enfermeiro é capaz de fornecer informações para uma avaliação de acesso e qualidade por ser o coordenador da ESF, é capaz de analisar o contexto relacionados aos distintos métodos e instrumentos utilizados na SAE, bem como para o dimensionamento pessoal de forma adequada às necessidades de saúde da comunidade pela equipe (NEVES, 2020).

A SAE é uma ferramenta de gerência o cuidado fornecendo subsídios como aquela que ‘organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem’ e PE como o ‘instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional’ (NEVES, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O PE foi introduzido por Wanda de Aguiar Horta, na década de 70, possui etapas que estão inter-relacionadas e, por isso, uma depende da outra, se sobrepondo, considerando que o PE é contínuo.

Logo a seguir, demonstramos o fluxo da SAE (Figura 3) (PEREIRA; OLIVEIRA, 2018; SANTOS *et al.*, 2016).

FIGURA 3 - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE



Fonte: Adaptado de Santos *et al.* (2016).

A prática do enfermeiro deve estar fundamentada na SAE, para viabilizar a aplicabilidade do PE e suas respectivas etapas. Assim, torna-se necessária a sua valorização, desde a formação acadêmica, após a formação, por meio da educação continuada, cursos de aperfeiçoamento, visando à garantia de sua aplicabilidade, proporcionando ao enfermeiro o desenvolvimento do cuidado baseado em evidências científicas (KAHL *et al.*, 2019; NEVES, 2020; PAZ *et al.*, 2018).

A implantação da SAE e do PE tem proporcionado várias potencialidades para o profissional, para a ciência da enfermagem e para a qualidade da assistência à pessoa, à família e à comunidade. Com isso, o cuidado prestado, tornar-se-á qualificado, otimizado, possibilitando a garantia de uma assistência humanizada, integral, holística, reduzindo riscos de imprudência, durante o atendimento aos usuários, especialmente à criança (SANTOS *et al.*, 2016).

Na APS, a implementação da SAE, fundamentada nas literaturas, mostra-se incipiente por fragilidade no conhecimento na prática diária. Um estudo descreve a experiência ao realizar o levantamento bibliográfico, identificando a escassez de artigos na temática da APS, sendo a predominante em ambientes hospitalares. Identificou-se a amostra de 120 dissertações e teses que abrangiam aspecto da SAE e do PE, apenas 5% estava conexas à APS (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018).

Como descrito por Ribeiro e Padoveze (2018), a SAE e o PE são considerados importantes no processo de melhorias da qualidade de assistência pela equipe de enfermagem. Porém, existe a necessidade de engajamento institucional por meio de desenvolvimento de educação continuada, elaboração de protocolos específicos, visando à minimização de barreiras e às potencialidades de facilitadores do processo.

De fato, a implantação da SAE na assistência dos cuidados à criança, baseado em boas práticas e evidências científicas, torna-se melhor, por meio de programas educacionais simplificados, uso de protocolos atualizados, adaptáveis aos ambientes locais (BRASIL, 2016; KAHL *et al.*, 2019).

A primeira infância é definida pela faixa etária que compreende de zero a 72 meses completos, a qual deve ter acompanhamento priorizado, visando ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pela equipe de saúde nas condições do contexto no território, inclusive com as articulações intersetoriais, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família/cuidadores/responsáveis, especialmente em países de baixa e média renda que concentram a maioria dos desfavorecidos (BRASIL, 2016; FERNALD *et al.*, 2017; VENANCIO *et al.*, 2021).

Durante a CE, os enfermeiros realizam o histórico de enfermagem, incluindo a história alimentar e familiar, além do acompanhamento do crescimento, por meio da avaliação antropométrica, identificando, assim, aquelas em risco de baixo ou as que já estão com sobrepeso e obesidade, efetivando os registros na caderneta de saúde da criança e no prontuário eletrônico (FERREIRA *et al.*, 2019; VENANCIO *et al.*, 2021).

Quanto aos controles dos fatores humanos mediante levantamento do histórico alimentar da criança, os enfermeiros, orientam os familiares/cuidadores visando à promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e da alimentação saudável na infância, sendo este um requisito necessário para o autocuidado da família na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança (FERREIRA *et al.*, 2019; GAÍVA; ALVES; MONTESCHIO, 2019).

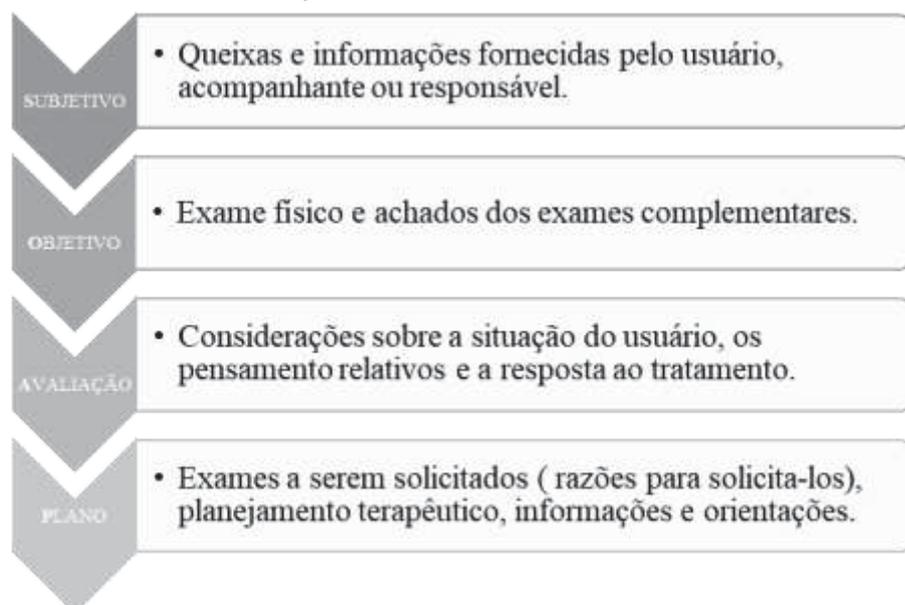
A puericultura é fundamental para a promoção da saúde da criança e se desenvolvida de forma adequada pelo enfermeiro, visa à prevenção das doenças e agravos à saúde infantil. Assim, as ações de cuidado do enfermeiro, perpassa pelo incentivo ao aleitamento materno exclusivo (AME), instruções para a introdução de alimentos complementares, além do mais, este, deve demonstrar o apoio à mãe e à família para essa prática (GAÍVA; ALVES; MONTESCHIO, 2019).

Na concepção científica atual, a obtenção de impacto positivo no desenvolvimento humano, na primeira infância, o cuidado e a preservação devem fazer parte do projeto de desenvolvimento de uma nação (YAKUWA; NEILL; MELLO, 2018). Um estudo revela que, aproximadamente, 250 milhões de crianças menores de cinco anos, em todo o mundo não atingirão seu potencial de desenvolvimento, decorrente da pobreza e da baixa estatura, além de sua exposição à violência, abuso, negligência ou abandono (SONIA *et al.*, 2021).

Convém elucidar a elaboração de diretrizes para cuidados essenciais à RN centralizado em intervenções básicas, como ressuscitação ao nascer, aleitamento materno precoce e exclusivo, manutenção da temperatura normal, higiene e prevenção de infecções, é eficaz, pois o cuidado a crianças menores de cinco anos, envolve ações em saúde diretamente relacionadas à assistência, como a realização de exame físico, coleta de material para exames e imunização, e outras que dizem respeito ao aleitamento materno, alimentação infantil e orientações acerca da prevenção de acidentes (FURTADO *et al.*, 2018; SONIA *et al.*, 2021).

Além disso, as informações coletadas na APS devem ser efetivadas, favorecendo as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro e equipe, e umas das ferramentas utilizadas atualmente, é, o prontuário eletrônico do cidadão (PEC), seguindo o modelo SOAP (subjeto, objetivo, avaliação e plano) (Quadro 2), a fim de garantir a comunicação e, conseqüentemente, proporcionando a continuidade da assistência de forma segura (FURTADO *et al.*, 2018; GÓES *et al.*, 2018).

QUADRO 2 - MODELO SOAP



Fonte: O autor (2021).

Com isso, enfatizamos, a importância, do enfermeiro, ao se apropriar da CE em puericultura, este é capaz de monitorar, avaliar e intervir no processo de saúde-doença das crianças e suas famílias, baseando-se nos componentes interacionais e educativos (GÓES *et al.*, 2018).

2.4 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA NA APS

Os protocolos assistenciais são tecnologias integrantes da organização do trabalho, além de consolidar o gerenciamento em saúde, contribuindo para a excelência dos serviços, bem como para a segurança dos profissionais e usuários (NEVES, 2020; QUADRADO; TRONCHIN, 2012; SANTOS *et al.*, 2016; TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2020).

O termo tecnologia nos remete a um aparato tecnológico, aparelhos sofisticados e complexos. Assim, ao introduzirmos a ideia de tecnologias do cuidado em saúde como ferramentas no aprimoramento e a favor do cuidado, reconhecendo no modelo ofertado a forma eficaz e eficiente na capacitação de recursos humanos para a utilização, com propriedade, das tecnologias em saúde e no desenvolvimento de estudos que aprimorem essas ferramentas (CARVALHO *et al.*, 2018; NIETSCHE *et al.*, 2012).

De acordo com Nietzsche *et al.* (2012, p. 186), o termo tecnologia tem uma ampla conotação e refere-se às “técnicas, métodos, procedimentos, ferramentas, um ou vários produtos além de implicar no fazer, por que, para quem e no fazer como fazer”.

Assim, no processo produtivo em saúde, as tecnologias são categorizadas três, a saber: leves, leve-duras e duras. Nessa perspectiva, a tecnologia dura, é representada pelo material como equipamentos, mobiliários; já a tecnologia leve-dura, inclui os saberes científicos estruturados nas disciplinas que atuam na área de saúde, fundamentais no conhecimento da pessoa; enquanto a leve insere-se no processo de produção da comunicação e das relações (CARVALHO *et al.*, 2018).

As tecnologias leves são apontadas como acolhimento, vínculo e busca de autonomia dos sujeitos por meio de um diálogo aberto e uma escuta qualificada, podendo ser percebidos também na realização de dinâmicas de grupo, brincadeiras e uso de linguagem adequada (ARAIS *et al.*, 2021; CARVALHO *et al.*, 2018).

As tecnologias leve-duras são descritas como os saberes bem estruturados, que operam no trabalho em saúde compreendendo os conhecimentos técnico-científicos específicos, servindo de subsídio no manejo grupal, auxiliando na confecção de recursos pedagógicos com

diferentes aplicações, tais como álbuns seriados, vídeos educativos, panfletos, cartazes, protocolos, manuais (ARAIS *et al.*, 2021).

As tecnologias duras são classificadas como equipamentos tecnológicos utilizados no processo de cuidado, dentre eles glicosímetro, aparelho de pressão, balança e formulários para registro de atividades da prática de grupo (ARAIS *et al.*, 2021; CARVALHO *et al.*, 2018; NIETSCHE *et al.*, 2012).

Para Pimenta *et al.* (2015), protocolos referem-se à descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, que contém detalhes operacionais e especificações sobre o que, quem e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde.

Assim, essas tecnologias podem prever ações de avaliação/ diagnóstica ou de cuidado/tratamento, com vários procedimentos, como tratamento com meios físicos, uso de intervenções educacionais, emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde (ARAIS *et al.*, 2021; PIMENTA *et al.*, 2015).

Por esse motivo, as instituições lançam mão dos protocolos para estabelecer as bases do serviço, otimizando o trabalho e padronizando condutas, incorporando-as à prática assistencial e dispondo a partir dos recursos disponíveis (BRASIL, 2016; NEVES, 2020; SANTOS *et al.*, 2016; TOSO *et al.*, 2020).

Ao estruturar os protocolos, é necessário considerar aspectos que perpassam as questões legais de desenvolvimento e organização, da mesma maneira que as evidências científicas relacionadas com a atuação da equipe empregando a taxonomia específica no processo de trabalho, qualifica a prática e os registros de enfermagem (HONIG; DOYLE-LINDRUD; DOHRN, 2019).

Na concepção científica atual, no âmbito da APS, tal proposta necessita dispor dos aspectos de finalidade, público-alvo, as linhas de cuidado prioritárias, evidências científicas e os princípios éticos e legais que o norteiam (COFEN, 2018). Assim, a Comissão de práticas avançadas do COFEN elaborou as diretrizes coordenadas pelos COREN, visando a respaldar e assegurar as práticas no campo de atuação da APS (HONIG; DOYLE-LINDRUD; DOHRN, 2019; PEREIRA; OLIVEIRA, 2018).

De modo que, para elaboração ser efetiva são necessários elementos essenciais, como o envolvimento de profissionais com experiência e conhecimento técnico; perfil epidemiológico local, particularidades microrregionais; delineamento dos escopos, público-alvo e ações de enfermagem, cumprindo os aspectos éticos e legais, bem como as evidências

científicas; estrutura clara, facilitando a CE (BRASIL, 2016, 2019; COFEN, 2018; PIMENTA *et al.*, 2015).

Por conseguinte, a enfermagem trabalha continuamente para incorporar as evidências científicas para prática do cuidado. Nesse sentido, com a finalização da elaboração do protocolo, faz-se muito necessária a revisão do material com posterior validação e treinamento das equipes de enfermagem (ARAIS *et al.*, 2021; BRASIL, 2019; PIMENTA *et al.*, 2015).

Desse modo, a Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma abordagem do novo paradigma na saúde, trazendo a capacidade do uso consciente, explícito e criterioso na tomada de decisões no cuidado ao usuário. Assim, estratégias sobre as melhores práticas de cuidado em saúde e enfermagem utilizadas, mundialmente, necessitam ser difundidas e adotadas (ARAIS *et al.*, 2021; PIMENTA *et al.*, 2015).

Portanto, a melhoria do cuidado estima pela produção da evidência e sua aplicação, demandando a integração da melhor evidência disponível na literatura à experiência clínica do profissional, às preferências do usuário e aos recursos disponíveis na instituição (ARAIS *et al.*, 2021; BRASIL, 2016, 2019; PIMENTA *et al.*, 2015; SONIA *et al.*, 2021).

2.5 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MÓDULO 4 - ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Desse modo, a tecnologia definida no cuidado à saúde na APS, despontou após constituírem a Comissão Estadual de Atenção à Saúde, estabelecida pelo COREN/PR, em janeiro de 2018, replicando às diligências jurídicas adotadas, em 2017, que proibiam enfermeiros de implementar consultas, requisitar exames complementares, ameaçando restringir a atuação profissional, com isso, proporcionou o debate interno com a comunidade sobre a atuação destes, na APS (TOSO *et al.*, 2020).

Assim, no decorrer do ano de 2018, a comissão do COREN/PR impulsionou debate interno com a comunidade a respeito da atuação do enfermeiro na APS, a abrangência dos protocolos de enfermagem, as questões éticas e legais, e a autonomia profissional (TOSO *et al.*, 2020).

Em março de 2019, COREN/PR decidiu elaborar os Protocolos do Paraná por módulos, com apoio das comissões e de especialistas, embasados em um modelo pré-estabelecido pelo grupo de trabalho (GT). Dessa maneira, o GT Protocolos de Enfermagem teve a função de elaborar os protocolos propriamente ditos, além de constituir o macroprojeto do

COFEN, intitulado ‘Diretrizes para Elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais’ (TOSO *et al.*, 2020).

Portanto, o objetivo do desenvolvimento do protocolo elaborado pelo COREN, do Estado do Paraná é oferecer subsídios técnicos à equipe de enfermagem que atua nas Unidades de APS com o apoio de documentos que norteiam a assistência, contribuindo com a valorização profissional e com a mudança de processos de trabalho da categoria (TOSO *et al.*, 2020).

Visto que sua publicação aconteceu, em dezembro de 2020, por intermédio das redes sociais tecnológicas Facebook, vai ao encontro das necessidades diárias durante as CE, ampliando as possibilidades aos enfermeiros na adoção de práticas baseadas em evidências, conduzindo a uma assistência segura e qualificada às crianças na APS, com repercussões positivas para seu crescimento e desenvolvimento (TOSO *et al.*, 2020).

Assim, como a elaboração de protocolos clínicos é internacionalmente reconhecida como uma ação efetiva para a melhoria de processos assistenciais e de gerenciamento em saúde, enfatizamos que o documento em discussão está estruturado e disponibilizado em sua forma digital (TOSO *et al.*, 2020).

Seu conteúdo contém 123 páginas, está dividido em oito capítulos, desenvolvido com temas relevantes que foram selecionados por seu impacto na morbimortalidade, sua frequência como motivo de solicitação ou sua importância para a estruturação dos serviços (TOSO *et al.*, 2020).

Então, construído a partir da análise de experiências (inter) nacionais, desenvolvimento de protocolos, prática baseada em evidências científicas, análise da legislação brasileira que rege o exercício profissional no cuidado e sua base fundamental composta pela literatura científica mais recente sobre cada tema. Assim, o Protocolo de Enfermagem abrange os temas apresentados no QUADRO 3 (TOSO *et al.*, 2020).

QUADRO 3 - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA, MÓDULO 4

1. Consulta do Enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança sadia.
2. Consulta do Enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança com demandas diferenciadas de cuidado.
3. Avaliação da criança com problemas respiratórios
 - 3.1 Dor de ouvido
4. Avaliação da criança com problemas de nutrição ou de alimentação.
5. Avaliação da criança com diarreia e/ou desidratação.
6. Avaliação da criança com anemia.
7. Avaliação da criança com problemas oculares.
8. Avaliação da criança com problemas dermatológicos.

Fonte: Adaptado de Toso *et al.* (2020).

Contextualizar as condições de saúde da criança, mais frequentes na APS, é de efetiva importância, além de destacar condutas de prevenção e controle desses problemas ainda na infância (TOSO *et al.*, 2020).

Assim, ofertar subsídios técnicos à equipe de enfermagem na APS com o apoio de documentos norteadores na assistência, contribuem com a valorização profissional e com a mudança de processos de trabalho da categoria (TOSO *et al.*, 2020).

Os aspectos a serem contemplados na anamnese e exame físico das crianças indicam os distintos problemas de saúde e na avaliação do crescimento e desenvolvimento, listar os critérios de diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde prevalentes na infância (TOSO *et al.*, 2020).

Toso *et al.* (2020) apresentam o atendimento realizado pelo enfermeiro em puericultura, demonstrado por meio dos fluxogramas, trazendo a avaliação e o tratamento das principais condições sensíveis à APS, em ações de prática avançada de enfermagem guiadas pelo protocolo de cuidados.

Portanto, o propósito do protocolo contextualiza as condições de cuidado em saúde da criança, mais frequentes na APS, além da importância na prevenção e controle desses problemas ainda na infância, indicações dos aspectos a serem contemplados na anamnese e exame físico das crianças, nos distintos problemas de saúde e na avaliação do crescimento e desenvolvimento (TOSO *et al.*, 2020).

2.5.1 Consulta do enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança sadia

A CE no atendimento à criança na APS, faz parte da essência no momento da obtenção de dados para planejar a atenção à saúde da criança adscrita à unidade e orientar o cuidado (TOSO *et al.*, 2020).

No protocolo preconizam-se, no mínimo, oito atendimentos para as crianças menores de cinco anos que não se encontram em situação de risco, alternados entre médico e enfermeiro (Quadro 4). Para aquelas em situação de risco, o intervalo entre os atendimentos pode variar conforme a avaliação (TOSO *et al.*, 2020).

QUADRO 4 - CALENDÁRIO DE CONSULTAS DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NA APS

| Profissional | Idade da consulta |
|---------------------|--------------------------|
| Enfermeiro | 1 semana |
| Médico | 30 dias |
| Enfermeiro | 2 meses |
| Médico | 4 meses |
| Enfermeiro | 6 meses |
| Médico | 9 meses |
| Enfermeiro | 12 meses |
| Médico | 18 meses |
| Enfermeiro | 24 meses |
| Médico | 3 anos |
| Enfermeiro | 4 anos |
| Médico | 5 anos |

Fonte: Adaptado Toso *et al.* (2020).

É importante destacar que além dos fatores de risco da Linha de cuidados da atenção materno-infantil do Paraná, que são: risco habitual, intermediário e alto, deve-se considerar as situações de vulnerabilidade da criança. Além disso, a avaliação é baseada nas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), cujos gráficos de crescimento e desenvolvimento permitem acompanhar a antropometria e o desenvolvimento motor, social e cognitivo das mesmas (TOSO *et al.*, 2020).

Os gráficos são ferramentas de suporte na avaliação clínica e estão disponíveis no cartão da criança, para registro e orientação aos responsáveis. Inclusive, o desenho da curva de crescimento (ascendente, retilínea ou descendente) orienta a conduta a ser tomada em cada caso.

Tendo em vista a importância das consultas subsequentes, estas devem ser reavaliadas, caso a mãe relate dificuldades ou o lactente mostre inadequado ganho ponderal até o sexto mês de vida (TOSO *et al.*, 2020).

Em suma, os autores destacam que na avaliação do desenvolvimento, na avaliação da alimentação, é importante adotar a aferição da circunferência abdominal e da pressão arterial como rotina na consulta, pois prediz o risco cardiometabólico, precocemente. Além disso, a aferição da pressão arterial está recomendada para as crianças entre 1 a 13 anos. Dessa forma, os quadros apresentados no protocolo possibilitam o auxílio na tomada de decisão, permitindo ao enfermeiro o planejamento das intervenções caso encontre dificuldades (TOSO *et al.*, 2020).

Considerando-se todos os aspectos mencionados até então, ressalta-se a importância, neste capítulo, constituído em forma de quadros com as principais queixas clínicas na infância e condutas, por fim, o fluxograma para a CE na unidade de saúde (TOSO *et al.*, 2020).

2.5.2 Consulta do enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança com demandas diferenciadas de cuidados

No Brasil, as crianças com necessidades especiais de saúde correspondem a 9,1% da população com até cinco anos de idade. Assim, essas condições crônicas, são decorrentes, principalmente, de sequelas da prematuridade, malformações congênitas e encefalopatia crônica da infância, além de constituírem possíveis agravamentos que requerem tratamento contínuo, longitudinal, visando à redução das hospitalizações (TOSO *et al.*, 2020).

No eixo estratégico IV da PNAISC, a diretriz para a AIDPI e com Doenças Crônicas, que enfatiza ações para o diagnóstico precoce e manejo das prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados (TOSO *et al.*, 2020).

Assim, qualquer RN exposto a alguma condição de risco em sua sobrevivência nos primeiros 28 dias, independentemente de sua idade gestacional ou peso ao nascer, necessitam de atenção prioritária. Dessa forma, devem ser identificadas, imediatamente, após a alta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (TOSO *et al.*, 2020).

Com isso, pretende-se reconhecer precocemente as dificuldades ou atrasos nesses processos. Para tanto, o calendário de consultas a essas crianças é diferenciado, e o profissional deve atentar para aqueles com critérios de alto risco, por estarem vulneráveis às complicações ao longo do seguimento na APS (TOSO *et al.*, 2020).

Portanto, o protocolo desenvolveu o Cronograma de consultas à criança de risco; correção da idade cronológica daqueles nascidos, prematuramente; na avaliação da criança

quanto a possíveis complicações, descrevem-se as mais usuais em quadro denominado “Avaliação do Recém-nascido e da criança de risco”; plano A desidratação (AIDPI neonatal); algoritmo 2- Plano C, desidratação AIDPI neonatal; além dos antibióticos, doses, vias de administração, apresentações, frequência e doses para crianças de 2 a 5 kg (menores 2 meses) AIDPI neonatal; como prevenir hipoglicemia; dose de acetaminofen (paracetamol), apresentação, frequência e dose para crianças de 2 a 7 kg; antibiótico e antifúngico oral segundo AIDPI neonatal; além do instrumento para Avaliar a autoconfiança materna para o cuidado; necessidades básicas, ao longo do primeiro ano de vida do prematuro e Sinais de alerta para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (TOSO *et al.*, 2020).

2.5.3 Avaliação da criança com problemas respiratórios.

Para Toso *et al.* (2020, p. 58), “as patologias do trato respiratórios são de grande relevância para a saúde pública, sendo classificadas como um dos principais problemas entre os menores de cinco anos, podendo iniciar os primeiros dias de vida incluindo, além de infecções, doenças alérgicas como a asma”.

O protocolo organizou em formato de quadros as seguintes condutas para o enfermeiro durante as CE: procedimentos para tosse ou a dificuldade para respirar; avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos com sibilância; manejo de infecção de vias aéreas na atenção primária pelo enfermeiro; — Valores normais para frequência respiratória conforme a idade. No formato de algoritmo, neste capítulo, encontra-se: manejo de possível infecção respiratória (TOSO *et al.*, 2020).

Outro tema relevante na saúde da criança abordado neste capítulo é o manejo da dor de ouvido (otalgia); otite média aguda (OMA); otite média com efusão; otite externa e, com isso, descreve-se em formato de quadro Processo de Enfermagem na avaliação da otite; seguido Algoritmo — Atendimento à criança com Otolgia (TOSO *et al.*, 2020).

2.5.4 Avaliação da criança com problemas de nutrição ou de alimentação

O estado nutricional, o perfil de saúde entre as crianças menores de 2 anos, estão profundamente associados ao consumo alimentar. Práticas alimentares inadequadas, nos primeiros anos de vida, estão relacionadas à morbidade de crianças, caracterizada por doenças infecciosas, afecções respiratórias, cárie dental, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes como as de ferro, zinco e vitamina A (TOSO *et al.*, 2020).

As diferenças entre o que se recomenda e o que é praticado pela família, configurando denominados problemas alimentares estão exemplificados em formato do quadro sendo: exemplos de Problemas de Alimentação; Problemas de Amamentação; Problemas de Alimentação (TOSO *et al.*, 2020).

Além de destacar as condutas das crianças classificadas como baixo peso, ganho de peso insuficiente; retorno com problemas de alimentação e/ou nutrição; Peso elevado para a idade, criança com sobrepeso: o protocolo traz as condutas para recuperar o peso; perguntas sobre atividade física para a criança com peso elevado, além de demonstrar o algoritmo da CE com enfoque na nutrição (TOSO *et al.*, 2020).

2.5.5 Avaliação da Criança com Diarreia e/ou Desidratação

Assim, Toso *et al.* (2020) dispõe de modo organizado, em formato de quadros o manejo da doença diarreica e desidratação, trazendo a Classificação das doenças diarreicas; além dos Principais categorias de bactérias, vírus e parasitas envolvidos nas doenças diarreicas agudas, modos de transmissão, reservatórios e grupos etários; as Manifestações clínicas, período de incubação e duração da doença das principais bactérias, vírus e parasitas envolvidas nas doenças diarreicas agudas; avaliação do estado de hidratação do usuário e definição do plano de tratamento adequado; quantidade de líquido que deve ser oferecido para a criança após cada evacuação diarreica, conforme a faixa etária; esquemas de Reidratação Endovenosa para crianças com desidratação grave, conforme a faixa etária.

No que tange ao formato de algoritmo, está estruturado à CE para avaliação da diarreia e desidratação. Assim, dá-se prosseguimento na temática denotando os procedimentos a serem adotados em caso de disenteria e/ou outras patologias associadas à diarreia; crianças com sangue nas fezes; tratamento em crianças; observações quanto ao uso de medicamentos em crianças com diarreia; vigilância epidemiológica das doenças diarreicas agudas (DDA) (TOSO *et al.*, 2020).

Com isso, as evidências científicas das intervenções eficazes para a redução da morbimortalidade por doenças diarreicas, torna-se relevante, tendo-se em vista a continuidade dos quadros com os assuntos: reduções documentadas na morbimortalidade por pneumonia e diarreia com intervenções selecionadas (TOSO *et al.*, 2020).

2.5.6 Avaliação da criança com anemia

A anemia é cogitada como a carência nutricional de maior amplitude, alta prevalência na sociedade, com destaque para os menores de 2 anos por serem os mais atingidos. Nesse sentido, os quadros apresentam a anamnese e exame físico para investigar a anemia; trazendo a Referência para Enfermagem sobre os exames laboratoriais; consenso sobre o tratamento para anemia ferropriva em crianças; além do Algoritmo da Consulta para avaliação da criança com anemia ferropriva (TOSO *et al.*, 2020).

2.5.7 Avaliação da criança com problemas oculares

Os problemas oculares são comuns na infância, com isso, a APS deve assegurar o atendimento oftalmológico com o propósito de prevenir e detectar problemas visuais, promovendo tratamento e reabilitação, pois se não tratados adequadamente poderão causar cegueira e/ou deficiência visual (TOSO *et al.*, 2020).

Neste capítulo, Toso *et al.* (2020), trazem figuras como a Conjuntivite e o Hordéolo conhecido popularmente por terçol, além da diferença entre os causadores como vírus, as bactérias, os fatores alérgenos ou corpos estranhos mais comuns em criança.

O protocolo descreve a anamnese e exame físico na avaliação ocular; sinais e sintomas das principais etiologias da conjuntivite, além do fluxograma sobre o atendimento à criança com conjuntivite (TOSO *et al.*, 2020).

2.5.8 Avaliação da criança com problemas dermatológicos

Crianças com problemas dermatológicos são causas frequentes de procura dos serviços de saúde na APS. Neste capítulo do Protocolo, apresentam-se os quadros: anamnese e exame físico para avaliação de problemas dermatológicos; algoritmo traz a Avaliação de Enfermagem para problemas dermatológicos; identificação e manejo dos principais problemas de pele do RN; identificação e Manejo das Principais Dermatoses; Identificação e Manejo das Principais Infecções Bacterianas; Identificação e Manejo das Ectoparasitoses (TOSO *et al.*, 2020).

Cada um dos agravos em saúde é descrito fundamentado em literatura científica atual, ilustrado com gravuras para ajudar na identificação, avaliação e fluxograma auxiliando o profissional na tomada de decisão.

3 MÉTODO

Para esta pesquisa, optou-se, pela Pesquisa Metodológica (PM) por se interessar em desenvolver, validar estratégias ou ferramentas metodológicas (MANTOVANI, 2018; POLIT; BECK, 2011).

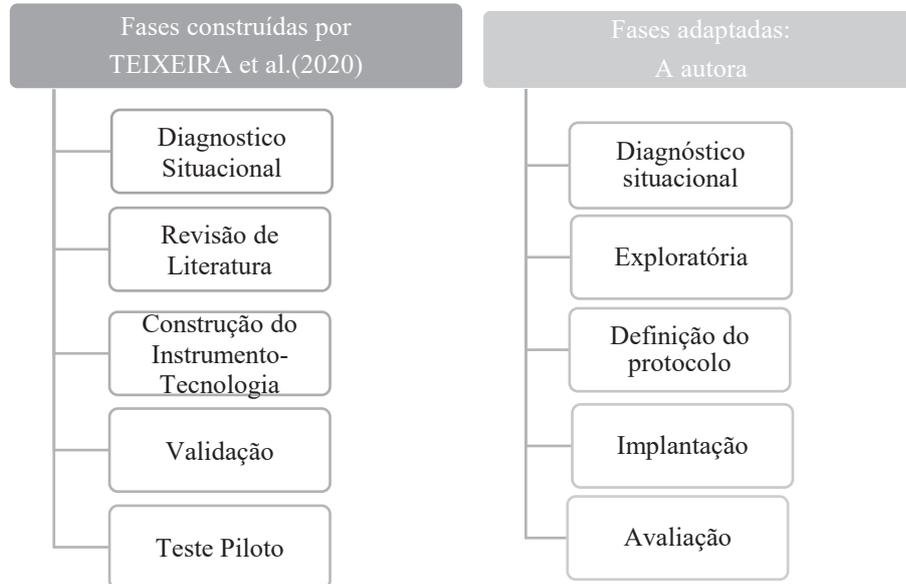
O método abordado é baseado na literatura atual, com a finalidade de mensurar fatos e novos significados que possam ser elucidados no aprimoramento de processos utilizados em outras pesquisas. Pode auxiliar na construção do conhecimento a partir da busca da melhor forma de mensurar um fenômeno, seja por questionários, escalas e/ ou traduções e adaptações de documentos elaborados (MANTOVANI, 2018; POLIT; BECK, 2011; TEIXEIRA, 2019).

Assim, a PM foi definida em razão de possibilitar o desenvolvimento e validação de novos instrumentos, com o intuito de testar o efeito de um novo sobre as proporções de respostas esclarecedoras na solução de um problema (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Neste estudo, defendemos a implementação de um protocolo validado, para sistematizar o cuidado de enfermagem à criança da APS.

Para o estudo utilizamos cinco fases, a saber: diagnóstico situacional, revisão de literatura, construção do instrumento-tecnologia, validação, teste piloto (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

A PM perfaz ainda a possibilidade em três e cinco fases (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Nesta pesquisa, optamos por adaptar as fases da metodologia, em cinco: diagnóstico situacional; fase exploratória; definição do protocolo; implantação e análise de dados (Quadro 5) (TEIXEIRA, 2019).

QUADRO 5 - FASES DA IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Fonte: Adaptado de Teixeira *et al.* (2020).

O Quadro 6 apresenta as fases construídas por TEIXEIRA *et al.* (2020), ao lado encontram-se as fases adaptadas para este estudo e suas respectivas etapas em conformidade com a PM (BENEVIDES *et al.*, 2016).

QUADRO 6 - SINTETIZAÇÃO DAS FASES E ETAPAS DA PESQUISA METODOLÓGICA

| FASES | ETAPAS |
|---|--|
| 1ª Fase: Diagnóstico Situacional | 1ª Etapa - Levantamento do problema de pesquisa. |
| | 2ª Etapa - Identificação do tema |
| | 3ª Etapa - Elaboração da Questão Norteadora. |
| | 4ª Etapa - Definição do objetivo de estudo. |
| 2ª Fase: Exploratória | 5ª Etapa - Revisão de literatura |
| | 6ª Etapa - Coleta de dados - Levantamento do protocolo já validado por Conselhos de Enfermagem (COREN) |
| 3ª Fase: Definição do Protocolo | 7ª Definição do Protocolo para adaptação |
| 4ª Fase: Implantação | 8ª Etapa - Oficinas temática utilizando o método Quatro Erres (Rs) |
| | 9ª Etapa - Implantação do Protocolo |
| 5ª Fase: Avaliação | 10ª Etapa - Análise dos resultados e discussão |
| | 11ª Etapa - Apresentação dos para resultados para UBS e SEMUSA |

Fonte: O autor (2021).

Em seguida, são descritas em detalhes cada uma das fases:

3.1.1 Fase Diagnóstico Situacional

Nesta fase, desenvolveu-se as quatro primeiras etapas (Quadro 7). Como método de identificação e análise da realidade local e suas necessidades, identificou-se empiricamente, por observação durante a prática clínica diária, uma grande proporção de atendimentos de crianças, a fragilidade da assistência, precariedade na tomada de decisão do cuidado, falta padronização de condutas clínicas, a falta de comunicação unificada e coordenação do cuidado dos profissionais por ausência de um protocolo de enfermagem, baseados em fundamentação técnica e científica, diretrizes organizacionais e políticas, norteador na sistematização do cuidado à saúde da criança na UBS do município campo desta pesquisa.

QUADRO 7 - SÍNTESE DA 1ª FASE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

| | |
|---|--|
| 1ª Etapa: Levantamento do problema de pesquisa | Ausência de Protocolo de Saúde da Criança para nortear o cuidado |
| 2ª Etapa: Identificação do tema: | Saúde da Criança |
| 3ª Etapa: Elaboração da Questão Norteadora. | Como fortalecer a sistematização do cuidado de enfermagem à criança na atenção primária à saúde? |
| 4ª Etapa: Definição do objetivo de estudo. | Implantar o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária À Saúde Módulo 4 |

Fonte: O autor (2022).

Assim, nesta fase inicial do processo de planejamento da PM, a partir da situação vivenciada, desenvolveu-se o objetivo da pesquisa, com foco na organização do cuidado.

3.1.2 Fase Exploratória

Nesta fase, desenvolveu-se as quatro primeiras etapas (Quadro 8).

QUADRO 8 - SÍNTESE DA 2ª FASE EXPLORATÓRIA

| | |
|---|---|
| 5ª Etapa - Revisão de literatura | Revisão Narrativa de Literatura (RNL) sobre o tema estudado. O seu resultado encontra-se descrito no capítulo 2. |
| 6ª Etapa - Coleta de dados | Levantamento do protocolo já validado por Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN). |

Fonte: O autor (2022).

A busca teve início em 18 de novembro de 2020, quando foram enviadas mensagens por e-mail (Apêndice 1) a todas os COREN do país. Assim, foi possível verificar a existência

de protocolos de enfermagem na APS da criança, a possibilidade e autorização para implantar na UBS do município de estudo. O tempo médio de retorno das mensagens foi de 7 dias. Dos 27 COREN, 11 responderam. 5 possuíam o Protocolo de saúde da Criança (Distrito Federal; Paraíba, Paraná, Rio Grande do Sul e Sergipe). E, por fim, 4 Estados informaram estar em fase de construção (Amazonas, Espírito Santo; Minas Gerais, Pará).

Durante a fase de pesquisa dos protocolos validados, cinco aspectos foram analisados pela própria pesquisadora e orientadora: clareza e inteligibilidade dos textos e ilustrações; aptidão; relevância do conteúdo do protocolo, data de publicação e relevância para a realidade local.

Após a leitura dos protocolos disponíveis nos sites de cada COREN (Distrito Federal; Paraíba, Paraná, Rio Grande do Sul e Sergipe), foi realizada a leitura dos protocolos na íntegra. Buscamos aqueles que atendiam aos princípios legais e éticos da profissão; aos preceitos da prática baseada em evidências, às normas e regulamentos do sistema de saúde nacional, estadual e municipal e da instituição onde será utilizado.

Verificamos se estavam validados pela equipe de enfermagem especialistas e usuários; se eram de fácil leitura; ano de elaboração e data da publicação; se estavam amparados em prática baseada em evidências; se continham em sua descrição de uma situação específica de assistência/cuidado; especificações sobre o que se faz, quem faz e como se faz, conduzindo os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde.

Foi analisada a existência das ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais, bem como se haviam passado por rigoroso processo de construção e se estavam disponíveis, e se o COREN autorizava para implantação em Ji-Paraná.

Após análise da literatura existente e comprovada a validade, optou-se por selecionar o produto mais atualizado, completo, adequado e autorizado para implementação, conforme Diretrizes de Desenvolvimento do PE na APS do COFEN.

QUADRO 9 - DEFINIÇÃO PELO PROTOCOLO DO COREN

| Conselho Regional de Enfermagem | | | |
|---|------------|-------------------|----------------|
| Verificação: Protocolos Saúde da Criança | | | |
| Correio eletrônico encaminhado em:18/11/2020 | | | |
| Estado | Respondeu? | Possui protocolo? | Em construção? |
| Acre | Não | - | - |
| Alagoas | Não | - | - |
| Amapá | Não | - | - |
| Amazonas | Sim | Não | Sim |
| Bahia | Não | - | - |
| Ceará | Não | - | - |
| Distrito Federal | Sim | Sim | Sim |
| Espírito Santo | Sim | Não | Sim |
| Goiás | Sim | Enviar ofício | Não informado |
| Maranhão | Não | - | - |
| Mato Grosso | Não | - | - |
| Mato Grosso do Sul | Não | - | - |
| Minas Gerais | Sim | Não | Sim |
| Pará | Sim | Não | Sim |
| Paraíba | Sim | Sim | - |
| Paraná | Sim | Sim | - |
| Pernambuco | Não | - | - |
| Piauí | Sim | Não | Não |
| Rio de Janeiro | Não | - | - |
| Rio Grande do Norte | Não | - | - |
| Rio Grande do Sul | Sim | Sim | - |
| Rondônia | Não | - | - |
| Roraima | Não | - | - |
| Santa Catarina | Não | - | - |
| São Paulo | Não | - | - |
| Sergipe | Sim | Sim | - |
| Tocantins | Não | - | - |

Fonte: O autor (2020).

No Quadro 9, verifica-se que muitos dos Conselhos Regionais de Enfermagem, reconheceram o recebimento da mensagem, mas não responderam à solicitação. Na troca de informações por meio de e-mails, observou-se que alguns Conselhos ainda não têm os protocolos, e que estão em desenvolvimento ou em fase de validação. Dessa forma, não autorizaram o uso.

3.1.3 Fase Definição do Protocolo

Nesta fase, iniciamos o terceiro passo da PM (Quadro 10). Como parte da 3ª Fase, na Etapa 7 - Definição do Protocolo para adaptação, sucedeu, após o levantamento do protocolo já validado por COREN. Dessa forma, estabelecemos o PE na APS, módulo 4, instituído e implementado no Estado do Paraná em 9 de dezembro de 2020, o qual foi incluído na versão final. Os direitos de uso neste projeto estão anexados como ANEXO 1.

QUADRO 10 - SÍNTESE DA 3ª FASE: DEFINIÇÃO DO PROTOCOLO

| | |
|--|--|
| 7ª Etapa: Definição do Protocolo para adaptação | Sucedeu-se ao levantamento do protocolo já validado. Tendo como definição o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, módulo 4, do COREN do Paraná como protocolo a ser implantado. |
|--|--|

Fonte: O autor (2022).

3.1.4 Fase Implantação

Nesta fase, temos as etapas 8 e 9 (Quadro 11). A Fase 4, intitulada Implementação, apresenta claramente a etapa 8: Oficina Temática utilizando o método Quatro Erres (Rs). Nessa etapa, adquirimos e organizamos os materiais como pastas, lápis, canetas e papel sulfite. Imprimimos protocolos para os participantes do estudo. Gravamos as leituras completas do protocolo e estudamos por meio de vídeo. E, por fim, organizamos as apresentações para cada oficina.

A proposta inicial desta fase 9 necessitou de adequações devido ao período da pandemia por SARS-CoV-19. A primeira oficina teve início em 01/12/2021 seguindo até 01/04/2022. Foi realizado um total de 4 oficinas, destas foram 2 presenciais e 2 oficinas remotas. Definimos os encontros formais e não formais. Os encontros formais são definidos como aqueles realizados por meio do aplicativo *Microsoft Teams* e auditório UBS. Os encontros formais são os ocorridos durante os intervalos das CE, na UBS e por meio da utilização da ferramenta WhatsApp. A seguir, descrevendo o processo de implementação do Protocolo (PAIM; TRENTINI, 2014).

QUADRO 11 - SÍNTESE DA 4ª FASE: IMPLANTAÇÃO

| | |
|--|--|
| 8ª Etapa Oficinas temáticas | Oficinas temáticas, utilizando da metodologia Quatro Erres (Rs). |
| 9ª Etapa Implantação do Protocolo - | Apresentação do processo de implementação do protocolo no cenário de pesquisa. |

Fonte: O autor (2022).

3.1.4.1 Desenvolvimento das Oficinas Temáticas

O planejamento das oficinas estava seguindo o modelo tradicional híbrido, no entanto, a proposta inicial necessitou de adequações. As oficinas são espaços dialógicos de trocas e construção da temática a ser discutida, foi necessário adaptá-las para encontros formais e não formais devido ao período da pandemia por SARS-CoV-19.

Os encontros formais foram definidos como aqueles realizados por meio da utilização do aplicativo *Microsoft Teams*. Já os encontros não formais definimos como aqueles ocorridos durante os intervalos das CE, na UBS e por meio da utilização da ferramenta *WhatsApp*.

Com o decorrer das oficinas, foi necessário adaptá-las para o modelo remoto, tendo em vista a situação da pandemia por SARS-CoV-19 e, além do curto período de tempo, e extenso conteúdo a ser trabalhado com a equipe de enfermagem. Dessa forma, foram elaborados vídeos, abordando o estudo na íntegra e síntese do protocolo proposto.

As dúvidas dos participantes, que foram surgindo a cada vídeo, foram discutidas no grupo intitulado “Protocolo Saúde da Criança” (Figura 4) e na oficina posterior. A cada vídeo, o estudo do protocolo e processo de implantação acontecia por meio das consultas de saúde da criança, discussão no grupo de *WhatsApp*. Os participantes, em um processo de tomada de decisões conjunta mostraram-se entusiasmados em colocar em prática o protocolo. Traziam sugestões e colocavam em prática o que estava proposto no protocolo em CE.

Para exemplificarmos a vivência dos estudos, executamos duas oficinas formais, com os participantes do estudo, utilizando o método remoto por meio do aplicativo *Microsoft Teams*, em virtude da pandemia.

Durante o estudo do protocolo individual ou em grupo e mesmo na prática, não houve dispersão, pois o estudo era de interesse da equipe para mudar a realidade da saúde da criança. Assim, o profissional, ao identificar uma situação real, durante as CE em saúde da criança, que não estava descrita no protocolo, deixava anotadas e, em seguida, essas dúvidas eram discutidas em equipe, visando à adequação do protocolo como um processo de tomada de decisões conjunta.

A adaptação das oficinas para o modelo remoto proporcionou aos profissionais e aos pesquisadores, a compreensão das necessidades, domínio dos conteúdos a serem estudados conforme apontam os resultados obtidos por meio das falas/relatos em cada encontro dos participantes dos estudos.

Para atingir o objetivo proposto nesta pesquisa, descrevemos a seguir o desenvolvimento de cada oficina temática, como uma das etapas para a implantação do Protocolo.

3.1.4.1.1 Fase do Reconhecimento - Desenvolvimento da oficina 1- Fragilidades na atenção à Saúde da Criança

Na primeira oficina, teve-se como objetivo apresentar o projeto de pesquisa aos profissionais participantes. Esta ocorreu de forma remota devido ao estado de saúde da pesquisadora, por estar em isolamento social.

Pela manhã, cada participante recebeu uma pasta contendo o protocolo impresso, folhas de papel, lápis, caneta e marcador de texto. Foi criado um grupo em ferramenta digital, para melhor compreensão dos profissionais de enfermagem, e enviado um link para acesso à oficina. Os profissionais de enfermagem foram recebidos na sala virtual, cumprimentados e confirmados o recebimento dos documentos da oficina.

Cada profissional, recebeu uma cópia do protocolo proposto para implantação. O objetivo era fazer com que, logo após a primeira oficina, o estudo e o processo de implantação, concomitantemente a cada oficina fossem iniciados, uma vez que essas enfermeiras, são experientes na prática assistencial, com isso já foram colocando o protocolo prática. A adaptação do protocolo validado foi um processo de tomada de decisões conjunta com os participantes que foi sendo construído a cada encontro.

Após a apresentação, cada participante respondeu às seguintes perguntas: quem sou eu? Onde eu formei e o tempo de formação? Relataram brevemente sobre suas trajetórias na saúde família, onde trabalharam, mais adiante contaram sobre atividades que mais gostam de fazer no local de trabalho e, por fim, mencionaram sua satisfação e as formas que poderiam contribuir com a pesquisa. Em seguida, foi feita uma troca de experiências em situações cotidianas de trabalho.

Ao final da apresentação, foi exibido o vídeo "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) — DRAW MY LIFE" proporcionando uma reflexão sobre

PNAISC, refletindo sobre e com a explanação dos sete eixos: atenção integral à saúde da criança.

Foi, então, apresentado o problema de pesquisa, quanto à ausência de um protocolo para CE na saúde da criança. Na percepção dos profissionais, está gerando fragilidade no atendimento como a oportunidade de identificar a criança precocemente com atrasos em seu desenvolvimento, por não existir um padrão implementando no acompanhamento e desenvolvimento da criança na UBS até o momento. Além disso, apontam não ter o respaldo em protocolos clínicos com o têm foco na padronização de condutas clínicas da saúde da criança principalmente na prescrição de medicamentos e solicitação de exames.

Conversou-se ainda sobre a justificativa e importância desse estudo, além de elucidar sobre o tema da oficina, revelando o tema, os objetivos da pesquisa, métodos a serem trabalhados, vantagens e desvantagens, à saúde da criança no trabalho diário.

Nos reunimos em um grupo de sete participantes, divulgamos o problema de pesquisa. Em seguida, todos expressaram verbalmente suas ideias e apresentaram alternativas de adaptação do protocolo, apresentadas aos demais membros do grupo.

Todas as recomendações foram registradas pelo pesquisador e posteriormente discutidas e analisadas pelo grupo. Consequentemente, foi permitido fazer comentários críticos e acrescentar ideias de outros colegas. Após discutir as ideias expostas, a equipe identificou a melhor alternativa por meio dos relatórios para a melhor versão da adaptação do protocolo.

Por fim, foi solicitado que preenchessem um formulário de especificação do profissional e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para aqueles que concordassem em participar da pesquisa. Antes do término da oficina, foi acordada a data do próximo encontro, que ficou estabelecida para 17 de janeiro de 2022.

3.1.4.1.2 Fase do Revelação - Desenvolvimento da oficina 2 - Sistematização dos cuidados à saúde da criança

O objetivo da segunda oficina foi desenvolver caminhos para o consenso com os participantes para a sistematizar os cuidados à saúde da criança de acordo com o protocolo escolhido. Devido ao rico conteúdo e situação de pandemia, a oficina foi adequada para o modo remoto devido ao período da pandemia por SARS-CoV-19. Foi utilizado a ferramenta Microsoft Teams enquanto trabalhava com o protocolo. Dessa forma, diversos vídeos contendo a leitura completa de cada parte do protocolo foi pré-elaborado e disponibilizado aos

profissionais por meio do grupo de *WhatsApp* para revisão e estudo do conteúdo criado. É importante destacar que houve adesão por parte dos 7 participantes da pesquisa.

Nos reunimos por meio Microsoft Teams, um grupo de sete participantes, com duração de aproximadamente 30 minutos, após a exposição dos vídeos, na sequência, todos expressaram verbalmente suas ideias e apresentam alternativas de adaptação do protocolo apresentadas aos demais membros do grupo.

Todas as recomendações foram registradas pelo pesquisador e posteriormente discutidas e analisadas pelo grupo. Consequentemente, foi permitido fazer comentários críticos e acrescentar ideias de outros colegas. Após discutir as ideias expostas, a equipe identificou a melhor alternativa por meio dos relatórios para a melhor versão da adaptação do protocolo.

Os vídeos continham conteúdo que visavam à reflexão sobre o cuidado da criança. Após a distribuição do conteúdo, foram feitas as seguintes perguntas aos participantes: você encontra algum problema com o atendimento à saúde da criança na UBS 2 de abril Saúde? Se afirmativo, quais são eles? Na sua opinião, existem divergências nos cuidados de enfermagem prestados à criança na UBS 2 de abril? Se afirmativo, por que você acredita que isso aconteceu? As respostas foram audiogravadas, compartilhadas no grupo *WhatsApp*, permitindo a interação entre o grupo de participantes.

Com a reprodução dos vídeos, foram estabelecidos caminhos para o consenso com os profissionais de enfermagem para sistematizar os cuidados de enfermagem a partir do protocolo, identificando as vivências, experiências e temas relevantes, discutidos em grupo de *WhatsApp* e também em encontros não formais. Por fim, os profissionais foram solicitados a utilizar o protocolo no cuidado às crianças, destacando: pontos positivos; fragilidades no processo e sugestões para adequações no protocolo. Participaram da oficina sete profissionais de enfermagem.

3.1.4.1.3 Fase do Repartir - Desenvolvimento da oficina 3 - Vivenciando a SAE na saúde da criança

A terceira oficina aconteceu presencialmente na UBS de estudo, com duração aproximada de 30 minutos, e teve como objetivo compartilhar a experiência do protocolo com a prática diária. Os participantes foram divididos em grupos para não interferir na rotina da unidade.

Os profissionais compartilharam seus conhecimentos e como era o processo de implementação do protocolo durante as CE na UBS, durante as falas, compartilharam suas

experiências quando estavam utilizando o protocolo além de fazerem uma breve reflexão sobre o assunto.

Durante o encontro, foram feitas perguntas aos participantes: como foi usar o protocolo no seu dia a dia. Como você acha que as rotinas e os cuidados com as crianças em Ji-Paraná podem ser estabelecidos, organizados e padronizados? Destaque os pontos positivos; fragilidades no processo; propostas para adaptações de capítulos do protocolo.

As respostas foram gravadas em áudio e compartilhadas com o grupo de *WhatsApp*, refletindo as práticas do cuidado de enfermagem essenciais para a saúde da criança. Para refletir sobre a sistematização da atenção à criança, disponibilizamos novos vídeos que resumem os capítulos abordados na oficina anterior no grupo de *WhatsApp*.

3.1.4.1.4 Fase do Repensar - Desenvolvimento da oficina 4 - Pactuação do Protocolo de Saúde da Criança

Por fim, a quarta oficina, aconteceu presencialmente na UBS de estudo, com duração aproximada de 30 minutos, permitiu uma reflexão sobre o conteúdo do processo por meio de discursos e consensos com os profissionais de enfermagem, após utilizá-lo durante a CE na unidade. Os participantes se reuniram na unidade para participarem do encontro formal. A equipe foi recepcionada no auditório da UBS e dividida em pequenos grupos para não interromper os atendimentos da unidade.

Esclareceu-se o tema e os objetivos da oficina e iniciou-se a reflexão do protocolo de atendimento do Módulo 4 da Atenção Primária à saúde - Atenção à saúde da criança.

Durante a apresentação, os profissionais refletiram sobre as gravações e essas respostas foram enviadas pelo *WhatsApp*, o que proporcionou interação entre o grupo. Foram relatados diversos exemplos de atendimentos práticos. Dessa forma, podemos refletir por meio da conversa, reconhecemos pontos positivos e negativos.

Na sequência, foi então solicitado ao grupo que respondessem às questões: como foi participar das oficinas? O que você considera sobre a abordagem proposta para a saúde da criança? Você tem dúvidas ou dificuldades em aplicar o protocolo durante uma CE? O uso do protocolo favorece o desenvolvimento de boas práticas e vínculo profissional? Como? Que dificuldades emergem ao usar o protocolo na rotina de atendimento? O protocolo estabelecido é viável para implantação? Considerando cada capítulo estudado, quais são as suas recomendações para a enfermagem pediátrica? O protocolo proposto está viável para implantação? Informe os pontos positivos, fragilidades no processo.

Após isso, todos mencionaram verbalmente e elucidaram alternativas para adaptar o protocolo apresentado aos demais membros do grupo. Reflexões e discursos sobre a prática com o protocolo permitiram a troca de experiências, conhecimento e lições aprendidas que possibilitaram o compartilhamento por *WhatsApp* via áudio para motivando o consenso do grupo. O tema puericultura foi discutido, com isso, os participantes expressaram suas opiniões sobre o método utilizado durante as oficinas.

Todas as recomendações foram registradas pela pesquisadora. Em seguida, foram discutidas e analisadas pelo grupo. Os participantes fizeram comentários críticos e acrescentaram ideias de outros colegas. Após discutir as opiniões expostas, a equipe determinou a melhor opção por meio de um relatório para a melhor versão de adaptação do protocolo.

Por fim, ocorreu uma breve reflexão sobre a experiência da participação dos encontros formais e não formais. O método parece fácil. No entanto, oferece oportunidades de aprendizagem e possibilita o compartilhamento de experiências. Sete profissionais, participaram da última oficina. Dessa forma, esclarecemos que um dos profissionais ausentes era a mestranda que guiou o estudo e uma equipe da ESF estava sem enfermeira no momento das oficinas.

3.1.4.2 Fase Análise do Processo

QUADRO 12 - SÍNTESE DA 5ª FASE: ANÁLISE

| | |
|--|--|
| <p>10ª Etapa Análise dos resultados e discussão</p> | <p>A análise dos resultados ocorreu paralelamente às oficinas de implementação, durante o processo de implantação, identificamos o posicionamento favorável à implementação do Protocolo.</p> |
| <p>11ª Etapa Apresentação dos para resultados para UBS e SEMUSA-</p> | <p>O produto foi apresentado ao Departamento de Atenção Básica e Diretora da UBS. O protocolo foi admitido e aguarda análise da comissão de saúde para posicionamento do Conselho Municipal de Saúde de Ji-Paraná.</p> |

Fonte: O autor (2022).

Na Etapa 10 - Análise dos resultados e discussão, ocorreu paralelamente às oficinas de implementação. Com os resultados das oficinas, adaptadas para encontros formais e não formais, foram registrados por fatos ocorridos em diário de campo, por observação participante, como também obtivemos dados por falas dos participantes por compartilhamento do conhecimento das experiências, vivências e sugestões no processo de implantação.

Na análise dos resultados, o que foi aprendido durante o processo de implantação, identificamos o posicionamento favorável à implementação do Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária À Saúde Módulo 4 — Atenção à Saúde da Criança.

O processo da etapa 11 — Referimos o Protocolo de Saúde da Criança a Diretora da UBS 02 de abril e recebemos um ofício de aceitação conforme consta no ANEXO 4. Por fim, os resultados foram também foram apresentados ao Departamento de Atenção Básica da SEMUSA. O protocolo foi admitido conforme consta do ANEXO 5 e aguarda referência para posicionamento do Conselho Municipal de Saúde de Ji-Paraná.

3.2 CENÁRIO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma unidade básica de saúde (UBS), no primeiro distrito, no município de Ji-Paraná, Rondônia. Essa UBS, é composta por quatro equipe da ESF, atende seis bairros da região, das 7h30 às 17h30. Cerca de 300 pessoas são atendidas diariamente pelo SUS, contemplando os princípios, bem como as questões ligadas ao exercício da cidadania, cuidados individuais e coletivo (PEC/e-SUS, 2022).

Na UBS, são prestados serviços como: imunização, clínico geral, CE, coleta de material para citologia oncológica, teste rápido anti-HIV, sífilis, hepatite B e C, gravidez, triagem neonatal, medicação, curativo geral, sondagens, colostomias, além de ter quatro equipes da ESFs formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A equipe de enfermagem é composta por quatro enfermeiros, três técnicos de e dois auxiliares de enfermagem, perfazendo um total de nove profissionais.

A capacidade física do Serviço inclui: sala de espera, recepção, auditório, sala de vacina, oito consultórios, consultório para coleta de preventivo, sala de procedimentos, acolhimento, esterilização de materiais, administração, expurgo, copa, um banheiro para os funcionários, um banheiro masculino e um feminino para os usuários.

O processo organizativo da RAS no âmbito do SUS, está organizado de forma regionalizada e hierarquizada em rede articulada de atenção à saúde por critérios de interligação territorial dos pontos assistenciais e serviços de saúde, considerando a infraestrutura tecnológica e técnico-profissional e a cobertura dos vazios assistenciais (BRASIL, 2011).

Os usuários que necessitam de encaminhamento, conforme avaliação da equipe de saúde, na RAS devem ter a garantia das contrarreferências, promovendo uma atenção efetiva na rede, principalmente na saúde da criança.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para alcançar os objetivos propostos, a pesquisa contou com profissionais de enfermagem da UBS de Ji-Paraná, atuantes na saúde da criança, que aceitaram participar, assinando espontaneamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 3).

Critérios de inclusão: profissionais de enfermagem que atuam na UBS, deste campo de pesquisa, que atuam na assistência à criança. Como critério de exclusão: profissionais de outras áreas profissionais.

A população estimada para as oficinas foi de nove profissionais, ou seja, três enfermeiros, três técnicos e dois auxiliares de enfermagem. No entanto, fizeram parte do estudo sete profissionais, quase sejam, duas enfermeiras, três técnicos e duas auxiliares de enfermagem, que concordaram em participar, uma equipe estava sem enfermeiro.

3.4 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Na observação participante, o pesquisador insere-se e envolve-se com a prática assistencial e familiariza-se com o contexto estudado (TRENTINI, 2014; TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A observação participante resultou da interação da pesquisadora com o espaço no qual a pesquisa foi realizada, servindo de base para o planejamento de estratégias, bem como o desenvolvimento e a adaptação da pesquisa por dificuldades relacionadas, por exemplo, com a pandemia pelo COVID-19, período em que foi necessário adaptarmos as oficinas presenciais, em encontros formais e não formais.

Com a restrição de encontros presenciais, que deveriam ser as oficinas, organizou-se como estratégia um grupo no aplicativo *WhatsApp*, para que os profissionais pudessem se encontrar de forma virtual e no qual ainda foram compartilhadas trocas de ideias, dúvidas e sugestões. A participação desse grupo aconteceu por meio de reuniões virtuais formais, agendadas e planejadas, as quais a pesquisadora coordenava, e apresentou mediante vídeos gravados enviados por mensagens no aplicativo *WhatsApp*, cada um dos capítulos do protocolo. E ainda houve encontros esporádicos, não formais, que foram organizados pelas próprias participantes quando surgiam dúvidas a cada oficina, e, semanalmente, possibilitando perguntas e trocas de ideias e informações sobre os conteúdos do protocolo bem como sua aplicação na prática profissional diária.

A pesquisadora fez parte das equipes que utilizaram o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde Módulo 4 — Atenção à Saúde da Criança, pois atua como enfermeira na ESF. Assim, esteve presente em seu horário de trabalho, nos encontros formais e não formais acompanhando e observando a aplicação do protocolo durante as CE à saúde da criança.

A coleta dos dados ocorreu no período de dezembro de 2021 a abril de 2022, após a coleta, efetuada diariamente pela período vespertino, aplicando como estratégias a observação e registros, feitos no diário de campo do pesquisador em que os itens anotados consistiam em perguntas relacionados à descrição da CE, como: PE, uso de prontuário eletrônico, uso de caderneta e orientações de saúde, assistência prestada, continuidade do cuidado comunicação e observações que proporcionaram a padronização dos registros observados.

As anotações feitas no diário de campo continham a transcrição da observação participante executada nos encontros formais e não formais. Foi possível observar as facilidades, dificuldades ao utilizar o protocolo na CE, bem como as melhorias na assistência de enfermagem durante a implementação.

Os registros no diário de campo e observação participante favoreceram o estabelecimento de estratégias para a comunicação e esclarecimentos de dúvidas da equipe de enfermagem que participaram deste estudo.

Antes do período de implantação, observou-se que os profissionais, referiram que, na maioria das vezes, o foco da sua assistência estava no pré-natal, uma vez que já se encontrava com protocolo implantado. A criança, por sua vez, comparecia na primeira CE após o parto, sem data definida em seu retorno na continuidade da assistência.

As crianças com queixas eram direcionadas ao atendimento médico, e, quando havia vaga, estas eram atendidas. Quando não havia vaga, estas eram orientadas a irem para o hospital municipal. Contudo, essa avaliação não era padronizada nem pautada em critérios e variava de acordo com a determinação de cada profissional. Observou-se ainda que, não se havia estabelecido a rotina do retorno dessas crianças.

A disponibilização de um protocolo, criterioso, objetivo, validado e preciso, permitiu realizar com segurança as CE voltadas para a saúde da criança. A observação durante as CE e atendimentos de escuta inicial dos profissionais permitiram observar quão diversificados e subjetivos eram os critérios utilizados pelos profissionais de enfermagem, durante a assistência à saúde da criança na UBS antes da implantação do protocolo.

Durante o período de implantação, foi perceptível como a utilização do protocolo gerou mudanças. Inicialmente, os profissionais compreenderam a CE como importante instrumento no que tange ao cuidado a essas crianças. Passaram a perceber, o importante papel

na detecção precoce de determinadas doenças próprias da infância, bem como no cuidado às famílias/ responsáveis.

Foi observado um total de 35 CE na primeira infância, ou seja, em crianças menores de 6 anos. Das 35 CE analisadas, todas foram realizadas com crianças de diferentes idades, seis tinham entre 3 a 7 dias de vida e era a primeira consulta na unidade, quatro com 30 dias, quatro com 2 meses de vida, quatro com 3 meses, quatro tinham 4 meses, duas com cinco meses e quatro com seis meses, quatro tinham entre 7 a 12 meses de vida e as demais (8) tinham menos de 6 anos. Essas observações foram registradas em diário de campo.

Além disso, foi possível observar a participação ativa e a satisfação dos profissionais de enfermagem em fazer parte do processo de implantação do protocolo de saúde da criança, os quais sempre contribuíram com exemplos da prática assistencial, enriquecendo as discussões e proporcionando o aprofundamento em relação ao tema do estudo, sendo de extrema importância no compartilhamento do aprendizado e para a implantação do protocolo.

Ainda, citado pela maioria dos participantes, as principais dificuldades apontadas na assistência relacionam-se à falta de qualificação dos profissionais de enfermagem, pois não existem capacitações específicas. Assim, muitos profissionais sentiam-se despreparados para realizar determinados tipos de atendimentos, criando uma lacuna na continuidade da assistência. Portanto, compreende-se a necessidade de maior enfoque do tema durante práticas de capacitação profissional.

Além da equipe de enfermagem, é fundamental a realização de ações de educação permanente visando à qualificação profissional, a todos que fazem parte da UBS, para que todos saibam qual o fluxo estabelecido na saúde da criança dentro do município.

Assim, tendo em vista que a inadequada condução dos casos pode acarretar graves consequências, bem como dificultar a detecção precoce de alterações possíveis de serem identificadas na APS para as crianças, familiares/ responsáveis - além da resolutividade por meio do uso do protocolo de saúde da criança- demonstra a capacidade das enfermeiras, durante as consultas, identificarem as necessidades de saúde e ofertar ações para supri-las.

As enfermeiras explicavam às mães sobre a importância do comparecimento nas consultas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, conforme o calendário estabelecido no protocolo.

Quanto aos temas abordados, as enfermeiras orientavam as mães quanto à amamentação exclusiva até os 6 meses, a alimentação após 6 meses, segurança e crescimento e desenvolvimento infantil. A situação vacinal era verificada em todas as consultas, e quando as

enfermeiras identificavam a necessidade de atualizá-las, direcionavam as crianças para sala de vacina. Quanto ao risco de acidentes, as mães eram orientadas de acordo com cada idade.

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) estava em falta durante o período avaliado. Enfatizamos que a falta da CSC já vem ocorrendo há mais de 2 anos em nível Estadual. Os dados encontrados durante a CE eram registrados no PEC e anotados em um cartão improvisado contendo idade; perímetro cefálico; peso; estatura/comprimento; IMC.

Na avaliação do neurodesenvolvimento (DNPM) após a aplicação do protocolo, as enfermeiras, por meio da caderneta do MS no formato PDF, avaliavam a presença ou ausência dos marcos DNPM alcançados pelas crianças. As mães eram informadas sobre a condição identificada e, se necessário, encaminhavam a criança ao centro de Referência Materno-Infantil (CREAMI).

As enfermeiras recém-contratadas/admitidas na ESF, sem experiência para realizar atendimento de saúde da criança, também passaram a fazer o uso do protocolo de saúde da criança. Elas o descreveram como uma ferramenta de fácil acesso e utilização.

Após o encerramento dos encontros formais e não formais, comentavam sobre a experiência com o protocolo pesquisado realizando o processo de cuidado CE à saúde da criança.

As mães já saíam com as consultas previamente agendadas e com o documento impresso contendo o motivo do encaminhamento, quando era necessário referenciá-las para o CREAMI ou o hospital. A consulta de retorno com o médico e a enfermeira na unidade já eram agendadas no cartão provisório da criança garantindo a continuidade do cuidado, visando ao fortalecimento de vínculos com os profissionais de saúde e estabelecimento de saúde.

Durante um atendimento de criança com dor de ouvido, por exemplo, o técnico de enfermagem fez a escuta inicial e identificou a necessidade de a criança ser atendida naquele dia. Ao procurar a enfermeira no consultório, ele informou a falta de vaga para aquela criança num serviço especializado para os próximos 30 dias. A enfermeira, respaldada pelo protocolo, pediu que o técnico encaminhasse para CE, ela seguiu os passos do PE, com anamnese, exame físico, prescreveu os cuidados, conforme protocolo e programou o retorno com cinco dias, registrando tudo em prontuário.

Com o retorno, previsto para cinco dias, a mãe relatou à enfermeira que se sentiu segura com a CE, além de sentir-se mais à vontade. Informou que seu filho tinha dores de ouvido recorrentes e, com o cuidado prescrito pela enfermeira baseado no protocolo, a criança teve melhora significativa, não queixando-se mais de dores.

O mesmo relato foi percebido em CE durante a avaliação da criança com diarreia, desidratação, com dificuldade de amamentar, com problemas oculares, febre, coriza, cólicas, introdução e suplementação alimentar, presença de assaduras, enfim, queixas recorrentes que estavam presentes no protocolo, amparando as enfermeiras no seguimento de cada caso.

Ao final, o período de quatro meses, a observação participante foi finalizada. O encerramento do trabalho de campo foi determinado pelo cronograma proposto no projeto de pesquisa, pois os dados ofereceram informações suficientes para responder ao objetivo da pesquisa.

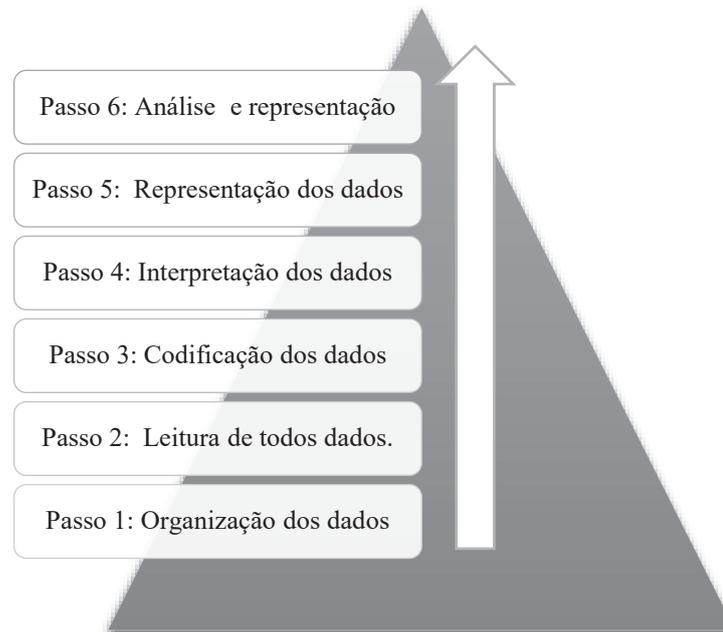
3.5 FASE DE ANÁLISE

A análise e interpretação dos dados coletados ocorreu de forma simultânea, durante as oficinas temáticas. Portanto, a proposta metodológica para a análise desta pesquisa, seguiu o referencial proposto por Creswell (2010).

A interpretação do sentido dos dados é um processo que se inicia com os desenvolvimentos dos códigos, posterior à organização dos temas e estruturando em unidades maiores de abstração para que sejam compreendidos. A interpretação deve estar inserida num constructo ou ideias vinculados à literatura (CRESWELL, 2010).

Em sua fase final, está a representação dos dados sintetizando com o que foi encontrado em forma de textos, tabelas, imagem visual, diagrama, evidenciando vários níveis de abstração, podendo obter um *feedback* sobre os resumos iniciais retomando as informações com os participantes. De acordo com Creswell (2010), o processo de análise sugere uma abordagem linear, hierárquica, construída de baixo para cima, os passos são inter-relacionados (Quadro13).

QUADRO 13 - PASSOS PROPOSTOS POR CRESWELL



Fonte: Creswell (2010, p. 2018).

Passo 1: Organização dos dados: Implica registrar as entrevistas, mediante leitura do material, digitando as anotações de campo, organizando os dados em diferentes tipos, dependendo das fontes de informações.

Passo 2: Leitura de todos os dados: Obter sentido geral das informações através da reflexão, considerando todos os dados obtidos pelas anotações de campo.

Passo 3: Codificação dos dados: A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados em símbolos para que possam ser tabulados. Envolve traduzir os dados em texto ou imagens, segmentando as frases em categorias e rotular essas categorias com um termo, na linguagem na íntegra que o participante narrou, pode ser feita anterior ou posteriormente à coleta dos dados (CRESWELL, 2010, p. 219, grifo do autor).

Passo 4: Interpretação dos dados: Reduzir os dados a seguimentos significativos e atribuir nomes aos seguimentos. O fornecimento de informações detalhadas sobre pessoas, locais ou fatos em um cenário, obtendo códigos para essa descrição, sendo uma análise útil na elaboração de descrições detalhadas para estudos de caso, etnografias e projetos de pesquisa narrativa. Utilizar as codificações na formação de categorias, podendo surgir entre cinco a sete no estudo de pesquisa. Os principais resultados encontrados no estudo serão separados nas seções de resultado mostrando as múltiplas perspectivas das pessoas, fundamentados por citações diversas e evidências específicas. Nomear as classes encontradas após a codificação, construindo camadas adicionais de análises complexas das narrativas. Analisar individualmente cada caso modelando em uma descrição geral.

Passo 5: Representação e visualização dos dados. Na descrição detalhada, os autores descrevem o que eles veem dos temas serão representados na narrativa qualitativa, utilizando uma passagem narrativa para transmitir os resultados da análise, seguindo uma ordem cronológica dos fatos, a discussão detalhada de diversos temas, podendo utilizar elementos visuais, figuras ou tabelas como complemento para as discussões.

Passo 6: Análise e representação: O passo final da análise, envolve em fazer uma interpretação do significado dos dados, na captura da essência da interpretação pessoal

do pesquisador, expressa no entendimento individual do investigador trazendo para o estudo a partir de uma comparação dos resultados com informações extraídas da literatura existentes. Assim, a interpretação na pesquisa qualitativa pode assumir várias formas, ser adaptada para diferentes tipos de projeto e ser flexível para transmitir significados pessoais, baseados em evidências (CRESWELL, 2010, p. 223, grifo do autor).

A análise de cada oficina compreende etapas: organização dos dados; leitura dos dados; codificação dos dados; interpretação dos dados; representação e visualização dos dados e, por fim, análise e representação.

As oficinas foram gravadas, utilizando-se da ferramenta *Microsoft Teams* e, para dar continuidade ao primeiro passo proposto por Creswell (2010), os dados foram transcritos na íntegra, conforme desenvolvimento de cada oficina, por meio do Programa da Microsoft Word, na qual cada participante foi identificado por letras e números para a garantia do anonimato. Depois da transcrição de todas as oficinas, foram realizadas a leitura dos dados e a identificação das falas, segundo a pertinência com os temas e objetivos propostos em cada oficina.

Inicialmente, descrevemos o contexto em que ocorreu cada oficina. A especificação da oficina (o local, data, duração, assinatura do TCLE, características de cada participante), além dos registros das falas dos participantes.

Na sequência, o terceiro passo, da categorização foi iniciado pela leitura minuciosa do texto, analisando cada frase, para identificação de qual ideia estava revelada, nomeando os conceitos e suas propriedades e dimensões, configurando a conceituação na análise. O texto das entrevistas foi marcado por cores, utilizando-as para cada ideia e formulação das categorias mediante os conceitos identificados.

A categorização se baseia, portanto, no conceito de Creswell (2010). Com isso, originou-se quatro categorias, os significados que evocaram quando examinados os dados, comparados, contextualizados, nomeando-os a partir do relato de ideias, concepções, eventos e fatos relatados pelos participantes. O compartilhamento dos acontecimentos traz características comuns do posicionamento na mesma categoria, os dados foram agrupados e classificados, conforme a similaridade e separados aqueles diferentes.

Assim, a cada nova oficina temática foi possível reorganizar as ideias detalhadas e se pensar em novas estratégias que possibilitassem atingir os objetivos dos pesquisadores, alcançados por métodos didáticos, promovendo a implantação do protocolo estabelecido, além de possibilitar o aprofundamento dos conhecimentos por parte dos profissionais de enfermagem (Figura 4).

FIGURA 4 - PROCESSO: ESTUDO - IMPLANTAÇÃO POR OFICINAS TEMÁTICAS



Fonte: O autor (2022).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto tem a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, conforme os pareceres n.º 4.985.513/2021 e registro CAAE n.º 22534819.8.0000.0102. A pesquisa prioriza os princípios éticos preconizados pela Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta diretrizes e normas de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013).

Os participantes foram previamente informados quanto aos objetivos, métodos, vantagens e desvantagens da pesquisa. Foram convidados a participar, sendo-lhes garantida a desistência a qualquer momento. Para garantir sigilo e anonimato, os nomes verdadeiros foram omitidos e atribuídos códigos para identificação. As oficinas foram gravadas, conforme permissão e autorização dos participantes que assinaram o TCLE.

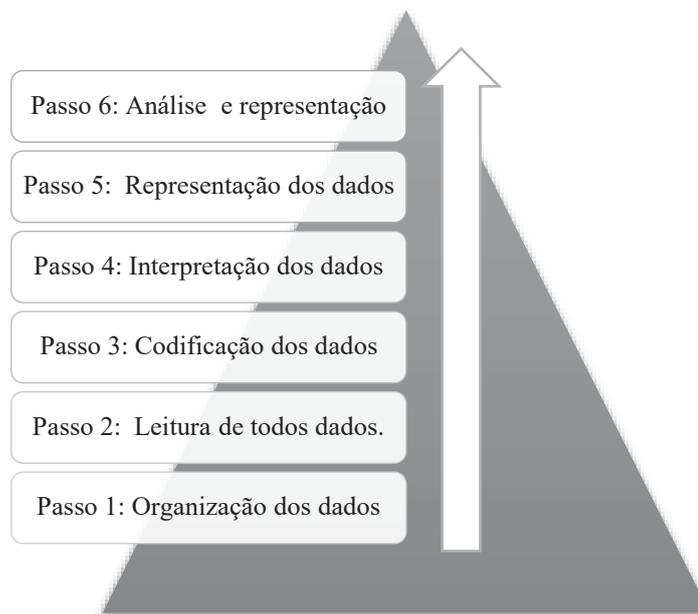
3.7 FASE DE ANÁLISE

A análise e interpretação dos dados coletados ocorreu de forma simultânea, durante as oficinas temáticas. Portanto, a proposta metodológica para a análise desta pesquisa, seguiu o referencial proposto por Creswell (2010).

A interpretação do sentido dos dados é um processo que se inicia com os desenvolvimentos dos códigos, posterior à organização dos temas e estruturando em unidades maiores de abstração para que sejam compreendidos. A interpretação deve estar inserida num constructo ou ideias vinculados à literatura (CRESWELL, 2010).

Em sua fase final, está a representação dos dados sintetizando com o que foi encontrado em forma de textos, tabelas, imagem visual, diagrama, evidenciando vários níveis de abstração, podendo obter um *feedback* sobre os resumos iniciais retomando as informações com informantes. De acordo com Creswell (2010), o processo de análise sugere uma abordagem linear, hierárquica, construída de baixo para cima, os passos são inter-relacionados (Quadro 14).

QUADRO 14 - PASSOS PROPOSTOS POR CRESWELL



Fonte: Creswell (2010, p. 2018).

Passo 1: Organização dos dados: Implica registrar as entrevistas, mediante leitura do material, digitando as anotações de campo, organizando os dados em diferentes tipos, dependendo das fontes de informações.

Passo 2: Leitura de todos os dados: Obter sentido geral das informações através da reflexão, considerando todos os dados obtidos pelas anotações de campo.

Passo 3: Codificação dos dados: A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados em símbolos para que possam ser tabulados. Envolve traduzir os dados em texto ou imagens, segmentando as frases em categorias e rotular essas categorias com um termo, na linguagem na íntegra que o participante narrou, pode ser feita anterior ou posteriormente à coleta dos dados (CRESWELL, 2010, p. 219, grifo do autor).

Passo 4: Interpretação dos dados: Reduzir os dados a seguimentos significativos e atribuir nomes aos seguimentos. O fornecimento de informações detalhadas sobre pessoas, locais ou fatos em um cenário, obtendo códigos para essa descrição, sendo uma análise útil na elaboração de descrições detalhadas para estudos de caso, etnografias e projetos de pesquisa narrativa. Utilizar as codificações na formação de categorias, podendo surgir entre cinco a sete no estudo de pesquisa. Os principais resultados encontrados no estudo serão separados nas seções de resultado mostrando as múltiplas perspectivas das pessoas, fundamentados por citações diversas e

evidências específicas. Nomear as classes encontradas após a codificação, construindo camadas adicionais de análises complexas das narrativas. Analisar individualmente cada caso modelando em uma descrição geral.

Passo 5: Representação e visualização dos dados. Na descrição detalhada, os autores descrevem o que eles veem dos temas serão representados na narrativa qualitativa, utilizando uma passagem narrativa para transmitir os resultados da análise, seguindo uma ordem cronológica dos fatos, a discussão detalhada de diversos temas, podendo utilizar elementos visuais, figuras ou tabelas como complemento para as discussões.

Passo 6: Análise e representação: O passo final da análise, envolve em fazer uma interpretação do significado dos dados, na captura da essência da interpretação pessoal do pesquisador, expressa no entendimento individual do investigador trazendo para o estudo a partir de uma comparação dos resultados com informações extraídas da literatura existentes. Assim, a interpretação na pesquisa qualitativa pode assumir várias formas, ser adaptada para diferentes tipos de projeto e ser flexível para transmitir significados pessoais, baseados em evidências (CRESWELL, 2010, p. 223, grifo do autor).

A análise de cada oficina compreende etapas: organização dos dados; leitura dos dados; codificação dos dados; interpretação dos dados; representação e visualização dos dados e por fim; análise e representação.

As oficinas foram gravadas, utilizando-se da ferramenta *Microsoft Teams* e, para dar continuidade ao primeiro passo proposto por Creswell (2010), os dados foram sendo transcritos na íntegra, conforme desenvolvimento de cada oficina, por meio do Programa da *Microsoft Word*, na qual cada participante foi identificado por letras e números para a garantia do anonimato.

Para assegurar o anonimato, os entrevistados foram identificados com códigos formados pela letra “E”, em referência à palavra “enfermagem”, seguida do número (de 1 a 7). E1, por exemplo, refere-se ao participante 1.

Depois da transcrição de todas as oficinas, foram realizadas a leitura dos dados e a identificação das falas, segundo a pertinência com os temas e objetivos propostos em cada oficina.

Inicialmente, descrevemos o contexto em que ocorreram cada oficina. A especificação da oficina (o local, data, duração, assinatura do TCLE, características de cada participante), além dos registros das falas dos participantes.

Na sequência, o terceiro passo, da categorização foi iniciado pela leitura minuciosa do texto, analisando cada frase, para identificação de qual ideia estava revelada, nomeando os conceitos e suas propriedades e dimensões, configurando a conceituação na análise. O texto das entrevistas foi marcado por cores, utilizando-as para cada ideia e formulação das categorias mediante os conceitos identificados.

A categorização se baseia, portanto, no conceito de Creswell (2010). Com isso, originaram-se quatro categorias, os significados que evocaram quando examinados os dados, comparados, contextualizados, nomeando-os a partir do relato de ideias, concepções, eventos e fatos relatados pelos participantes. O compartilhamento dos acontecimentos traz características comuns do posicionamento na mesma categoria, os dados foram agrupados e classificados, conforme a similaridade e separados aqueles diferentes.

Assim, a cada nova oficina temática foi possível reorganizar as ideias e se pensar em novas estratégias que possibilitassem atingir os objetivos dos pesquisadores, alcançados por métodos didáticos, promovendo a implantação do protocolo estabelecido, além de possibilitar o aprofundamento dos conhecimentos por parte dos profissionais de enfermagem (Figura 5).

FIGURA 5 - PROCESSO: ESTUDO - IMPLANTAÇÃO POR OFICINAS TEMÁTICAS



Fonte: O autor (2022).

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa faz parte de um projeto matriz intitulado “O Cuidado à mulher na Atenção Primária à Saúde baseado em competência”. Foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), conforme o parecer n.º 4.985.513/2021 e registro CAAE n.º 22534819.8.0000.0102. A pesquisa prioriza os princípios éticos preconizados pela Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta diretrizes e normas de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2013).

Os participantes foram previamente informados quanto aos objetivos, métodos, vantagens e desvantagens da pesquisa. Foram convidados a participar, sendo-lhes garantida a desistência a qualquer momento. Para garantir sigilo e anonimato, os nomes verdadeiros foram

omitidos e atribuídos códigos para identificação. As oficinas foram gravadas, conforme permissão e autorização dos participantes que assinarem o TCLE.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo contou com a participação de 7 profissionais de enfermagem, 2 de nível superior e 5 de nível médio, com prevalência do sexo feminino, 6 mulheres e 1 homem, 2 profissionais de nível superior, possuem especialização em Saúde da Família e mestrado. O tempo de atuação no cargo e na UBS foi variável, 1 dos profissionais tinha acima de 30 anos; 4 acima de 20 anos, e 2 entre 5 a 15 anos de experiência na área de saúde, e a média de tempo de trabalho na ESF foi de 24,2 anos. O tempo de experiência dos participantes é de 24 meses a 35 anos.

Após comparação dos dados identificados no contexto, originaram e estabeleceram-se quatro categorias: Experiências e vivências com o protocolo no dia a dia; Fragilidades e limitações no processo de implantação; Facilidades no processo de implantação e Sugestões para complementar o protocolo para a realidade de RO, conferindo aos dados analisados a formulação das categorias e a integração teórica.

FIGURA 6 - GRUPO DE DISCUSSÃO NÃO FORMAL



Protocolo Saúde Criança

Grupo · 9 participantes

[Adicionar descrição ao grupo](#)

[Grupo criado por você, no dia 01/12/2021, às 08:59.](#)

Fonte: O autor (2022).

Ficou evidente que é necessário estar em consonância com a vasta possibilidade que as tecnologias nos proporcionam como tendências de ensino, buscando estratégias para

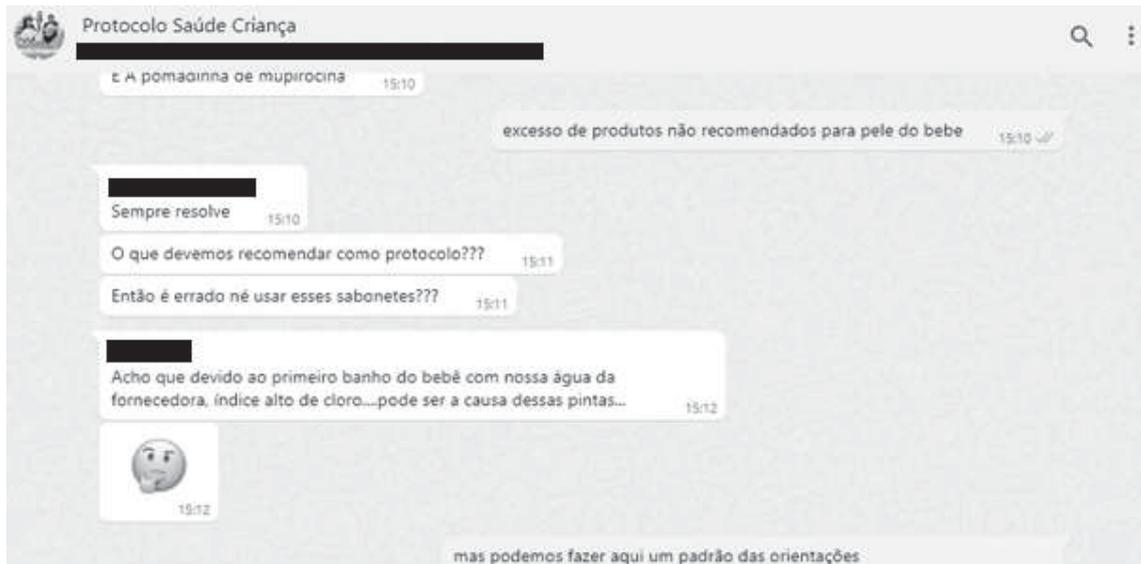
promover a construção do conhecimento, do diálogo em grupo, orientados por uma problemática específica do município de Ji-paraná, visando fornecer subsídios para a efetiva implantação do protocolo de saúde da criança. Assim, foram perceptíveis os seguintes aspectos:

- a) utilização da vivência dos profissionais de enfermagem e dos fatos do dia a dia para organizar o conhecimento e promover a resolutividade do problema local;
- b) abordagem de conteúdos da saúde da criança a partir da elaboração de vídeos, relevantes permitindo a contextualização do conhecimento e discussão em grupo;
- c) estabelecimento de ligações entre a saúde da criança e outros campos de conhecimento necessários para se lidar com o tema em estudo como por exemplo as tecnologias;
- d) participação ativa dos profissionais na adaptação, elaboração, construção do conhecimento.

O estudo propiciou aos profissionais de enfermagem a construção de um olhar crítico sobre a realidade local, reconhecendo sua importância e atribuindo significados aos conceitos aprendidos, em cada oficina que fossem alcançados, com a apropriação dos conteúdos adaptadas aos objetivos de cada oficina temática, possibilitando que os profissionais se apropriassem do conteúdo (vídeos) viabilizando o conhecimento, tornando-se capazes de adaptar o protocolo à realidade local.

Os encontros não formais possibilitaram os esclarecimentos das dúvidas que surgiam ao longo do processo além da resolutividade, pois, com a correria do dia a dia, tornou-se mais uma oportunidade de crescimento profissional e aperfeiçoamento didático. É importante enfatizar que o pesquisador está inserido no cenário de pesquisa. A Figura 7 ilustra o grupo de discussão criado no primeiro dia das oficinas.

FIGURA 7 - GRUPO DE DISCUSSÃO NÃO FORMAL



Fonte: O autor (2022).

Os próprios profissionais, traziam ideias para aprofundamentos no estudo da saúde da criança, o que enriqueceu o processo de aprendizagem e implantação do protocolo, com intuito de contribuir para o entendimento científico, pela associação dos conteúdos.

E por fim, durante o processo de implantação, com a médica de estratégia e saúde da família e uma acadêmica de medicina que solicitaram uma cópia do protocolo para utilizarem nas CE de saúde da criança.

Sob a ótica dos participantes da pesquisa, a categoria intitulada “Experiências e vivências com o protocolo no dia a dia” implica numa melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados para as crianças na APS, possibilita uma melhor integração da equipe, resulta no acolhimento da mãe/usuária e sua criança, na realização da CE, na humanização na assistência, no aumento da demanda reprimida e, por fim, na integração teórica com a prática.

Com a melhoria da oferta dos serviços de saúde para as crianças, após o estabelecimento de um fluxo bem definido, e com a implantação do protocolo, os usuários são encaminhados, recebendo a atenção, para o atendimento de média e alta complexidade, conforme a estratificação de risco do seu caso.

É primordial enfatizar o interesse do grupo de profissionais em fazer parte da pesquisa, evidenciando o reconhecimento da importância do processo de implantação, por meio das atividades sincronizadas e coordenadas, utilizando recursos audiovisuais. Esse processo resultou e pode ser caracterizado como um trabalho em equipe, um grupo estritamente ligado,

integrado, motivado, com um bom clima organizacional, com o fim de alcançar um objetivo comum, incentivados para a criação de soluções para melhor assistência aos usuários.

Com a melhoria da qualidade e padronização do acompanhamento na atenção às crianças, os participantes do estudo mostraram-se preocupados com as condições preliminares para que os usuários se beneficiem dos serviços de CE à criança, sobretudo pelos usuários fora de área de cobertura pela ESF, pois os territórios do município não são 100% cobertos.

As enfermeiras continuam desenvolvendo suas habilidades, atitudes, enfim, a suas competências, utilizando o protocolo de saúde da criança, que se mostrou como um instrumento norteador das ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde. Além disso, é visível a melhoria da qualidade do cuidado à criança por todos que passam por atendimento na unidade.

Durante esse período, observou-se por meio de contatos informais com toda a equipe de saúde do serviço e também com mães das crianças atendidas pelas enfermeiras o resultado das consultas realizados norteadas pelo protocolo. Por meio de uma das falas da recepcionista na UBS, esta citou que, o processo de implantação na UBS trouxe melhorias e, com o “boca a boca” das mães, ela percebeu um aumento na procura de CE da criança.

O acompanhamento da criança realizada pelo enfermeiro passou a seguir o calendário de consultas preconizado no protocolo de, no mínimo, dez consultas nos primeiros 24 meses de vida e intercaladas entre médico e enfermeira.

A integralidade e a intersetorialidade eram garantidas com as ações articuladas no setor saúde, e ações contínuas e integrais em outros níveis assistenciais, a fim de assegurar a resolubilidade dos problemas de saúde identificados durante a CE

A categoria “Fragilidades e limitações no processo de implantação do protocolo”, refere-se ao impacto cotidiano das demandas durante as CE, assim como as limitações do acesso no âmbito do SUS, enfatizando o contexto, as estratégias estabelecidas, alguns dos seus determinantes e condicionantes, o dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem, além de pouco tempo para o estudo e a preocupação em expandir o protocolo para todas as unidades básicas de saúde.

Já a categoria “Facilidades no processo de implantação”, descreve o protocolo como uma ferramenta facilitadora na implementação da SAE, preconizando a melhoria dos processos de trabalho em busca da excelência assistencial, além da utilização de recursos audiovisuais como suporte ao processo e a adaptação do protocolo já validado pelo COREN/PR que facilitou efetivamente a implementação.

E por fim, a categoria “Sugestões para complementar o Protocolo para a realidade de RO”, discorre o compartilhamento do conhecimento e a análise da percepção dos profissionais de enfermagem na melhoria do produto final para uma futura implementação do protocolo.

4.1 CATEGORIA 1 - EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS COM O PROTOCOLO NO DIA A DIA

A partir dos encontros, foi possível identificar o processo de estudo e a implantação do protocolo da saúde da criança.

[...] o protocolo vem para nos direcionar e padronizar essa atenção para que todos os profissionais façam o atendimento de forma igual e que todas as crianças tenham essa atenção atendida [...] (E4).

A CE e a visita domiciliar são momentos importantes de interações entre pais/responsáveis e o profissional de saúde, é uma oportunidade para esclarecer dúvidas, trocar experiências, saberes e entendimentos. O enfermeiro ocupa uma posição de destaque na equipe, entre os profissionais que atuam na atenção materno-infantil, tendo um papel importante na educação, promoção e prevenção da saúde, além da prática do cuidado humanização (PRÁ OLIVEIRA *et al.*, 2020).

De acordo com a pesquisa gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na APS, sustenta-se que a utilização de protocolos clínicos de enfermagem para a assistência à saúde da mulher baseada em evidências científicas contribuiu, diretamente, para a transformação na atuação das enfermeiras da APS. Esse aspecto dá-se, com maior ênfase na CE, momento em que a enfermeira é movida por seus atributos filosóficos de cuidados e, para tal, dirige um olhar diferenciado a partir das evidências científicas ao contexto da família (AMORIM *et al.*, 2022) e que também é percebido pelos participantes em um dos encontros:

[...] ao meu ver esse protocolo, ele é muito importante para essa unidade, nós podemos oferecer um acolhimento melhor aos nossos usuários e fazer uma escuta qualificada com a finalidade de identificar as necessidades tanto da mãe quanto do bebê (E1).

Estudo aponta que foram instituídos protocolos municipais de enfermagem e programas voltados à saúde da criança que contribuem com a gestão do cuidado de enfermagem, essenciais no planejamento e tomada de decisão das condutas no atendimento. É por meio deste documento que as rotinas de saúde da criança, a solicitação de exames e a

prescrição de medicamentos são instituídas (AMORIM *et al.*, 2022; NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A partir do protocolo de saúde da criança, a realidade vivenciada por uma das participantes é enfatizada por meio da seguinte fala:

[...] com ele conseguimos dar as orientações em relação ao curativo do coto umbilical amamentação, o período é considerado de ouro para que tudo dê certo, em relação a amamentação observar pega correta se o bebê tem algum sinal de perigo orientar aquela mãe como lidar com algumas situações então tem sido muito importante o uso do protocolo (E4).

Podemos evidenciar a experiência de utilizar o protocolo proposto para implantação, que é descrita como um facilitador no processo de estudo, bem como no alinhamento das práticas assistências:

[...] O nosso protocolo foi entregue já na primeira oficina então isso facilitou muito estudo o protocolo ele tem tudo o que precisamos saber em caso de dúvidas na saúde da criança, então assim podemos repassar informações com maior segurança para os pais e os responsáveis, eu achei importante como técnico da equipe da saúde da família contribuir na construção e também na necessidade da assistência adequada do protocolo para nossa realidade [...] com o protocolo, é visível, o atendimento de qualidade da enfermagem, que está melhor (E1).

[...] nossa experiência com a utilização do protocolo no dia a dia, conseguimos o alinhamento das práticas assistências; educação continuada da Equipe de profissionais, reconhecimento de suas limitações e falta de tempo (E4).

O estudo realizado por Araújo *et al.* (2020) refere-se à qualidade do cuidado nas ações dos enfermeiros e a importância desta para a profissão, destacam a construção coletiva e o diálogo como fatores que impulsionam o desenvolvimento de protocolos locais. Ademais é uma estratégia de educação permanente, na qual os enfermeiros reconhecem os protocolos como ferramentas de apoio à decisão que lhes confere suporte técnico e ético, contribuindo para a construção de conhecimento e o desenvolvimento de boas práticas em enfermagem (ARAÚJO *et al.* 2020).

Em um estudo realizado por Goes *et al.* (2018), considerou-se essencial a sensibilização sobre a importância da centralidade do PE nas CE como uma metodologia capaz de promover uma assistência humanizada, individualizada e qualificada, promovendo a valorização da consulta realizada pelo enfermeiro.

Neste estudo, as repercussões também foram representadas frente à utilização dos protocolos assistenciais, mostrando-se uma importante ferramenta na assistência como podemos evidenciar nos discursos:

[...] na nossa área nós fazemos esse acolhimento na triagem realizando a escuta inicial; fazendo a triagem neonatal que é a realização do teste do pezinho, e nos esforçando para fazer o melhor atendimento com essa mãe com esse bebê. Com o protocolo implantando aqui em nossa UBS estamos conseguindo melhorar nossa forma de conduzir o cuidado de enfermagem aos nossos pequenos usuários (E1).

[...] protocolos são úteis e são necessários na organização da assistência da criança. Quando utilizamos, colocando em prática, ele possibilita conduzir os problemas diários que encontramos, na melhor forma possível aqui na UBS. Vejo que ele vai ajudar muito na redução das demandas reprimidas, pois as vezes as mães não conseguem vaga com os médicos e as enfermeiras poderão ajudar muito com este protocolo. Percebi também que os protocolos é importante e pode ajudar, e muito, no cuidado e na organização dos serviços aqui da UBS [...] (E6).

A oferta de material técnico respalda as ações realizadas pelos enfermeiros, é um dos fatores fundamentais para o sucesso das CE. O uso adequado dessas tecnologias torna possível a padronização e a sistematização dos cuidados, permitindo que alcancem padrões de assistência (PEDRAZA, 2020).

A experiência com o protocolo estudado é destacada por um visível aumento dos atendimentos de saúde da criança, traz pontos fortes, integração com a equipe e fortalecer habilidades e competências para o atendimento a essa população:

[...] temos como a experiência após utilizamos o protocolo que foi possível e é visível assim o aumento do atendimento das crianças aqui na UBS depois que nós começamos a usar o protocolo (E1).

[...] o protocolo, traz pontos fortes, a integração da equipe, motivação pessoal para o conhecimento, fortalecimento das habilidades e competências para atendimento das crianças (E4).

Estudo considera importante a prática dos enfermeiros na gestão de casos na APS guiada pelo uso de protocolos de cuidado baseados em evidências, diagnóstico, procedimentos, tratamento medicamentoso, orientações para mudanças no estilo de vida e monitoramento individual (TOSO; FILIPPON; GIOVANELLA, 2016).

Nesse sentido, as falas relacionadas aos protocolos assistenciais apontam uma ferramenta de fácil utilização na assistência:

[...] O protocolo é fácil para ser utilizado, está disponível no meu computador e posso acessar a qualquer momento o material que estamos adaptando aqui para nós da UBS, é o protocolo do COREN Paraná é um instrumento rico, ele foi validado por profissionais altamente capacitados (E7).

Um estudo de Fontana e Pissaia (2018) evidenciou a experiência na utilização do PE como apoio na assistência, constando a eficácia em cada situação, nas prioridades das

necessidades da família/ cuidadores e da criança. Além disso, descreveu que o PE na assistência à criança pode ser utilizado como ferramenta fundamental no cotidiano da equipe de enfermagem, possibilitando ao indivíduo e aos profissionais uma qualidade na assistência (FONTANA E PISSAIA, 2018).

A vivência é citada pelos participantes como a melhoria da qualidade do trabalho, além de proporcionar o compartilhamento do conhecimento por meio do protocolo de saúde da criança:

[...] cito a melhoria da qualidade do trabalho da equipe de saúde por meio do protocolo de saúde da criança. Responde satisfatoriamente, trazendo segurança aos profissionais de enfermagem, que irão realizar a assistência às crianças (E2).

[...] nós estamos conseguindo colocar em prática realmente o protocolo saúde da criança tem vários eventos que a gente durante o dia durante o nosso atendimento a gente conta com o auxílio deste protocolo que tem ajudado bastante (E3).

[...] a equipe está motivada integrada com compartilhamento do conhecimento (E7).

Outro ponto a ser destacado foi possibilitar ao profissional o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades, bem como melhorias frente à tomada de decisão e ao raciocínio clínico:

[...] A UBS conta com 4 profissionais Enfermeiros e 5 médicos que prestam atendimento a clientela infantil, após a implantação do protocolo, a rotina, calendário e enfrentamento das situações estão melhor definidas e padronizadas com o protocolo, que acaba sendo nossa referência para condutas e consultas diárias (E4).

O trabalho da enfermagem na APS se destaca por sua atuação amparada em protocolos, quando presente. Os profissionais reconhecem a importância e a necessidade de colocá-los em prática. Nesse sentido, confessam que o protocolo contribui para o fortalecimento e continuidade do cuidado, reforçam a importância de valorizar a escuta e construir o cuidado de forma compartilhada com o usuário.

[...] mudança pessoal e profissional com conhecimento, fortalece a rede de atenção materno infantil, nos trazendo subsídios em relação a classificação de risco das crianças e condutas [...] (E4).

E por fim, observou-se que a prática assistencial dos enfermeiros, o seu processo de trabalho na APS, trouxe destaque no fortalecimento dos potenciais da saúde da criança por meio do protocolo. Ganham *status* como protagonista, estando amparados técnico e cientificamente, mediante práticas comprometidas com a segurança, a partir das dimensões assistencial contidas no protocolo.

[...] Depois que começamos a utilizar o protocolo de saúde da criança aqui na UBS, percebo que, está organizando o serviço, principalmente o processo de trabalho, o protocolo agiliza toda essa demanda da criança. Pois ele define o 'que fazer' e 'quem vai fazer'. O protocolo também é importante para os profissionais se preparem para enfrentar situações imprevistas. Ele está disponível em uma versão que posso utilizar aqui do meu computador mesmo. Vai interferir positivamente na qualidade do serviço que estou realizando (E6).

[...] foi importante fazer parte do processo de implantação do protocolo saúde da criança aqui na UBS (E7).

Podemos certificar que, com a experiência na implantação de protocolo, este é essencial para a saúde das crianças, além de organizar o fluxo de trabalho e garantir a segurança dos profissionais de enfermagem.

4.2 FRAGILIDADES E LIMITAÇÕES NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

A participação dos profissionais no processo de implantação do protocolo proposto suscitou em reflexões sobre os desafios para a assistência da criança, evidenciando fragilidades e limitações no processo de trabalho.

[...] a dificuldades com protocolo foi assim: a dinâmica do trabalho aqui é bem tenso, uma demanda bem grande, então às vezes não do tempo de fazer tudo que precisamos, no caso não dá tempo, então quando começamos a estudar o protocolo e utilizar no nosso dia a dia foi muito corrido para conciliar o estudo com o nosso trabalho (E1).

[...] Uma outra dificuldade que vejo, é que os protocolos devem ser discutidos com os trabalhadores das unidades de saúde que estão trabalhando diariamente, direto com os usuários, devem ser avaliados pelos gestores, validados e homologados pela coordenação do SUS, esse é um processo muito demorado (E2).

É notável o desafio de formar trabalhadores para atuarem no SUS, com foco na educação permanente. Essa premissa, com outras mudanças, como garantia de estruturas mínimas para as ações de alimentação e nutrição, da valorização profissional e da participação social visando intervir nos interesses coletivos da política de saúde, evidencia as circunstâncias da gestão democrática e do modelo de cuidado centrado no usuário, indispensáveis à satisfação com a atenção à saúde da criança na ESF (PEDRAZA, 2020).

Embora o protocolo seja visto como uma experiência impactante e efetiva entre os participantes, eles argumentam como fragilidade a falta de dispensa, horário protegido a ser dedicado Educação Permanente em Saúde (EPS), um tempo suficiente para o estudo e para a

apropriação dos protocolos, demandando aos profissionais que estudem fora do horário e ambiente de trabalho.

Com a padronização e organização da assistência, após a implantação do protocolo, ficou evidente que a estrutura física e de pessoal está subdimensionada. A população, por perceber resolutividade no serviço, está buscando com mais frequência o cuidado à saúde da criança.

Observou-se a dificuldade com relação ao curto tempo, proposto para o estudo do protocolo, além de adaptar e conseguir ter um período livre para fazer assimilação do conteúdo.

[...] o tempo para estudar o protocolo que foi bem curto, tivemos dificuldade na liberação da direção e da gestão para realizar os estudos do protocolo no horário de trabalho. Então acho importante termos um horário reservado para poder estudar (E1).

[...] a falta de um horário específico para que haja um encontro para que possamos sanar as dúvidas (E5).

[...] vejo como fragilidade pouco tempo para estudar, o tempo é muito longo no processo de implantação (E7).

Segundo estudo de Araújo *et al.* (2020), os protocolos de enfermagem como um possível instrumento de qualificação da prática, retomam a centralidade do cuidado e a importância de que estes sejam instrumentos de suporte do manejo do cuidado na APS.

Evidências teóricas e práticas mostram mudanças no processo de trabalho da ESF durante a pandemia de Covid-19 em Recife, por exemplo, as tecnologias leves permitiram espaço de relacionamento entre os membros da equipe e os usuários; a comunicação dialógica, empática e ética, capaz de estimular a autonomia, a cooperação e a corresponsabilização dos moradores, contribuindo, na prática, para a mudança institucional nos serviços de saúde, de modo a possibilitar o enfrentamento de situações causadas ou agravadas pela pandemia de Covid-19 por um planejamento participativo, pode contribuir, de fato, para a mudança institucional do setor saúde (SANTANA; MEDEIROS; MONKEN, 2022).

Para se cumprir o propósito na condução do processo de trabalho na APS Recife, na pandemia por Covid-19, os instrumentais recomendados apresentaram ênfase nas tecnologias leve-duras, por meio da utilização de protocolos para organização do fluxo e classificação do risco, trazendo um conhecimento já estruturado quanto ao objeto (SANTANA; MEDEIROS; MONKEN, 2022).

Os resultados do estudo desenvolvido por Krauzer *et al.* (2018) traz a reflexão, quanto a importância de EPS, pois ela propicia o diálogo, a problematização da realidade e a

constituição de novas formas de fazer o cuidado em saúde, mediante a implementação de procedimentos de cuidado.

Um estudo realizado por Lavich *et al.* (2017) traz resultados que apontam estratégias potentes para promover ações de EPS a partir dos enfermeiros como facilitadores no desenvolvimento dessas ações. Além disso, considera a implantação de um Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem (NEPE) um dispositivo desencadeador das ações de EPS realizadas por enfermeiros.

É relevante enfatizar que a Secretaria Municipal de Saúde de Ji-Paraná não dispõe de NEPE. Dessa forma, identificamos nas falas que, durante a prática cotidiana destes profissionais existe a necessidade de ações de EPS, além de um tempo exclusivo para dedicação aos estudos:

[...] a elaboração, a implantação e atualização dos protocolos é um processo que requer muito tempo e precisa ser um trabalho em equipe. Acho que isso dificulta o processo de termo mais protocolos na área de enfermagem, pois não temos horário protegido para estudar, vejo que precisamos aqui em nosso município, precisamos melhorar a educação permanente (E2).

[...] Pouco tempo de estudo (E4).

[...] dificuldade liberação da direção e gestão para poder realizar os estudos de protocolo no horário de trabalho [...] a equipe deverá estar capacitada, também devemos ter com capacitação atualização educação permanente e isso não está acontecendo, essa é a fragilidade (E7).

A EPS pode estar presente em distintos cenários de saúde, incorporada na equipe de enfermagem e profissionais que atuam nos diferentes serviços. A implementação da EPS faz-se necessária a fim de buscar a qualificação da atenção à saúde em consonância com os princípios do SUS, bem como de contemplar mudanças significativas nas práticas dos profissionais em cenários ainda com modelo tecnicista (LAVICH *et al.*, 2017).

Dessa forma, houve desafios no desenvolvimento da implementação do protocolo, que foram discutidos pelos participantes como uma questão institucional, levando ao estabelecimento de estratégias de educação permanente em saúde, conforme apontado:

[...] então também a gente deve ter capacitações atualizações educação permanente e constante, e isso não temos (E1).

[...] vejo isso como um fator que prejudica a enfermagem, a falta de um processo contínuo de educação permanente, pois precisamos estar atualizados para atender melhor nossas crianças e os demais usuários (E2).

Ante esse contexto, é relevante a afirmação de Brito *et al.* (2017), de que a estimulação pedagógica por meio da experiência proporciona uma síntese do conhecimento mediante a

formulação e implementação de metodologias ativas e da convivência com docentes e discentes, ou seja, contribuíram para a formação profissional e reforçaram o desenvolvimento de ações necessárias à vida universitária.

De acordo com o estudo realizado por Araújo *et al.* (2020), o processo de construção coletiva e dialogada, bem como a adequação dos protocolos à realidade local constituíram um importante exercício de educação permanente e aprofundamento dos conhecimentos técnico-científicos dos enfermeiros, com a participação ativa dos diversos atores no processo de aprendizagem.

[...] diante do tempo, temos pouco tempo para focar em melhorias. Nossa jornada de trabalho, o excesso de sobrecarga de trabalho, acaba dificultando essa tarefa de produzir um protocolo (E2).

Ainda sobre o estudo realizado por Ferreira *et al.* (2019, p. 224), este traz a EPS como importante estratégia que objetiva “transformar e qualificar a atenção à saúde, os processos formativos, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços em uma perspectiva intersetorial também no cenário da ESF”.

Os protocolos que determinam a atuação da enfermagem que não esteja especificada na lei do exercício e em seu decreto normativo e código de ética não poderão ser implementados, mesmo que ordenados pelo empregador, ou por outros profissionais, ou pelos profissionais de enfermagem. (PIMENTA *et al.*, 2015).

Um dos participantes cita a padronização por meio do protocolo e deixa claro o que os profissionais de enfermagem deverão fazer:

Em alguns municípios, os gestores delegam aos profissionais as responsabilidades da condução das ações de enfermagem que não competem a esses profissionais. Com a padronização, fica claro o que cada profissional deverá realizar (E2).

Além de servirem como instrumentos de comunicação, os protocolos assistenciais são importantes na garantia da segurança na assistência à criança, aliados à educação permanente. Nesse sentido, o protocolo foi apontado pelos entrevistados como instrumento de qualificação dos profissionais que atuam na APS para melhoria da assistência à população, mas são necessárias a realização de educação, capacitação, e qualificação permanente.

[...] necessitamos de atualização, educação permanente, e isso não está acontecendo (E7).

A educação permanente surgiu como uma estratégia para aprimorar a prática assistencial de enfermagem, visando à melhor implementação do processo, além de contribuir para o aprimoramento profissional, facilitando o aprendizado. O diálogo sobre esse tema foi destacado pelos participantes nos encontros:

[...] Quanto a fragilidade, vou citar que, para implantar o protocolo requer muito esforço, precisamos trabalhar em conjunto com os diretores, profissionais para que, de fato, ele esteja adequado às necessidades aqui da UBS. É preciso estudar continuamente para que não caia no esquecimento. Então reforço, que devemos ter educação continuada com mais frequência (E6).

Esses protocolos têm o efeito de mobilizar o conhecimento científico para o saber-fazer, pois ajudam a apontar lacunas técnicas em sua atuação nos serviços de saúde primários, auxiliando-os a identificar necessidades de apoio mais teóricos (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Há necessidade do conhecimento científico, importante para a prática do cuidado, além de tempo para aprimoramento dos protocolos, assim, faz-se necessário expandir o conhecimento para outras unidades como destacada nos depoimentos:

[...] a elaboração, implantação e atualização dos protocolos é um processo que requer muito tempo, trabalho em equipe. Acho que isso dificulta o processo de termo mais protocolos na área de enfermagem (E1).

Os achados indicam que entre a formação e a prática dos profissionais de enfermagem existe uma lacuna e merece atenção. É necessário rever as metodologias de ensino da SAE e do PE na formação dos profissionais de enfermagem, de acordo com os níveis de competência requeridos, tanto na graduação quanto nos cursos de formação técnicos. Além disso, há necessidade de um maior engajamento institucional, por meio do desenvolvimento de programas de capacitação e protocolos específicos, visando à minimização de barreiras e à potencialização de facilitadores do processo para a implementação efetiva da SAE e do PE em unidade de saúde (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018).

O protocolo, foi apontado pelos entrevistados como instrumento de qualificação dos profissionais que atuam na APS efetivando a melhoria da assistência à criança, no entanto, traz preocupações, pois isso amplia a procura por atendimento dos usuários que não possuem cobertura pela ESF:

[...] com a equipe treinada para aplicação do protocolo, isso aumentará a procura das mães para consultar seus bebês. Acredito que não iremos dar conta, pois temos uma grande área descoberta da ESF aqui na UBS. Essas mães irão comentar sobre o atendimento de qualidade de enfermagem, que está melhor, e aí precisamos pensar

como esses bebê fora de área irá ser beneficiados, porque eles também vão ter direito (E7).

Evidências teóricas e práticas sinalizam por meio de relatos dos profissionais, barreiras quanto à utilização de tecnologias relacionais, indicando o ambiente em que ocorre o trabalho do enfermeiro na ESF e a dinâmica do processo laboral, sendo desfavoráveis à utilização de tecnologias relacionais, constituindo barreiras para seu uso, pois a falta de espaço físico, a livre demanda de atendimento e os processos burocráticos dificultam a utilização de tecnologias relacionais (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017).

Dos resultados deste estudo, os profissionais valorizam a utilização de tecnologias, destacam a comunicação, empatia, escuta e o acolhimento como instrumentos relacionais fundamentais e apontaram como barreiras para sua utilização o ambiente funcional e o processo de trabalho, sendo citado o alto fluxo de pacientes procurando, diariamente, pelo enfermeiro na unidade, sem agendamento prévio, as demandas de problemas da população de sua área de abrangência sendo resolvidas sem consulta programada diariamente (ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017).

Em relação à organização do trabalho, os participantes apontaram dificuldades relacionadas à demanda espontânea. Esse aspecto foi expresso pela ênfase que os profissionais demonstraram nos encontros:

[...] a demanda, a demora que é muito grande então impossibilita às vezes de um atendimento de todos talvez se houvesse mais profissionais esse serviço prestado ele seria muito melhor teria um atendimento de melhor qualidade. A espera por um adiantamento não seria tão grande longo prazo, talvez seja isso é isso seria o único probleminha um problemão (E1).

[...] eu coloco como fragilidades: a nossa demanda espontânea muito alta então a gente acaba priorizando essa atenção as mulheres da nossa área do nosso território. As outras mulheres fora de área a gente acaba perdendo um pouco vínculo e esses bebês. Acabam sendo atendidos de forma precária (E4).

Um dos problemas trazidos por meio das falas, repercute na questão de dimensionamento e estrutura física. O serviço não dispõe de um número adequado de trabalhadores, conforme consta nas declarações.

[...] a baixa cobertura dos territórios é o que dificulta o acesso ao serviço e também na hora de realizar os agendamentos temos uma área grande descoberta por aqui no 2 de abril. Aqui no nosso quadro de funcionários ele tá bem reduzido então isso também dificultou nossas atividades no estudo protocolo (E1).

[...] vejo como fragilidade na assistência de enfermagem, a falta de recursos humanos e a estrutura física aqui da nossa UBS (E2).

[...] tá então isso é um problema da gestão precisa ser resolvido com o dimensionamento legal com mais UBS espaço físico mais próximo dos seus bairros, então pode é um ponto uma fragilidade, mas que é problema da gestão (E4).

[...] cito como fragilidade a dificuldade de acesso ao serviço e atendimento, além da baixa cobertura pela ESF aqui no município (E7).

A compreensão dos problemas éticos e bioéticos nas vivências de enfermeiros no cotidiano da APS e seu impacto sobre a segurança do profissional, relacionam-se às precariedades do sistema e do atendimento, às condições de infraestrutura, ambiente e ambiência, e às fragilidades em torno das relações usuário-família-equipe, equipe-equipe e equipe-gestão, impactando negativamente na segurança do profissional (SILVA *et al.*, 2020).

Em meio a esse clima, surgiram reflexões sobre a necessidade de adaptação à estrutura física, que foram expressas nas discussões em grupo.

[...] a meu ver eu encontro problema no atendimento as crianças na UBS sim. Pelo menos aqui na triagem nós não temos um lugar adequado, lugar físico mesmo, espaço físico onde a gente possa colocar uma maca, onde dá para medir a criança deitar os bebês nós não temos que tirar roupa da criança aqui na triagem para pesar como manda o protocolo criança sem roupa (E7).

[...] cito que os protocolos não conseguem responder a 100% de todas as questões e nem sempre temos descrito como realizar ou como enfrentar situações imprevistas (E2).

[...] nós estamos conseguindo colocar em prática, mas algumas vezes a gente se depara com pequenas coisinhas que está faltando, eu acho que é isso que tem que sendo ajustado (E3).

A segurança do profissional é favorecida pela experiência e as habilidades adquiridas pelo enfermeiro em seu exercício profissional, assim como os requisitos estabelecidos pela SAE, os protocolos assistenciais, o uso de redes e mídias sociais, e a sensibilização das equipes por espaços de discussão e capacitação relacionado à ética, bioética e prática segura (SILVA *et al.*, 2020).

Neste seguimento, para superar as barreiras da implementação dos protocolos de enfermagem, amparando o enfermeiro frente à importância prática da assistência na APS, a pesquisa evidenciou que os profissionais estão conseguindo colocar o protocolo em prática, mas existem desafios a serem superados, e, com pequenos ajustes a equipe, (QUADRO 15) está construindo um material adequado para realidade local.

4.3 FACILIDADES NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Nesta categoria, verificou-se que o processo de implantação favoreceu o trabalho em equipe, facilitando sua utilização durante as atividades diárias da equipe de enfermagem

A atuação do enfermeiro na APS propõe pesquisas que visem à superação de barreiras para a implementação da SAE e PE neste nível de atenção. A disseminação da experiência de implementação pode subsidiar a implementação de boas práticas na APS (RIBEIRO; PADOVEZE, 2018).

Em relação ao processo de estudo do protocolo, o acompanhamento realizado mediante a criação e aplicação de vídeos utilizando as ferramentas *Microsoft Teams*, percebemos por meio das falas dos participantes, que foi possível o esclarecimento de dúvidas, informações e discussões dos participantes. Publicar materiais didáticos por grupos no *WhatsApp*, além de oportunizar, viabilizou a implementação do que foi aprendido.

[...] Os vídeos foram gravados com o conteúdo do estudo do protocolo ele facilitou muito na hora de estudar, quando eu tinha dúvida é só eu voltar, então eu vou poder compreender melhor; aí também temos o grupo do *whats app* que também facilitou bastante os momentos da discussão e aprendizagem pois é assim que a gente aprende. Achei muito interessante e proveitosa a forma que foi conduzida nossos tudo os vídeos ficam arquivados e eu posso acessar novamente a hora que eu quiser (E1).

[...] quanto a forma de comunicação foi ótima a interação com os profissionais; a proposta de literaturas para leitura e conhecimento; além da comunicação pessoal, interagimos por meio de redes sociais e outras (E4).

[...] um ponto positivo que com o grupo que foi feito com o material que foi liberado a mestrandia nos coloca a par dos vídeos e nós podemos acompanhar a evolução do protocolo. Esse protocolo que nos auxilia no dia a dia na UBS (E5).

[...] os vídeos gravados, falando do estudo do protocolo, assim como material enviado no grupo de *whats app*, foi excelente ideia. Como a gente tem um tempo muito corrido não temos tempo disponível acaba sendo corrido aqui na nossa unidade isso nos oportunizou para que eu pudesse estudar no horário mais apropriado (E7).

Nesse sentido, a análise das entrevistas evidenciou, que o processo de implantação favoreceu o trabalho em equipe, facilitando sua utilização durante as atividades diárias da equipe de enfermagem.

[...] ao meu ver esse protocolo ele é muito importante para essa unidade nós podemos oferecer um acolhimento melhor para nossos usuários e fazer uma escuta qualificada com a finalidade de identificar as necessidades tanto da mãe quanto do bebê (E1).

[...] no protocolo é o que ajuda muito aquele quadro que a gente tem os retornos o calendário e já tem algumas referências do crescimento desenvolvimento por período (E3).

[...] quanto ao processo de implantação, ainda bem que não começamos do zero já temos o material pronto, isso favoreceu nosso trabalho e o cuidado da saúde da criança aqui na UBS (E7).

Segundo Pimenta *et al.* (2015), os protocolos devem ser elaborados nos princípios da prática baseada em evidências. Uma vez aprovados, serão divulgados e treinados os profissionais para utilizá-los, eles se tornarão um padrão e serão responsáveis por cumpri-los.

[...] a gente observa que a padronização do atendimento ao recém-nascido é muito importante na construção desse protocolo para podermos padronizar o atendimento e a nossa UBS (E4).

[...] Esse protocolo que nos auxilia no dia a dia na UBS (E5).

Os protocolos contribuem com os conhecimentos científicos e no embasamento do saber fazer, auxiliando na atuação dos serviços da APS. A construção compartilhada dos protocolos se mostrou um facilitador para a sistematização da assistência, uma importante ferramenta para a melhoria dos processos de cuidados (ARAÚJO *et al.*, 2020).

[...] com o protocolo tudo está ficando organizado e padronizado então a equipe fica motivada e com mais conhecimento (E1).

[...] essa troca de experiências e esse protocolo ele vem no momento que vai fortalecer a nossa rotina e nós como profissionais de enfermagem, ajuda a lembrar do que foram bem colocados na academia, mas que com a rotina do dia a dia a gente acaba perdendo pontos importantes de observação na avaliação do recém-nascido e posteriormente nas outras avaliações com dois meses 6 meses 9 meses um ano e assim vai (E4).

Fica evidente que os resultados encontrados são positivos, pois ao estabelecer um fluxo de atendimento, por meio do protocolo, tornou o processo de trabalho mais organizado. Com isso, beneficia-se a assistência as crianças, reforçando as referências que adotam e os fundamentos que permeiam a RAS infantil.

[...] estabelecer o fluxo de atendimento no protocolo beneficia as crianças o protocolo recomenda como deve ser atendimento das crianças e com isso o processo de trabalho fica organizado (E7).

De acordo com o estudo realizado por Oliveira *et al.* (2021), a implementação de protocolos possui por finalidade formalizar parceria de trabalho, atuando como instrumento de padronização de condutas e manejo frente aos usuários.

[...] então protocolo realmente muito importante e ele deve ser em cada dia mais padronizado na nossa unidade porque nós temos uma demanda enorme muitos

usuários nesse quesito aí mãe e filho. Que realmente precisa de mais atenção prioritária (E1).

Oliveira *et al.* (2021) considera que a adoção de protocolos, beneficia as crianças assim como possibilita reduzir complicações decorrentes de diferentes agravos. Além dos profissionais estarem amparados por um ambiente mais harmonioso de trabalho e maior segurança na qualidade do serviço ofertado.

[...] vejo que devemos assim que há necessidade na verdade potencializar em padronizar cada dia mais os recursos disponíveis para efetivação dos direitos dessa criança e do seu grupo familiar (E1).

Para os profissionais de enfermagem, as estratégias de adaptação do protocolo se mostraram adequadas para a prática de enfermagem no processo de implementação, além disso, respondem satisfatoriamente no cuidado à criança, trazendo segurança às ações realizadas conforme demonstrado no depoimento:

[...] protocolo do Conselho Regional de Enfermagem, este material já está validado por profissionais de excelência, ele está apropriado para as nossas necessidades da UBS. Responde satisfatoriamente, trazendo segurança aos profissionais de enfermagem, que irão realizar a assistência às crianças (E2).

Na prática assistencial é necessário dispor de reflexão em relação às potencialidades e fragilidades para a sistematização da assistência. Com a praticidade da padronização, que os protocolos proporcionam, deve-se ter em mente que as tomadas de decisões e os conteúdos não devem ser definidos como uma receita replicável de modo universal. Assim, é importante integrar a equipe para identificar e reconhecer falhas, problemas, necessidades e prioridades com a finalidade de melhorar a qualidade assistencial (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Sob esse ponto de vista, ficou claro que o conteúdo proposto no protocolo se caracteriza como conteúdo aplicável, apresenta um tema específico, é sustentado pela definição do tema, deriva das necessidades de saúde da população infantil e validado por profissionais renomados.

[...] o protocolo do COREN Paraná é um instrumento rico ele foi validado por profissionais altamente capacitados [...] (E7).

Os protocolos devem ser oficiais, legíveis, válidos, confiáveis, baseados em evidências científicas e utilizados de forma adequada e eficaz. Tudo isso inclui uma formulação rigorosa,

adaptação às realidades locais e implementação e monitoramento por medidas de uso (processo) e eficiência (resultados) (PIMENTA *et al.*, 2015).

Nesse sentido, o relato comprovou o propósito de implantar o protocolo elaborado pelo COREN Paraná à nossa realidade durante a análise da entrevista. Além de ser uma ferramenta de apoio, a interpretação, ressalta que pode ser utilizada durante a CE, já está validado por especialistas renomados, e possibilita a implantação da sistematização da assistência nas unidades de saúde. Como resultado, temos a satisfação dos profissionais:

[...] eu gostei muito da ideia de pegar um protocolo pronto elaborado pelo COREN Paraná, já pronto para ser utilizado, e ele já está validado por excelentes profissionais da enfermagem (E1).

[...] a implantação do protocolo aqui na UBS está sendo satisfatória (E7).

Outro relato importante identificado está relacionado à ideia central do pesquisador desenvolver suas atividades laborais no local de pesquisa, sendo visto como um facilitador no momento para esclarecimento de dúvidas sobre o uso do protocolo nas unidades de saúde:

[...] quando tinha dúvida sobre o conteúdo do protocolo, enviava uma mensagem no grupo ou procurava no consultório e isso só agilizou o processo para esclarecer as dúvidas (E1).

[...] outro ponto positivo é ter você como aluna é que quando nós temos dúvidas podemos ir até o seu consultório e vocês esclarecem nossas dúvidas rapidamente, conforme elas forem surgindo (E7).

O estudo da implementação dos protocolos de enfermagem em Jaraguá do Sul, Santa Catarina, relata a implantação e os impactos no contexto da APS. A implantação impactou diretamente nos 12.765 pacientes que aguardavam a primeira consulta médica. Após um mês, houve redução de 74,71% (9.538 pacientes) e em sete meses, houve o resultado prospectado de zerar as filas de primeira CE na APS (BONATTO *et al.*, 2021).

Para os entrevistados, a aplicação do protocolo nas CE aumentou a demanda por serviços de enfermagem na unidade. Além disso, as mães expressam verbalmente sobre a melhoria da qualidade das CE de seu filho, levando as mães que não consultavam na UBS buscarem essa assistência.

[...] com a experiência do protocolo, após utilizado, é visível o aumento do atendimento das crianças aqui na UBS depois que nós começamos a usar posso dizer assim, que as mães elas já estão sabendo da melhoria da qualidade de atendimento aqui na UBS. Então depois da implantação a gente percebe que a demanda pela procura de consultas para os bebês aumentou bastante então estamos preocupados como vamos organizar as agendas (E1).

[...] percebemos um aumento da demanda das crianças, percebemos que está ficando organizado (E7).

Por fim, o protocolo facilitou o PE, direcionando e padronizando as CE de saúde da criança, as prescrições de enfermagem favorecendo a atenção materno-infantil:

[...] com o uso do protocolo temos a padronização nas ações de uma equipe de enfermagem (E2).

[...] o protocolo vem para nos direcionar e padronizar essa atenção para que todos os profissionais façam um atendimento de forma igual, e que todas as crianças tenham essa atenção atendida e as mães também. A continuidade do cuidado da criança antes e após a utilização do protocolo de saúde da criança está fortalecida em relação ao calendário das consultas, avaliação do crescimento e desenvolvimento, manejo clínico sobre as principais ocorrências apresentadas pelas crianças (E4).

Enfim, a CE por meio da implementação dos protocolos traz mais segurança ao trabalho do enfermeiro e reduz as filas de espera na APS. Além disso, permite a prescrição de exames e medicamentos essenciais para os usuários, bem como o processo de acolhimento nas unidades foram incorporados na rotina de trabalho dos enfermeiros, proporcionando maior resolutividade das demandas de saúde (BONATTO *et al.*, 2021).

4.4 CATEGORIA 4 - SUGESTÕES PARA COMPLEMENTAR O PROTOCOLO PARA A REALIDADE DE RONDÔNIA

O processo de cuidar faz parte da organização do trabalho da enfermagem e é importante na gestão em saúde. Os participantes se dedicaram à adaptação do protocolo definido, pois a formulação das propostas foi discutida em pequenos grupos, assim, de tempos em tempos, eles foram atualizados sobre o tema estudado, bem como sobre a efetiva implantação do serviço, como alguns dos participantes mencionaram. O diálogo, a seguir, ilustra essa condição:

[...] buscamos como equipe contribuir para evidenciar as dificuldades e apontar intervenções na assistência do bebê tentando fazer o protocolo mais aplicado possível para nossa realidade (E7).

Estudo aponta que a implantação dos protocolos de enfermagem no âmbito municipal proporcionou capacitação aos profissionais, além da oferta de CE em que não havia atendimento do Enfermeiro, ampliação do acesso dos pacientes, com redução significativa de filas de espera, além do aumento das CE e resolutividade destas (SIQUEIRA *et al.*, 2021).

A utilização de protocolos favorece a assistência, promove o uso de práticas baseadas em evidências, reduz as disparidades de informações e condutas, estabelece limites para a ação e colabora entre as partes. Os protocolos são ferramentas legais, baseadas em princípios da prática baseada em evidências e fornecem as melhores opções de atendimento (PIMENTA *et al.*, 2015).

O conteúdo discutido nos encontros se formou na relação dialética entre o contexto da prática e a teoria, os participantes mencionaram como sugestão a divulgação do protocolo de atenção à saúde da criança, pois não é só na unidade de pesquisa, mas deve se estender a todas as unidades de saúde do município. Foi comentado pelo grupo:

[...] Não pode ficar apenas no 2 de abril, precisa expandir para todos os profissionais da APS (E4).

Ao se exporem, os participantes revelam a realidade, destacando o processo de cuidar, a necessidade de organizar e corrigir suas lacunas. Assim, um protocolo correspondente ao local buscará oportunidades de transição para um melhor atendimento, além de impulsionar a SAE. Nesse sentido, sugerem que, por meio do diálogo estabelecido, sejam incorporados elementos ao protocolo de CE à saúde da criança, no contexto de trabalho (Quadro 15).

QUADRO 15 - CONTRIBUIÇÕES PARA ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO

(CONTINUA)

| Capítulo do Protocolo | Protocolo Oficial/original | Sugestões para adaptação | Versão Aprovada |
|------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| Capítulo 1 | Página 13 | O comprimento é a medida da altura com o indivíduo na posição horizontal. Estatura é a medida na posição em vertical. | Feitos os ajustes |
| Capítulo 1 | Não possui | As atribuições específicas dos profissionais de enfermagem em relação à criança. | Acrescentar atribuições específicas dos profissionais de enfermagem. |
| Capítulo 1 | Página 17 | Ampliar a solicitação de exames no quadro 2 | Atualizar o quadro com a ampliação dos exames |
| Capítulo 1 | Página 19 | Atualização da estratificação de risco; reorganizar a rede do cuidado na rede de atenção materno-infantil; | Atualizar da estratificação de risco e capacitar os profissionais. |

QUADRO 15 - CONTRIBUIÇÕES PARA ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO

(CONTINUAÇÃO)

| Capítulo do Protocolo | Protocolo Oficial/original | Sugestões para adaptação | Versão Aprovada |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Capítulo 1 | Página 28 | A conduta do granuloma umbilical na ausência de bastão de nitrato de prata | Acrescentar conduta na para ausência do nitrato de prata bastão, se granuloma” |
| Capítulo 1 | Página 29 | Acrescentar Eventos adversos das vacinas; acrescentar as condutas: hérnia umbilical e inguinal a fimose. Imperfuração anal criptorquidia; icterícia; Abordar sobre a dentição não tem nada do período da erupção dos dentes. Abordar cuidados quais as condutas diante de qualquer alteração tá sobre a higiene oral | Acrescentar as condutas: diante de das situações citadas |
| Capítulo 1 | Não se aplica | Inserir Representação dos reflexos da criança e Representação dos testes de Barlow e Ortolani | Acrescentar as condutas: diante de das situações citadas |
| Capítulo ,1 2,3,4,5,6,7,8 | Não se aplica | Adaptar os fluxogramas para realidade local | Acrescentar as condutas: diante de das situações citadas |
| Capítulo 2 | página 32 | O texto ao final da página colocador em formato de | Acrescentar as condutas: diante de das situações citadas |
| Capítulo 3 | Não se aplica | Acrescentar os parâmetros da frequência respiratória, temperatura, frequência cardíaca conforme idade, crescimento, peso, perímetro cefálico | Acrescentar as condutas: diante de das situações citadas |
| Capítulo 3.1 | Não se aplica | Organizar em formato de texto -. Dor de ouvido; inserir imagens para facilitar a avaliação. | Acrescentar as condutas: diante de das situações citadas |
| Capitulo 4 | Página 72 - 75 | Colocar como anexo as páginas 72 até a página 75. Melhorar o da Avaliação da desnutrição conforme AIDPI. Excluir o Quadro 29 - Perguntas sobre atividades físicas para crianças com peso elevado e texto logo abaixo do quadro. | Acrescentar as condutas: diante de das situações citadas |

QUADRO 15 - CONTRIBUIÇÕES PARA ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO

(CONCLUSÃO)

| Capítulo do Protocolo | Protocolo Oficial/original | Sugestões para adaptação | Versão Aprovada |
|------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| Capítulo 5 | Não se aplica | Organizar as partes de texto em formato de quadros; colocar o item “Evidências científicas quanto as intervenções eficazes para redução da morbimortalidade por doenças diarreicas” como Anexo. | Acrescentar as condutas: diante de das situações citadas |
| Capítulo 6 | Não se aplica | Resumir o texto logo no início do capítulo para síntese das informações. | Organizar as condutas: diante de das situações citadas |
| Capítulo 7 | Não se aplica | Melhorar as condutas dos Problemas Oculares - organizar a parte em texto formato de quadros. | Organizar as condutas: diante de das situações citadas |
| Capítulo 8 | Não se aplica | Melhorar as condutas dos Problemas dermatológicos, acrescentar condições clinicas mais comuns na unidade - organizar a parte em texto formato de quadros. | Acrescentar e organizar as condutas: diante de das situações citadas |

Fonte: O autor (2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras agências nacionais e internacionais desenvolveram critérios para avaliar e desenvolver protocolos de atendimento. Deve-se constar: origem, objetivos, grupo de desenvolvimento, conflito de interesse, evidências, revisão, fluxograma, indicador de resultado, validação pelos profissionais que utilizarão o protocolo, validação pelo usuário, limitações, plano de implementação (PIMENTA *et al.*, 2015).

Os protocolos assistenciais visam orientar a assistência à saúde prestada pelo enfermeiro. Sua ausência dificulta a organização da prática do cuidado. O quadro anterior foi construído com sugestões dos participantes da pesquisa. Portanto, para a versão revisada, espera-se anexar as propostas dessa construção ao protocolo, que padronizem as atividades e os serviços de saúde da criança, utilizando os discursos do último encontro.

[...] Então assim, na minha opinião, o protocolo está completo então ele contém todas as informações necessárias da saúde da criança e é isso protocolo tá sendo excelente (E1).

[...] Não podemos deixar, sem estabelecer um período para novas avaliação e atualização do protocolo (E2).

[...] no protocolo é o que ajuda muito aquele quadro 1 do protocolo temos os retornos do calendário e já tem algumas referências do crescimento desenvolvimento por período. Eu acho que seria interessante acrescentar uma coluna dos percentis para ter um parâmetro dos valores do peso por período ganhado por consulta: perímetro cefálico; peso; comprimento também acho que ajudaria bastante, para facilitar, constar o que deve avaliar naquele primeiro momento (E3).

[...] Acredito que esteja completo, sem necessidade de ajustes para este momento, mas sugiro alterar no texto do protocolo lá no quadro 1- O comprimento é a medida da altura com o indivíduo na posição horizontal. Estatura é a medida na posição em vertical (E4).

[...] em minha opinião o protocolo está completo contém todas as informações necessárias à saúde da criança (E7).

Os enfermeiros atuam como gestores de usuários em um ambiente onde o trabalho em equipe, a liderança e a formação são parte indispensável na promoção de segurança de falhas. Ações para fomentar um ambiente laboral seguro na APS devem ser lideradas por enfermeiros (VÁZQUEZ *et al.*, 2017).

A prática clínica dos enfermeiros tem impacto positivo na atenção à saúde dos usuários da APS, como o fortalecimento das relações de confiança com indivíduos, famílias e comunidades por dimensionamento de soluções pela implementação dos protocolos clínicos de enfermagem e, também, pelo uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) nesse cenário e suas contribuições para uma prática clínica efetiva e de qualidade (KAHL *et al.*, 2019).

Em meio à ambiência da APS, surgiram consensos sobre as recomendações para a operacionalização dessa tecnologia, apontadas nos debates dos encontros conforme os participantes enfatizaram:

[...] Vejo que precisa acrescentar a parte que fala dos eventos adversos das vacinas. Sugiro acrescentar as atribuições de cada profissional. Sugiro fazer a atualização no protocolo da estratificação de risco, ampliar a solicitação de exames no quadro 2 conforme comentamos lá no grupo (E6).

[...] e sugestões repassar o conhecimento do protocolo aos ACS porque eles são serviços de ponta e preparar uma capacitação para eles. É necessário também repassar aos médicos e equipe de recepção enfim todos da UBS devem ter conhecimento do nosso material. Em minha opinião o protocolo está completo contém todas as informações necessárias à saúde da criança (E7).

[...] no quadro 9 tem vários eventos que são abordados ocorrências. Eu acho que o estrófulo poderia ser acrescentado. Como já falei o granuloma umbilical mudou. Acrescentar as condutas: hérnia umbilical a fimose. Imperfuração anal criptorquidia

algumas situações que a gente pode estar vivenciando aqui no momento da consulta (E3).

Os protocolos estão tornando-se um instrumento muito utilizado no fomento da enfermagem baseada em evidências, concedendo ao enfermeiro implementar o conhecimento científico na assistência, qualificando-a e tornando-a segura. Com a experiência de enfermeiras, por meio do conhecimento, com enfoque na tecnologia leve-dura dos protocolos mostram a existência de modelos distintos de protocolos, categorizados conforme o conteúdo e enfoque prático, e sua aplicabilidade é o maior diferencial entre eles (ARAIS *et al.*, 2021).

Assim, as contribuições para o aprimoramento do protocolo, fazendo recomendações conforme delineado no diálogo sobre este tema, foram destacadas pelos participantes do encontro.

Previamente, exige-se uma gestão proativa dos enfermeiros, orientada para a prevenção de erros, com um sistema objetivamente reconhecido de melhoria contínua e cumprimento de normas com revisões periódicas de desempenho. O objetivo da segurança do paciente em todas as ações deve ser pautado na qualidade do trabalho individual dos profissionais, considerando também o contexto em que foi desenvolvido (VÁZQUEZ *et al.*, 2017).

Portanto, os profissionais de saúde envolvidos na APS devem ser acolhidos, pois, muitas vezes, se deparam com um cenário complexo e adverso e desconhece a cultura institucional, os processos, as estruturas materiais, a natureza e as pessoas daquele estabelecimento.

Nesse sentido, dentre as formas de acolhimento de novos profissionais, destaca-se a apresentação de protocolos para que, por meio da operação dessa tecnologia, eles se sintam integrados e seguros com os aspectos organizacionais do ambiente de trabalho, conforme apontaram os participantes:

[...] também senti falta, o que facilitaria muito para o profissional que chega não tem muita experiência também que conduta orientar diante de uma icterícia fisiológica. Também poderia ser colocado lá no quadro 9, então icterícia fisiológica; também abordar sobre a dentição não tem nada do período da erupção dos dentes; os cuidados nessa situação; acho que seria interessante está sendo acrescentado também quais os cuidados quais as condutas diante de qualquer alteração tá sobre a higiene oral que é super importante tá fazendo já para prevenção dessas cáries (E3).

Novamente, foi apontado no protocolo, a necessidade de acrescentar informações junto ao Quadro 9, conforme a explicação citada da fala:

[...] é uma outra sugestão ali na página 28, na limpeza do couro, ainda coloca aqui em caso de granuloma usar nitrato de prata, a gente sabe, que faz tempo já que saiu do mercado nitrato de prata. E, hoje a gente só conta com o álcool 70%. Tenta retirar esse nitrato de prata e incluir ele no quadro 9 o tópico granuloma umbilical como que vai ser cuidado para ficar bem mais específico também (E3).

O avanço da atuação do enfermeiro e a ampliação do acesso ao serviço de saúde, é demonstrado pela experiência profissional, contextualizada por meio da vivência dos enfermeiros na perspectiva da SAE com foco no fortalecimento da APS e na ampliação do acesso resolutivo e de qualidade. Além disso, o uso de protocolos auxilia na tomada de decisão, com foco na segurança do paciente e fornece suporte profissional baseado nos princípios éticos da profissão (BÁFICA *et al.*, 2021).

É possível identificar a assistência, utilizando-se do protocolo, pois confere qualidade ao trabalho dos profissionais de enfermagem e fortalece o PE, bem como a SAE. Por meio desse estudo, fica evidente que o cuidado de enfermagem foi realizado por meio do PE, guiado por evidências científicas - protocolo que evidencia a necessidade do adequado dimensionamento da equipe de enfermagem e de saúde, além de ser um guia para a prática profissional na dimensão cuidar.

Com a utilização do protocolo nas CE, observamos uma evolução progressiva e contínua da enfermagem na linha de cuidado integral à criança, de maneira sistematizada e com planejamento das ações. Ampliando, a compreensão dos profissionais para ações de cuidado, com a finalidade de nortear práticas adequadas de enfermagem.

Por meio de discussões nos encontros formais e informais, construiu-se uma relação dialética entre o contexto concreto e a teoria. À medida que seguimos traçando o caminho percorrido, despertou-se o debate sobre diferentes pontos de vista de um mesmo contexto, revelando a realidade com suas contradições e imperfeições, bem como a vivência e experiência da enfermagem. No entanto, as reuniões visam alcançar as melhores práticas e podem impulsionar a transformação da assistência e melhores condições de trabalho. Nesse sentido, o diálogo estabelecido entre os profissionais é o gatilho para possíveis mudanças no ambiente de trabalho da enfermagem.

Sem a participação da enfermagem, segundo Siqueira *et al.* (2021), não existe uma APS resolutiva, além disso estes profissionais desempenham papel preponderante na efetivação do SUS em seus diversos espaços. Nesse sentido, os protocolos de enfermagem constituem-se como ferramenta primordial para a efetivação do modelo da APS no país. Ampliar o acesso do paciente à APS com redução drástica de filas, aumento de CE e suas soluções, é de fato uma

inovação e faz a diferença para os usuários. Dessa forma, aderir aos protocolos permite a valorização e o protagonismo da enfermagem na APS.

Com a implementação de protocolo, busca-se um instrumento capaz de acolher as crianças, buscando garantir um melhor acesso ao serviço com um atendimento humanizado, rápido e efetivo, o que é observado em protocolos amplamente difundidos (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

4.5 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO

Com o processo de adaptação do protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à saúde, módulo 4 - COREN/PR para realidade da UBS 2 de abril em Ji-Paraná, obtivemos um novo produto. Este foi reestruturado para a realidade local pela contribuição dos profissionais de enfermagem por meio dos encontros formais e não formais.

O quadro seguinte descreve de forma sucinta as adaptações e justificativas de cada item de acordo com cada capítulo.

QUADRO 16 - ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO

(CONTINUA)

| Capítulo 1 do Protocolo | |
|---|--|
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| As atribuições específicas dos profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde em relação à criança. | Deixar claro as atribuições de cada profissional |
| No Quadro 2. Consultas e Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento foi inserido a palavra Comp (Comprimento) ficando a coluna - Comp/Est | Facilitar o acesso às informações |
| Inserido o Quadro 4. Representação dos reflexos da criança | Enriquecer as informações |
| Inserido o Quadro 5. Representação dos testes de Barlow e Ortolani | Enriquecer as informações |
| Reorganizado o Quadro 3 ficando intitulado da seguinte forma Quadro 6. Ordenação do cuidado na rede de atenção materno-infantil | Facilitar o acesso às informações |
| Excluído o texto logo abaixo do texto “Condutas para avaliação do crescimento e desenvolvimento | Facilitar o acesso às informações |
| Inserido o Quadro Consultas da Criança - Baixo Risco | Facilitar o acesso às informações |
| Ampliação da solicitação de exames no Quadro 2 | Deixar claro os exames que os profissionais podem solicitar. |

QUADRO 16 - ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO

(CONTINUAÇÃO)

| Capítulo 1 do Protocolo | |
|---|---------------------------------------|
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| Atualização da estratificação de risco | Facilitar o acesso às informações |
| O Quadro 9 foi acrescentado: Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV); Obstrução nasolacrimal Congênita; Hérnia umbilical; Hérnia inguinal; Criptorquidia; Hidrocele; Fimose; Coto umbilical; Granuloma umbilical; Refluxo | Facilitar a conduta dos profissionais |
| A conduta do granuloma umbilical na ausência de bastão de nitrato de prata | Facilitar a conduta dos profissionais |
| O fluxograma 1 foi organizado e teve novo formato e inserido ao final do capítulo. | Facilitar o acesso às informações |
| Capítulo 2 do Protocolo | |
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| Inserido o texto em formato de Quadro 17. IDADE CORRIGIDA O RN PREMATURO | Facilitar o acesso às informações |
| Inserido o Quadro 18. CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO | Facilitar o acesso às informações |
| O algoritmo 2 - Plano C desidratação AIDPI neonatal foi reorganizado e teve novo formato e inserido ao final do capítulo. | Facilitar o acesso às informações |
| O Instrumento Escala de Avaliação da autoeficácia foi inserido no Anexo 4. Escala de Avaliação da autoeficácia | Facilitar o acesso às informações |
| O texto ao final da página 32 foi colocado no Quadro 17. Idade corrigida o RN prematuro | Facilitar o acesso às informações |
| O texto ao final da página 33 foi inserido no Quadro 18. Classificação do recém-nascido | Facilitar o acesso às informações |
| Foi criado o fluxograma 2 Consulta de Enfermagem à criança com desidratação | Facilitar o acesso às informações |
| O fluxograma 3 foi organizado e teve novo formato e inserido ao final do capítulo. | Facilitar o acesso às informações |
| Capítulo 3 do Protocolo | |
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| Inserido o Quadro 29. Avaliação da dificuldade para respirar | Facilitar o acesso às informações |
| Inserido o Quadro 30. Avaliação da dificuldade para respirar | Facilitar o acesso às informações |
| Reorganizado o Quadro 21. “Procedimentos para tosse ou a dificuldade para respirar - Inserido o Quadro 31 Condutas Para Tosse Ou A Dificuldade Para Respirar | Facilitar o acesso às informações |
| O Quadro 22. Avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade com sibilância foi reorganizado Quadro 29. Avaliação da dificuldade para respirar | Facilitar o acesso às informações |

QUADRO 16 - ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO

(CONTINUAÇÃO)

| Capítulo 3 do Protocolo | |
|---|-----------------------------------|
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| O Quadro 23 foi inserido logo abaixo ao Quadro 31 Condutas Para Tosse Ou A Dificuldade Para Respirar | Facilitar o acesso às informações |
| O Quadro 24. Valores normais para frequência respiratória conforme idade foi excluído pois foi inserido um mais completo | Facilitar o acesso às informações |
| O fluxograma 3 foi organizado e teve novo formato e inserido ao final do capítulo. | Facilitar o acesso às informações |
| Capítulo 3.1 do Protocolo | |
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| O texto foi reorganizado formando o Quadro 34. Dor de ouvido | Facilitar o acesso às informações |
| Inserido o Quadro 36. Avaliação e classificação das crianças com dor de ouvido; | Facilitar o acesso às informações |
| Inserido o Quadro 37. achados à otoscopia | Facilitar o acesso às informações |
| O fluxograma 4 foi organizado e teve novo formato. | Facilitar o acesso às informações |
| Capítulo 4 do Protocolo | |
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| Retirado ao final da página 72 até a página 75. Acrescentado o Quadro 41. Avaliação da desnutrição conforme AIDPI. Excluído o Quadro 29. Perguntas sobre atividades físicas para crianças com peso elevado e texto logo abaixo do quadro. | Facilitar o acesso às informações |
| Inserido o Quadro condutas diante do crescimento da criança | Facilitar o acesso às informações |
| Inserido o Quadro.39 PROFILAXIA - ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A EM CRIANÇAS | Facilitar o acesso às informações |
| Capítulo 4 do Protocolo | |
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| Inserido o Quadro 40 GANHO ANTROPOMÉTRICO - 1º AO 2º ANO. | Facilitar o acesso às informações |
| O fluxograma 5 foi organizado e teve novo formato. | Facilitar o acesso às informações |
| Capítulo 5 do Protocolo | |
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| O texto logo no início do capítulo foi resumido. | Facilitar o acesso às informações |
| Criado o Quadro 46- Características Diarreicas Menores 2 Anos a partir do texto descrito pelos autores. | Facilitar o acesso às informações |

QUADRO 16 - ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO

(CONTINUAÇÃO)

| Capítulo 5 do Protocolo | |
|--|-----------------------------------|
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| O Quadro 31. Principais tipos de bactérias, vírus e parasitas envolvidos nas doenças diarreicas agudas, modos de transmissão, reservatórios e grupos etários foi inserido como Anexo 6. Principais tipos de Bactérias, Vírus e parasitas envolvidos nas doenças diarreicas | Facilitar o acesso às informações |
| O Quadro 32. Manifestações clínicas, período de incubação e duração da doença das principais bactérias, vírus e parasitas envolvidas nas doenças diarreicas - foi inserido no Anexo 7. Manifestações clínicas das doenças das principais bactérias, vírus e parasitas nas doenças diarreicas | Facilitar o acesso às informações |
| O fluxograma 6 foi organizado e teve novo formato. | Facilitar o acesso às informações |
| O Quadro 33. Avaliação do estado de hidratação do paciente e definição do plano de tratamento adequado foi reorganizado e teve nova formatação | Facilitar o acesso às informações |
| Foi inserido o texto da Receita Do Soro Caseiro em um quadro. | Facilitar o acesso às informações |
| Foi inserido o texto - “Referente ao Tratamento das Crianças com sangue nas fezes” em um quadro | Facilitar o acesso às informações |
| Inserido o - Quadro 48. Condutas durante o tratamento em crianças | Ampliar o acesso às informações |
| Foi inserido o texto - “Observações Quanto ao Uso De Medicamentos Em Crianças Com Diarreia” em um quadro | Facilitar o acesso às informações |
| O item “Evidências científicas quanto as intervenções eficazes para redução da morbimortalidade por doenças diarreicas” foi inserido como Anexo 10. | Facilitar o acesso às informações |
| O fluxograma 6 foi organizado e teve novo formato além de ser inserido ao final do capítulo. | Facilitar o acesso às informações |
| Capítulo 6 do Protocolo | |
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| O texto logo no início do capítulo foi resumido. | Facilitar o acesso às informações |
| O fluxograma 7 foi adaptado para o local. | Facilitar o acesso às informações |
| Capítulo 7 do Protocolo | |
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| O quadro. Anamnese E Exame Físico Na Avaliação Ocular - foi inserido no início do capítulo. Além de acrescentar junto ao quadro o Diagnóstico de enfermagem (CLASSIFICAÇÃO..., 2016). | Facilitar o acesso às informações |
| O quadro Sinais E Sintomas Das Principais Etiologias Da Conjuntivite - foi inserido logo baixo do quadro anterior | Facilitar o acesso às informações |

QUADRO 16 - ADAPTAÇÃO DO PROTOCOLO

(CONTINUAÇÃO)

| Capítulo 7 do Protocolo | |
|---|-----------------------------------|
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| Foi criado o quadro - Problemas Oculares | Facilitar o acesso às informações |
| O fluxograma 8 foi organizado e teve novo formato. | Facilitar o acesso às informações |
| Capítulo 8 do Protocolo | |
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| O Algoritmo 8 foi colocado ao final do capítulo | Facilitar o acesso às informações |
| Modificado quadro 43, acrescentando nova coluna ficando da seguinte forma: Condição; Identificação; Conduta do Enfermeiro e Tratamento. | Facilitar o acesso às informações |
| Capítulo 8 do Protocolo | |
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| Monilíase Oral com imagens; Intertrigo Eritematoso; Intertrigo Eritematoso; Micose; Tínea Corporis ou impingem; Picadas de Inseto Estrófulo; Varicela; Síndrome Mão - Pé - Boca; Impetigo não Bolhoso; Miiase furunculóide; Larva Migrans | Facilitar o acesso às informações |
| O fluxograma 9 foi organizado e teve novo formato. | Facilitar o acesso às informações |
| Anexos do Protocolo | |
| Incluído na adaptação | Justificativa |
| Inserido os anexos: Anexo 1. Curva de Crescimento por idade para Meninas do nascimento aos 5 anos. Anexo 2. Curva de Crescimento por idade para Meninos do nascimento aos 5 anos.; Anexo 3. Desenvolvimento nos primeiros 5 anos a partir dos marcos do desenvolvimento. Anexo 5. Intercorrências e condutas para a puericultura em situações especiais; Anexo 8. Calendário de vacinação de rotina do Ministério da Saúde; Anexo 9. Icterícia Neonatal; Anexo 11 Promovendo à Saúde Bucal. | Facilitar o acesso às informações |

Fonte: O autor (2022).

4.6 O PRODUTO

Conforme publicação do grupo de trabalho (GT) de Produção Técnica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que elaborou uma lista de 21 produtos distintos, com base em resultados das pesquisas desenvolvidas por programas de pós-graduação, com foco em produção tecnológica, visando aprimorar o conhecimento, fazemos uma breve análise do produto construído nesta dissertação (COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES), 2019).

Considerando que este GT estabeleceu a distinção entre Produto técnico e Produto tecnológico para fins de avaliação da produção dos Programas. O “EIXO 1 -Produtos e Processos: caracteriza-se pelo desenvolvimento de produto técnico ou tecnológico, passível ou não de proteção, podendo gerar ativos de propriedade industrial/ propriedade intelectual” (CAPES, 2019).

Os produtos tecnológicos são "objetos tangíveis", com alta novidade, resultado da aplicação de novos conhecimentos científicos, técnicos e expertises desenvolvidos no âmbito da pesquisa no PG, utilizados diretamente para a resolução de problemas, prestando serviços à população, para o bem-estar social. A tecnologia é a aplicação de conhecimentos científicos, técnicas e expertises usados para criar soluções transformadoras, na forma de produtos, processos ou serviços (CAPES, 2019).

Para o PROCESSO/ATIVIDADE, é definido como um conjunto de tarefas de trabalho, que podem ser realizadas individualmente ou em grupo, no qual o próprio cliente é autor/executor (CAPES, 2019).

Um processo difere de um serviço da seguinte forma: se o cliente ou quem recebe o resultado da Atividade for uma ou mais pessoas externas aos executores, e estiver presente durante a execução, então ocorreu um Serviço, se não, é uma atividade ou processo de trabalho. São ações realizadas pelas pessoas e são expressas por um verbo ativo no infinitivo (CAPES, 2019).

Como produto desta dissertação temos um "Protocolo tecnológico experimental/aplicação ou adequação tecnológica”.

Ao implementar o protocolo de enfermagem do Módulo Atenção Básica - COREN/PR na realidade da UBS 2 de abril em Ji-Paraná, foi possível e necessário adaptá-lo para a realidade local e obtivemos um novo produto. Seu objetivo é melhorar a atenção à saúde da criança nesta cidade.

Quanto aos avanços tecnológicos trata-se de uma produção com baixo teor inovativo pois é uma adaptação do conhecimento existente. O produto da dissertação é de baixa complexidade e pode ser utilizado em qualquer unidade de saúde sem envolver diferentes partes, pois é destinado às CE em saúde da criança, além de ser passível de replicabilidade técnica (CAPES, 2019).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde da criança foi proposta como tema para esta pesquisa, reproduzindo as necessidades diárias de cuidado durante as CE realizada na UBS de Ji-Paraná. A necessidade deste estudo está justificada, pois o município apresenta uma fragilidade em termos de saúde infantil, devido à ausência de protocolo para realização de CE em puericultura, sendo assim, apoio a estes profissionais como fundamentação para uma prática sistematizada.

A implantação desse protocolo trouxe grandes desafios em virtude da escassez de artigos científicos atualizados que retratassem o tema, sendo necessário recorrer a outras fontes de estudo como livros, protocolos e bibliografia de organizações governamentais, para permitir embasamento ao protocolo e a pesquisa.

A pesquisa metodológica contribuiu e facilitou o processo de implantação do protocolo. O processo dos Quatro Rs (Rs) consiste em quatro etapas. Ele foi utilizado para coleta de dados durante as oficinas temáticas, com a participação em encontros formais e não formais viabilizando a implantação do protocolo.

Na fase de Reconhecimento, apresentamos os objetivos e a relevância relacionados ao tema de pesquisa aos profissionais envolvidos neste estudo. Durante a fase de Revelação da oficina 2, foram desenvolvidos métodos em consensos com os participantes para sistematizar o cuidado às crianças de acordo com protocolo definido, estudando o protocolo na íntegra de modo remoto por meio de vídeos gravados previamente.

Na fase do Repartir por meio da oficina 3 e conversar no aplicativo *whatsapp*, compartilhamos as experiências de utilização deste protocolo na prática diária da UBS 2 de abril. E na fase do Repensar, a oficina 4 possibilitou reflexões sobre o conteúdo do processo por meio de falas e consensos com e entre os profissionais de enfermagem. Após a utilização deste protocolo na CE na unidade, verificou-se que este possibilitou mudanças necessárias de acordo com o consenso do grupo, permitindo a adaptação do protocolo para o município de Ji-Paraná.

Com as oficinas, momento dos encontros formais, a equipe de enfermagem foi sensibilizada sobre a importância desse tema, recebeu explicações sobre como o protocolo seria aplicado e, após começar a utilizá-lo, na prática, durante as consultas, houve discussões periódicas, com a pesquisadora sobre as dúvidas, pontos negativos, pontos positivos e sugestões.

Durante os encontros e na observação participante, constatamos que, apesar das dificuldades, os participantes empenharam-se para que o protocolo fosse colocado em prática.

As discussões durante os encontros não formais foram importantes, pois a cada encontro ofereceu oportunidades no aprofundamento do tema na busca por melhorias.

Na maioria das oficinas, os participantes mostraram-se satisfeitos com o processo de implantação, porém, algumas vezes foram expressas preocupações, como foi no caso das mães fora de área de cobertura pela ESF. Com a melhora da qualidade das consultas de enfermagem, após o período de implantação, essas já buscavam por agendamento com as enfermeiras para seus filhos.

Podemos evidenciar nos encontros e por meio da observação participante que os registros feitos em diário de campo foram apoio para se ter uma visão ampliada de como estava o andamento do processo de implantação do protocolo, bem como para subsidiar discussões e esclarecimentos.

Dos resultados desta pesquisa do processo de estudo e implantação do protocolo, analisamos os dados e estes foram classificados em quatro categorias: As Experiências e Vivências com o Protocolo que em síntese retratam a melhoria da qualidade dos serviços de saúde para as crianças na APS; Implementação da consulta de enfermagem na saúde na criança; a Humanização na assistência; o Aumento da demanda reprimida e por fim Integração da Equipe.

Na categoria Dificuldades no processo de implantação foi evidenciado, o impacto cotidiano das demandas durante as consultas; a estrutura física inadequada; o dimensionamento de enfermagem inadequado; pouco tempo para o estudo; falta de educação permanente.

Na categoria Facilidades no processo de implantação identificamos que o protocolo como ferramenta contribuinte para a SAE; Melhoria dos processos trabalho; Busca pela excelência do cuidado; Recursos audiovisuais como ferramenta de apoio no processo; Adaptação do protocolo já validado pelo COREN/PR.

E por fim, a última categoria, Sugestões, discorre o compartilhamento do conhecimento e a análise da percepção dos profissionais de enfermagem na melhoria do produto final para uma futura implementação do protocolo no município.

A pesquisa apontou a experiência dos profissionais de enfermagem com a implantação do protocolo de saúde da criança permitindo que eles estivessem atentos a cada detalhe para construir um protocolo aplicável na prática diária da unidade.

A assistência de enfermagem resultou em uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à criança, permitindo uma melhor integração da equipe resultando no acolhimento da mãe/responsável e seu filho. Observou-se ainda qualidade e fundamentação

científica na CE, visão para a humanização do cuidado, houve um aumento da demanda reprimida e, por fim, a integração teoria e prática.

Foi possível constatar nesta pesquisa que os profissionais compreendem que os estabelecimentos de protocolos de cuidados auxiliam na organização e estruturação dos processos de trabalho, promovendo a melhoria da qualidade da assistência. Relataram também que precisam ser colocadas em prática por meio da capacitação de todos os profissionais que atuam no cuidado à criança.

Além disso, a integração dos profissionais de enfermagem na adaptação do protocolo de enfermagem identificou pontos positivos, levando os profissionais a reverem seu processo de trabalho, prática do cuidado, troca e aprimoramento de conhecimentos em relação ao cuidado de enfermagem à criança, o que evidenciou satisfação dos profissionais no processo.

Para adequar o protocolo de enfermagem à saúde da criança foi discutido e acordado durante as oficinas, visando garantir uma adaptação coerente do protocolo, além das práticas baseadas em evidências científicas, o fluxo de trabalho, a estrutura física, a realidade local e o ponto de vista dos profissionais de enfermagem que atuam neste serviço, permitindo o estabelecimento de um protocolo prático no serviço local.

No que se refere às dificuldades no cotidiano das consultas, temos limitações de acesso no âmbito do SUS, como o dimensionamento inadequado da equipe de enfermagem, além do pouco tempo para estudos. No entanto, observou-se que o processo de implementação foi uma construção coletiva em que os fatores positivos e de melhoria do cuidado de enfermagem à saúde da criança superaram as dificuldades.

As dificuldades na realização da parte prática desta pesquisa foram à realização das oficinas durante a pandemia de Covid-19; realizar oficinas durante o horário de trabalho dos participantes por falta de flexibilidade; limitações na literatura atualizada tanto nacional quanto internacional sobre o tema, o que faz necessário mais estudos na área.

Esta pesquisa contribui significativamente para a construção e desenvolvimento do conhecimento. Além disso, este estudo permitirá a implementação ou mesmo adaptação de protocolos validados às realidades locais, na APS. Evidenciamos que o protocolo de saúde da criança é uma importante ferramenta para a resolução de diversos problemas de gestão de cuidados. Portanto, ao desenvolvermos protocolos, priorizamos a prática clínica baseada em evidências científicas, o conhecimento e o aprendizado, buscando garantir melhor acessibilidade ao serviço com atendimento humanizado e direito ao cuidado, autonomia do enfermeiro por meio da APS resolutive.

Nesse contexto, é preciso refletir, repensar, sobre a grande gama de produtos como a construção de protocolos, importantes para o cuidado de enfermagem, mas, destacamos o rico processo de implantação, que mescla conhecimentos teóricos, vivências e experiência práticas, como uma tendência para serem desenvolvidas no âmbito do trabalho, pois esse processo requer competência dos enfermeiros que atuam na APS para orientar sua prática.

Dessa forma, esta pesquisa alcançou o objetivo específico de implantar o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária À Saúde Módulo 4 — Atenção à Saúde da Criança em uma unidade de saúde do município de Ji-Paraná. Podemos dizer que a pesquisa foi além e superou o objetivo proposto, pois, por meio de um trabalho em equipe conseguimos construir uma versão adaptada deste protocolo para o município que teve o consenso e aprovação da equipe de enfermagem da unidade.

A pesquisa demonstra a viabilidade do protocolo de enfermagem para a saúde da criança e atinge o objetivo geral da pesquisa de propor a implantação de um protocolo que já foi validado pelo COREN. Essa proposta de aplicar o processo e adaptar o protocolo obtendo um novo protocolo é produto da dissertação que confirma o objetivo de um programa de Mestrado Profissional que desenvolve pesquisas sobre intervenções que resultem em melhorias na assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, T. F. K. de; AMENDOLA, F.; TROVO, M. M. Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 70, n. 5, p. 981-987, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0337>.
- AMORIM, T. S. *et al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0300>.
- ARAI, A. G. C. *et al.* Protocolos na enfermagem: relato de experiência de uma disciplina sobre tecnologias em saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Ouro Fino, v. 13, n. 8, p. e8380, ago. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8380/5187>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- ARAUJO, J. P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000601000&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2021.
- ARAÚJO, M. C. C. *et al.* Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde: instrumento para qualidade do cuidado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71281>.
- BÁFICA, A. C. *et al.* Atenção primária à saúde abrangente: ampliando acesso para uma enfermagem forte e resolutiva. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 12, p. 61-66, 2021. Suplemento 1. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5190.
- BENEVIDES, J. L. *et al.* Development and validation of educational technology for venous ulcer care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 309-316, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200018>.
- BONATTO, S. R. *et al.* Protocolos de Enfermagem no município de Jaraguá do Sul/SC: estratégia transformadora para atenção primária. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 12, n. 7, set. 2021. Suplemento 1. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5173>. Acesso em: 6 maio 2022. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7.Supl.1.5173>.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 1 mar. 2021.
- BRASIL. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras

providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. p. 1.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 ago. 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 5 fev. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017a. Seção 1. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/portaria2436.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2021.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010a.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas**: elaboração de diretrizes clínicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**: delimitação do escopo. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual AIDPI criança**: 2 meses a 5 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf. Acesso em: 5 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de atenção básica, 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b.

BRITO, L. S. de *et al.* Experiência de discentes de enfermagem em metodologias ativas na atividade de ensino docente. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 31, n. 3, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21715>. Acesso em: 6 maio 2022. DOI: 10.18471/rbe.v31i3.21715.

BRUM, C. N. *et al.* Revisão narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. *In*: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2017. p. 123-142.

CARVALHO, L. A. *et al.* O uso de tecnologias para a qualificação da assistência de enfermagem: uma revisão integrativa. **Journal of Nursing and Health**, Oxford, v. 8, n. 1, p. 1-20, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i1.9118>.

CLASSIFICAÇÃO Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde pelos Conselhos Regionais**. Brasília, DF: COFEN, 2018. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elabora%C3%A7%C3%A3o-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 311, de 9 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 31, p. 81-83, 13 fev. 2007. Seção 1. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html. Acesso em: 13 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN, 2009. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov>. Acesso em: 26 jun. 2020.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **GT de produção técnica: relatório de grupo de trabalho**. Brasília, DF: CAPES, 2019. Disponível em: http://www.capes.gov.br/images/novo_portal/documentos/DAV/avaliacao/10062019_Pr-odução-Técnica.pdf. Acesso em: 26 maio 2020.

COSTA, P. *et al.* Diagnósticos de enfermagem em consultas de atenção primária à saúde de recém-nascidos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 6, p. 2961-2968, dez. 2018.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DRENNAN, V. M.; GRANT, R. L.; HARRIS, R. Trends over time in prescribing by English primary care nurses: a secondary analysis of a national prescription database. **BMC Health Services Research**, London, v. 14, n. 54, p. 1-9, 2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-14-54.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2021.

FERNALD, L. C. H. *et al.* **A toolkit for measuring early childhood development in low and middle-income countries**: license CC BY 3.0 IGO. Washington, DC: World Bank, 2017. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29000>. Acesso em: 28 fev. 2021.

FERREIRA, A. de S. *et al.* Nursing actions for overweight and obese children in the Family Health Strategy. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 20, p. e33892, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/39876>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. G. F. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, p. 704-709, 2018. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>.

FONTANA, M.; PISSAIA, L. F. O uso do processo de enfermagem como ferramenta de apoio para o cuidado da criança na atenção domiciliar. **Research, Society and Development**, Itajubá, v. 7, n. 11, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560659018013>. Acesso em: 6 maio 2022.

FURTADO, M. C. de C. *et al.* Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 1, p. 1-11, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000930016>.

GAÍVA, M. A. M.; ALVES, M. D. de S. M.; MONTESCHIO, C. A. C. Consulta de enfermagem em puericultura na estratégia saúde da família. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 65-73, jul. 2019. Disponível em: https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-19-2-0065/2238-202X-sobep-19-2-0065.x48393.pdf. Acesso em: 15 ago. 2021.

GERA, T. *et al.* Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) strategy for children under five. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 6, June 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog?term=%22Cochrane+Database+Syst+Rev%22%5BTitle+Abbreviation%5D>. Acesso em: 28 mar. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da estratégia saúde da família no Brasil: o que nos mostram as pesquisas nacionais de saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 2543-2556, 14 jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26suppl1/2543-2556/#>. Acesso em: 26 jul. 2021.

GÓES, F. G. B. *et al.* Nurses' contributions to good practices in child care: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, p. 2808-2817, 2018. Suplemento 6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0416>.

HANZEN, I. P.; ZANOTELLI, S. dos S.; ZANATTA, E. A. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para a consulta de enfermagem à criança. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 10, n. 7, p. 16-21, dez. 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2683>. Acesso em: 1 mar. 2021.

HOCKENBERRY, M. J. *et al.* **Wong**: fundamentos de enfermagem pediátrica. 9. ed. Amsterdam: Elsevier, 2014.

HONIG, J.; DOYLE-LINDRUD, S.; DOHRN, J. Moving towards universal health coverage: advanced practice nurse competencies. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, p. 1-9, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692019000100337&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 mar. 2021.

KAHL, C. *et al.* Contributions of the nurse's clinical practice to Primary Care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 72, n. 2, p. 354-359, abr. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672019000200354&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 mar. 2021.

KRAUZER, I. M. *et al.* A construção de protocolos assistenciais no trabalho em Enfermagem. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 22, p. e-1087, 2018. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180017>.

LAVICH, C. R. P. *et al.* Ações de educação permanente dos enfermeiros facilitadores de um núcleo de educação em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. e62261, mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.62261>.

LEDERHANS, A. C. F. **Sistematização da assistência de enfermagem para crianças da primeira infância atendidas em uma Unidade Estratégia Saúde da Família**. 2019. 57 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil) - Curso de Pós Graduação em Saúde Materno Infantil, Universidade Franciscana, Santa Maria, 2019.

MANTOVANI, M. F. Pesquisa metodológica: da teoria à prática. *In*: LACERDA, M. R.; RIBEIRO, R. P.; COSTENARO, R. G. S. (Org.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2018. v. 2, p. 151-176.

MOREIRA, D. Y. I. *et al.* Tendência da produção científica brasileira acerca do empoderamento estrutural do enfermeiro. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, Cruz Alta, v. 9, n. 1, p. 65-74, abr. 2021. Disponível em: <https://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/saude/article/view/396>. Acesso em: 15 ago. 2021.

NASCIMENTO, W. G. *et al.* Medication and test prescription by nurses: contributions to advanced practice and transformation of care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. 1-10, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100609&lng=&nrm=iso. Acesso em: 6 fev. 2021.

NEVES, R. de S. (Org.). **Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE**: guia para o cuidado organizado. Quirinópolis: IGM, 2020. Disponível em: <https://editoraigm.com.br/wp-content/uploads/2021/01/Livro-SAE-Rinaldo-v2.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2021.

NIETSCHE, E. A. *et al.* Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 182-189, jan./abr. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/ses/resource/pt/biblio-1034057>. Acesso em: 10 jul. 2021.

OLIVEIRA, D. E. de *et al.* Implantação de protocolo clínico para pacientes pediátricos com febre em serviço de saúde 24 horas: relato de experiência. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, Itabira, v. 10, n. 2, p. e19710212423, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12423>. Acesso em: 31 mar. 2022. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12423.

OLIVEIRA, P. H. A. *et al.* Grupos e linhas de pesquisa pediátrica no Brasil e suas principais áreas de atuação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 3, p. 299-305, maio/jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000300299&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 fev. 2021.

PAIM, L.; TRENTINI, M. Pesquisa convergente assistencial e seus atributos. *In*: PAIM, L.; TRENTINI, M. **Pesquisa convergente assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. Porto Alegre: Moriá, 2014. p. 21-28.

PAZ, E. P. A. *et al.* Advanced practices in nursing: rediscovering the valorization of nurses in primary health care. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 9, n. 1, p. 41-43, 2018.

PEDRAZA, D. F. A percepção de enfermeiros sobre o cuidado nutricional à criança na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 141-151, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012410>.

PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M. A. de C. Nurses' autonomy in Primary Care: from collaborative practices to advanced practice. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 627-635, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000600627&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 mar. 2021.

PEREZ, J. R. R.; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 140, p. 649-673, maio/ago. 2010.

PIMENTA, C. A. de M. *et al.* (Org.). **Guia para construção de Protocolos Assistências de Enfermagem**. São Paulo: COREN/SP, 2015. Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

PINTO, C. A. G. *et al.* A pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): trajetória

epistemológica e metodológica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 55, p. 31-48, mar. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRÁ OLIVEIRA, G. C. de *et al.* A visita domiciliar ao recém-nascido. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v. 14, mar. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/243631>. Acesso em: 6 maio 2022. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243631>.

QUADRADO, E. R. S.; TRONCHIN, D. M. R. Evaluation of the identification protocol for newborns in a private hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 659-667, ago. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400005>.

RIBEIRO, G. C.; PADOVEZE, M. C. Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, p. 1-7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017028803375>.

SANTANA, M. M. de; MEDEIROS, K. R. de; MONKEN, M. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00154>.

SANTOS, I. M. F. *et al.* (Org.). **SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. Salvador: COREN-BA, 2016. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wpcontent/uploads/2016/07/GUIA_PRATICO_148X210_COREN.pdf. Acesso em: 13 jun. 2021.

SILVA, L. S. *et al.* Professionals safety and ethical and bioethical problems in the primary care journal: nurse experiences. **Revista Latinoamericana de Bioética**, Bogotá, v. 20, n. 2, p. 103-120, dec. 2020. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022020000200103&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 6 maio 2022. DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.4906>.

SIQUEIRA, E. F. *et al.* Implantação de protocolos de enfermagem para ampliação do acesso na atenção primária à saúde. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 12, n. 7, p. 110-114, 2021. Suplemento 1. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7.SUPL.1.5186>. Acesso em: 31 mar. 2022.

SOBRAL, M. G. V. *et al.* Elementos essenciais da consulta de enfermagem à criança e ao adolescente. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 12, p. 3464-3475, dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235064>. Acesso em: 24 ago. 2021.

SONIA, I. V. *et al.* Psychometric properties of the Child Development Assessment Questionnaire (QAD-PIPAS) for use in population studies involving Brazilian children aged 0-59 months. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, fev. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2021.01.003>.

TEIXEIRA, E. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 9, n. e1, p. 1-3, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769236334>.

TEIXEIRA, E. *et al.* **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**. Porto Alegre: Moriá, 2020. v. 2.

THUMÉ, E. *et al.* Formação e prática de enfermeiros para a Atenção Primária à Saúde: avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 275-288, set. 2018. Número especial. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S118>.

TOSO, B. R. G. O. *et al.* **Protocolo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: atenção à saúde da criança**. Curitiba: COREN/PR, 2020. v. 4. Disponível em: <https://protocolos.corenpr.gov.br/Protocolo%204%20-%20Crianca.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2020.

TOSO, B. R. G. O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n. 1, p. 182-191, jan./fev. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690124i>.

TRENTINI, M. O processo convergente assistencial. *In*: TRENTINI, M. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014. p. 31-47.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa Convergente-Assistencial - PCA: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2014.

VÁZQUEZ, V. C. *et al.* Implicación de las enfermeras en la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en Atención Primaria. **Enfermería Clínica**, Madrid, v. 27, n. 4, p. 246-250, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.009>.

VIEIRA, D. de S. *et al.* A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 4, p. e4890017, 2018.

YAKUWA, M. S.; NEILL, S.; MELLO, D. F. de. Nursing strategies for child health surveillance. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tdXNWXJqw3SM7jZdfmvkqvr/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 24 jun. 2021.

APÊNDICE 1 - MENSAGEM ELETRÔNICA ENVIADA AO COREN

Enviadas: Quarta-feira, 18 de novembro de 2020 9:39:39
Assunto: Ao Conselho Regional de Enfermagem - COREN

Prezados Colegas,

Sou aluna do Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná (UFPR) do Programa de Pós Graduação Processo de Prática do Cuidado em Saúde - Turma Fora de Sede (40001016073P0), tendo como orientadora a Dra. Marilene Loewen Wall.

Tenho como tema da minha dissertação a Consulta de Enfermagem na Atenção Básica à Saúde a Criança na Primeira Infância.

Desta forma, meu objetivo de pesquisa é implantar um Protocolo já validado para consulta do enfermeiro no atendimento às Crianças das Unidades Básicas de Saúde no Município de Ji-Paraná, Rondônia.

Dessa maneira, o seguimento é realizar um levantamento em todos as sedes do Conselho Regional de Enfermagem - COREN averiguando se há protocolos, atualizados e já validados que possa ser implantado no município.

Peço, por gentileza, a sua confirmação quanto a existência e a possibilidade de implanta-lo e envie também uma cópia do protocolo oficial.

Atenciosamente,

Aline Lara de Carvalho.
Ji-Paraná , RO.
Tel: (69)99297 - 7328

APÊNDICE 2 - MENSAGEM ELETRÔNICA ENVIADA AO COREN

Esta é uma cópia da seguinte mensagem que você enviou para Fale Conosco via Coren/PR
Este é um email de consulta via <https://corenpr.gov.br/portal/> enviado por:
ALINE LARA DE CARVALHO alinelaradecarvalho@hotmail.com 29/01/2021 14:57

Prezados Colegas,

Sou aluna do Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná (UFPR) do Programa de Pós-Graduação Processo de Prática do Cuidado em Saúde - Turma Fora de Sede (40001016073P0), tendo como orientadora a Dra. Marilene Loewen Wall.

Tenho como tema da minha dissertação a Consulta de Enfermagem na Atenção Básica à Saúde a Criança na Primeira Infância.

Desta forma, meu objetivo de pesquisa é implantar um Protocolo já validado para consulta do enfermeiro no atendimento às Crianças das Unidades Básicas de Saúde no Município de Ji-Paraná, Rondônia.

Dessa maneira, o seguimento é realizar um levantamento em todos as sedes do Conselho Regional de Enfermagem - COREN averiguando se há protocolos, atualizados e já validados que possa ser implantado no município.

Peço, por gentileza, a sua confirmação quanto a existência e a possibilidade de implanta-lo e envie também uma cópia do protocolo oficial.

Atenciosamente,

Aline Lara de Carvalho.
Ji-Paraná, RO.
Tel: (69)99297 - 7328

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, **Dra. Marilene Loewen Wall**, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e **Aline Lara de Carvalho**, enfermeira e mestranda em Enfermagem, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, profissional de enfermagem que proporcionam uma assistência direta e indireta à saúde da criança na Unidade Básica de Saúde 2 de Abril a participar de um estudo intitulado: **“IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**. Tem como objetivo: implantar o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária À Saúde Módulo 4 — Atenção à Saúde da Criança elaborado pelo Conselho Regional de Enfermagem do Paraná em unidade de saúde.

Caso você participe da pesquisa, será necessário participar de oficinas temáticas, as quais serão audiogravadas e utilizadas somente para esta pesquisa. Durante as oficinas, também serão realizadas anotações em um diário de campo acerca das percepções gerais da pesquisadora. Estas serão pré-agendados durante o horário de trabalho dos participantes, com liberação prévia da chefia e nas instalações da própria instituição. Estima-se que as oficinas terão duração de 4 (quatro) horas.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser: constrangimento ao participar das oficinas devido à exposição do participante nas dinâmicas e atividades propostas, podendo causar algum sentimento de mal-estar. Caso isso ocorra, você poderá optar por interromper ou mesmo não continuar a pesquisa, sendo necessário somente manifestar sua desistência, sem que isso lhe cause qualquer dano.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são: implantação do Protocolo no contexto das Consultas de Enfermagem da criança, possibilitando uma tomada de decisão qualificada, padronizada, inovada, um atendimento organizado, proporcionando maior segurança aos usuários e profissionais, reduzindo a variabilidade de ações de cuidado, adequado registro de informações, comunicação unificada e tomada de decisão assistencial aos profissionais envolvidos no atendimento; desencadear reflexões dos profissionais da saúde para a discussão e planejamento da sistematização do cuidado de enfermagem à saúde da criança, com aprimoramento da assistência humanizada à criança a instituição de protocolos assistenciais para a coordenação do cuidado de enfermagem.

No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiada com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

Os pesquisadores Prof.^a Dra. Marilene Loewen Wall [REDACTED], e a Enfermeira Mestranda Aline Lara de Carvalho, [REDACTED], responsáveis por este estudo poderão ser contatados de segunda a sexta, das 8h às 17h pelos e-mails wall@ufpr.br ou alinelaradecarvalho@hotmail.com, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará em nenhum dano.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como médico e equipe de enfermagem. No entanto, se qualquer informação for divulgada em

relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. As oficinas serão gravadas, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcritas as oficinas e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento.

Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa e fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema decorrente da pesquisa, como desconforto e constrangimento.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Ji-Paraná, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do Participante de Pesquisa

Eu declaro ter apresentado o estudo, explicado seus objetivos, natureza, riscos e benefícios e ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas.

Aline Lara de Carvalho

Link da versão online: inserir o link:

APÊNDICE 4 - DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____,
RG. _____, e-mail _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações para motivar minha decisão, se assim o desejar. O pesquisador _____ certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e somente os pesquisadores terão acesso. Também sei que caso existam gastos, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar o pesquisador pelos telefones _____.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Federal do Paraná onde também poderá ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e localiza-se Rua General Carneiro 181, Cerqueira César - Curitiba, PR, CEP 80.060-900, Telefone (041) 3360-1041, e-mail: cep@hc.ufpr.br - www.hc.ufpr.br, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Ao clicar no botão abaixo, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador”.

Li, compreendi e concordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitando assim participar desta pesquisa.

Por favor, informar sua autorização referente a imagens, áudio e vídeo gravação.

sim, eu autorizo

não, eu não autorizo

APÊNDICE 5 - APRESENTAÇÃO DAS OFICINAS


 Universidade Federal do Paraná
 Setor de Ciências da Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Física da Cuidado em Saúde



PROTOCOLO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Orientadora: Alina Lora de Carvalho
 Orientadora: Profa. Dra. Marilene Lorenz Hoff
 Núcleo de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

RONDÔNIA, 2021

OFICINA 1: FASE DO RECONHECER

Fragilidades na atenção à Saúde da Criança

VAMOS NOS APRESENTAR?

- 01 Quem sou?
- 02 Onde estudei? Quanto tempo estou formado (a)?
- 03 Breve retrospectiva do currículo
- 04 O que mais gosto de fazer? (no meu trabalho)
- 05 De que forma acredito que pode contribuir com este projeto?

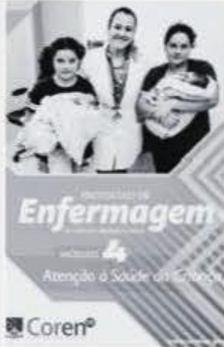
"Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) – DRAW MY LIFE"



Problema de pesquisa:
 fragilidade na sistematização do cuidado à criança pela ausência de um protocolo de enfermagem para conduzir as consultas de enfermagem.

Para que a reflexão a respeito do tema proposto, tenha relevância e adesão pelos profissionais, na tentativa de melhorar as condutas no cuidado, além de proporcionar reconhecimento, organizar os cuidados, na tentativa de reduzir os riscos de negligências e imprudências necessitamos manter o comprometimento com o cuidado prestado às crianças

A criança é reconhecida como prioridade em um grupo vulnerável da humanidade e potencializa impactos presentes e futuros favorecendo indicadores como mortalidade infantil.

OBJETIVO:
Implantar o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária À Saúde – Atenção à Saúde da Criança em uma unidade de saúde.



DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA:

- ✓ Será desenvolvida por oficinas e observação participante, ocorrendo no contexto do local estudado
- ✓ As oficinas temáticas, terão apoio de um roteiro utilizando o processo denominado "Quatro Erres" proposto por Tremmli e Palm. Estas, terão uma duração média de quatro horas, para cada encontro, audiotgravados e registrados em diário de campo.
- ✓ Este método, visa o alcance da coesão de pequenos grupos para atingir mudanças e inovações. O pesquisador e profissionais, em vários encontros, terão juntos o conteúdo proposto. Considerando novas possibilidades, em fazer imersões nas atores/participantes aos cuidados de enfermagem à criança.



DESDOBRAMENTO DO PROCESSO "QUATRO ERRES (Rs):

FASE 1 - Reconhecer

Desenvolvimento da oficina 1

"Fragilidades na atenção à Saúde da Criança"

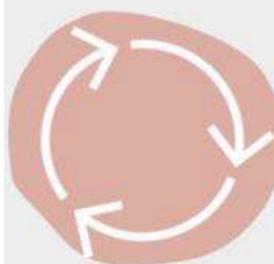
Apresentar o projeto de pesquisa aos profissionais participantes. Ouvir os anfitriões os aspectos éticos, legais e administrativos e após aprovação, efetuar a assinatura do TCE.

ASPECTOS ÉTICOS:

Projeto de pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado:
 "O Cuidado à mulher na Atenção Primária à Saúde baseado em competência."
 Foi aprovado pelo Comitê de Ética Hospital de Clínicas da Universidade Federal do
 Paraná, n.º CAEE: 22534819.8.0000.0102.
 Número do Parecer: 4.985.513



O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (eTCLE) será encaminhado por e-mail dos participantes com o link, a acesso da ferramenta Google Forms®.



Obrigada!

- Obrigada deixar as gravações locais para psicólogas
- Próxima oficina (dia 21/05)
 Local: Auditório sala 105 2 de Abril
 Horário: 15h30

Até a próxima oficina!





Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Prática do Cuidado em Saúde



PROCOLO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mestranda: Aline Lara de Carvalho
Orientadora: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

RONDÔNIA, 2022.



OFICINA 2: FASE DO REVELAR – SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS À SAÚDE DA CRIANÇA

Serão encaminhados vídeos contendo a leitura na íntegra de cada capítulo do protocolo da saúde da criança.

Os vídeos pré-elaborado serão disponibilizados no grupo do WhatsApp para revisão e estudo do conteúdo.



DESDOBRAMENTO DO PROCESSO "QUATRO ERRES (Rs):

FASE
2



Desenvolvimento da oficina 2

"Sistematização dos cuidados à saúde da criança"
Estabelecer junto aos profissionais caminhos e consensos para a sistematização dos cuidados à criança a partir do protocolo.
Estudaremos o protocolo na íntegra, assim por apresentar um conteúdo extenso, será realizada mais de uma vez.

Obrigada!

Próxima oficina, vamos combinar a melhor data?

Local: Auditório da UBS 2 de abril.

Horário: 13h30

Até a próxima oficina!

OFICINA 3: FASE DO REPARTIR

VIVENCIANDO A SAE NA SAÚDE DA CRIANÇA



OBJETIVO:
Implantar o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde – Atenção à Saúde da Criança em uma unidade de saúde.

DESDOBRAMENTO DO PROCESSO "QUATRO ERRES (Rs):



Desenvolvimento da oficina 3

Vivenciando a SAE na saúde da criança:

Repartir as experiências da prática, no intuito de compartilhar o conhecimento, após a utilização do protocolo, debatendo o que falta, o que é pertinente, expor dificuldades e fatores que desencadeiam a organização do processo de trabalho na saúde da criança, as experiências relacionadas com a utilização do protocolo no cotidiano. Poderá ocorrer mais de um encontro, até alcançar o consenso entre expor os pensamentos e ideias com a equipe com um material viável e prático.



REFLEXÃO:



COMO ESTÁ SENDO UTILIZAR O PROTOCOLO DURANTE AS CONSULTAS DE ENFERMAGEM/ NO SEU DIA A DIA.



- 1) COMO VOCÊ ACHA QUE AS ROTINAS E OS CUIDADOS COM AS CRIANÇAS EM JI-PARANÁ PODEM SER ESTABELECIDOS, ORGANIZADOS E PADRONIZADOS?
- 2) QUAIS OS PONTOS POSITIVO PONTOS POSITIVOS; FRAGILIDADES NO PROCESSO; PROPOSTAS PARA ADAPTAÇÕES DE CAPÍTULOS DO PROTOCOLO.



OFICINA 4: FASE DO REPARTIR

PACTUAÇÃO DO PROTOCOLO DE SAÚDE DA CRIANÇA



OBJETIVO:
Implantar o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde – Atenção à Saúde da Criança em uma unidade de saúde.

DESDOBRAMENTO DO PROCESSO "QUATRO ERRES (Rs):

**FASE
4**



**Desenvolvimento da oficina 4
"Pactuação do Protocolo de Saúde da Criança"**

Refletir sobre o que está no protocolo, e, verificar aplicabilidade, na prática em unidade, por meio das discussões e consensos.
Durante a avaliação participativa, seguir o roteiro de avaliação e consenso, do Guia "Implementação de Protocolos Assistenciais de Enfermagem: Integrando Protocolos, Prática Baseada em Evidências e Classificação de Enfermagem" na busca por aprimoramento do cuidado à criança, por meio da qualificação técnica e ética dos profissionais a ele vinculado.

REFLEXÃO:



COMO FOI PARTICIPAR DAS OFICINAS?

**O QUE VOCÊ CONSIDERA SOBRE A ABORDAGEM
PROPOSTA PARA A SAÚDE DA CRIANÇA?**

**VOCÊ TEM DÚVIDAS OU DIFICULDADES EM APLICAR O
PROTOCOLO DURANTE UMA CONSULTA DE
ENFERMAGEM?**



REFLEXÃO:



O USO DO PROTOCOLO FAVORECE O DESENVOLVIMENTO DE BOAS PRÁTICAS E VÍNCULO PROFISSIONAL? COMO?

QUAIS SÃO AS DIFICULDADES AO USAR O PROTOCOLO NA ROTINA DE ATENDIMENTO?

O PROTOCOLO É VIÁVEL PARA IMPLANTAÇÃO?



REFLEXÃO:



CONSIDERANDO CADA CAPÍTULO ESTUDADO, QUAIS SÃO AS SUAS RECOMENDAÇÕES PARA A ENFERMAGEM PEDIÁTRICA?

O PROTOCOLO PROPOSTO ESTÁ VIÁVEL PARA IMPLANTAÇÃO?

INFORME OS PONTOS POSITIVOS, FRAGILIDADES NO PROCESSO.



ANEXO 1 - PARECER TÉCNICO COREN/PR Nº 003/2021**OFÍCIO Nº 65/2021 – Presidência**

Curitiba, 19 de março de 2021.

À Senhora

Aline Lara de Carvalho

Mestranda do Programa de Pós Graduação Processo de Prática do Cuidado em Saúde

Prezada,

Em atenção a solicitação recebida via e-mail referente protocolo para consulta do enfermeiro no atendimento às Crianças das Unidades Básicas de Saúde para implementação no município de Ji-Paraná, Rondônia, encaminhamos anexo Parecer Técnico Coren/PR nº 003/2021, para conhecimento.

Nos colocamos a disposição para o que se fizer necessário.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "R. Franz", is positioned above the printed name.

RITA SANDRA FRANZ
COREN/PR 63.374
Presidente

ANEXO 2 - OFÍCIO DO COREN/PR



PARECER TÉCNICO COREN/PR Nº 003/2021

Assunto: Averiguar se há um protocolo atualizado e já validado para consulta do enfermeiro no atendimento às Crianças das Unidades Básicas de Saúde para implementação no município de Ji-Paraná, Rondônia.

1. Do fato

Diante de questionamentos a este conselho sobre: a existência de protocolo atualizado e já validado no Conselho Regional de Enfermagem do Paraná que possa ser implantado no município de Ji-Paraná, Rondônia.

2. Da fundamentação e análise

O enfermeiro tem importante função no desenvolvimento de atividades relacionadas a consulta de enfermagem em pediatria e na produção de protocolos assistenciais, principalmente no âmbito da saúde pública. A atuação do enfermeiro na detecção precoce de problemas de saúde fortalece o atendimento à comunidade nas mais distintas esferas.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o bem-estar da criança por meio da promoção e recuperação da saúde tem sido, há muito tempo, prioridade da assistência à saúde das populações. Nesse sentido, o Brasil vem buscando desenvolver estratégias em defesa dos direitos infantis e maternos, quanto ao combate à desnutrição e ao analfabetismo, e da erradicação de doenças que causam a morte de milhões de crianças, anualmente.

E surge, assim, um campo rico de atuação para o enfermeiro, que desempenha importante papel na consulta de puericultura por meio da detecção precoce de problemas de saúde e prescrição de cuidados, bem como a implementação de ações interventivas para melhoria da qualidade do atendimento prestado a esse grupo etário, fortalecendo a assistência para que se reduzam índices de morbidade e mortalidade na região e no município onde atua. (ABE E FERREIRA, 2008).

Segundo SOUSA e ERDMANN, (et al, 2010) modelando a Integralidade do Cuidado na ABS é um processo no qual opera um jogo de expectativas e produções caracterizado como momento de construção singular e de atitudes cooperativas e solidárias para a prática do cuidado. É uma dimensão da integralidade que, como fenômeno social, ocorre em interação compreendendo que as respostas às necessidades da criança e da família nem sempre podem ser encontradas no setor saúde. Essas constatações impõem uma série de desafios e inquietações que incluem pensar a saúde e o cuidado à criança como sistema complexo que se caracteriza, entre outras pretensões,

A handwritten signature in dark ink, appearing to be a stylized 'M' or similar character.



pela integralidade do cuidado e pelas ações interdisciplinares e intersetoriais. Sob essa perspectiva as práticas de cuidado à criança, correspondem a um conjunto de ações, interações, e intervenções que objetivam a manutenção e a promoção da saúde para garantir o processo dinâmico do crescimento e do desenvolvimento infantil.

Segundo Pimenta e Pastana (et al 2019) atualmente, as pesquisas em enfermagem têm buscado formas de possibilitar a incorporação das evidências à prática, principalmente através de instrumentos que facilitem o trabalho do enfermeiro e de sua equipe. Os protocolos assistenciais são exemplos de tais instrumentos. Eles são construídos com base nas melhores evidências disponíveis, de acordo com a realidade local, com a experiência dos profissionais e com a preferência dos clientes.

Já a validação de conteúdo se dá em duas etapas: elaboração do instrumento e avaliação por especialistas (ou juizes), de forma que os métodos de consenso entre os especialistas variam entre si (VIEIRA, et al 2020).

O processo de validação de protocolos é imprescindível para garantir a segurança no uso de instrumentos na prática clínica, ao verificar se esses alcançam os objetivos propostos e medem de forma adequada e fidedigna aquilo que se propõem a medir. A validade pode ser avaliada a partir de diferentes métodos, conforme o objetivo da pesquisa e pode ser de conteúdo, de construto e relacionada a um critério.

Ainda segundo VIEIRA (et al, 2020), a divulgação de resultados de pesquisas de enfermagem do mundo, principalmente no que se refere à implementação de novas tecnologias de cuidados (dentre elas, os protocolos) que visam a melhora da prática assistencial, traz visibilidade profissional e fortalecimento do papel do enfermeiro nas equipes multiprofissionais, estimulando a sua inserção nos diversos cenários de atenção à saúde.

3. Da conclusão

O Coren/PR desenvolveu uma série de documentos: os Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Esses protocolos foram elaborados com o apoio de profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde e na área acadêmica, referências em assistência de enfermagem, gestão e ensino. Sua publicação possibilitará que enfermeiros possam consultá-lo para nortear seu processo de trabalho no cuidado à criança, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O objetivo deste protocolo é oferecer subsídios técnicos à equipe de enfermagem que atua nas unidades de atenção primária, norteados a assistência, contribuindo com a valorização profissional e com a mudança de processos de trabalho da categoria. Os municípios poderão adaptá-los à realidade local.

Entre as contribuições para a prática profissional, este protocolo proporcionará a adoção de práticas baseadas em evidências, levando a uma assistência segura e qualificada às crianças na atenção primária, com repercussões positivas para seu crescimento e desenvolvimento.



O Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, módulo 4 – Atenção à saúde da criança, desenvolvido pelo Coren/PR abrange os seguintes temas:

1. Consulta do Enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança sadia.
2. Consulta do Enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança com demandas diferenciadas de cuidado
3. Avaliação da criança com problemas respiratórios
- 3.1 Dor de ouvido
4. Avaliação da criança com problemas de nutrição ou de alimentação.
5. Avaliação da criança com diarreia e/ou desidratação
6. Avaliação da criança com anemia.
7. Avaliação da criança com problemas oculares.
8. Avaliação da criança com problemas dermatológicos

Este protocolo encontra-se disponível na íntegra no endereço eletrônico: <https://protocolos.corenpr.gov.br/>

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

Sugerimos que o Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde seja utilizado como ferramenta norteadora e adaptado a necessidade local do município.

Melina Straube Pereira Hirayama

Enfermeira Conselheira do Coren/PR



REFERÊNCIAS

ABE. R, FERRARI, RAP. Puericultura: problemas materno-infantis detectados pelos Enfermeiros numa Unidade de Saúde da Família. REME Rev Min Enferm. 2008;2(4):523-30.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica de Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: MS; 2004.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ. Protocolo De Enfermagem Na Atenção Primária À Saúde: Módulo 4 - Atenção à Saúde da Criança. Acesso em 08/02/2021. Disponível em: <https://protocolos.corenpr.gov.br/>. 2020

SOUZA, FGM, ERDMANN AL, MOCHEL EG. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(4):701-7.

PIMENTA CAM, PASTANA ICASS, SICHIERI K, SOLHA RKT, SOUZA W. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem [Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2015. Data de acesso: 08/02/2021. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>

VIEIRA, TW, SAKAMOTO VTM, MORAES LC, BLATT CR, CAREGNATO RCA. Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: revisão integrativa. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 73, supl. 5, e20200050, 2020. Data de acesso: 08/02/2021. Epub Oct 19, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>.

ANEXO 3 - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE MÓDULO 4 - ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA



PROTOCOLO DE
Enfermagem
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MÓDULO **4**

Atenção à Saúde da Criança

PROTOCOLO DE
Enfermagem
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MÓDULO **4**

Atenção à Saúde da Criança

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Módulo 4 – Atenção à Saúde da Criança

Publicação do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná para orientar as equipes das Secretarias Municipais de Saúde na construção de protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.

COMISSÃO Vera Rita da Maia
ORGANIZADORA Daiane Alves dos Santos
Fabíola Schirr Cardoso
Delizíe Martins
Carmen Cristina Moura dos Santos
Gláucia Buss Guimarães
Karla Crozeta Figueiredo
Ramony Filippini Martins
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
Ester do Nascimento Ribas
Fernando Miguel de Sousa

AUTORES Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso
MÓDULO 4 - ATENÇÃO À SAÚDE (Organizadora), Adriana Valango Zani,
DAS CRIANÇAS Angélica Yukari Takemoto, Bianca Machado
Cruz Shibukawa, Bruna Alves de Jesus,
Claudia Silveira Viera, Edilaine Giovanini
Rossetto, Flávia Lopes Gabani, Larissa Silva
Bergantini, Marcela Demitto Furtado,
Mariana Salvadego Aguila Nunes,
Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla,
Roberta Rossa, Rosângela Pimenta Ferrarri,
Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato

Ano da publicação: 2020
Conselho Regional de Enfermagem do Paraná
Rua Prof. João Argemiro Loyola, 74 – Seminário – Curitiba-PR
corenpr.gov.br | faleconosco@corenpr.gov.br
ISBN 978-65-89228-01-1



Conselho Regional de Enfermagem do Paraná

Gestão 2018-2020

Simone Aparecida Peruzzo – Presidente

Vera Rita Da Maia – Secretária

Sidinéia Corrêa Hess – Tesoureira

CONSELHEIROS EFETIVOS

Alessandra Sekscinski

Eziquiel Pelaquine

Marcio Roberto Poes

Maria Cristina Paganini

Marta Barbosa

Tereza Kindra

CONSELHEIROS SUPLENTES

Alessandra Ferla Martins

Amarilis Schiavon Paschoal

Cleonice Diniz da Fonseca Advente

Janyne Dayane Ribas

Junia Selma de Freitas

Katia Mara Kreling Vezozzo

Odete Miranda Monteiro

Ramone Aparecida Przenyczka

Roseli de Jesus Dos Santos

Palavra da presidente

É com muita satisfação que o Coren/PR apresenta à categoria a série de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, resultado do trabalho desenvolvido pelo GT Protocolos, composto por profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde e na área acadêmica, verdadeiras referências em assistência de enfermagem, gestão e ensino.

O GT Protocolos deu continuidade ao trabalho desenvolvido no Paraná pela Comissão Estadual de Atenção à Saúde, estabelecida no Coren/PR em janeiro de 2018, uma resposta às medidas jurídicas adotadas em 2017 que proibiam enfermeiros de requisitarem consultas e exames complementares na Atenção Básica, que ameaçavam restringir a atuação profissional da Enfermagem.

Durante o ano de 2018, a comissão do Coren/PR promoveu o debate interno e com a comunidade sobre a atuação do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, a abrangência dos protocolos de enfermagem, as questões éticas e legais, bem como a autonomia profissional.

Em março de 2019, o Cofen lançou as diretrizes para elaboração de protocolos na Atenção Básica, vindo ao encontro do trabalho que já estava sendo desenvolvido no Paraná. As diretrizes do Cofen consolidaram os trabalhos e o Grupo de Trabalho decidiu elaborar os Protocolos do Paraná por módulos, com apoio das comissões do Coren e de experts, com base em um modelo pré-estabelecido pelo GT.

Foi então designado no Paraná o Grupo de Trabalho Protocolos de Enfermagem (GT Protocolos), que teve a função de elaborar os protocolos propriamente ditos.

Nosso objetivo é oferecer subsídios técnicos à equipe de enfermagem que atua nas Unidades de Atenção Primária com o apoio de documentos que norteiam a assistência, contribuindo com a valorização profissional e com a mudança de processos de trabalho da categoria.

Apropiem-se destes materiais e os utilizem para adaptá-los à realidade dos diferentes municípios. Este instrumento de apoio certamente contribuirá para ampliar a visibilidade da assistência, o protagonismo e liderança da equipe de Enfermagem.

Enf. Ms. Simone Peruzzo
Presidente do Coren/PR

Apresentação

Este documento é iniciativa pioneira do Conselho Regional de Enfermagem – COREN, do Estado do Paraná, com abrangência de orientação da prática da consulta do Enfermeiro em cenário estadual. Integra o macroprojeto do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, intitulado “Diretrizes para Elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais”.

Sua publicação possibilitará que enfermeiros de todo Paraná possam consultá-lo para nortear seu processo de trabalho no cuidado à criança, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Tem como objetivos:

- Contextualizar as condições de saúde da criança mais frequentes na atenção primária e a importância da prevenção e controle desses problemas ainda na infância;
- Indicar os aspectos a serem contemplados na anamnese e exame físico das crianças, nos distintos problemas de saúde e na avaliação do crescimento e desenvolvimento;
- Listar os critérios de diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde prevalentes na infância;
- Apresentar os fluxogramas de atendimento pelo enfermeiro das crianças na puericultura e para avaliar e tratar as principais condições sensíveis à atenção primária, em ações de prática avançada de enfermagem guiadas por protocolos de cuidado.

Entre as contribuições para a prática profissional, este protocolo proporcionará a adoção de práticas baseadas em evidências, levando a uma assistência segura e qualificada às crianças na atenção primária, com repercussões positivas para seu crescimento e desenvolvimento.

Apresentação

Este documento é iniciativa pioneira do Conselho Regional de Enfermagem – COREN, do Estado do Paraná, com abrangência de orientação da prática da consulta do Enfermeiro em cenário estadual. Integra o macroprojeto do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, intitulado “Diretrizes para Elaboração de Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais”.

Sua publicação possibilitará que enfermeiros de todo Paraná possam consultá-lo para nortear seu processo de trabalho no cuidado à criança, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Tem como objetivos:

- Contextualizar as condições de saúde da criança mais frequentes na atenção primária e a importância da prevenção e controle desses problemas ainda na infância;
- Indicar os aspectos a serem contemplados na anamnese e exame físico das crianças, nos distintos problemas de saúde e na avaliação do crescimento e desenvolvimento;
- Listar os critérios de diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde prevalentes na infância;
- Apresentar os fluxogramas de atendimento pelo enfermeiro das crianças na puericultura e para avaliar e tratar as principais condições sensíveis à atenção primária, em ações de prática avançada de enfermagem guiadas por protocolos de cuidado.

Entre as contribuições para a prática profissional, este protocolo proporcionará a adoção de práticas baseadas em evidências, levando a uma assistência segura e qualificada às crianças na atenção primária, com repercussões positivas para seu crescimento e desenvolvimento.

Sumário

| | |
|--|-----|
| <i>1. Consulta do Enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança sadia</i> | 13 |
| <i>2. Consulta do Enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança com demandas diferenciadas de cuidado</i> | 31 |
| <i>3. Avaliação da criança com problemas respiratórios</i> | 58 |
| 3.1 Dor de ouvido | 63 |
| <i>4. Avaliação da criança com problemas de nutrição ou de alimentação</i> | 67 |
| <i>5. Avaliação da criança com diarreia e/ou desidratação</i> | 78 |
| <i>6. Avaliação da criança com anemia</i> | 93 |
| <i>7. Avaliação da criança com problemas oculares</i> | 100 |
| <i>8. Avaliação da criança com problemas dermatológicos</i> | 107 |
| <i>Referências</i> | 113 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Calendário de consultas e avaliação do crescimento e desenvolvimento..... | 13 |
| Quadro 2 - Síntese da condução da consulta de puericultura | 16 |
| Quadro 3 - Fatores de Risco de acordo com linha guia da atenção materno-infantil Paranaense | 19 |
| Quadro 4 - Condutas diante do crescimento da criança..... | 20 |
| Quadro 5 - Observação das mamadas | 22 |
| Quadro 6 - Esquema alimentar para crianças amamentadas e não amamentadas | 23 |
| Quadro 7 - Categorias de pressão arterial em crianças entre 1 e 13 anos..... | 24 |
| Quadro 8 - Avaliação do desenvolvimento: orientação para tomada de decisão..... | 25 |
| Quadro 9 - Principais queixas clínicas na infância e conduta sugerida na consulta | 25 |
| Quadro 10 - Cronograma de consultas à criança de risco..... | 32 |
| Quadro 11 - Avaliação do Recém-nascido e da criança de risco | 33 |
| Quadro 12 - Identificar doença grave ou infecção localizada (AIDPI neonatal) | 38 |
| Quadro 13 - Plano A desidratação AIDPI neonatal | 40 |
| Quadro 14 - Antibióticos, doses, vias de administração, apresentações, frequência e doses para crianças de 2 a 5 kg (menores 2 meses AIDPI neonatal)..... | 42 |
| Quadro 15 - Como prevenir hipoglicemia segundo AIDPI neonatal | 44 |
| Quadro 16 - Dose de acetaminofen (paracetamol), apresentação, frequência e dose para crianças de 2 a 7 kg..... | 44 |
| Quadro 17 - Antibiótico e antifúngico oral segundo AIDPI neonatal..... | 45 |
| Quadro 18 - Necessidades básicas ao longo do primeiro ano de vida do prematuro | 54 |
| Quadro 19 - Medidas do Recém-nascido, de acordo com a idade corrigida | 55 |
| Quadro 20 - Sinais de alerta para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor..... | 55 |
| Quadro 21 - Procedimentos para tosse ou a dificuldade para respirar | 59 |
| Quadro 22 - Avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade com sibilância..... | 60 |
| Quadro 23 - Manejo de infecção de vias aéreas na atenção primária pelo enfermeiro | 62 |
| Quadro 24 - Valores normais para frequência respiratória conforme idade..... | 62 |
| Quadro 25 - Processo de Enfermagem na avaliação da otite | 64 |
| Quadro 26 - Exemplos de Problemas de Alimentação | 68 |
| Quadro 27 - Problemas de Amamentação | 69 |
| Quadro 28 - Problemas de Alimentação | 70 |
| Quadro 29 - Perguntas sobre atividade física para a criança com peso elevado..... | 76 |
| Quadro 30 - Classificação das doenças diarreicas..... | 80 |
| Quadro 31 - Principais tipos de bactérias, vírus e parasitas envolvidos nas doenças diarreicas agudas, modos de transmissão, reservatórios e grupos etários | 81 |
| Quadro 32 - Manifestações clínicas, período de incubação e duração da doença das principais bactérias, vírus e parasitas envolvidas nas doenças diarreicas agudas..... | 83 |
| Quadro 33 - Avaliação do estado de hidratação do paciente e definição do plano de tratamento adequado | 86 |

| | |
|---|-----|
| Quadro 34 - Quantidade de líquido que deve ser oferecido para a criança após cada evacuação diarreica conforme a faixa etária | 88 |
| Quadro 35 - Esquemas de Reidratação Endovenosa para crianças com desidratação grave de acordo com a faixa etária..... | 89 |
| Quadro 36 - Reduções documentadas na morbimortalidade por pneumonia e diarreia com intervenções selecionadas | 91 |
| Quadro 37 - Anamnese e exame físico na avaliação da anemia..... | 93 |
| Quadro 38 - Referência para Enfermagem sobre os exames laboratoriais..... | 95 |
| Quadro 39 - Consenso sobre o tratamento para anemia ferropriva em crianças | 98 |
| Quadro 40 - Anamnese e exame físico na avaliação ocular | 103 |
| Quadro 41 - Sinais e sintomas das principais etiologias da conjuntivite | 104 |
| Quadro 42 - Anamnese e exame físico para avaliação de problemas dermatológicos..... | 107 |
| Quadro 43 - Identificação e manejo dos principais problemas de pele do Recém-nascido.. | 109 |
| Quadro 44 - Identificação e Manejo das Principais Dermatoses | 110 |
| Quadro 45 - Identificação e Manejo das Principais Infecções Bacterianas..... | 111 |
| Quadro 46 - Identificação e Manejo das Ectoparasitoses | 112 |

LISTA DE ALGORITMOS

| | |
|--|-----|
| Algoritmo 1 - Consulta do Enfermeiro na puericultura | 30 |
| Algoritmo 2 - Plano C desidratação AIDPI neonatal | 41 |
| Algoritmo 3 - Manejo de possível infecção respiratória | 61 |
| Algoritmo 4 - Atendimento à criança com Otagia | 66 |
| Algoritmo 5 - Consulta de Enfermagem com enfoque na nutrição..... | 77 |
| Algoritmo 6 - Consulta do Enfermeiro para avaliação da diarreia e desidratação | 85 |
| Algoritmo 7 - Consulta para avaliação da criança com anemia ferropriva | 99 |
| Algoritmo 8 - Avaliação de Enfermagem para problemas dermatológicos..... | 108 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1 – Conjuntivite | 100 |
| Figura 2 – Ilustração e comparação de olho saudável e acometidos por conjuntivites | 101 |
| Figura 3 – Hordéolo | 102 |

LISTA DE SIGLAS

AIDPI - Atenção Integral as Doenças Prevalentes da Infância
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIG - Peso Adequado para a Idade Gestacional
AINE - Anti-inflamatórios Não Esteroides
APLV - Alergia à Proteína do Leite de Vaca
APS - Atenção Primária à Saúde
Ca - Cálcio
CA - Circunferência Abdominal
CHCM - Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média
CRIANES - Crianças com Necessidades Especiais de Saúde
DDA - Doenças Diarreicas Agudas
DNPM - Desenvolvimento Neuropsicomotor
Est. - Estatura
EV - Endovenoso
FA - Fosfatase Alcalina
FC - Frequência Cardíaca
FR - Frequência Respiratória
GECA - Gastroenterocolite Aguda
GIG - Peso Grande para a Idade Gestacional
HCM - Hemoglobina Corpuscular Média
HDL - High Density Lipoproteins
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IC - Idade Corrigida
IG - Idade Gestacional
IM - Intramuscular
IMC - Índice de Massa Corporal
IRA - Infecções Respiratórias Agudas
IVAS - Infecção das Vias Aéreas Superiores
LC-PUFAS - Long Chain Polyunsaturated Fatty Acids
LDL - Low Density Lipoproteins
MDDA - Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas
MMII - Membros Inferiores
MMSS - Membros Superiores
MRPM - Movimentos Respiratórios Por Minuto
NPT - Nutrição Parenteral Total
O₂ - Oxigênio
OMA - Otite Média Aguda
OMS - Organização Mundial de Saúde
PA - Pressão Arterial
PC - Perímetro Cefálico

PEG - Polietilenoglicol
PIG - Peso Pequeno para a Idade Gestacional
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNSF - Programa Nacional de Suplementação de Ferro
PVPI - Iodopovidona
RCIU - Restrição de Crescimento Intrauterino
RDW - Amplitude de Distribuição dos Eritrócitos
RGE - Refluxo Gastroesofágico
RN - Recém-Nascido
RNPT - Recém-Nascido Prematuro
SRO - Solução de Reidratação Oral
SUS - Sistema Único de Saúde
T - Temperatura
TEC - Tempo de Enchimento Capilar
UFC - Unidades Formadoras de Colônia
VCM - Volume Corpuscular Médio
VDRL - Venereal Disease Research Laboratory
VM - Ventilação Mecânica



Consulta do Enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança sadia

A consulta do enfermeiro faz parte de suas atividades cotidianas no atendimento à criança na Atenção Primária à Saúde (APS), constituindo-se em momento de obtenção de dados para planejar a atenção à saúde da criança adscrita à unidade e orientar o cuidado. Preconiza-se, no mínimo, oito atendimentos para as crianças menores de cinco anos que não se encontram em situações de risco, alternados entre médico e enfermeiro, conforme quadro 1 abaixo. Para aquelas em situação de risco, o intervalo entre os atendimentos pode variar conforme a avaliação.

Quadro 1. Calendário de consultas e avaliação do crescimento e desenvolvimento

| Idade | Avaliação do Crescimento | | | | | Dados vitais | Avaliação do DNPM | |
|-----------|--------------------------|------|-----|----|----|--------------|--|---|
| | Peso | Est. | IMC | PC | CA | | Reflexos | Marcos |
| 1ª semana | x | x | x | x | x | FC, FR, T | Sucção Preen-são palmar e plantar, Pupilar | É característico dormir de 18 a 20 horas ao dia |
| 30 dias | x | x | x | x | x | FC, FR, T | Sucção Preen-são palmar e plantar, Pupilar, Moro, Marcha Reflexa | Percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno. |

13

continua

| Idade | Avaliação do Crescimento | | | | | Dados vitais | Avaliação do DNPM | |
|----------|--------------------------|------|-----|----|----|---------------|---|---|
| | Peso | Est. | IMC | PC | CA | | Reflexos | Marcos |
| 2 meses | x | ± | x | x | x | Se necessário | Sucção Preensão palmar e plantar, Pupilar, Moro, Busca, Babinski. | Sorriso social; ampliação do campo de visão. |
| 3 meses | x | ± | x | x | x | FC, FR, T | Sucção Preensão palmar e plantar, Pupilar, Moro, Propulsão. | Fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros; visualiza e segue objetos com o olhar. |
| 4 meses | x | ± | x | x | x | Se necessário | Preensão plantar, Pupilar, Propulsão. | Vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro. Início da lateralização. |
| 5 meses | x | ± | x | x | x | Se necessário | Preensão plantar, Pupilar, Propulsão. | Segura e troca o objeto de mão. Vira de um lado para o outro. |
| 6 meses | x | ± | x | x | x | FC, FR, T | Preensão plantar, Pupilar, Propulsão, Paraquedas. | Senta-se com apoio. Desloca-se em superfície lisa. |
| 9 meses | x | ± | x | x | x | FC, FR, T | Ações voluntárias. | Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha. Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas. Movimento de pinça. |
| 12 meses | x | ± | x | x | x | FC, FR, T | Ações voluntárias | Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio. Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio. Possui a acuidade visual de um adulto. |

| Idade | Avaliação do Crescimento | | | | | Dados vitais | Avaliação do DNPM | |
|----------|--------------------------|------|-----|----|----|---------------|-------------------|--|
| | Peso | Est. | IMC | PC | CA | | Reflexos | Marcos |
| 18 meses | x | x | x | x | x | FC, FR, T | Ações voluntárias | Anda sozinho. Pode correr ou subir degraus baixos. |
| 24 meses | x | x | x | x | x | FC, FR, T | Ações voluntárias | Diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus. Reconhece-se no espelho e brinca de faz de conta. Início do controle de esfíncter. Executa atividades sem perder o equilíbrio. |
| 3 anos | x | x | x | - | x | FC, FR, T, PA | Ações voluntárias | Veste-se com auxílio. Dança, amontoa objetos, reproduz um círculo. Pergunta e compreende a maior parte das palavras e frases. Usa o não. |
| 4 anos | x | x | x | - | x | FC, FR, T, PA | Ações voluntárias | Conta ou inventa pequenas histórias. O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes. Anda na ponta dos pés. Realiza tarefas simples. Imita uma cruz e desenha um boneco com cabeça e tronco. Reconhece três cores. Pergunta os porquês. |

continua

| Idade | Avaliação do Crescimento | | | | | Dados vitais | Avaliação do DNPM | |
|--------|--------------------------|------|-----|----|----|---------------|-------------------|---|
| | Peso | Est. | IMC | PC | CA | | Reflexos | Marcos |
| 5 anos | x | x | x | - | x | FC, FR, T, PA | Ações voluntárias | Fala de modo inteligível, sabe a idade e sexo, desenvolvimento motor completo, desenha um boneco completo, copia quadrado e triângulo, conta nos dedos. Adquire motricidade fina. Aparecem os medos. Início da lateralização e compreensão de tempo e espaço. |

Legenda: Est. – estatura; IMC – Índice de Massa Corporal; PC – Perímetro Cefálico; CA – Circunferência Abdominal; DNPM – Desenvolvimento neuropsicomotor; FC – Frequência cardíaca; FR – Frequência Respiratória; T – Temperatura; PA – Pressão Arterial. Fonte: (BRASIL, 2012; PARANÁ, s/d).

A consulta deve seguir as etapas mencionadas no Quadro 2, abaixo:

Quadro 2 - Síntese da condução da consulta de puericultura

| Etapas da Consulta | Conduta |
|--|--|
| Acolhimento com escuta qualificada para identificar os motivos do contato da família com a criança | Encaminhar para o atendimento necessário |

continua

| Etapas da Consulta | Conduta |
|-----------------------------------|---|
| Entrevista | Verificar: Caderneta da Criança; Caderneta de pré-natal da mãe; Resumo de alta hospitalar; Classificar ou confirmar estratificação de risco (conforme Linha Guia); Testes de triagem neonatal (orelhinha, olhinho, coraçãozinho, pezinho); Presença de sintomas e queixas; Planejamento reprodutivo; Rede familiar e social; Condições de moradia e exposições ambientais; História nutricional; Antecedentes clínicos; Imunização; Saúde bucal; Alimentação; Eliminações; Sono e repouso; Antecedentes familiares. |
| Exames físicos geral e específico | Verificar: Medidas antropométricas (Quadro 1); Desenvolvimento da criança (Quadro 1); Estado Nutricional; Tônus muscular; Alinhamento e simetria corporal; Cabeça e fontanelas (lambdoide: fechamento média 8 semanas e bregmática: 9 a 18 meses); Olhos; Ouvidos; Nariz; Boca e garganta; Pescoço; Tórax (sistema respiratório e cardiovascular); Abdome (sistema gastrointestinal); Pelve (sistema geniturinário, rastrear criptorquidia); Membros (sistema musculoesquelético, rastrear luxação congênita do quadril, braquicefalia, luxação congênita do pescoço/lesão plexo braquial); Pele e anexos (observar icterícia, dermatites, hidratação). |
| Exames de Rotina | Solicitação de exames conforme necessidade: Hemograma VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) Colesterol Triglicerídeos Glicemia |

continua

| Quadro 5 – Observação das mamadas. | Conduta |
|-------------------------------------|---|
| Avaliação/Diagnóstico Orientação | <p>De acordo com os dados obtidos nas etapas anteriores e:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A condição de saúde da criança, esclarecendo o diagnóstico à mãe ou responsável, em linguagem de fácil compreensão; • A importância do aleitamento materno exclusivo; • Explicar sobre a imunização e mostrar no cartão da criança o calendário das vacinas, realizar a imunização com a vacina BCG, se ainda não foi feita na maternidade; • Orientar cuidados com a higiene, sono e desenvolvimento normal da criança; • Sinais de alerta e, se presentes, procurar a Unidade de Saúde.; • Importância do acompanhamento de puericultura no 1º ano de vida da criança; • Estimulação adequada, quando necessária, para obtenção dos marcos de desenvolvimento; • Cuidados na prevenção de acidentes; • Importância da construção do vínculo afetivo mãe/cuidador(a) com a criança. |
| Registrar | As informações obtidas na anamnese e no exame físico, orientações e tratamento no prontuário da criança e na Carteira de Saúde, inclusive os gráficos de crescimento. |
| Retorno | De acordo com a avaliação e/ou Quadro 1 |
| Consultas subsequentes | <p>Avaliar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intercorrências; • Alimentação; • Diurese e hábito intestinal; • Higiene física / mental; • Situação vacinal; • Exame físico; • Aquisições neuropsicomotoras; • Uso de vitamina e/ou outras medidas terapêuticas instituídas anteriormente; • Presença de risco evolutivo. <p>Orientar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas terapêuticas necessárias; • Conduta alimentar; • Cuidados de higiene; • Imunização; • Estimulação para o desenvolvimento neuropsicomotor; • Prevenção de acidentes. <p>Registrar</p> <ul style="list-style-type: none"> • As informações obtidas na anamnese e exame físico, orientações e tratamento no prontuário da criança na sua Carteira de Saúde, inclusive os gráficos de crescimento. |

Para avaliação do risco, o Quadro 3 abaixo descreve a classificação de risco do Estado do Paraná (PARANÁ, 2018).

Quadro 3 – Fatores de Risco de acordo com a Linha Guia da Atenção Materno-Infantil Paranaense (2018)

| Classificação | Critérios |
|---------------------|---|
| Risco habitual | Toda criança que não apresentar condições ou patologias de risco. |
| Risco intermediário | Filhos de mãe negra e indígena; Filhos de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos; Filhos de mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudos; Filhos de mães com histórico de óbito em gestação anterior (aborto, natimorto ou óbito); Filhos de mães com menos de 20 anos e mais de 3 partos; Filhos de mães que morreram no parto/ puerpério. |
| Alto risco | Afecções Perinatais; Prematuridade \leq 34 semanas de idade gestacional; Baixo peso ao nascer $<$ 2000g; Asfixia perinatal (APGAR $<$ 7 no 5.º minuto de vida); Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão; Mús-formações congênitas / Cromossopatias / Doenças genéticas; Triagem neonatal positiva; Doenças de transmissão vertical confirmadas (STORCH +ZIKA/HIV); Desnutrição grave; Obesidade; Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. |

Além dessa classificação, deve-se considerar situações de vulnerabilidade, conforme segue (BRASIL, 2012):

- Criança residente em área de risco;
- Prematuridade (menos de 37 semanas gestacionais);
- Internações/intercorrências;
- Aleitamento materno ausente ou não exclusivo;
- Gestação gemelar;
- Malformação congênita;
- Ausência de pré-natal;
- Problemas familiares (gravidez de alto risco ou eventos traumáticos para a mãe durante a gestação, presença de rupturas e conflitos do casal quando da descoberta da gravidez, separações e lutos na família, mãe em situação de sofrimento agudo ou

diagnóstico de doença mental, parto difícil ou traumático, pais com dificuldades de assumir a parentalidade (tornar-se pai e tornar-se mãe) e famílias com problemas múltiplos (drogadição, alcoolismo, pobreza, condições crônicas) e socioeconômicos;

- Não realização de vacinas;
- Identificação de atraso no desenvolvimento;
- Suspeita ou evidência de violência.

CONDUTAS PARA AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

A avaliação é baseada nas curvas de crescimento da Organização Mundial de Saúde (OMS), cujos gráficos de crescimento e desenvolvimento permitem acompanhar a antropometria e o desenvolvimento motor, social e cognitivo das mesmas. Os gráficos encontram-se nas carteiras de vacina para registro e orientação do seguimento da criança e família. O desenho da curva de crescimento (ascendente, retilínea ou descendente) orienta a conduta a ser tomada em cada caso. No Quadro 4, a seguir, estão descritas as condutas para avaliação do crescimento.

Quadro 4- Condutas diante do crescimento da criança

| Posição na curva do crescimento por score-z | Impressão diagnóstica | Diagnóstico nutricional (IMC) | Conduta |
|---|------------------------------------|---------------------------------|--|
| Entre -2 e +2 e curva ascendente. | Peso/altura adequado para a idade. | Eutrófico $Z \geq -2$ e $+1$ | Seguir rotina de consultas conforme calendário. |
| Entre $Z \geq -3$ e < -2 $Z < -3$ | Peso/altura baixo para a idade | Magreza Magreza acentuada | Em menores de 2 anos: <ul style="list-style-type: none"> • Investigar possíveis causas: desmame precoce, alimentação complementar inadequada para a idade, intercorrências clínicas; • Orientar sobre e avaliar a amamentação e a introdução complementar de alimentos; • No período de seguimento, se a criança não ganhar peso (curva reta ou descendente), solicitar avaliação e acompanhamento de outros profissionais da equipe (médico, nutricionista); |

continua

| Posição na curva do crescimento por score-z | Impressão diagnóstica | Diagnóstico nutricional (IMC) | Conduta |
|---|--|---|---|
| | | | <p>Agendar o retorno da criança no intervalo máximo de 15 dias.</p> <p>Em maiores de 2 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigar possíveis causas, com atenção especial para a alimentação, intercorrências infecciosas, cuidados com a higiene física e mental da criança (principalmente o afeto e a higiene); • Tratar as intercorrências clínicas, se houver; • Solicitar o acompanhamento multiprofissional se for o caso (curva reta ou descendente); • Agendar nova consulta em intervalo máximo de 15 dias. |
| Entre +2 e +3 Escore z > +3 | Peso/altura acima do esperado para a idade | <p>Obesidade (acima de 5 anos) e sobrepeso (de 0 a 5 anos).</p> <p>Obesidade grave (acima de 5 anos) e obesidade (de 0 a 5 anos).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Verificar erros alimentares; • Identificar a dieta da família; • Realizar avaliação clínica da criança (atentar para circunferência abdominal, pressão arterial e solicitar avaliação de perfil lipídico e glicêmico); • Orientar a mãe ou o cuidador sobre a alimentação adequada; • Verificar as atividades de lazer das crianças, o tempo em frente às telas e os games; • Estimular as atividades físicas; • Encaminhar para acompanhamento multiprofissional se for o caso; • Se curva descendente em direção à zona de normalidade (entre -2 e 2), manter acompanhamento e condutas ofertadas. |

21

São ferramentas de suporte para a avaliação clínica da criança os gráficos de peso, estatura, perímetro cefálico e índice de massa corporal para idade, todos disponíveis na caderneta de saúde da criança. Além destas ferramentas, apresentam-se a seguir, quadros de auxílio à avaliação no tocante a alimentação, circunferência abdominal e pressão arterial. Para avaliar a alimentação de acordo com as recomendações, o Quadro 5 apresenta os aspectos que devem ser verificados na amamentação durante a consulta. O Quadro 6 traz a quantidade e volume da dieta láctea para crianças amamentadas e não amamentadas.

Quadro 5 – Observação das mamadas

| Sinais de que a amamentação vai bem | Sinais de possível dificuldade na amamentação |
|--|---|
| Mãe - Parece estar saudável, relaxada e confortável; - Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê. | Mãe - Parece estar mal e deprimida, tensa ou desconfortável; - Sem contato visual com o bebê. |
| Bebê - Parece saudável, calmo e relaxado; - Procura o peito, se com fome. | Bebê - Parece sonolento ou doente; - Está impaciente ou chorando; - Não procura o peito. |
| Mamas - Parecem saudáveis; - Sem dor ou desconforto; - Apoiadas com dedos longe (em C). | Mamas - Vermelhas, inchadas ou feridas; - Mamas ou mamilos dolorosos; - Mamas apoiadas com os dedos nas aréolas. |
| Posição do bebê - Cabeça e tronco do bebê alinhados; - Corpo do bebê bem perto do corpo da mãe; - Nádegas do bebê apoiadas; - Nariz do bebê na altura do mamilo. | Posição do bebê - Bebê com pescoço ou tronco torcidos; - Bebê longe da mãe; - Bebê apoiado pela cabeça ou costas somente; - Nariz do bebê acima ou abaixo do mamilo. |
| Pega do bebê - Mais aréola acima da boca do bebê; - Boca do bebê bem aberta; - Lábio inferior virado para fora (boca de "peixe"); - Queixo do bebê toca a mama. | Pega do bebê - Mais aréola abaixo da boca do bebê; - Bebê com boca pouco aberta; - Lábios para frente ou para dentro; - Queixo do bebê não toca a mama. |
| Sucção - Sugadas lentas e profundas, com pausas; - Bochecha redonda durante a mamada; - Bebê solta o peito quando termina a mamada; - Mãe apresenta sinais do reflexo da ocitocina (reflexo de descida do leite). | Sucção - Sugadas rápidas; - Esforço da bochecha durante a mamada; - Mãe tira o bebê do peito; - Mãe sem sinais do reflexo da ocitocina (a estimulação da ocitocina é afetada por sentimentos como preocupação, dor, insegurança, vergonha, afetando a descida do leite). |

Fonte: WHO (2011).

Essa avaliação é **obrigatória** na primeira consulta do recém-nascido para que o enfermeiro planeje as intervenções caso encontre dificuldades com o AM. Nas consultas subsequentes deve ser reavaliada, caso a mãe relate dificuldades ou o lactente mostre inadequado ganho ponderal (até sexto mês de vida).

Quadro 6 - Esquema alimentar para crianças amamentadas e não amamentadas

| Esquema alimentar para crianças amamentadas | | | | |
|---|---------------|---------------------------------|--|---|
| Do nascimento até os 6 meses | Horário | Ao completar 6 meses | Ao completar 7 meses | Ao completar 12 meses |
| Aleitamento materno exclusivo em livre demanda. | Cafê da manhã | Leite materno por livre demanda | Leite materno por livre demanda | Leite materno por livre demanda |
| | Lanche | Papa de fruta | Papa de fruta | Fruta |
| | Almoço | Papa salgada | Papa salgada | Refeição básica da família |
| | Lanche | Papa de fruta | Papa de fruta | Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal |
| | Jantar | Leite materno | Papa salgada | Refeição básica da família |
| Esquema alimentar para crianças amamentadas | | | | |
| Do nascimento até completar 4 meses | Horário | Ao completar 4 meses | Ao completar 8 meses | Ao completar 12 meses |
| Alimentação láctea | Cafê da manhã | Leite | Leite | Leite e fruta ou cereal ou tubérculo |
| | Lanche | Papa de fruta | Fruta | Fruta |
| | almoço | Papa salgada | Papa salgada ou refeição básica da família | Papa salgada ou refeição básica da família |
| | Lanche | Papa de fruta | Fruta | Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal |
| | Jantar | Papa salgada | Refeição básica da família | Refeição básica da família |
| | Ceia | Leite | Leite | Leite |

continua

| Volume e frequência da refeição láctea para crianças não amamentadas, de acordo com a idade | | |
|---|-------------------|---------------------|
| Idade | Volume | Número de Refeições |
| Até 30 dias | Entre 60 e 120mL | 6 a 8 |
| De 30 a 60 dias | Entre 120 e 150mL | 6 a 8 |
| De 2 a 4 meses | Entre 150 e 180mL | 5 a 6 |
| De 4 a 8 meses | Entre 180 e 200mL | 2 |
| Acima de 8 meses | 200 mL | 2 |

Fonte: BRASIL (2012).

A verificação da circunferência abdominal como rotina nas consultas deve ser adotada, visto que essa medida prediz risco cardiometabólico precocemente. Assim, a referência para avaliação da circunferência abdominal para idade, em menores de cinco anos, deve seguir o cálculo apresentado na fórmula abaixo:

$$\text{Relação Cintura/Estatura} = \frac{\text{Medida da cintura}}{\text{Estatura}}$$

Espera-se que o valor seja igual ou menor que 0,5 (WHO, 2008).

Para verificação da normalidade da pressão arterial, pode-se consultar o Quadro 7 a seguir.

Quadro 7 - Categorias de pressão arterial em crianças entre 1 e 13 anos

| Classificação da pressão | Crianças entre 1 e 13 anos |
|----------------------------|---|
| Normal | < percentil 90 |
| Elevada | ≥ percentil 90 e < percentil 95 ou 120/80 mmHg e < 95 percentil (o que for mais baixo) |
| Estágio 1 (de hipertensão) | ≥ 95 percentil e < 95 percentil + 12 mmHg ou 130/80 mmHg até 139/89 mmHg (o que for mais baixo) |
| Estágio 2 (de hipertensão) | ≥ percentil 95 + 12 mmHg ou ≥ 140/90 mmHg (o que for mais baixo) |

24 Fonte: PROTOCOLO da Academia Americana de Pediatria (2017). Para identificar o percentil da PA, verificar BRASIL (2012, anexo C).

Quadro 8 - Avaliação do desenvolvimento: orientação para tomada de decisão

| Dados de avaliação | Impressão Diagnóstica | Conduta |
|--|--|--|
| Perímetro cefálico < -2 escores Z ou >+2 escores Z. Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior. | Provável atraso no desenvolvimento. | Referir para avaliação neuropsicomotora. |
| Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a sua faixa etária. | Alerta para o desenvolvimento. | Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. Marcar consulta de retorno em 30 dias. |
| Todos os marcos para o desenvolvimento estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco. | Desenvolvimento normal com fatores de risco. | Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta. |
| Todos os marcos para a faixa etária estão presentes. | Desenvolvimento normal. | Elogiar a mãe/cuidador. Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta. |

Fonte: BRASIL (2012).

No Quadro 9, a seguir, descrevem-se as principais queixas clínicas durante a consulta na infância e as condutas sugeridas.

Quadro 9 – Principais queixas clínicas na infância e conduta sugerida na consulta

| Achados Clínicos | Diagnóstico de Enfermagem | Intervenção de Enfermagem | Prescrição de Medicamentos |
|--|---|---|---|
| Alergia dermatológica com prurido e/ou inflamação de pele. | Alergia a picada de inseto. Miliária (Brotoeja). | Orientar para não coçar; Controle da alergia; Manter unhas curtas; Orientar quanto ao uso de mosquiteiro e repelente; Evitar agasalhar a criança em excesso, dar banho para refrescar, aplicar compressas de chá de camomila na pele. | Betametasona creme, uma vez ao dia, no local da picada por, no máximo uma semana. |

continua

| Achados Clínicos | Diagnóstico de Enfermagem | Intervenção de Enfermagem | Prescrição de Medicamentos |
|--|--|---|---|
| Presença de Assaduras. | Dermatite de Fraldas ou Amoníacal. | Orientar o cuidador quanto à higiene e banhos, à troca frequente de fraldas e, caso use fraldas de tecidos, os cuidados com lavagem e secagem das mesmas; Secar bem a região após o banho e a cada troca de fraldas; Evitar o uso de calças plásticas; Expor o perineo ao sol durante o banho de sol diário; Orientar quanto ao uso de sabão neutro em substituição ao uso de amaciantes e sabão em pó. | Óxido de zinco + vitaminas A e D pomada, a cada troca de fraldas. |
| Introdução alimentar e suplementação vitamínica. | Alteração na dieta de somente leite (materno ou artificial) para complementação da dieta com outros alimentos. | Orientar o cuidador para o preparo adequado dos alimentos conforme idade da criança; Orientar o cuidador no preparo de um prato colorido (alimentos); Orientar o cuidador a preparar um ambiente de refeições agradável; Orientar a criação de rotina para alimentação em família; Orientar a suplementação de vitaminas. | Vitamina A (somente para crianças cujo polivitamínico não contenha vitamina A): Crianças: 6 – 11 meses/100.000 UI/1 dose Crianças: 12 – 59 meses/200.000 UI/ Uma vez a cada 6 meses Administrar de 200 a 400UI/dia de vitamina D a crianças que apresentam os seguintes fatores de risco: prematuridade, pele escura, exposição inadequada à luz solar e filhos de mães vegetarianas estritas que estejam sendo amamentados. |

continua

| Achados Clínicos | Diagnóstico de Enfermagem | Intervenção de Enfermagem | Prescrição de Medicamentos |
|------------------|---------------------------|---|--|
| | | | <p>Ferro: RN a termo, Peso adequado p/ 1G, em aleitamento materno: 1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 6º mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida. Em fórmula infantil > 500 mL/dia: não recomendado RN prematuro e/ou de baixo peso até 1.500 g: 2 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 30º dia até 1 ano. Após, 1 mg/kg/dia até 2 anos.</p> |
| Cólica | Cólica Dor aguda | <p>Pegar o bebê no colo, enrolar a criança em uma posição de conforto com uma manta; flexionar as coxas do bebê sobre a barriga (movimento de pedalar bicicleta lentamente); dar um banho morno ou aplicar compressas na barriga; reduzir estímulos para o bebê (muito barulho ou excesso de pessoas); estabelecer uma rotina para banho, sono, passeio e outras atividades; não utilizar chás; não trocar marcas de leite em caso de alimentar com fórmulas; não usar medicamentos por conta própria; pesquisar alimentação da mãe se aleitamento exclusivo, orientar a mãe a observar aumento na presença de cólicas após a ingestão de determinado alimento e a evitá-lo, principalmente a ingestão de leite e seus derivados.</p> | <p>Para bebês amamentados: probiótico <i>Lactobacillus reuteri</i> (cepa DSM 17938), 5 gotas ao dia. A ingestão de 5 gotas fornece 108 UFC (100.000.000 de Unidades Formadoras de Colônia) de <i>Lactobacillus reuteri</i> DSM 17938 vivos. Misturar em leite materno em temperatura ambiente. Não misturar <i>Lactobacillus reuteri</i> com líquidos quentes, pois poderá danificar o Lactobacilo.</p> <p>Para bebês alimentados com fórmula; mudar para uma fórmula hidrolisada.</p> |

continua

| Achados Clínicos | Diagnóstico de Enfermagem | Intervenção de Enfermagem | Prescrição de Medicamentos |
|---|--|--|--|
| Constipação ou Defecação prejudicada. | Obstipação: Quando há ≤ 2 evacuações por semana; ao menos um episódio de incontinência fecal por semana; história de postura retentiva ou retenção fecal voluntária excessiva; história de movimentos intestinais dolorosos; presença de extensa massa fecal no canal retal; história de fezes calibrosas que podem obstruir o vaso sanitário. | Para crianças em alimentação complementar: Orientar dieta rica em fibra, fruta laxativa, verdura crua e cereal integral; Orientar o cuidador sobre o aumento da ingestão hídrica da criança e evitar o consumo de alimentos fermentativos; Estimular a deambulação e a prática de atividades físicas, dentro dos limites de tolerância; Orientar o cuidador a avaliar o acesso da criança ao banheiro, bem como sua privacidade; Orientar o cuidador para estimular a criança a criar o hábito intestinal (rotina). | Supositório de glicentina 1x ao dia, caso as medidas orientadas não deem resultado, para descompactação de fezes acumuladas. Para prevenção de novas retenções: Polietilenoglicol (PEG) 0,5g/Kg/dia e Lactulose 1 mL/Kg/dia. |
| Coriza | Secreção nasal. Congestão nasal. | Orientar o cuidador quanto a higienizar as narinas com lenços descartáveis ou papel higiênico macio. | Solução nasal de soro fisiológico, 3 a 4 vezes ao dia. |
| Limpeza do Coto umbilical. | Padrão de Higiene do coto umbilical comprometida Granuloma umbilical Integridade cutaneomucosa. | Orientar a mãe/cuidador sobre a higiene. Avaliar sinais de infecção. Examinar e palpar periferia do coto. Encaminhar para avaliação médica se presença de hérnia. Supervisionar queda do coto. | Álcool a 70% no local a cada troca de fraldas. Realizar na unidade de saúde, diariamente, a cauterização com nitrato de prata bastão, se granuloma. |
| Calendário vacinal incompleto. | Calendário vacinal incompleto. Estado vacinal atrasado. | Avaliar o calendário vacinal e registrar as vacinas faltantes. Relatar reações adversas anteriores. Orientar a mãe/cuidador sobre a importância do calendário vacinal em dia. | Prescrever os imunobiológicos incompletos e encaminhar à sala de vacinas. |
| Gengiva grossa e/ou coceira na gengiva. | Dentição decidua. | Orientar o cuidador a massagear a gengiva com gaze umedecida com soro fisiológico frio. Orientar uso de mordedor frio. Encaminhar a criança para atendimento odontológico. | Soro Fisiológico. |

continua

| Achados Clínicos | Diagnóstico de Enfermagem | Intervenção de Enfermagem | Prescrição de Medicamentos |
|----------------------|---------------------------|---|--|
| Febre | Hipertermia | Orientar mãe ou cuidador para: Ventilar o ambiente. Vestir roupas leves; Usar compressas mornas a frias na região axilar e inguinal; Verificar a temperatura após aplicar as compressas; Orientar banho morno de imersão por dez minutos; Orientar o cuidador para monitorar quanto o aumento da ingestão de líquidos; Orientar o cuidador a verificar temperatura corporal de seis em seis horas ou quando necessário; Orientar o cuidador para observar o surgimento de sinais e sintomas de alerta; Orientar retorno em 24 horas se a febre persistir. | Dipirona 500mg 1 gota por quilo de peso ou Paracetamol 200mg 1 gota por quilo de peso, via oral, até de 6/6hs. |
| Mucosa oral alterada | Candidíase oral | Orientar limpeza da cavidade oral da criança com gaze úmida com água, principalmente após a amamentação e antes de administrar a nistatina. Orientar a limpeza das mãos da mãe/cuidador antes de alimentar a criança. Orientar para entaguar os mamilos e secá-los ao ar após as mamadas. Expor os mamilos à luz por, pelo menos, alguns minutos ao dia. Orientar a limpeza de objetos que podem ser levados à boca pela criança. Eliminar o uso de chupetas e bicos de mamadeira ou fervê-los por 20 minutos pelo menos uma vez ao dia, quando não for possível a sua retirada. | Nistatina via oral, 1 a 2 mL, 3 vezes ao dia, por duas semanas. Podem ser usados também clotrimazol, miconazol ou cetoconazol por duas semanas. Em crianças amamentadas ao seio materno, a mãe também deve receber tratamento tópico na mama. Violeta de genciana a 0,5% pode ser usada nos mamilos da mãe e nas aréolas e na boca da criança uma vez por dia por 3 a 4 dias. |

Fonte: Brasil (2012); Brasil (2013); Brasil (2014); Jeremy et al. (2015); Biagioli et al. (2016); Viera et al. (2015); Paraná (2011-2017); Vaz et al. (2017); Fernandes (2019).

Por fim, apresenta-se o algoritmo para a consulta de rotina com o enfermeiro na unidade de saúde.

ALGORITMO 1 – Consulta do Enfermeiro na puericultura.



Consulta do Enfermeiro para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança com demandas diferenciadas de cuidado

Com a redução da mortalidade infantil e sobrevivência de crianças de alto risco, surge um grupo específico de crianças sobreviventes com sequelas decorrentes da própria doença ou dos tratamentos a que são submetidas durante a hospitalização. Esse grupo é denominado Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) e elas necessitam de atenção especial dentro das redes de atenção à saúde (ARRUÉ, 2018).

No Brasil, as crianças com necessidades especiais de saúde correspondem a 9,1% da população infantil de até os cinco anos de idade (ROSSETTO et al., 2019). As condições crônicas de saúde, portanto, constituem-se em problemas que requerem tratamento contínuo por tempo prolongado e cuidados permanentes, assim pode-se reduzir a frequência de hospitalizações. Entre as crianças menores de cinco anos, essas doenças crônicas são decorrentes principalmente de sequelas da prematuridade, malformações congênitas e encefalopatia crônica da infância (ROSSETTO et al., 2019).

No eixo estratégico IV da PNAISC, tem-se a diretriz para Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas, que enfatiza ações para o diagnóstico precoce e manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados (BRASIL, 2018).

Para tanto, fazem parte do grupo de CRIANES, que tem como causa de suas necessidades especiais as ocorrências do período neonatal, os recém-nascido de risco. Esse grupo é

formado por qualquer bebê que tenha sido exposto a alguma condição que coloque em risco sua sobrevivência nos primeiros 28 dias de vida, independentemente de sua idade gestacional ou peso ao nascer, que tenha maior chance de mortalidade ou morbidades (BRASIL, 2014).

Essas crianças precisam ter atenção prioritária, devendo ser identificadas imediatamente após a alta hospitalar pela equipe de saúde da atenção primária para acompanhar seu crescimento e desenvolvimento e reconhecer precocemente as dificuldades ou atrasos nesses processos. Para tanto, o calendário de consultas de enfermagem a essas crianças é diferenciado e o profissional deve atentar para aqueles com critérios de alto risco, pois encontram-se mais vulneráveis às complicações ao longo do seguimento na atenção primária, conforme quadro 10 abaixo.

Quadro 10: Cronograma de consultas à criança de risco

| Consultas | Período Revisão |
|------------------------------------|--------------------------------|
| Primeira consulta | 7 a 10 dias após a alta |
| Revisões mensais | até 6 meses de idade corrigida |
| Revisões bimestrais ou trimestrais | 6 aos 12 meses idade corrigida |
| Revisões trimestrais | 13 aos 24 meses |
| Revisões semestrais | 2 aos 4 anos |
| Revisões anuais | dos 4 anos até a puberdade |

Fonte: BRASIL (2014).

Nas consultas daqueles nascidos prematuramente, o enfermeiro deverá considerar duas idades, a saber: a idade cronológica (considerada a partir do nascimento) e a idade corrigida (considerada a partir da concepção). Portanto, o enfermeiro deve utilizar a idade corrigida para avaliar o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido prematuro conforme segue (SBP, 2012):

$$\text{Idade corrigida (IC)} = \text{idade cronológica} - (40 - \text{idade gestacional ao nascer})$$

Perímetro cefálico= corrigir até 18 meses.

- Peso = corrigir até 2 anos.
- Estatura (considerar a idade gestacional ao nascer):
 - <24 sem IG = corrigir até 7 anos idade cronológica
 - 24 a 28 sem = corrigir até 5 anos de idade cronológica
 - > 28 sem = corrigir até 3 anos e 6 meses de idade cronológica

• Desenvolvimento neuropsicomotor = corrigir até 7 anos de idade cronológica
Além da idade corrigida, o enfermeiro deve classificar o RN quanto à idade gestacional e peso ao nascer, pois quanto menor a idade gestacional e menor peso, maior será o risco de comorbidades e alterações nos padrões de crescimento e desenvolvimento infantil.

Quanto à **idade gestacional**:

- RN pré-termo – nascidos até 36 semanas e 6 dias
- Prematuro extremo: nascidos antes de 28 semanas completas
- Muito prematuro: nascidos entre 28 e 32 semanas
- Prematuro moderado e tardio: quando nascem entre 32 e 36 semanas
- A termo: nascidos entre 37 e 41 semanas e 6 dias
- Pós-termo: nascidos com 42 semanas ou mais de gestação

Quanto ao **peso ao nascer**:

- Extremo baixo peso: abaixo de 1000 gramas
- Muito baixo peso: 1000 a 1500 gramas
- Baixo peso: de 1500 a 2500 gramas

A classificação do peso x idade gestacional também é um dado importante a se registrar, visto que nascer com peso adequado a idade gestacional se configura em fator protetor para comorbidades e alterações de crescimento.

- Peso Adequado para a Idade Gestacional (AIG) – peso ao nascer entre os percentis 10 e 90.
- Peso Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) – abaixo do percentil 10.
- Peso Grande para a Idade Gestacional (GIG) – acima do percentil 90.

Para avaliar a criança quanto a possíveis complicações, descreve-se as mais usuais no Quadro 11 abaixo.

Quadro 11: Avaliação do Recém-nascido e da criança de risco

| Problemas | Achados clínicos/principais comprometimentos | Fatores de risco | Orientação |
|-------------------------------|---|--|--|
| Problemas respiratórios do RN | Broncodisplasia pulmonar, IVAS frequentes, asma, apneia da prematuridade. Sinais: apneia, cianose, tosse, coriza, taquipneia, batimento de aletas nasais. | IG menor de 28 semanas. Extremo e muito baixo peso ao nascer PIG. Maior tempo de hospitalização. Ventilação mecânica. | Manter a imunização em dia; lavar as mãos com frequência; evitar lugares com aglomeração de pessoas e contato com pessoas doentes; proteger do fumo passivo, e; manter o aleitamento materno pelo maior tempo possível; encaminhar para acompanhamento com especialistas (alergistas, fisioterapeuta respiratório); diante sinais de sofrimento respiratório, estabilizar o quadro e encaminhar para pronto atendimento imediatamente. |

33

continua

| Problemas | Achados clínicos/principais comprometimentos | Fatores de risco | Orientação |
|-------------------------------|--|--|---|
| Problemas visuais e auditivos | Retinopatia da prematuridade; deficiência visual ou cegueira; deficiência auditiva ou surdez. | PIG, IG <28 semanas, peso inferior a 1.500 gramas, uso de oxigenioterapia, transfusão sanguínea, uso de medicamentos ototóxicos, tempo prolongado de internamento. | Encaminhar para acompanhamento com especialistas (otorrinolaringologista, oftalmologista, fonoaudiólogo). |
| Problemas gastrointestinais | Refluxo Gastroesofágico (RGE) - intolerância ou aversão à alimentação, baixo ganho de peso, regurgitação frequente, apneia, dessaturação, bradicardia, irritabilidade e desconforto pós-prandial. Diarreia – avaliar sinais de desidratação (presença de dois dos seguintes sinais: letargia ou inconsciência; inquietude ou irritabilidade; olhos fundos, sinal da prega cutânea, sucção débil ou ausente), identificar sinais de perigo. | Displasia broncopulmonar Uso sonda gástrica maior tempo RN abaixo de 1500 gramas. | Acompanhamento pelo pediatra e/ou especialista; avaliar uso de medicamentos para RGE; para RNPT acima de 32 semanas de IG, orientar uso de dispositivos que elevam a cabeça do bebê no berço; indicar alimentação em menor volume e mais frequente. Se desidratação: encaminhar urgentemente para um hospital, com a mãe e/ou profissional de saúde, administrando soro oral com frequência até chegar ao serviço de referência. Dar líquidos para desidratação grave (Plano C AIDPI, Algoritmo 2). Sem desidratação: dar líquidos para prevenir a desidratação em casa (plano A – AIDPI, Quadro 13); orientar em quais situações deverá voltar para reavaliação imediata; orientar a mãe quanto a medidas preventivas e sinais de perigo que requerem retorno imediato; orientar a mãe a reconhecer os sinais de perigo e as medidas preventivas. Se a diarreia continuar, retornar em dois dias. Diarreia por mais de sete dias ou com sangue: encaminhar urgentemente ao hospital, com a mãe e/ou profissional de saúde, oferecendo soro oral no caminho. |

continua

| Problemas | Achados clínicos/principais comprometimentos | Fatores de risco | Orientação |
|------------------------|--|--|--|
| Alterações metabólicas | Doença metabólica óssea Anemia da prematuridade Perfil lipídico e glicêmico acima da referência. | IG < 28 semanas, menor de 1.500 gramas, Ventilação Mecânica (VM) prolongada, Nutrição Parenteral Total (NPT) prolongada, uso de diuréticos, uso de corticoides, displasia broncopulmonar; entre seis e 12 semanas de vida, pode haver parada de crescimento, craniotabes e até fraturas espontâneas nas formas mais graves. Alteração de marcadores bioquímicos séricos (redução do cálcio e fósforo e aumento da fosfatase alcalina). Colesterol total com ou sem jejum: < 170mg/dl; Colesterol HDL com ou sem jejum: >45mg/dl; LDL com ou sem jejum: <110mg/dl Triglicérideo com jejum: < 75mg/dl; sem jejum: < 85mg/dl; Glicemia: com jejum: <100 mg/dl. | Solicitar Fosfatase Alcalina (FA) e Cálcio (Ca) a cada 21 dias até completar 40 semanas de IG corrigida e FA mensalmente, até 48 semanas de IG corrigida. Após, fazer controle a cada 3 meses e até 1 ano de idade corrigida. Suplementação de cálcio e fósforo após a alta (até 40 semanas de idade gestacional corrigida): Cálcio: 100-160 mg/Kg/dia Fósforo: 95-108 mg/Kg/dia por 100 Kg cal. Reposição de vitamina A e D: Polivitamínico (solução oral) - 12 gotas VO 1x/dia. Ferro: - nascidos acima de 1.500g: a partir de 30 dias de vida = 2 mg/kg/dia durante 1 ano, e 1 mg/kg/dia por mais 1 ano. - nascidos entre 1.500g e 1.000g: 3 mg/kg/dia durante 1 ano e mais 1 mg/kg/dia entre 1 e 2 anos de idade. - nascidos com menos de 1.000g: 4 mg/kg/dia durante 1 ano, e 1 mg/kg/dia por mais 1 ano. Zinco: iniciar com 36 semanas de idade corrigida - 0,5-1mg/dia por seis meses (formular 10 mg/mL e adicionar à dieta). Solicitar aos 12 meses, 24 e 48 meses de idade corrigida: hemograma, glicose, colesterol fracionado e triglicédeos. |
| Sinais de infecção | Ver avaliação quadro AIDPI neonatal para identificar doença grave ou infecção (Quadro 12). | IG nascimento menor de 32 semanas, peso ao nascer abaixo de 1500 g, anemia da prematuridade. | Para menores de dois meses, não perder tempo fazendo exames ou outros procedimentos; iniciar o tratamento com antibiótico parenteral e medicação de urgência, quando indicado. |

continua

| Problemas | Achados clínicos/principais comprometimentos | Fatores de risco | Orientação |
|------------------------|---|--|--|
| Alterações crescimento | Ganho insuficiente na 1ª semana após alta hospitalar. Ganho ponderal inferior ao longo do seguimento Estatura abaixo do esperado. | Presença de morbidades, RN com peso ao nascer menor 850g, IG menor que 28 semanas, Displasia broncopulmonar, nascer PIG, hospitalização prolongada, dificuldade de interação materno-infantil. | <p>Avaliar o peso de 1-2 dias após a alta hospitalar (usar curvas de avaliação crescimento apropriadas a IG menor de 40 semanas) e comparar com o peso da alta hospitalar; avaliar a adequação da dieta pelo número de fraldas trocadas (6 a 8/dia);</p> <p>Curvas Fenton indicadas para menores de 32 semanas de IG e utilizadas até 50ª semanas pós-concepção. Curva e o cálculo dos escores Z e dos percentis podem ser acessados no endereço: https://www.ucalgary.ca/fenton/2013chart.</p> <p>As curvas do Intergrowth são mais indicadas para RNPT maiores de 32 semanas de IG e podem ser usadas até 64 semanas pós-concepção. Acesso das curvas: https://intergrowth21.tghn.org/articles/new-intergrowth-21st-international-postnatal-growth-standards-charts-available.</p> <p>O escore Z e percentil podem ser calculados em http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/en/ManualEntry.</p> <p>A partir das 65 semanas de pós-concepção, utilizar as curvas do cartão de saúde da criança.</p> |

continua

| Problemas | Achados clínicos/principais comprometimentos | Fatores de risco | Orientação |
|--|--|--|--|
| Alterações desenvolvimento inicial da alimentação | <p>Alterações motoras orais (sucção, respiração, mastigação, deglutição e fonarticulação) e/ou de alimentação, disfagia, aspiração, reflexo de vômito acentuado à alimentação, vômitos, diarreia, déficit no crescimento, demora na alimentação.</p> <p>A incoordenação entre a deglutição e a respiração pode apresentar tosse ou engasgo, aspiração silente sem sinais evidentes; sinais sugestivos de dificuldades alimentares: refeições ou mamas prolongadas; recusa alimentar por um mês ou mais; refeições estressantes; alimentação inadequada e não evoluir nas texturas alimentares.</p> | Uso de sonda gástrica e VM prolongada, menor peso e IG ao nascer, atraso na estimulação oral, desmame precoce. | <p>Em caso das disfunções orgânicas, deve ser encaminhada para avaliação especializada;</p> <p>estimular a manutenção do aleitamento materno (promove desenvolvimento adequado das estruturas necessárias à função alimentar);</p> <p>introduzir alimentos de consistência pastosa e espessa ao iniciar a alimentação complementar (promove amadurecimento do Sistema Estomatognático);</p> <p>oito meses idade corrigida – introdução da consistência sólida (alimentos amassados e/ou picados em pequenos pedaços);</p> <p>12 meses idade corrigida – manter leite materno (preferencialmente) e alimentos da família.</p> |
| Desordens do humor materno e autoeficácia para cuidado | Relatos de tristeza, ansiedade, choro sem motivo, medo de cuidar do RN, não assume o cuidado após um mês da alta hospitalar, sem sinais de vínculo com RN, sinais e rejeição. | Avaliar até o sexto mês após o parto; avaliar habilidades e capacidade mãe/pai para cuidar do RN. | <p>Avaliar níveis de autoeficácia materna (escala de avaliação descrita à frente);</p> <p>identificar as necessidades emocionais da mãe/pai;</p> <p>encaminhar para avaliação especializada conforme necessidade.</p> |

Fonte: SBP (2012); Parkinson et al. (2013); Brasil (2014); Scartzini et al. (2017).

Quadro 12 – Identificar doença grave ou infecção localizada (AIDPI neonatal)

| Avaliar | Classificar | Tratar |
|---|----------------------------|---|
| <p>Se houver ao menos um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bebê "não vai bem" • Recusa alimentar • Vômitos repetidos • Temperatura axilar <36° ou >37,5°C • Convulsões • Letargia/inconsciência ou flacidez • Tiragem subcostal acentuada • Apneia • Batimentos de asas nasais • Gemido, estridor ou sibilância • Cianose central • Palidez intensa • Icterícia até região abaixo do umbigo ou de aparecimento antes de 24 horas de vida • Manifestações de sangramento: equimoses, petéquias e/ou hemorragias • Secreção purulenta no umbigo (com eritema que se estende para a pele) ou secreção purulenta no ouvido • Distensão abdominal • Peso <2.000 g • Frequência respiratória >60 ou <30 mrpm • Pústulas ou vesículas na pele (muitas ou extensas) • Enchimento capilar lento (>2 seg) • Anomalias congênitas maiores. | <p>Doença Grave</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar urgentemente ao hospital, segundo as normas de estabilização e transporte. • Administrar a primeira dose dos antibióticos recomendados (Quadro 14) • Administrar oxigênio se houver cianose central • Prevenir hipoglicemia (Quadro 15) • Dar acetaminofen para febre >38°C (Quadro 16) • Prevenir hipotermia • Recomendar à mãe que continue a amamentação, sempre que possível. |

continua

| Avaliar | Classificar | Tratar |
|--|--|---|
| <p>Se houver ao menos um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secreção purulenta conjuntival • Umbigo eritematoso com secreção purulenta sem estender-se para a pele • Pústulas na pele (poucas ou localizadas) • Placas brancas na boca | <p>Infeção Localizada</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prescrever antibiótico ou nistatina via oral, quando indicados. • Tratar os mamilos e aréola da mãe em caso de monilíase (ver Quadro 17). • Aplicar tratamento local (Quadro 17). • Orientar a mãe a tratar as infecções locais em casa (uso antitérmico, antibiótico ou antifúngico oral). • Orientar a mãe quanto a medidas preventivas e sinais de perigo que requerem retorno imediato. • Aconselhar a mãe a prosseguir com o aleitamento materno exclusivo, sempre que possível. • Reavaliar a criança em dois dias. |
| <p>Se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nenhum dos sinais anteriores. | <p>Sem doença Grave Ou Infeção Localizada</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar a mãe a prosseguir com o aleitamento materno exclusivo, sempre que possível. • Nenhum tratamento adicional. • Orientar a mãe quanto a medidas preventivas e sinais de perigo que requerem retorno imediato. • Orientar a mãe quanto ao retorno para nova consulta. |

Fonte: BRASIL (2014).

Quadro 13 – Plano A desidratação (AIDPI neonatal)

Orientar a mãe sobre as regras do tratamento no domicílio: aumentar a ingestão de líquidos, continuar oferecendo o seio, observar sinais e sintomas que indiquem necessidade de retorno imediato e retornar para reavaliação na data agendada

1. Aumentar a ingestão de líquidos (tanto quanto a criança queira tomar):

- Amamentar a criança com frequência e durante mais tempo, em cada mamada.
- Se a criança é exclusivamente amamentada, oferecer Solução de Reidratação Oral (SRO) e água pura, além do leite materno.
- Se a criança não é exclusivamente amamentada, continuar oferecendo o peito, oferecer SRO e água pura e orientar a alimentação.

ENSINAR A MÃE COMO PREPARAR E ADMINISTRAR O SRO.

DISPONIBILIZAR À MÃE DOIS PACOTES DE SRO PARA USAR EM CASA

Mostrar à mãe a quantidade de SRO que deve ser dada à criança, além do leite materno: 50 a 100 mL depois de cada evacuação.

Orientar a mãe a:

- Oferecer a solução à criança com um copinho, em goles pequenos e frequentes.
- Se a criança vomitar, esperar 10 minutos. Continuar depois, porém, mais lentamente.
- Seguir oferecendo mais líquidos que o usual até que cesse a diarreia.

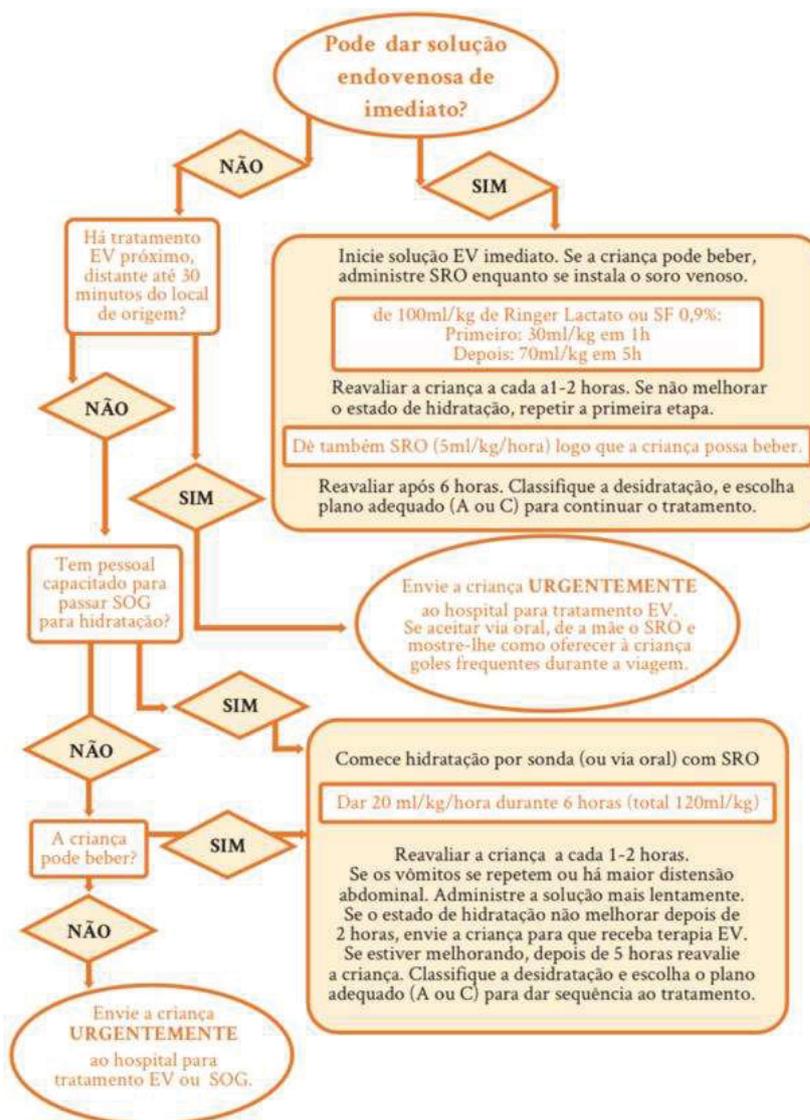
2. Continuar alimentando a criança.

3. Retornar

- Imediatamente, se a criança apresentar sinais de perigo (Quadro 8)
- Em dois dias para reavaliação

Fonte: BRASIL (2014).

Algoritmo 2- Plano C desidratação AIDPI neonatal



Fonte: BRASIL (2014, p. 180).

NOTA: Toda criança menor que dois meses, classificada como desidratação, deve ser referida para um hospital ou ficar em observação por, no mínimo, seis horas após a reidratação, para se ter a segurança de que a mãe/cuidador possa manter a hidratação em casa pela oferta de SRO.

Quadro 14: Antibióticos, doses, vias de administração, apresentações, frequência e doses para crianças de 2 a 5 kg (menores 2 meses AIDPI neonatal)

| Penicilina G Cristalina | | | | |
|--|-----------|------|--|--|
| Dose: 100.000 UI/kg/dia EV ou IM | | | | |
| Para um frasco de 5.000.000 UI adicionar 8 mL de água destilada = 10 mL, logo 1mL = 500.000 UI | | | | |
| Peso | Dose (mL) | | | Frequência |
| | a | b | c | |
| 2,0 | 0,2 | 0,13 | 0,1 | a. <1 semana a cada 12 horas. b. 1 – 3 semanas a cada 8 horas. c. >3 semanas a cada 6 horas. |
| 2,5 | 0,25 | 0,16 | 0,12 | |
| 3,0 | 0,3 | 0,2 | 0,15 | |
| 3,5 | 0,35 | 0,23 | 0,17 | |
| 4,0 | 0,4 | 0,26 | 0,2 | |
| 4,5 | 0,45 | 0,3 | 0,22 | |
| 5,0 | 0,5 | 0,33 | 0,25 | |
| Ou Ampicilina | | | | |
| Dose: 100 mg/kg/dia EV ou IM | | | | |
| Para um frasco de 500 mg, adicionar 5 mL de água destilada = 5 mL, logo 1mL = 100 mg | | | Para um frasco de 1 g, adicionar 10 mL de água destilada = 10 mL, logo 1 mL = 100 mg | |
| Peso | Dose (mL) | | | Frequência |
| | a | b | c | |
| 2,0 | 1,0 | 0,7 | 0,5 | a. <1 semana a cada 12 horas. b. 1 – 3 semanas a cada 8 horas. c. >3 semanas a cada 6 horas. |
| 2,5 | 1,25 | 0,85 | 0,6 | |
| 3,0 | 1,5 | 1,0 | 0,75 | |
| 3,5 | 1,75 | 1,2 | 0,9 | |
| 4,0 | 2,0 | 1,4 | 1,0 | |
| 4,5 | 2,25 | 1,5 | 1,1 | |
| 5,0 | 2,5 | 1,6 | 1,25 | |

continua

| ou Penicilina G Procaína Dose: 50.000 UI/kg/dia IM | | | |
|--|-----------|--|--------------------------------|
| Para um frasco de 400.000 UI ⁹ , adicionar 2 mL de água destilada = 2 mL, logo 1 mL contém 200.000 UI de Penicilinasendo: 50.000 UI de Penicilina Cristalina e 150.000 UI de Penicilina Procaína. | | | |
| Peso | Dose (mL) | Frequência | |
| 2,0 | 0,5 | A cada 24 horas | |
| 2,5 | 0,6 | | |
| 3,0 | 0,7 | | |
| 3,5 | 0,9 | | |
| 4,0 | 1,0 | | |
| 4,5 | 1,1 | | |
| 5,0 | 1,2 | | |
| Associado à Gentamicina Dose: 4 mg/kg/dia IM | | | |
| Para uma ampola de 80 mg (2 mL) adicionar 2 mL de água destilada = 4 mL, logo 1 mL = 20 mg | | Para uma ampola de 40 mg (1 mL) Adicionar 1 mL de água destilada = 2 mL, logo 1 mL = 20 mg | |
| Peso | Dose (mL) | Frequência | |
| 2,0 | 0,4 | <37 semanas a cada 36 horas | |
| 2,5 | 0,5 | | |
| 3,0 | 0,6 | | |
| 3,5 | 0,7 | >37 semanas a cada 24 horas | |
| 4,0 | 0,8 | | |
| 4,5 | 0,9 | | |
| 5,0 | 1,0 | | |
| ou à Amicacina Dose: 15 mg/kg/dia IM | | | |
| Para uma ampola de 100 mg (2 mL) 1 mL = 50 mg | | Para uma ampola de 500 mg (2 mL) 1mL = 250 mg | |
| Peso | Dose (mL) | | Frequência |
| | 50 mg/mL | 250 mg/mL | |
| 2,0 | 0,6 | 0,12 | <7 semanas a cada 36 horas |
| 2,5 | 0,7 | 0,15 | |
| 3,0 | 0,9 | 0,18 | |
| 3,5 | 1,0 | 0,21 | >37 semanas a cada 24 horas |
| 4,0 | 1,2 | 0,24 | |
| 4,5 | 1,35 | 0,27 | |
| 5,0 | 1,5 | 0,30 | |

Quadro 15: Como prevenir hipoglicemia segundo AIDPI neonatal

| Hipoglicemia |
|--|
| <p>Se a criança não consegue sugar o peito vigorosamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe dar o peito com uma frequência maior. <p>Se a criança não consegue sugar o peito, mas pode deglutir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar leite materno ordenhado ou outro leite. • Se não for possível, dar à criança de 30 a 50 mL de água com açúcar antes de ser transferida. Para preparar a água com açúcar, dissolver quatro colheres de chá de açúcar (20 g) em um copo com 200 mL de água. <p>Se a criança não consegue deglutir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar 50 mL de leite ou água com açúcar por sonda orogástrica. • Se for possível, administrar solução endovenosa com soro glicosado a 10% (80 – 100 mL/kg/dia). |

Fonte: BRASIL (2014).

Quadro 16 – Dose de acetaminofen (paracetamol), apresentação, frequência e dose para crianças de 2 a 7 kg

| Acetaminofen: Dose: 12 mg/Kg/dose | | | | |
|-----------------------------------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| Peso | Dose (mL) | | | Frequência |
| | 100 mg/mL | 200 mg/mL | 300 mg/mL | |
| 2,0 | 4 | 2 | 1 | A cada 8 horas |
| 3,0 | 6 | 3 | 2 | A cada 6 horas |
| 4,0 | 8 | 4 | 3 | |
| 5,0 | 12 | 6 | 4 | |
| 6,0 | 14 | 7 | 5 | |
| 7,0 | 16 | 8 | 6 | |

Fonte: BRASIL (2014).

Quadro 17: Antibiótico e antifúngico oral segundo AIDPI neonatal

| Cefalexina | | | Nistatina | | |
|---|-----------|----------------|--|-----------|----------------|
| Dose: 50 mg/kg/dia. Via oral Apresentação: 250 mg/5 mL (1mL = 50 mg) | | | Dose: 100.000 UI/mL de 6/6 horas Apresentação: 100.000 UI/mL (1mL = 100.000 UI) | | |
| Peso (Kg) | Dose (mL) | Frequência | Peso (Kg) | Dose (mL) | Frequência |
| 2,0 | 0,5 | A cada 6 horas | 2,0 | 1,0 | A cada 6 horas |
| 2,5 | 0,6 | | 3,0 | 1,0 | |
| 3,0 | 0,7 | | 4,0 | 1,0 | |
| 3,5 | 0,9 | | 5,0 | 1,0 | |
| 4,0 | 1,0 | | 6,0 | 1,0 | |
| 4,5 | 1,1 | | 7,0 | 1,0 | |
| 5,0 | 1,2 | | 8,0 | 1,0 | |

Fonte: BRASIL (2014).

Para avaliar a percepção das mães quanto a sua confiança em prover o cuidado ao filho prematuro em casa, o enfermeiro pode utilizar-se da Escala de avaliação da autoeficácia, apresentada na sequência, autorizada pelas autoras para constar deste protocolo. Tal escala tem uma pontuação mínima de 36 pontos e máxima de 252 pontos; quanto maior for a pontuação, maior será a autoconfiança materna para o cuidado. Portanto, o enfermeiro deverá propor intervenções quando os escores forem baixos. Sempre que o enfermeiro, durante a consulta, perceber que a mãe não demonstra confiança no cuidado, sugere-se aplicar a escala de avaliação da autoeficácia a seguir, cujo resultado orientará as ações para promoção de confiança materna no cuidado ao bebê prematuro.

INSTRUMENTO PRETERM PARENTING & SELF-EFFICACY CHECKLIST – VERSÃO BRASILEIRA.

© Pennell C, Whittingham K, Boyd R, Sanders M, Colditz P. Prematurity and parental self-efficacy: The Preterm Parenting & Self-Efficacy Checklist. Elsevier: Infant Behav Dev. 2012; 35(4):678–88. *Adaptação para língua portuguesa brasileira por Mendes CQS, Balieiro MMFG, Mandetta MA, Tsunemi MH. Cross-cultural adaptation of the Preterm Parenting & Self-efficacy Checklist. Rev Bras Enfer. 2019;72. (Prelo)*

Este questionário tem como objetivo coletar informações sobre como você se sentiu realizando tarefas específicas como novo (a) pai/mãe. Por favor, reserve um tempo para relembra como foi para você quando trouxe seu bebê pela primeira vez para casa. Por gentileza, leia e responda às perguntas com atenção.

Pais e mães de bebês prematuros: por favor, respondam às perguntas com base no seu último bebê prematuro.

Pais e mães de bebês nascidos em tempo certo: por favor, respondam às perguntas com base no seu último bebê nascido em tempo certo.

Selecione um número de 1 a 5, indicando o que melhor exprime a sua experiência como pai/mãe/responsável de recém-nascido prematuro.

1. O quanto você se sentiu confiante ao dar o banho no seu bebê?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

2. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

3. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao dar o banho no seu bebê?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

4. O quanto você se sentiu confiante para acalmar o seu bebê?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

5. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

46

6. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em acalmar o seu bebê?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)

3. Às vezes bem-sucedido(a)
 4. Na média
 5. Um pouco bem-sucedido(a)
 6. Bem-sucedido(a)
 7. Muito bem-sucedido(a)
7. O quanto você se sentiu confiante em alimentar o seu bebê?
1. Nada confiante
 2. Não confiante
 3. Não muito confiante
 4. Inseguro
 5. Um pouco confiante
 6. Confiante
 7. Muito confiante
8. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?
1. Nada importante
 2. Não importante
 3. Não muito importante
 4. Inseguro
 5. Um pouco importante
 6. Importante
 7. Muito importante
9. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao alimentar o seu bebê?
1. Nada bem-sucedido(a)
 2. Raramente bem-sucedido(a)
 3. Às vezes bem-sucedido(a)
 4. Na média
 5. Um pouco bem-sucedido(a)
 6. Bem-sucedido(a)
 7. Muito bem-sucedido(a)
10. O quanto você se sentiu confiante ao cuidar da saúde e das necessidades médicas do seu bebê (p.ex., dar medicamentos, comparecer às consultas médicas)?
1. Nada confiante
 2. Não confiante
 3. Não muito confiante
 4. Inseguro
 5. Um pouco confiante
 6. Confiante
 7. Muito confiante
11. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?
1. Nada importante

2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

12. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao cuidar da saúde e das necessidades médicas do seu bebê (p.ex., dar medicamentos, comparecer às consultas médicas)?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

13. O quanto você se sentiu confiante em empregar métodos seguros para colocar o bebê para dormir (prevenindo morte súbita do lactente)?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

14. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

15. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em empregar métodos seguros para colocar o bebê para dormir (prevenindo morte súbita do lactente)?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

16. O quanto você se sentiu confiante ao trocar a fralda do seu bebê?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

17. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

18. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao trocar a fralda do seu bebê?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

19. O quanto você se sentiu confiante em ser capaz de aplicar técnicas de ressuscitação em seu bebê?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

20. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

21. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em ser capaz de aplicar técnicas de ressuscitação em seu bebê? (Se aplicável)

1. Nada bem-sucedido(a)
 2. Raramente bem-sucedido(a)
 3. Às vezes bem-sucedido(a)
 4. Na média
 5. Um pouco bem-sucedido(a)
 6. Bem-sucedido(a)
 7. Muito bem-sucedido(a)
- Não aplicável

22. O quanto você se sentiu confiante em seu conhecimento sobre questões relacionadas à segurança do bebê (viagem, posicionamento, etc...)?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

23. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

24. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao usar métodos de segurança para o bebê?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

25. O quanto você se sentiu confiante ao lidar com a agitação e o choro do seu bebê?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

26. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

27. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) ao lidar com a agitação e o choro do seu bebê?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

28. O quanto você se sentiu confiante em entender os sinais do seu bebê?

1. Nada confiante
2. Não confiante
3. Não muito confiante
4. Inseguro
5. Um pouco confiante
6. Confiante
7. Muito confiante

29. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê?

1. Nada importante
2. Não importante
3. Não muito importante
4. Inseguro
5. Um pouco importante
6. Importante
7. Muito importante

30. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em entender os sinais do seu bebê?

1. Nada bem-sucedido(a)
2. Raramente bem-sucedido(a)
3. Às vezes bem-sucedido(a)
4. Na média
5. Um pouco bem-sucedido(a)
6. Bem-sucedido(a)
7. Muito bem-sucedido(a)

31. O quanto você se sentiu confiante em continuar cuidando de seus outros filhos e ajudá-los a se ajustar ao novo bebê e às necessidades dele? (Se aplicável)

1. Nada confiante
 2. Não confiante
 3. Não muito confiante
 4. Inseguro
 5. Um pouco confiante
 6. Confiante
 7. Muito confiante
- Não aplicável

32. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê? (Se aplicável)

1. Nada importante
 2. Não importante
 3. Não muito importante
 4. Inseguro
 5. Um pouco importante
 6. Importante
 7. Muito importante
- Não aplicável

33. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em continuar cuidando de seus outros filhos e ajudá-los a se ajustar ao novo bebê e às necessidades dele? (Se aplicável)

1. Nada bem-sucedido(a)
 2. Raramente bem-sucedido(a)
 3. Às vezes bem-sucedido(a)
 4. Na média
 5. Um pouco bem-sucedido(a)
 6. Bem-sucedido(a)
 7. Muito bem-sucedido(a)
- Não aplicável

34. O quanto você se sentiu confiante em ser capaz de cuidar do seu bebê junto com o(a) seu (sua) companheiro(a)? (Se aplicável)

1. Nada confiante
 2. Não confiante
 3. Não muito confiante
 4. Inseguro
 5. Um pouco confiante
 6. Confiante
 7. Muito confiante
- Não aplicável

35. O quanto você sentiu que essa habilidade foi importante para você tornar-se um bom pai/uma boa mãe para seu bebê? (Se aplicável)

1. Nada importante
 2. Não importante
 3. Não muito importante
 4. Inseguro
 5. Um pouco importante
 6. Importante
 7. Muito importante
- Não aplicável

36. O quanto você se sentiu bem-sucedido(a) em ser capaz de cuidar do seu bebê junto com o(a) seu(sua) companheiro(a)? (Se aplicável)

1. Nada bem-sucedido(a)
 2. Raramente bem-sucedido(a)
 3. Às vezes bem-sucedido(a)
 4. Na média
 5. Um pouco bem-sucedido(a)
 6. Bem-sucedido(a)
 7. Muito bem-sucedido(a)
- Não aplicável

Avaliar a autoconfiança materna para o cuidado contribuirá para promover o crescimento e desenvolvimento mais adequado do RNPT. Visto que, a menor autoeficácia materna para o cuidado pode comprometer esse processo. Salienta-se que o RNPT tem diferente recuperação de seu crescimento quando comparado ao RN nascido a termo. A aceleração da velocidade de crescimento (*catch up*) ocorre nos primeiros meses de Idade Corrigida (IC). Primeiramente ocorre rápido aumento do Perímetro Cefálico entre 6 e 12 meses de IC, seguido de aceleração no comprimento e peso ao longo do primeiro ano de vida.

No entanto, somente entre os 2 e 3 anos de idade que o RNPT alcançará a equivalência ao RN a termo, da normalidade nas curvas de crescimento, do comprimento e do peso, respectivamente. Há que se atentar para aqueles nascidos com peso abaixo de 1.000 gramas, pois esses podem alcançar as curvas de crescimentos dentro da normalidade mais tardiamente. Ainda, os prematuros PIG apresentarão peso e altura baixas para a idade até os 4 anos, em comparação àqueles que não tiveram restrição de crescimento intraútero, condição que ainda os predispõe à obesidade na adolescência.

Para promover o crescimento adequado dos RNPT, a SBP (2012) orienta como atender as necessidades básicas no primeiro ano de vida, descritas no Quadro 18:

Quadro 18: Necessidades básicas ao longo do primeiro ano de vida do prematuro

| Oferta | Quantidade |
|--------------|---------------------|
| Hídrica | 150-200 mL/kg/dia |
| Calórica | 120- 130 cal/kg/dia |
| Proteica | 2,5-3,5 g/kg/dia |
| Lipídica | 6,0-8,0 g/kg/dia |
| Carboidratos | 10-14 g/kg/dia |

Fonte: SBP (2012).

A manutenção do aleitamento materno exclusivo é essencial para o melhor desenvolvimento do RNPT, pois favorece o ganho harmônico de peso, é fator protetor para o não desenvolvimento da síndrome *like* na infância e metabólica mais tardiamente. Contudo, caso haja necessidade de complementar com fórmulas adequadas ao prematuro, a oferta inicial de 200 mL/kg/dia no primeiro semestre é suficiente para o aporte calórico e proteico indicado.

Para as crianças prematuras com Displasia Broncopulmonar (DBP) a SBP (2012) orienta que devem ser administradas fórmulas com maior concentração de proteína, minerais e oligoelementos, associado de LC-PUFAS (*Long chain polyunsaturated fatty acids*), pelo menos até 52 semanas de idade corrigida, uma vez que essa patologia exige restrição hídrica. Assim, o preparo indicado é:

Uma medida do pó em 25 mL de água fervida, ao invés dos 30 mL recomendados pelo fabricante = densidade calórica 20% maior e com volume 150 mL/kg/dia para oferta calórica de 120 Kcal/kg/dia.

O início da alimentação complementar de RNPT deve considerar sua idade corrigida para se ter maturidade neurológica e prontidão do sistema estomatognático. Portanto, para os RNPT em aleitamento materno exclusivo, a alimentação complementar deve ser iniciada aos 6 meses de idade corrigida, para aqueles em aleitamento artificial, este início pode ser com 3 meses de idade corrigida.

O RNPT deve, até os 3 anos de idade corrigida, alcançar sua total velocidade de crescimento (*catch up*), ou seja, estar na curva de referência entre escores Z -2 a +2 como descrito no Quadro 19, a seguir.

Quadro 19 – Medidas do Recém-nascido, de acordo com a idade corrigida para alcançar os valores de referência da idade cronológica (estar na curva de referência entre escores Z -2 a +2)

| Medidas | Idade corrigida |
|--------------------|--------------------|
| Perímetro cefálico | entre 6 e 12 meses |
| Estatura | Em torno 2 anos |
| Peso | Próximo aos 3 anos |

Fonte: SBP (2012).

A alteração no crescimento é evidenciada quando a curva de crescimento por pelo menos duas avaliações consecutivas não se aproxima dos escores mínimos da normalidade (permanece abaixo do escore -2), apresentando achatamento ou padrão descendente; requerem investigação. Constituem-se em grupos de maior risco para falha, os nascidos com peso < 850 g e IG < 28 semanas, bem como os portadores de displasia broncopulmonar e os nascidos FIG.

Deve-se estar atento também para os nascidos prematuros que apresentam maior *catch-up* nos primeiros anos de vida, principalmente em relação ao peso, ultrapassando o escore Z estabelecido para o perímetro cefálico e o comprimento, uma vez que essas crianças terão maior risco de desenvolver hipertensão arterial, diabetes tipo II e doença cardiovascular na adolescência ou adulto jovem. Devendo-se, portanto, atentar para essa aceleração nas curvas de crescimento e mensurar a pressão arterial (a partir de um ano de idade corrigida) e fazer o controle de glicemia, colesterol e triglicérides anualmente para propor precocemente intervenções dietéticas nos casos de desvios nutricionais.

No quadro 20, a seguir, apresentam-se os sinais de alerta para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor das crianças com demandas diferenciadas de cuidado.

Quadro 20 - Sinais de alerta para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor

| Período | Sinais de alerta |
|--------------|---|
| 1º trimestre | Pouco interesse aos estímulos visuais e auditivos; Mãos cerradas com polegar incluso; Hipertonia ou hipotonia de MMSS e/ou MMII; Reflexos exacerbados ou ausentes ou assimétricos. |
| 2º trimestre | Controle ineficaz de cabeça; Ausência de fixação ocular; Assimetria corporal; presença de reflexos primitivos; Hipertonia de MMII e MMSS; hiperextensão de cabeça e tronco; Comprometimento no rolar; pouca interação com o meio social; Pouca movimentação espontânea; dificuldade na exploração do ambiente e do próprio corpo; Ausência de balbúcio; Pouca interação com o meio social. |

55

continua

| Período | Sinais de alerta |
|--------------|---|
| 3º trimestre | Dificuldade de equilíbrio do tronco sentado; Persistência dos reflexos primitivos; Marcha em tesoura; Pouca movimentação espontânea; Alterações de tônus musculares MMSS e MMII; Aos 9 meses: PC anormal está associado a pior prognóstico de desenvolvimento. |
| 4º trimestre | Dificuldade para engatinhar e/ou se deslocar em busca de um objeto; pobre exploração do ambiente; Dificuldade de sustentação de peso nos MMII na postura em pé; marcha em tesoura; Sinais de alteração do tônus muscular (hipotonia, hipertonia, distonia); Ausência da linguagem monossilábica; Melhor definição das alterações dos trimestres anteriores. |
| 2 anos | Atraso na aquisição da marcha e da fala. |
| 3 anos | Transtornos da comunicação e da conduta; Hiperatividade. |
| 5 anos | Dificuldade na comunicação e atenção; Dificuldade no equilíbrio. |
| 7 anos | Dificuldade na percepção do esquema corporal, coordenação, atenção e aprendizagem; Problemas comportamentais. |

Fonte: SBP (2012).

Durante a consulta de seguimento atentar para os seguintes SINAIS DE ALERTA (SBP, 2012):

- Ganho ponderal insuficiente ou perda > que 10% após a alta, na primeira semana de vida;
- Aumento do PC proporcionalmente menor que o peso e comprimento;
- RNPT que não apresentam "catch-up" expressivo ao fim do 1º ano;
- Aumento do PC > 1,75 cm por semana:
 - Mudança de coloração da pele;
 - Pausas respiratórias;
 - Desconforto respiratório;
 - Hipoatividade e/ou irritação intensa;
 - Regurgitação frequente/vômitos;
 - Diminuição ou recusa da dieta.

A paralisia cerebral é considerada marcador de desfechos neurológicos gerais em associação com prematuridade, afetando cerca da metade das crianças com alterações neurológicas. Seguindo da leucomalácia periventricular e hidrocefalia. Ainda, as crianças nascidas prematuras

podem sofrer déficits motores, comportamentais e prejuízos no desempenho escolar, bem como distúrbios de ajustes sociais na idade escolar.

Dessa forma, o seguimento do RNPT ao longo dos primeiros cinco anos de vida se faz essencial para promover todo seu potencial de crescimento e desenvolvimento e reduzir ou amenizar as possíveis sequelas advindas da prematuridade.

Avaliação da criança com problemas respiratórios

As doenças respiratórias são um dos principais problemas de saúde pública entre os menores de cinco anos. Podem se iniciar já nos primeiros dias de vida e incluem, além de infecções, doenças alérgicas como a asma. Em média, as crianças menores de cinco anos têm de quatro a oito Infecções Respiratórias Agudas (IRA) por ano, podendo chegar a dez episódios naquelas que permanecem em instituições de cuidado, como os centros de educação infantil (BRASIL, 2017).

O que mais deve nos preocupar na avaliação da criança com problemas respiratórios são as pneumonias, devido a sua letalidade, pois 80% das mortes por IRA têm como causa a pneumonia. Em nossa realidade, a pneumonia geralmente é causada por bactérias, sendo mais comuns o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) e o *Haemophilus influenzae*. Entretanto, em países que introduziram no calendário básico de imunização as vacinas Hib e Pneumocócica, como o Brasil, ocorrem em menor frequência (BRASIL, 2017).

A maioria das crianças doentes que vão para os serviços de saúde, apresenta infecções respiratórias sem gravidade. Contudo, se não forem tratadas a tempo, podem evoluir para infecções mais graves, como pneumonia e septicemia. Desse modo, é essencial distinguir, entre as crianças com IRA, aquelas que têm alta probabilidade de ter pneumonia, e classificar a gravidade da doença, a fim de definir o uso de antibióticos e a necessidade de hospitalização.

Os sinais que devem ser pesquisados imediatamente são tosse ou dificuldade para respirar, que quase sempre estão presentes diante da suspeita de pneumonia. Deve-se avaliar conferindo: há quanto tempo a criança está com tosse ou dificuldade para respirar; se a criança apresenta sibilância; se tem respiração rápida, tiragem subcostal e estridor. As condutas a serem tomadas estão retratadas no quadro 21, a seguir.

Quadro 21 - Procedimentos para tosse ou a dificuldade para respirar

| Avaliar | Classificar | Tratar |
|---|--|---|
| Um dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none"> • Qualquer sinal geral de perigo: a criança não consegue beber nem mamar no peito; vomita tudo o que ingere; teve convulsões ou movimentos anormais (< 72h); está letárgica ou inconsciente; apresenta tempo de enchimento capilar (TEC) > 2 seg.; apresenta batimento de asa do nariz e/ou gemência; • Tiragem subcostal; • Estridor em repouso. | Pneumonia grave ou doença muito grave | <ul style="list-style-type: none"> • Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado (AIDPI); • Tratar a criança para evitar hipoglicemia; • Referir urgentemente ao hospital; • Oxigênio, se disponível. |
| Respiração rápida | Pneumonia | <ul style="list-style-type: none"> • Dar um antibiótico recomendado durante sete dias. • Aliviar a tosse com medidas caseiras. • Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente • Marcar o retorno em dois dias. |
| Nenhum dos sinais acima | Não é Pneumonia | <ul style="list-style-type: none"> • Aliviar a tosse com medidas caseiras • Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente • Seguimento em cinco dias, se não melhorar • Se tosse há mais de 14 dias, realizar investigação |
| Obs: se tiver sibilância, classificar e tratar antes a sibilância. Em seguida, voltar para classificar a tosse ou dificuldade para respirar, exceto em caso de sibilância grave ou doença muito grave. | | |

Fonte: BRASIL (2017).

Na presença de sibilância, o Quadro 22 a seguir demonstra a avaliação e o tratamento indicado.

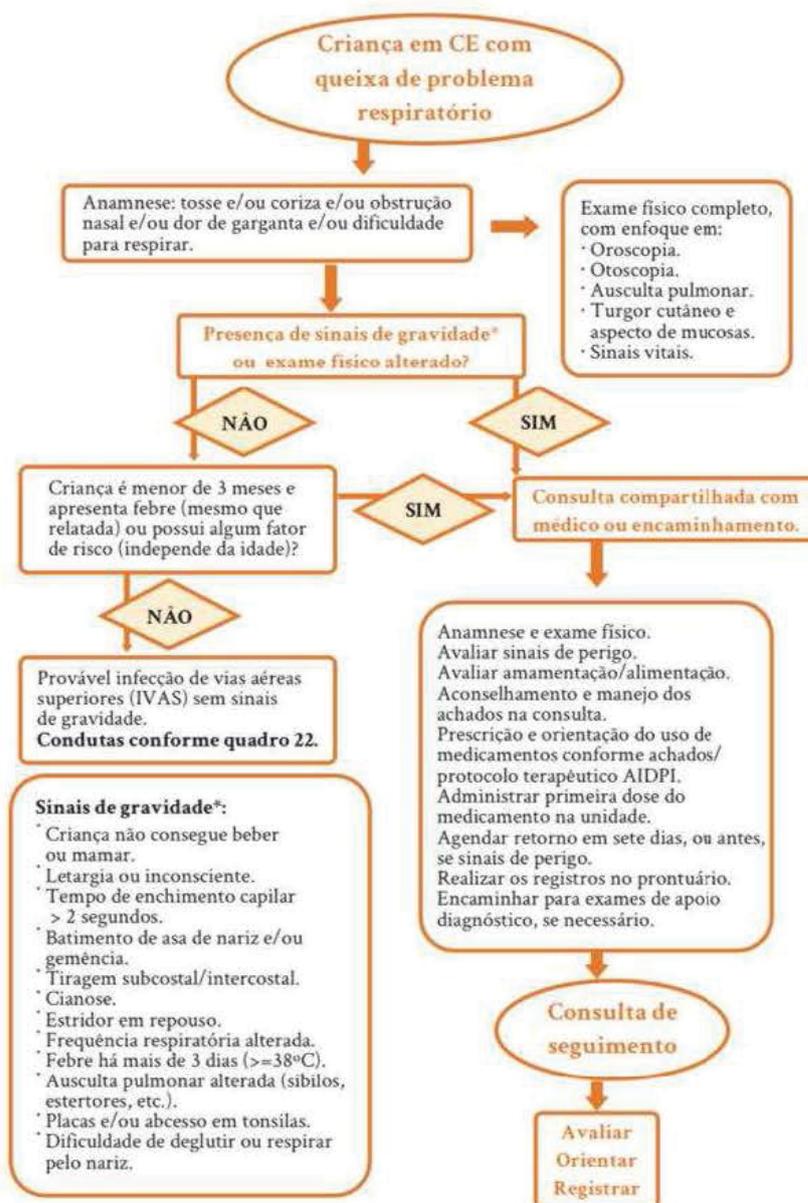
Quadro 22 - Avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade com sibilância

| Avaliar | Classificar | Tratar |
|---|---|--|
| <p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letargia ou sempre agitada. <p>Estridor em repouso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fala frases incompletas (palavras isoladas); no lactente: choro curto ou não consegue chorar. • Tiragem subcostal. • Saturação de O₂ ≤ 90% em ar ambiente (se disponível). | <p>Sibilância grave ou doença muito grave.</p> | <p>Referir imediatamente</p> <p>Tratamento prévio ao encaminhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigênio. • Beta-2 agonista por via inalatória. • Primeira dose do corticoide. • Primeira dose do antibiótico. |
| <p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nível de consciência normal com períodos de agitação. • Fala entrecortada ou choro entrecortado. • Tiragem subcostal. • Respiração rápida. • Saturação de O₂ de 91 a < 95% em ar ambiente. | <p>Sibilância moderada.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Administrar beta-2 por via inalatória (até 3x, a cada 20 minutos). • Administrar corticoide oral. <p>Se não melhorar: referir, após dar a primeira dose do antibiótico injetável e O₂, se possível.</p> <p>Se melhorar: avaliar e classificar a tosse e dificuldade para respirar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento domiciliar com beta-2 por via inalatória (cinco dias). • Corticoide por via oral (três dias). • Dar orientações à mãe para o controle da asma e quando retornar imediatamente. • Marcar o retorno em dois dias. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Não há sinais suficientes para classificar como sibilância grave ou moderada. • Saturação de O₂ ≥ 95% em ar ambiente. | <p>Sibilância leve.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento domiciliar com beta-2 agonista por via inalatória (cinco dias). • Se estiver em uso de beta-2 há 24 horas ou mais: prescrever corticoide por via oral (três dias). • Dar orientações à mãe para o controle da asma e quando retornar imediatamente. • Seguimento em dois dias, se não melhorar ou se estiver usando corticoide. |

Fonte: BRASIL (2017).

A seguir, apresenta-se o Algoritmo 3 para manejo de possível infecção respiratória.

Algoritmo 3 – Manejo de possível infecção respiratória



Fonte: Elaborado pelas autoras.

O manejo das infecções de vias aéreas requer algumas orientações e quando não grave, condutas para alívio dos sintomas, conforme Quadro 23, a seguir.

Quadro 23: Manejo de infecção de vias aéreas na atenção primária pelo enfermeiro

| Cuidados de Enfermagem | Conduta farmacológica |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar ingestão de água e outros líquidos (sucos e sopas; criança em aleitamento materno, aumentar o número e intensidade das mamadas); - Vaporização em domicílio (vapor d'água do chuveiro, inalador, etc.); - Remover umidade/mofo/bolor da casa; - Manter a casa ventilada; - Estimular a lavagem frequente das mãos da criança; - Não fumar na presença da criança; - Orientar sinais de gravidade* e procurar a unidade de saúde ou emergência imediatamente; - Promover higiene nasal com SF a 0,9%; - Evitar aglomerações (avaliar exposição em escolas, creches, centros de educação infantil). | <p>Paracetamol 200 mg/mL (gotas). Posologia: 1 gota/kg/dose a cada 6 horas se dor ou febre.</p> <p>OU</p> <p>Dipirona 500 mg/mL (gotas). Posologia: 1 gota/2kg/dose a cada 6 horas, se dor ou febre. SF a 0,9% para instilar nas narinas (1mL em cada narina).</p> |

Fonte: Florianópolis (2018).

Apresenta-se o Quadro 24, a seguir, com parâmetros normais para a frequência respiratória, conforme idade.

Quadro 24 – Valores normais para frequência respiratória conforme idade

| Idade | Frequência respiratória normal |
|---|--------------------------------|
| De 0 a 2 meses | Até 60mrm* |
| De 2 a 11 meses | Até 50mrm |
| De 12 meses a 5 anos | Até 40mrm |
| Fonte: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2007). | |
| Idade | Definição de respiração rápida |
| 2 meses a menor de 12 meses | 50 ou mais por minuto |
| 1 ano a menor de 5 anos | 40 ou mais por minuto |
| Fonte: Brasil (2017). | |

Legenda:

* mrm = movimentos respiratórios por minuto.

3.1 DOR DE OUVIDO (OTALGIA)

Possui inúmeras etiologias, por exemplo: cera de ouvido impactada, inflamações e suas complicações. A desordem é maior quando a otalgia é secundária, ou seja, quando a fonte de dor está localizada em outra região do corpo como, por exemplo, a orofaringe. Casos como esse devem ser percebidos como sinal de alerta, pois pode ser causada pela disseminação da doença primária na parafaringe (BANDUROVÁ; PLZÁK; BOUCEK, 2019).

3.1.1 Otite média aguda (OMA) -

É a inflamação com coleção de líquido na orelha média, que leva à infecção bacteriana. Resultado geralmente atribuído a complicações de gripe ou resfriado, associadas às alterações imunológicas provocadas por vírus, que antecedem à obstrução da tuba auditiva (OLIVEIRA, 2019). "A contaminação do ouvido médio pode ocorrer por refluxo, aspiração durante o choro, espirro, assoar o nariz e deglutição quando o nariz está obstruído" (CONLON, 2018, p. 645).

A OMA é a principal causa de uso de antimicrobianos em crianças, sendo que os casos com crianças menores de seis meses ou associado à presença de otorrêia ou febre acima de 39°C são considerados graves (OLIVEIRA, 2019).

População - bebês e crianças até 4 anos de idade.

Sinais clínicos -. À otoscopia, observa-se abaulamento do tímpano, hiperemia, secreção na orelha média associada à otalgia ou febre, coriza, obstrução nasal ou tosse. Em lactentes, os sintomas são mais inespecíficos: letargia, irritabilidade, choro inconsolável, dificuldade de mamar ou dormir e febre (T \geq 39°C= otite média grave). Crianças maiores podem relatar perda auditiva, sensação de peso ou pressão no ouvido ("ouvido tampado ou cheio"). A presença de dor à compressão do tragus é incomum na otite média (OLIVEIRA, 2019).

3.1.2 Otite média com efusão -

Efusão serosa ou otite serosa na orelha média, afebril e indolor. Em 40% dos casos os sintomas podem persistir por até 30 dias e em 20% dos casos por até dois meses, porém, ao persistir por mais de 30 dias, considera-se crônica (OLIVEIRA, 2019).

Sinais clínicos - afebril e indolor, tímpano retraído, audição reduzida podendo prejudicar o desenvolvimento da linguagem oral, queixa de sensação de peso no ouvido, ouvido cheio, ouvido entupido, zumbidos (OLIVEIRA, 2019).

3.1.3 Otite externa -

Infecção do conduto auditivo externo e da região auricular, comumente causada por fungos ou bactérias. É geralmente associada à natação, dermatite seborreica/eczematosa ou à manipulação do conduto auditivo com objetos diversos (OLIVEIRA, 2019).

Sinais clínicos - Dor espontânea ou à manipulação da orelha pela mastigação ou compressão do tragus, que pode ser intensa. Não há otorrêia, exceto se associada à otite média supurada, afebril. Edema importante do conduto ou descamação. Nas formas crônicas há prurido e manipulação repetida da orelha (OLIVEIRA, 2019).

Quadro 25 - Processo de Enfermagem na avaliação da otite

| Anamnese | Exame físico |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dor de ouvido, otorrêia, perda auditiva, uni ou bilateral. • Observe a postura, posição e tipos de movimento corporal, pois a criança com problema auditivo pode inclinar de modo característico, a cabeça para ouvir melhor. • Sintomas gerais (febre, irritabilidade, agitação noturna, dor abdominal, vômitos, diarreia, diminuição na ingestão de líquidos e alimentos, sonolência). • Sintomas de uma infecção respiratória superior (tosse, coriza, dor de garganta). • Gravidade, duração e evolução dos sintomas. • Episódios anteriores de OMA nos últimos 12 meses. • Presença de tubo de ventilação na membrana do tímpano. | <p>Examinar obrigatoriamente ambos os tímpanos (remover, se necessário, o cerume ou detritos; não fazer lavagem do canal auditivo) e inspecionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspecto da membrana timpânica: cor, injeção vascular e grau de transparência; • Posição do tímpano: normal, abaulamento ou retraído; • Presença de otorrêia, perfuração da membrana timpânica, tubo de ventilação; • Em crianças aparentemente doentes ou em risco de complicações, observe evidência de mastoidite (borda da orelha mais afastada da cabeça, intumescimento da região, dor à pressão na região do mastoide) ou meningite (rigidez de nuca, diminuição do nível de consciência). |
| <p>Fatores de risco para complicações: idade inferior a seis meses, anormalidades anatômicas na área de otorrinolaringologia, como a síndrome de Down ou fenda palatina, operações de ouvido na história prévia, e sistema imunológico comprometido.</p> | |
| <p>Diagnósticos de enfermagem – CIPE</p> <p>a. Dor Definição operacional: Percepção: aumento de sensação desagradável no corpo, relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento auto protetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo de percepção, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação, e perda de apetite.</p> <p>b. Infecção Definição operacional: Processo Patológico: Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antígeno-anticorpo.</p> | |

continua

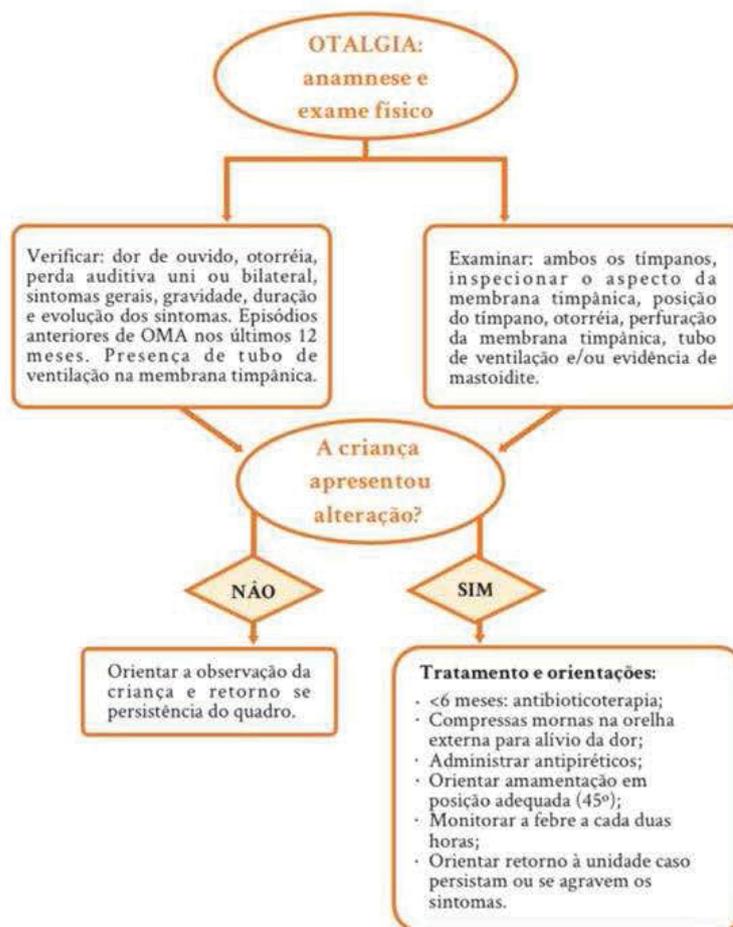
| Anamnese | Exame físico |
|---|--------------|
| <p>c. Termorregulação prejudicada</p> <p>Definição operacional: elevação anormal da temperatura corporal, alteração no ponto de controle do termostato interno, associada a aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso cheio ou pulso fraco, inquietação, cefaleia ou confusão; a elevação brusca da febre é acompanhada de calafrios, tremores, sensação de frio, pele seca e pálida; a termorregulação é acompanhada de pele ruborizada, quente e sudorese.</p> | |
| <p>Prescrições de enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aliviar a dor conforme prescrição de analgésicos e aplicação de compressas mornas ou frias no pavilhão auricular externa; • Avaliar frequência, intensidade e localização da dor; • Orientar sobre regime terapêutico; • Facilitar a drenagem de secreção; • Trocar as gazes frequentemente caso exsudato abundante e aplicar produtos à base de vaselina para prevenir umidade local; • Manter o conduto auditivo limpo e seco; • Segurar a criança na vertical durante a alimentação; • Estimular aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade; • Incentivar o contato físico durante a alimentação com mamadeira desestimulando o apoio das mameadeiras - evitar acúmulo de leite na cavidade oral na posição supina; • Manter ambiente ventilado/arejado para reduzir a temperatura do ambiente; • Vestir roupas leves e expor a pele ao ar; • Aplicar compressas úmidas e geladas nas áreas de grande circulação sanguínea (p.ex axilar; femoral; cervical) por 20 minutos; • Monitorar a febre de 2/2h. Se febre após 30 minutos da compressa gelada ou do antipirético, monitorar a temperatura corporal; • Mediar conforme prescrição médica; • Manter as vacinações atualizadas; • Observar sinais de: apatia, fraqueza, fadiga e tremor. | |

Fonte: Elaborado pelas autoras com base em Cipe (2016); Garcia (2018); Conlon (2018); Merck; Mcelfresh (2018).

Tratamento

- Lactentes menores de seis meses devem ser tratadas com antibioticoterapia devido a sistema imune imaturo e potencial para infecção bacteriana.
- Administrar antipiréticos (acetaminofeno e os medicamentos anti-inflamatórios não esteroides - AINE).

Algoritmo 4 - Atendimento à criança com Otolgia



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Avaliação da criança com problemas respiratórios

As doenças respiratórias são um dos principais problemas de saúde pública entre os menores de cinco anos. Podem se iniciar já nos primeiros dias de vida e incluem, além de infecções, doenças alérgicas como a asma. Em média, as crianças menores de cinco anos têm de quatro a oito Infecções Respiratórias Agudas (IRA) por ano, podendo chegar a dez episódios naquelas que permanecem em instituições de cuidado, como os centros de educação infantil (BRASIL, 2017).

O que mais deve nos preocupar na avaliação da criança com problemas respiratórios são as pneumonias, devido a sua letalidade, pois 80% das mortes por IRA têm como causa a pneumonia. Em nossa realidade, a pneumonia geralmente é causada por bactérias, sendo mais comuns o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) e o *Haemophilus influenzae*. Entretanto, em países que introduziram no calendário básico de imunização as vacinas Hib e Pneumocócica, como o Brasil, ocorrem em menor frequência (BRASIL, 2017).

A maioria das crianças doentes que vão para os serviços de saúde, apresenta infecções respiratórias sem gravidade. Contudo, se não forem tratadas a tempo, podem evoluir para infecções mais graves, como pneumonia e septicemia. Desse modo, é essencial distinguir, entre as crianças com IRA, aquelas que têm alta probabilidade de ter pneumonia, e classificar a gravidade da doença, a fim de definir o uso de antibióticos e a necessidade de hospitalização.

Os sinais que devem ser pesquisados imediatamente são tosse ou dificuldade para respirar, que quase sempre estão presentes diante da suspeita de pneumonia. Deve-se avaliar conferindo: há quanto tempo a criança está com tosse ou dificuldade para respirar; se a criança apresenta sibilância; se tem respiração rápida, tiragem subcostal e estridor. As condutas a serem tomadas estão retratadas no quadro 21, a seguir.

A seguir, no Quadro 26, são citados exemplos das diferenças entre o que se recomenda e o que é praticado pela família, configurando o que se chama problemas de alimentação.

Quadro 26- Exemplos de Problemas de Alimentação

| Alimentação atual da criança | Alimentação recomendada |
|---|--|
| Uma criança de 3 meses recebe leite materno, água e chá nos intervalos. | Uma criança de 3 meses deve receber apenas leite materno, sem outro alimento ou líquido adicional. |
| Uma criança de 18 meses ingere refeições três vezes ao dia, não tem o hábito de beber água, mas toma refrescos adoçados e outros tipos de bebidas lácteas industrializadas e adocicadas nos intervalos. | Uma criança de 2 anos deve receber pelo menos três refeições ao dia e dois lanches nutritivos entre as refeições, tendo como base os alimentos in natura ou minimamente processados. Deve ser estimulada a beber água boa de beber nos intervalos. |
| Uma criança de 8 meses ainda é alimentada predominantemente com leite materno. | Uma criança de 8 meses deve receber também porções suficientes de alimento complementar nutritivo três vezes ao dia, tendo como base os alimentos in natura ou minimamente processados. |
| Uma criança com 4 anos leva como lanche escolar salgadinhos fritos ou industrializados e suco de caixinha ou refrigerantes. | Recomenda-se oferecer a qualquer criança lanches nutritivos e saudáveis, como frutas da estação, cereais, tubérculos, evitando alimentos ultra processados. |

Fonte: Adaptado de BRASIL (2017).

Muitos fatores sociais e do ambiente em volta da criança podem influenciar na sua alimentação, no seu cuidado e no resultado do seu crescimento. Por isso, é primordial determinar as causas mais importantes do problema para uma criança em particular, antes de orientar. É possível que a família não tenha comida suficiente ou que o motivo seja a ausência de um adulto responsável que cuide da criança etc. Dessa forma, nem sempre aconselhar a mãe a dar a alimentação adequada vai solucionar o problema.

Conhecer os problemas possibilita o profissional de saúde ajudar a acompanhante entender e identificar ações positivas a serem tomadas. Da mesma forma, as causas de peso elevado não estão apenas relacionadas com causas dietéticas; outros fatores dentro do ambiente familiar podem estar originando o problema. Por exemplo: uma família com muitas ocupações pode recorrer a alimentos de fácil preparo e de conteúdo energético alto.

É possível que a criança não possa brincar ao ar livre com segurança e, portanto, permaneça por muito tempo vendo televisão ou brincando com videogame ou no computador. Resolver o problema de peso elevado necessitará abordar as causas originadas no ambiente familiar, assim como as causas dietéticas imediatas. Ou seja, além de indicar as diferenças sobre as recomendações a respeito da alimentação a partir das respostas das mães, podem existir

outros problemas associados. Nos Quadros 27 e 28, a seguir, selecionou-se alguns problemas de alimentação e de amamentação, considerados mais comuns.

Quadro 27- Problemas de Amamentação

| Problema/definição | Causas | Prevenção e manejo |
|--|--|---|
| Ingurgitamento mamário Descida do leite que fica acumulado na mama, podendo haver distensão e febre. | Leite em abundância, mamadas infrequentes, sucção ineficaz. | AME em livre demanda; Suporte emocional; Massagem e ordenha; Compressas frias após as mamadas; Uso de analgésico e anti-inflamatórios, se necessário. |
| Trauma mamilar Eritema, edema, fissuras. | Pega ou posicionamento incorreto. | AME em livre demanda; Identificar a causa e corrigir; Ordenha de alívio antes da mamada; Uso de diferentes posições para amamentar; Passar LM na aréola e mamilos; após amamentação; Uso de concha protetora; Uso de analgésico e anti-inflamatórios, se necessário. |
| Mastite Inflamação em um ou mais segmentos da mama, que pode progredir para infecção bacteriana. | Mamadas com horários restritos, longo período de sono do bebê à noite, não esvaziamento completo da mama, sucção débil, etc. | Identificar a causa e corrigir; Suporte emocional; Esvaziar a mama com ordenha; Não interromper a amamentação, se possível; Usar sutiã de sustentação; Antibioticoterapia, se necessário; Uso de analgésico e anti-inflamatórios, se necessário. |
| Abcesso Dor intensa, febre, mal-estar, calafrios, presença de área de flutuação à palpação local. | Mastite não tratada ou tratamento ineficaz. | Suporte emocional; Drenagem cirúrgica; Esvaziar a mama com ordenha; Não interromper a amamentação, se possível; Antibioticoterapia; Uso de analgésico e anti-inflamatórios. |
| Pouco leite Menor produção de leite | Ansiedade materna, mamadas pouco frequentes, pega incorreta, suplementação com outros leites, uso de chupeta ou mamadeira. | Massagear a mama antes da mamada; Aumentar a frequência das mamadas; Corrigir pega e posicionamento; Oferecer as duas mamas em cada mamada; Suspender uso de chupeta e mamadeira; Translactação com leite materno; Alimentação balanceada da mãe; Aumento na ingestão de líquidos; Ambiente tranquilo para amamentar; Suporte emocional. |

69

Fonte: Brasil (2015).

Quadro 28 - Problemas de Alimentação

| Problemas | Cuidado/ atenção | O que fazer |
|--|---|---|
| Dificuldades com o aleitamento materno | Dificuldades com o aleitamento materno | Observe uma mamada sem oferecer ajuda prévia. Verifique a posição e a pega durante a amamentação e corrija se necessário. Escute atentamente sobre o desejo e as crenças da mãe/família sobre o AM. Elogie seus esforços e dedicação. |
| Uso de mamadeira | Sugar uma mamadeira pode confundir a criança com a maneira de sugar no peito, além de prejudicar o desenvolvimento neuromotor da criança. A utilização da mamadeira pode atender a uma demanda de reduzir o trabalho e o tempo gasto com o momento de oferecer o alimento para a criança. | Desencoraje o uso conscientizando-a sobre o alto risco de líquidos residuais, acúmulo e proliferação de germes nocivos gerando doenças para o seu filho. Oriente sobre a higienização adequada das mamadeiras e utensílios da criança pequena. Conversar sobre o tempo gasto e o vínculo desenvolvido durante o momento de alimentação. |
| Alimentação diluída | Algumas formas de alimentos oferecidos à criança (sopinhas, mingaus ralos e sucos), podem apresentar baixa consistência pela alta quantidade de água, e, portanto, ter uma baixa quantidade de energia (baixa densidade energética), não se constituindo, assim, em alimentos adequados. Diluição de leite em pó inadequada pode estar relacionada à economia financeira. | Preferir a oferta de frutas ao invés de sucos antes de um ano de idade. Oferecer os alimentos bem cozidos e amassados preferencialmente, as sopas. Explicar o conceito de densidade energética dos alimentos, de forma simplificada, e os males causados pela diluição do leite em pó inadequada. |
| Ausência de alimentação ativa | As crianças pequenas necessitam, geralmente, de um estímulo e de ajuda para comer a quantidade que necessitam, mesmo que já comam sozinhas. | É importante que um adulto acompanhe a sua refeição e a ajude a comer, se necessário. Separar a refeição em um prato individual. Oferecer quantidades pequenas de alimentos por refeição, mas aumentando a frequência durante o dia. |

continua

| Problemas | Cuidado/ atenção | O que fazer |
|------------------------------|--|---|
| Diets monótonas | <p>É frequente a mãe oferecer o mesmo tipo de alimento à criança durante as diferentes refeições do dia e por vários dias, como por exemplo, as papas congeladas ou alimentos misturados. Uma preocupação frequente das mães é com a quantidade de alimentos que a criança costuma aceitar, a qual frequentemente não corresponde às expectativas maternas, embora seja adequada para a idade. É muito comum as mães não terem uma referência sobre a quantidade mínima de alimento necessária para a introdução de alimentos sólidos.</p> | <p>É importante variar os tipos e as cores dos alimentos e as formas de preparo das diferentes refeições do dia, além de ser oferecidos separadamente. Deve-se respeitar a aceitação da criança, mas sem deixar de oferecer alimentos. A criança não deve ser forçada a comer, pois aumenta o estresse e diminui ainda mais o seu apetite. Não apressar a criança. As refeições devem ser momentos tranquilos e felizes, sem conflitos. Ela pode comer um pouco, brincar e comer novamente. É necessário ter paciência e bom humor. Alimentar a criança tão logo ela demonstre fome. Se a criança esperar muito ela pode distrair-se e perder o interesse pela refeição.</p> |
| Alimentação durante a doença | <p>Algumas mães têm receio de alimentar a criança doente. Geralmente oferecem uma alimentação que consideram mais leve, justamente no período que há necessidade de maior aporte calórico e de nutrientes. A criança doente geralmente aceita mal a alimentação em função da falta de apetite, ou por apresentar dor de garganta, ulcerações na boca, náuseas ou dor abdominal. Depois de uma doença, a boa alimentação ajuda a compensar a perda de peso e prevenir a desnutrição.</p> | <p>Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, garantindo que as suas necessidades nutricionais sejam supridas pela alimentação. A alimentação habitual deve continuar sendo oferecida. Se a criança estiver sendo amamentada no peito, aumentar a frequência da oferta de leite materno, pois a criança doente se cansa mais e precisa ser amamentada mais vezes. Se a criança já estiver recebendo a alimentação da família, usar comidas de sua preferência e de consistência pastosa (purês/papas de frutas ou salgadas, mingaus de cereais ou farinhas), que são de mais fácil aceitação, variadas e apetitosas, para encorajá-la a comer tanto quanto possível. Oferecer pequenas porções com maior frequência, evitando monotonia de sabor e textura, respeitando a aceitação da criança. Aumentar a quantidade de líquidos durante a doença. Limpar o nariz obstruído, caso esteja atrapalhando a alimentação.</p> |

| Problemas | Cuidado/ atenção | O que fazer |
|---|---|---|
| Oferta de ultra processados e difícil acesso a alimentos in natura e minimamente processados. | Ultra processados são encontrados em toda parte, sempre acompanhados de propaganda, descontos e promoções, enquanto alimentos in natura ou minimamente processados nem sempre são comercializados em locais próximos às casas das pessoas. | Orientar as compras em mercados, feiras livres, onde são comercializados alimentos in natura ou minimamente processados. Se possível, orientar sobre horta doméstica, que pode oferecer, a baixo custo, quantidade razoável de alimentos in natura. |
| Publicidade de alimentos. | Mais de dois terços dos comerciais sobre alimentos veiculados na televisão se referem a ultra processados. A população é levada a acreditar que eles têm qualidade superior aos demais alimentos ou que tornarão as pessoas mais felizes, atraentes, fortes, saudáveis e socialmente aceitas. Informações incorretas ou incompletas atingem, principalmente, crianças e jovens. | Pais e educadores devem esclarecer às crianças de que a função da publicidade é aumentar a venda de produtos, e não informar corretamente ou educar as pessoas. Limitar o tempo de tela (principalmente TV) diminuirá a exposição das crianças a propagandas e, ao mesmo tempo, ajudará a torná-las mais ativas. Dar exemplo às crianças e adolescentes, comendo à mesa, longe de televisão, computador ou celular. |

Fonte: Brasil (2019).

No que diz respeito à alimentação, cabe salientar que, a partir dos dois anos de idade, a criança tem o apetite reduzido, pois há uma desaceleração na velocidade do seu crescimento. Torna-se mais seletiva na ingestão dos alimentos, porém, não tem habilidade de escolher uma alimentação balanceada e adequada ao seu crescimento e desenvolvimento, apresentando grande senso de imitação. Por esse motivo, os pais e/ou cuidadores devem estar atentos para auxiliar a criança na ingestão de alimentos que ela goste e que sejam nutritivos e que mesmo com a menor ingestão diária, ela obtenha aporte energético necessário para suas necessidades básicas.

Criança de Baixo Peso

Se a mãe oferecer leite quando a criança não tem vontade de comer especificamente aquele alimento, a criança ficará satisfeita e saciada. A dieta monótona, geralmente o leite, pode favorecer deficiência de nutrientes específicos em crianças acima de 6 meses tais como: ferro, vitamina A, vitamina B12, ácido fólico, zinco etc.

Nesse caso, a mãe precisa oferecer à criança alimentos de sua preferência desde que sejam saudáveis. A recomendação é oferecer cinco refeições ao dia. Se não aceitar bem a comida, acrescentar mais calorias aos líquidos de preferência da criança.

Limitar as mamadas ao peito para 3x/dia se estiver mamando demais e comendo pouco. A criança necessita de uma dieta variada para garantir uma nutrição adequada. O consumo de uma variedade de alimentos em quantidades adequadas é essencial para a manutenção da saúde e do crescimento da criança. Para ingerir uma dieta variada, além da disponibilidade dos alimentos, é fundamental a formação dos hábitos alimentares.

Conduta para recuperar o peso:

- Quando não amamentar, oferecer leite de vaca integral com 1 colher de sopa de óleo.
- Orientar a mãe a introduzir alimentos gradualmente, em pequenas quantidades, semi-pastosos no início e de alta densidade.
- Introduzir os alimentos um a um com intervalo de 2 a 3 dias, observando aceitação da criança. Oferecer à criança alimentos de sua preferência.
- Os alimentos devem ser bem cozidos e amassados com garfo, não devem ser triturados ou peneirados.
- Os alimentos incluídos nas refeições devem ser variados e intercalados; acrescentar óleos. Introduzir novos alimentos diariamente.
- Oferecer a alimentação em ambiente calmo, sem chantagens ou ameaças.
- Nunca forçar a criança a se alimentar.
- Deixar a criança estabelecer o quanto comer e o ritmo da alimentação.
- Deixe a criança participar ativamente desse processo, dando-lhe uma colher.
- Permitir que a criança explore os alimentos com as mãos, textura, cheiro e paladar.
- Tranquilizar a mãe em relação à alimentação da criança porque a ansiedade dos pais pode dar origem a problemas alimentares na infância.

Ganho de peso insuficiente

Se perda de peso > 10% na primeira semana de vida ou se peso/idade na curva de peso está abaixo de -2 escores Z ou tendência horizontal, ou em declínio, ou baixo ganho ponderal (< 600g/mês) no primeiro trimestre de vida, referir para consulta com pediatra. Avaliar a alimentação da criança e as possíveis causas do peso baixo e orientar a alimentação adequada.

- Aconselhar a mãe que dê o peito sempre que a criança quiser e pelo tempo que quiser, de dia e de noite, ao menos 8 vezes ao dia.
- Se a criança tem pega incorreta ou não mama bem, orientar a mãe quanto à pega e posição corretas.
- Se recebe outros alimentos ou líquidos, aconselhar a mãe que lhe dê o peito mais vezes, e vá reduzindo os outros alimentos e líquidos até eliminá-los completamente, e desencorajar o uso de mamadeira.
- Se a criança não se alimenta ao peito, encaminhar para orientação sobre aleitamento materno e possível relactação.

- Iniciar suplemento vitamínico, se recomendado.
- Caso necessário, orientar a mãe sobre o preparo correto dos outros leites e a usar o copinho.
- Seguimento: retornar em dois dias e depois fazer seguimento do peso no 7º dia.
- Se a mãe apresentar algum problema nas mamas, orientar o tratamento.

Retorno com problemas de alimentação e/ou nutrição

Depois de 2 dias: reavaliar a alimentação. Perguntar sobre qualquer problema de alimentação detectado na primeira consulta. Aconselhar a mãe sobre qualquer problema novo ou persistente. Recomendar que não faça mudanças importantes na alimentação, e que retorne com a criança. Se o peso da criança menor de 2 meses é baixo para a idade, agendar para voltar de cinco a sete dias depois, para detectar se a criança aumentou de peso. Se acreditar que a alimentação não vai melhorar ou se a criança menor de 2 meses está perdendo peso, referir ao pediatra e/ou serviço social.

Peso elevado para a idade

A obesidade e o sobrepeso são importantes preocupações em saúde pública devido à associação com o aumento de risco para algumas doenças, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes e doenças coronarianas, entre outras. Uma criança com um dos pais obeso, tem 40% de probabilidade de ter sobrepeso; se ambos os pais são obesos, a probabilidade aumenta para 70%. Converse com a mãe (pai) a respeito das causas de peso elevado. Ao conhecer as razões pelas quais uma criança está com esses problemas, você poderá expressar o seu conselho de maneira mais pertinente. Para ajudar a resolver a questão de peso elevado, você terá que abordar as causas originadas no ambiente familiar, assim como as causas dietéticas imediatas. Precisar ser particularmente sensível se a própria mãe (pai) tem sobrepeso. Durante a entrevista, foque na alimentação da criança e nos padrões de atividades físicas, e não na situação dos pais. Entretanto, dê-se conta de que os próprios responsáveis podem necessitar modificar seus hábitos alimentares.

Durante a entrevista, você identificará com a mãe (pai) as possíveis causas de peso elevado. Foque nas consideradas mais importantes e pergunte à mãe (pai) sua opinião sobre quais seriam, de maneira que você possa conhecer as causas que ela reconhece. Em seguida, pergunte o que a mãe (pai) pensa que pode fazer para ajudar o (a) filho (a). Discuta acerca do que é factível e sobre quem poderá ajudar. Elogie mãe (pai) por práticas positivas que esteja seguindo para resolver a dificuldade. Motive os pais para que adotem um estilo de vida saudável, incluindo hábitos de alimentação adequados, atividades físicas e interação positiva durante a alimentação familiar.

A melhor forma de estimular a criança a um estilo de vida saudável é por meio do modelo de comportamento desejável dos pais. Ao final, é importante estabelecer um tempo razoável para a próxima consulta e definir uma meta geral sobre a melhora do crescimento da criança. Estabeleça metas para poucas ações (duas a três) que possam ser adotadas pela mãe (pai) para ajudar a criança. Essas ações devem ser revisadas na próxima consulta. Elogiar sempre a mãe (pai) quando as ações forem cumpridas. Anotar cada ação para serem discutidas nas consultas de seguimento.

*Não se recomenda perda de peso em uma criança com peso elevado, ao contrário, recomenda-se diminuir a velocidade do ganho de peso enquanto está crescendo em tamanho linear. Deve-se discutir o ganho de peso mais lento, de maneira que alcance um peso para altura mais adequado.

Criança com Sobrepeso

A alimentação da criança deve ser saudável, adequada e equilibrada para a idade em horários previamente estabelecidos. O excesso de alimentos calóricos pode favorecer a obesidade. Observar se há consumo ilimitado de produtos industrializados, doces (calorias vazias) e fora de horário. A obesidade infantil está relacionada com a obesidade dos adultos. Essa é uma boa oportunidade de rever os hábitos alimentares de toda a família para promover a saúde para todos. A obesidade infantil pode provocar doenças como: hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, entre outras.

Propor novas formas de alimentação diversificada considerando a cultura e as condições socioeconômicas da família. Orientar o controle dos horários das refeições e quantidade de alimentos ingeridos em cada refeição. Evitar guloseimas e "beliscar" fora de hora. Aumentar a oferta de fibras (frutas, verduras e legumes). Verificar possibilidade de encaminhamento da criança e responsável à psicologia e nutricionista. Na alimentação complementar da criança NÃO se recomenda colocar chocolate e açúcar no leite, pois só oferecem calorias vazias contribuindo para excesso de peso e obesidade.

Se as crianças foram classificadas com PESO ELEVADO, orientar a mãe (pai) ou o acompanhante quanto à alimentação, recomendar e estimular a prática de atividade física regular. Discutir com a mãe (pai) o que é possível fazer em relação aos principais problemas identificados e estabelecer metas a serem alcançadas. Além de uma alimentação adequada, estimular a prática de atividades físicas, respeitando as preferências da criança. Marcar a próxima consulta em 14 dias e avaliar a prática de atividade física, conforme perguntas do Quadro 29.

Quadro 29 – Perguntas sobre atividade física para a criança com peso elevado

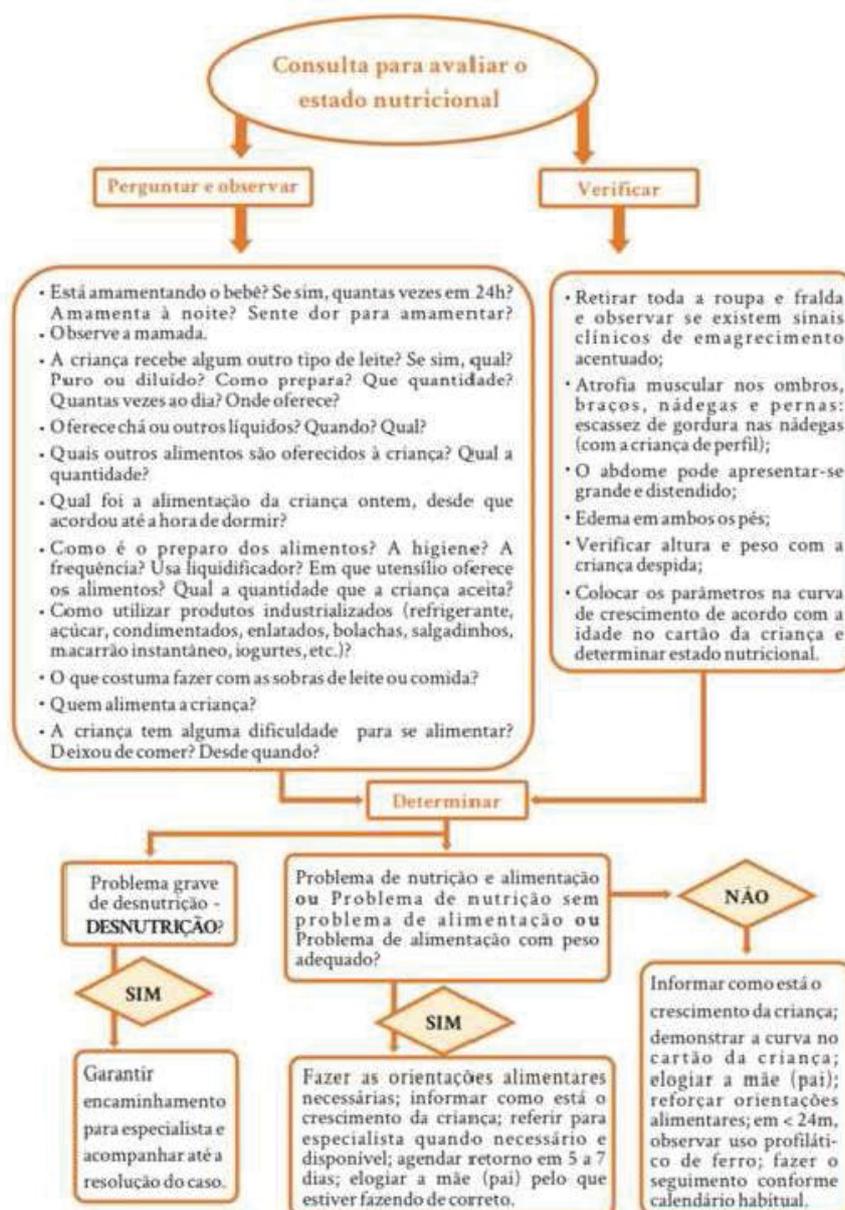
| |
|---|
| Fazer perguntas sobre a frequência com que pratica atividade física para toda criança com peso elevado para idade: |
| Quantas vezes por semana pratica atividade física? Por quanto tempo? • Permanece quanto tempo por dia dia assistindo televisão ou utilizando videogame, computador ou telefone? |
| Identificar problemas em relação à prática de atividade física |
| <ul style="list-style-type: none"> • É importante que a criança realize atividades aeróbicas por, no mínimo, 60 minutos, pelo menos quatro vezes por semana. • O tempo de atividades sedentárias, tais como assistir à televisão, utilizar jogos eletrônicos ou computador, seja limitado a duas horas diárias. |

Fonte: BRASIL (2017).

Práticas adequadas de higiene dos alimentos complementares e da rotina alimentar são importantes componentes para a prevenção e redução da incidência e morbidade das doenças diarreicas e suas conseqüentes repercussões negativas para o estado nutricional das crianças, quando se inicia a complementação e até que possam receber a mesma alimentação da família.

O AIDPI Criança (2017) propõe avaliar problemas relacionados com a alimentação, bem como classificar o estado nutricional da criança em tempo oportuno de procura pelo serviço de saúde. A partir dessa proposta, apresenta-se o Algoritmo 5, para auxiliar na avaliação e identificação de problemas de alimentação e nutrição das crianças.

Algoritmo 5 – Consulta de Enfermagem com enfoque na nutrição



Fonte: AIDPI Criança (2017).

Avaliação da criança com diarreia e/ou desidratação

Atualmente, no âmbito mundial, a diarreia é a segunda causa de morte de crianças menores de 5 anos, uma perda de cerca de 1,5 milhão de vidas a cada ano. Um agravo que mata mais do que a AIDS, malária e sarampo, juntos. Até 2025, a Organização Mundial de Saúde estima que a diarreia continue sendo uma das principais causas de mortes em crianças nessa faixa etária em todo o mundo (WHO; UNICEF, 2013).

No cenário brasileiro, a doença diarreica em menores de 5 anos, continua sendo importante causa de morbimortalidade, mesmo sendo considerada evitável por manter relação direta com as precárias condições de vida e saúde dos indivíduos, em consequência da falta de saneamento básico, de desastres naturais (estiagem, seca e inundação), da diversidade regional e da desnutrição crônica, e do restrito acesso a serviço de saúde. Entre outros fatores, a alergia ao leite de vaca, intolerância à lactose e glúten, uso de medicamentos, em especial, antibióticos e intoxicações (SBP, 2017; BRASIL, 2017).

Até 2035, todos os países, inclusive o Brasil, têm o compromisso de reduzir a mortalidade infantil para 20 mortes ou menos por 1.000 nascidos vivos e também, a incidência de diarreia grave em 75% em comparação com os índices de 2010.

Entre as principais intervenções eficazes a serem realizadas pelo enfermeiro e equipe de saúde, no âmbito da atenção primária para a redução da morbimortalidade infantil são (WHO, 2013; BRASIL, 2017; BRASIL, 2018; BRASIL, 2019):

- Promover e incentivar a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses e continuação da amamentação com alimentação complementar apropriada que reduz o aparecimento e a gravidade de diarreia;
- Aumentar a cobertura de vacinação, em especial, contra o rotavírus que reduz substancialmente a carga de doenças e mortes causada por esses agentes infecciosos;

- Utilizar as diretrizes padronizadas para identificação e tratamento de diarreia na comunidade, em unidades de saúde da atenção primária e em hospitais de referência, como aqueles para a gestão integrada de doenças prevalentes na infância (AIDPI);
- Prover a disponibilidade do soro de reidratação oral (SRO), particularmente de baixa osmolaridade;
- Implementar o uso de zinco que reduz a gravidade e a duração da diarreia;
- Implementar o uso da suplementação de vitamina A, conforme preconizado no Guia alimentar para crianças até 2 anos, conforme Quadro 9 deste protocolo;
- Desenvolver atividades inovadoras de criação de demanda para alcançar mudança de comportamento e sustentar, a longo prazo, ações preventivas juntamente com líderes da comunidade, Pastoral da Saúde e outras organizações;
- Fazer valer a prática da lavagem das mãos pelos profissionais e comunidade, sem exceção;
- Acesso à água potável, saneamento básico e práticas de higiene, proporcionam saúde, benefícios econômicos e sociais.

Ressalta-se que, tais intervenções jamais devem ser interrompidas e podem ser desenvolvidas a pequeno, médio e longo prazo (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019; WHO, 2013). Pois, embora essas intervenções sejam comprovadamente eficazes, estudos apontam que a sua implementação permanece muito baixa, pois apenas 39% das crianças com menos de seis meses são amamentadas exclusivamente e têm acesso a cuidados adequados. Além disso, apenas 35% das crianças acometidas pela diarreia recebem terapia de reidratação oral (WHO, 2013).

MANEJO DA DOENÇA DIARREICA E DESIDRATAÇÃO

A diarreia se caracteriza pela diminuição da consistência das fezes, aumento do número de evacuações, com fezes aquosas e, em alguns casos, há presença de muco e sangue (disenteria). São autolimitadas, com duração de até 14 dias. Podem ser classificadas em três tipos: diarreia sem desidratação, diarreia com desidratação e diarreia com desidratação grave (BRASIL, 2017).

Tem como sinônimos os termos gastroenterite aguda, gastroenterocolite aguda (GECA), dor de barriga, disenteria, desarranjo, destemperado, entre outras (BRASIL, 2017).

Devido ao desequilíbrio entre absorção e excreção de líquidos e eletrólitos, as principais consequências e complicações da diarreia são a desidratação grave e o distúrbio hidroeletrólítico, podendo ocorrer o óbito, principalmente quando associados à desnutrição (WHO, 2013; BRASIL, 2017).

Para tanto, na vigência da doença diarreica, o enfermeiro deve avaliar rigorosamente a criança e todos os aspectos que a envolvem no intuito de imediatamente classificar e implementar as intervenções de acordo com o Plano de Ação específico, segundo o manual do AIDPI.

Com relação à classificação da diarreia, a *World Health Organization* (WHO, 2013), bem como o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), definem três tipos, descritos a seguir no Quadro 30.

Quadro 30 - Classificação das doenças diarreicas

| Diarreia aguda aquosa | Diarreia aguda com sangue (disenteria) | Diarreia persistente |
|---|--|--|
| Início abrupto, com duração de até 14 dias, com grande perda de fluidos que pode causar desidratação. | Diarreia com presença de sangue nas fezes. | Evacuações líquidas por 14 dias ou mais. Pode causar desnutrição e desidratação. |

Fonte: Adaptado da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017.

Vale referir que a classificação da doença diarreica (BRASIL, 2014), especificamente nas crianças **menores de 2 meses**, tem as seguintes características:

- **Diarreia aguda:** episódio que dura menos de 7 dias e pode provocar desidratação e levar a morte da criança.
- **Diarreia prolongada:** episódio que pode persistir durante 7 dias ou mais e ocasionar problemas nutricionais que contribuem para a mortalidade.
- **Diarreia com sangue (disenteria):** apresenta sangue nas fezes, com ou sem muco, tendo como causa mais comum a doença hemorrágica do recém-nascido secundária à deficiência de vitamina K, a enterocolite necrosante e outros problemas de coagulação, como a coagulação intravascular disseminada.

Nas crianças com mais de 15 dias de vida, o sangue nas fezes pode ser secundário a fissuras anais ou pela alimentação com leite de vaca. A disenteria não é comum nessa idade, porém, em casos suspeitos, deve-se pensar em *Shigella* e dar um tratamento adequado.

No Quadro 31, os agentes etiológicos de origem infecciosa são as bactérias e suas toxinas, vírus e parasitos e toxinas naturais que têm como reservatório, humanos, primatas, animais domésticos, aves, bovinos, suínos, roedores e outros e acometem diferentes grupos etários, em especial às crianças.

Quanto ao modo de transmissão é específico para cada agente etiológico e pode acontecer de forma direta ou indireta (BRASIL, 2017):

- **Transmissão direta** pessoa a pessoa (por ex., mãos contaminadas) e de animais para pessoas.
- **Transmissão indireta** ingestão de água e alimentos contaminados e contato com objetos contaminados (por ex., utensílios de cozinha, acessórios de banheiros, equipamentos hospitalares).

A contaminação pode ocorrer em toda a cadeia de produção alimentar, desde as atividades primárias até o consumo (plantio, transporte, manuseio, cozimento, acondicionamento). Os manipuladores de alimentos e locais de uso coletivo, tais como escolas, creches, hospitais, hotéis, restaurantes e penitenciárias, apresentam maior risco de transmissão. Ratos, baratas, formigas e moscas também contaminam alimentos e utensílios (BRASIL, 2017).

Quadro 31 - Principais tipos de bactérias, vírus e parasitas envolvidos nas doenças diarreicas agudas, modos de transmissão, reservatórios e grupos etários.

| Agente etiológico | Grupo etário | Modo de transmissão e principais fontes | Reservatório |
|---|--------------------------------|---|---|
| Bactérias | | | |
| <i>Bacillus cereus</i> | Todos | Alimentos | Ambiente e alimentos |
| <i>Staphylococcus aureus</i> | Todos | Alimentos | Humanos e animais |
| <i>Campylobacter spp</i> | Todos | Fecal-oral, alimento, água, animais domésticos | Aves, bovinos e ambiente |
| <i>Escherichia coli</i> enterotoxigênica (ETEC) | Todos | Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa | Humanos |
| <i>Escherichia coli</i> enteropatogênica | Crianças | Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa | Humanos |
| <i>Escherichia coli</i> entero-hemorrágica | Todos | Fecal-oral, alimento, pessoa a pessoa | Humanos |
| <i>Salmonella</i> não tifoide | Todos, principalmente crianças | Fecal-oral, alimento, água | Aves, mamíferos domésticos e silvestres, bem como répteis |
| <i>Shigella spp</i> | Todos, principalmente crianças | Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa | Primatas |
| <i>Yersinia enterocolitica</i> | Todos | Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa, animal doméstico | Suínos |
| <i>Vibrio cholerae</i> | Todos, principalmente adultos | Fecal-oral, alimento, água | Ambiente |
| Vírus | | | |
| Astrovírus | Crianças e idosos | Fecal-oral, alimento, água | Provavelmente humanos |
| Calicivírus | Todos | Fecal-oral, alimento, água, nosocomial | Provavelmente humanos |
| Adenovírus entérico | Crianças | Fecal-oral, nosocomial | Provavelmente humanos |
| Norwalk | Todos | Fecal-oral, alimento, água, pessoa a pessoa | Humanos |
| Rotavírus grupo A | Crianças | Fecal-oral, nosocomial, alimento, água, pessoa a pessoa | Humanos |

continua 81

| Agente etiológico | Grupo etário | Modo de transmissão e principais fontes | Reservatório |
|------------------------------|--------------------------------|--|---|
| Virus | | | |
| Rotavírus grupo B | Todos | Fecal-oral, água, pessoa a pessoa | Humanos |
| Rotavírus grupo C | Todos | Fecal-oral | Humanos |
| Parasitas | | | |
| <i>Balantidium coli</i> | Indefinido | Fecal-oral, alimentos, água | Primatas, roedores e suínos |
| <i>Cryptosporidium</i> | Crianças e adultos com aids | Fecal-oral, alimentos, água, pessoa a pessoa, animais domésticos | Humanos, bovinos, outros animais domésticos |
| <i>Entamoeba histolytica</i> | Todos, principalmente adultos | Fecal-oral, alimentos, água | Humanos |
| <i>Giardia lamblia</i> | Todos, principalmente crianças | Fecal-oral, alimentos, água | Humanos, animais selvagens e domésticos |
| <i>Cystoisospora belli</i> | Adultos com aids | Fecal-oral | Humanos |

Fonte: CDC (1990), com adaptações (BRASIL, 2017).

No Quadro 32, verifica-se que cada agente etiológico apresenta o período de transmissibilidade e duração da doença. Vale ressaltar que a suscetibilidade é maior em crianças, em especial os menores de 1 ano com desmame precoce e desnutridos, bem como imunodeprimidas (portadores de HIV/aids, neoplasias ou que receberam transplantes de órgãos) e idosos (BRASIL, 2017). Nesse aspecto, o enfermeiro precisa identificar a configuração familiar em que a criança está inserida para avaliar, planejar e intervir em todos os grupos etários e, assim, interromper a cadeia de transmissibilidade e manter o ambiente seguro, visto que em muitas famílias o cuidador é o avô/avó ou outro membro adulto.

Quanto ao quadro clínico, além do aumento do número de evacuações (3 episódios no período de 24 horas), com alteração da consistência das fezes, geralmente amolecidas ou aquosas, também deve-se atentar para a presença de sangue ou muco, dor abdominal, febre, náusea e vômito, com duração de 2 a 14 dias e, conseqüentemente, manifestações leves até graves, com desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos (BRASIL, 2017).

Quadro 32 - Manifestações clínicas, período de incubação e duração da doença das principais bactérias, vírus e parasitas envolvidas nas doenças diarreicas agudas

| Agente etiológico | Manifestações clínicas da Diarreia | Febre | Vômito | Período de incubação | Duração da doença |
|---|--|--------------------|-------------------|----------------------|-------------------|
| Bactérias | | | | | |
| <i>Bacillus cereus</i> | Geralmente pouco importante | Rara | Comum | 1 a 6 horas | 24 horas |
| <i>Staphylococcus aureus</i> | Geralmente pouco importante | Rara | Comum | 1 a 6 horas | 24 horas |
| <i>Campylobacter</i> | Pode ser disentérica | Variável | Variável | 1 a 7 dias | 1 a 4 dias |
| <i>Escherichia coli</i> enterotoxigênica (ETEC) | Aquosa, pode ser profusa | Variável | Eventual | 12 horas a 3 dias | 3 a 5 dias |
| <i>Escherichia coli</i> enteropatogênica | Aquosa, pode ser profusa | Variável | Variável | 2 a 7 dias | 1 a 3 semanas |
| <i>Escherichia coli</i> enteroinvasiva | Pode ser disentérica | Comum | Eventual | 2 a 3 dias | 1 a 2 semanas |
| <i>Escherichia coli</i> êntero-hemorrágica | Inicia aquosa, com sangue a seguir | Rara | Comum | 3 a 5 dias | 1 a 12 dias |
| <i>Salmonella</i> não tifoide | Pastosa, aquosa, às vezes, com sangue | Comum | Eventual | 8 horas a 2 dias | 5 a 7 dias |
| <i>Shigella</i> | Pode ser disentérica | Comum | Eventual | 1 a 7 dias | 4 a 7 dias |
| <i>Yersinia enterocolitica</i> | Mucosa, às vezes, com presença de sangue | Comum | Eventual | 2 a 7 dias | 1 dia a 3 semanas |
| <i>Vibrio cholerae</i> | Pode ser profusa e aquosa | Geralmente afebril | Comum | 5 a 7 dias | 3 a 5 dias |
| Vírus | | | | | |
| Astrovírus | Aquosa | Eventual | Eventual | 1 a 14 dias | 1 a 14 dias |
| Calicivírus | Aquosa | Eventual | Comum em crianças | 1 a 3 dias | 1 a 3 dias |
| Adenovírus entérico | Aquosa | Comum | Comum | 7 a 8 dias | 8 a 12 dias |
| Norwalk | Aquosa | Rara | Comum | 18 horas a 2 dias | 12 horas a 2 dias |

83

continua

| Agente etiológico | Manifestações clínicas da Diarreia | Febre | Vômito | Período de incubação | Duração da doença |
|------------------------------|--|----------|-------------------|----------------------|--------------------|
| Virus | | | | | |
| Rotavírus grupo A | Aquosa | Comum | Comum | 1 a 3 dias | 5 a 7 dias |
| Rotavírus grupo B | Aquosa | Rara | Variável | 2 a 3 dias | 3 a 7 dias |
| Rotavírus grupo C | Aquosa | Ignorado | Ignorado | 1 a 2 dias | 3 a 7 dias |
| Parasitas | | | | | |
| <i>Balantidium coli</i> | Eventual com muco ou sangue | Rara | Dor | Ignorado | Ignorado |
| <i>Cryptosporidium</i> | Abundante e aquosa | Eventual | Cãibra eventual | 1 a 2 semanas | 4 dias a 3 semanas |
| <i>Entamoeba histolytica</i> | Eventual com muco ou sangue | Variável | Cólica | 2 a 4 semanas | Semanas a meses |
| <i>Giardia lamblia</i> | Incoercíveis fezes claras e gordurosas | Rara | Cãibra/ Distensão | 5 a 25 dias | Semanas a anos |
| <i>Cystoisospora belli</i> | Incoercível | Ignorado | Ignorado | 2 a 15 dias | 2 a 3 semanas |

Fonte: CDC (1990), com adaptações (BRASIL, 2017).

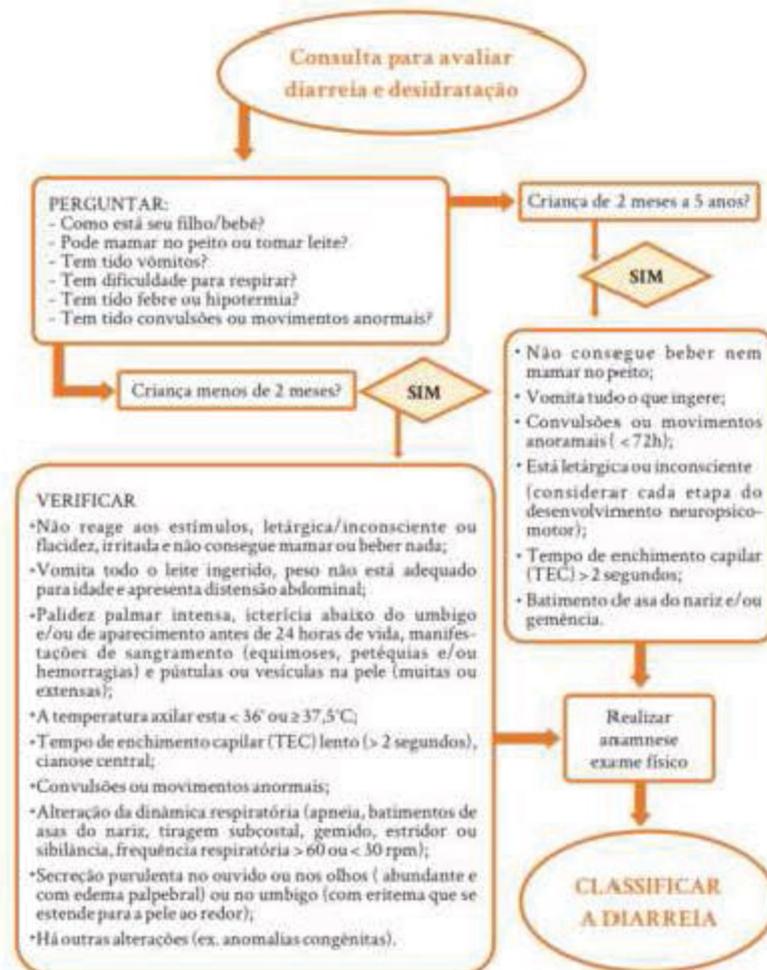
Considerando que a doença diarreica pode evoluir para a desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos, o tratamento deve ser imediato para que não ocorra mortes por choque hipovolêmico e/ou hipotensão (níveis baixos de potássio). O nível de potássio no sangue é de 3,6 a 5,2 mmol/L, eletrólito fundamental para o funcionamento adequado das células nervosas e dos músculos, especialmente as células do músculo cardíaco.

Nos casos crônicos ou com episódios repetidos, podem acarretar desnutrição crônica, com retardo do desenvolvimento ponderoestatural em crianças (BRASIL, 2017; WHO, 2013).

Com relação à criança doente, o enfermeiro sempre deve adotar medidas de avaliação geral para identificar se existem **sinais gerais de perigo** (BRASIL 2014; BRASIL, 2017), pois ao identificar pelo menos um sinal de risco, referenciar URGENTEMENTE ao hospital, se na Unidade de Saúde tiver disponíveis antibióticos injetáveis e oxigênio, prover infusão precoce de líquidos ou outros tratamentos que podem salvar a vida da criança enquanto aguarda transporte para o hospital.

A consulta do enfermeiro para avaliação da diarreia está descrita no Algoritmo 6.

Algoritmo 6 – Consulta do Enfermeiro para avaliação da diarreia e desidratação



Fonte: adaptado de BRASIL (2017; 2018).

Após realizar a anamnese e classificar a diarreia (aguda, aguda com sangue/disenteria, persistente) o passo seguinte é a realização do exame físico, identificando-se os sinais e sintomas da desidratação (avaliação do estado de hidratação da criança) no Quadro 33.

Quadro 33- Avaliação do estado de hidratação do paciente e definição do plano de tratamento adequado

| Sinais clínicos | Sem desidratação | Desidratação | Desidratação grave |
|--------------------------|---|---|---|
| Observe os sinais | | | |
| Estado geral | Bem alerta | Irritado, intranquilo | Comatoso, hipotônico* |
| Olhos | Normais | Fundos | Muito fundos |
| Lágrimas | Presentes | Ausentes | Ausentes |
| Sede | Bebe normalmente, sem sede | Sedento, bebe rápido e avidamente | Bebe mal ou não é capaz de beber |
| Explore | | | |
| Sinal da prega | Desaparece rapidamente | Desaparece lentamente | Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos) |
| Pulso | Cheio | Rápido, fraco | Muito fraco ou ausente* |
| Decida | | | |
| | A criança está SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO | Se apresentar dois ou mais sinais a criança está COM DESIDRATAÇÃO | Se apresentar dois ou mais sinais incluindo pelo menos um dos destacados* a criança está COM DESIDRATAÇÃO GRAVE (com ou sem choque hipovolêmico). |
| Trate | | | |
| | USE PLANO A | USE PLANO B | USE PLANO C |
| | <ul style="list-style-type: none"> - O tratamento é domiciliar. - Orientar os pais sobre os cuidados para prevenir a desidratação e desnutrição: 1. Oferecer mais líquidos que o habitual: líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, suco e sopas) ou SRO após cada evacuação diarreica (Quadro 5). | <ul style="list-style-type: none"> - O tratamento é na Unidade de Saúde. 1. Administrar o SRO via oral: - A quantidade da solução ingerida dependerá da sede da criança. - Deve-se administrar continuamente, até que desapareçam os sinais e sintomas de desidratação. - Apenas como orientação inicial, a criança deverá receber de 50 a 100 mL l/kg para serem administrados no período de 4 a 6 horas (vide Quadro 5). | <ul style="list-style-type: none"> - Tratar a desidratação antes de referir à criança a não ser que esta se enquadre em outra classificação grave. - Referir URGENTEMENTE ao hospital. - A reidratação deve ser feita imediatamente por via endovenosa em duas fases e em todas as faixas etárias, sendo a fase rápida e a fase de manutenção e reposição (Quadro 6) - descritos o volume e tempo de administração para cada fase. |

| Sinais clínicos | Sem desidratação | Desidratação | Desidratação grave |
|-----------------|--|--|---|
| Trate | | | |
| | USE PLANO A | USE PLANO B | USE PLANO C |
| | <ul style="list-style-type: none"> - Não utilizar refrigerantes ou energéticos nem adotar chá ou sucos. 2. Manter a alimentação habitual. - continuar o aleitamento materno; 3. Se a criança não melhorar em 2 dias ou apresentar qualquer um dos sinais e sintomas abaixo levá-la imediatamente ao serviço de saúde: <ul style="list-style-type: none"> - piora da diarreia; - vômitos repetidos; - muita sede; - recusa de alimentos; - sangue nas fezes; - diminuição da diurese. 4. Orientar os pais para: <ul style="list-style-type: none"> - reconhecer os sinais de desidratação; - preparar e administrar o SRO; - praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água, higienização dos alimentos). 5. Administrar zinco de 10 a 14 dias: em <6 meses = 10mg/dia; em >6 meses = 20 mg/dia. - Informar sobre quando retornar imediatamente. - Agendar retorno em 5 dias. | <ul style="list-style-type: none"> 2. Durante a reidratação, reavaliar a criança quanto aos sinais de hidratação: <ul style="list-style-type: none"> - Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilizar o Plano A. - Se continuar desidratado após o período de 4 horas, repetir o Plano B por mais 2 horas e reavaliar, ou indicar a sonda nasogástrica para reidratação via sonda. Se a criança evoluir para desidratação grave, seguir o Plano C. 3. Durante a permanência da criança na US os pais devem ser orientados a: <ul style="list-style-type: none"> - reconhecer os sinais de desidratação; - preparar e administrar o SRO; - manter o aleitamento materno e a alimentação habitual; - praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água, higienização dos alimentos). 4. Se a criança ficar hidratada ao retornar ao domicílio, orientar os pais a: <ul style="list-style-type: none"> - administrar zinco oral de 10 a 14 dias: em <6 meses = 10mg/dia; em >6 meses = 20 mg/dia. - Informar sobre quando retornar imediatamente. - Agendar retorno em 5 dias ou menos. | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a criança continuamente. Se não houver melhora da desidratação, deve-se aumentar a velocidade de infusão. - Quando a criança conseguir ingerir líquidos, geralmente duas a 3 horas após o início da reidratação endovenosa, iniciar a reidratação por via oral com SRO, mantendo a reidratação endovenosa. - Interromper a reidratação por via endovenosa somente se a criança puder ingerir SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de acordo com a faixa etária, dependendo do volume das evacuações. - Lembrar que a quantidade do SRO a ser ingerida deve ser maior nas primeiras 24 horas de tratamento; - Observar a criança por pelo menos 6 horas; - As crianças que estiverem sendo hidratadas por via endovenosa devem permanecer na US até que estejam hidratadas e conseguindo manter a hidratação por via oral. |

87

Fonte: Adaptado da Sociedade Brasileira de Pediatria (2017) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018 e 2017).

O Quadro 34, apresenta a quantidade de líquido a ser oferecido à criança após cada evacuação e pode ser efetivado no tratamento descrito nos planos do AIDPI.

Quadro 34 - Quantidade de líquido que deve ser oferecido para a criança após cada evacuação diarreica conforme a faixa etária.

| Faixa etária | Volume |
|--------------------|----------------------------------|
| Menores de 1 ano | 50-100mL |
| De 1 a 10 anos | 100-200mL |
| Maiores de 10 anos | Quantidade que a criança aceitar |

Fonte: Adaptado da Sociedade Brasileira de Pediatria (2017).

Preparo do Soro Caseiro pelo pais: deverão dispor dos seguintes ingredientes, e se possível, oferecer a colher dosadora e demonstrar a medida correta do sal e açúcar para que não ocorra complicações:

- 1 litro de água filtrada e fervida
- 1 colher de chá de sal
- 2 colheres de açúcar

Essa solução deve ser mantida na geladeira e utilizada no período máximo de 24 horas. Outras orientações importantes durante o episódio da doença diarreica são:

- O estímulo e a manutenção do aleitamento materno, bem como da alimentação habitual;
- A prática de medidas de higiene pessoal (lavagem das mãos adequadas) e domiciliar (tratamento da água e higienização dos alimentos);
- A administração do Zinco 1 x ao dia de 10 a 14 dias com a seguinte dosagem: crianças menores de 6 meses de vida = 10mg/dia; crianças maiores de 6 meses = 20mg/dia.
- Se a criança não melhorar em 2 dias ou em caso de piora da diarreia, vômitos repetidos, muita sede, recusa alimentar, sangue nas fezes e diminuição da diurese, deve ser levada **imediatamente** ao serviço de saúde;
- Jamais deixar os pais/responsáveis saírem da Unidade de Saúde sem reconhecer os sinais de desidratação e informar qual serviço de saúde de referência que deverão buscar urgentemente.

No Quadro 35, a seguir, apresenta-se o esquema de reidratação endovenosa para crianças com desidratação grave de acordo com a faixa etária.

Quadro 35 - Esquemas de Reidratação Endovenosa para crianças com desidratação grave de acordo com a faixa etária

| FASE RÁPIDA – menores de 5 anos (FASE DE EXPANSÃO) | | |
|--|--|--|
| Solução | Volume | Tempo de administração |
| Soro fisiológico 0,9% | Iniciar com 20mL/kg. Repetir essa quantidade até que a criança esteja hidratada, reavaliando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrada. | 30 minutos |
| | Para recém-nascidos e cardiopatas graves, começar com 10mL/kg | |
| FASE RÁPIDA – maiores de 5 anos (FASE DE EXPANSÃO) | | |
| Solução | Volume total | Tempo de administração |
| 1º Soro fisiológico 0,9% | 30mL/kg | 30 minutos |
| 2º Ringer-lactato ou solução polieletrólítica | 70mL/kg | 2 horas e 30 minutos |
| Fase de manutenção e reposição para todas as faixas etárias | | |
| Solução | Volume em 24 horas | |
| Soro glicosado 5% + soro fisiológico 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção) + | Peso até 10kg | 100mL/kg |
| | Peso de 10 a 20kg | 1.000mL + 50mL/kg de peso que exceder 10kg |
| | Peso acima de 20kg | 1.500mL + 20mL/kg de peso que exceder 20kg |
| Soro glicosado 5% + soro fisiológico 0,9% na proporção de 1:1 (reposição) + | Iniciar com 50mL/kg/dia. Reavaliar essa quantidade, de acordo com as perdas do paciente. | |
| KCl 10% | 2mL para cada 100mL de solução da fase de manutenção. | |

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

PROCEDIMENTOS A SEREM ADOTADOS EM CASO DE DISENTERIA E/OU OUTRAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS À DIARREIA:

➤ Crianças com sangue nas fezes:

Em caso positivo e com comprometimento do estado geral, deve-se avaliar o estado de hidratação do paciente e reidratá-lo de acordo com os planos A, B ou C. Após a reidratação, iniciar a antibioticoterapia (BRASIL, 2017).

➤ *Tratamento em crianças*

O tratamento em crianças deve ser feito com ciprofloxacino, em dose de 15 mg/kg a cada 12 horas, com duração de 3 dias. Como tratamento alternativo, pode-se usar ceftriaxona, em dose de 50 a 100 mg/kg, por via intramuscular, uma vez ao dia, por 2 a 5 dias (BRASIL, 2017).

Os pais devem ser orientados para administrar líquidos e manter a alimentação habitual da criança caso o tratamento seja realizado no domicílio. A criança deverá ser reavaliada após 2 dias. Caso seja mantida a presença de sangue nas fezes após 48 horas do início do tratamento, encaminhar para internação hospitalar (BRASIL, 2017).

➤ *Observações quanto ao uso de medicamentos em crianças com diarreia*

- **Antibióticos** devem ser usados somente para casos de diarreia com sangue (disenteria) e com comprometimento do estado geral ou em casos de cólera grave. Em outras condições os antibióticos são ineficazes e não devem ser prescritos (BRASIL, 2017).
- **Antiparasitários** devem ser usados somente para (BRASIL, 2017):
 - Amebíase quando o tratamento de disenteria por *Shigella sp* fracassar, ou em casos nos quais se identifiquem nas fezes trofozoítos de *Entamoeba histolytica* englobando hemácias;
 - Giardíase quando a diarreia durar 14 dias ou mais, se forem identificados cistos ou trofozoítos nas fezes ou no aspirado intestinal.

➤ *Vigilância epidemiológica das doenças diarreicas agudas (DDA)*

A Vigilância Epidemiológica das DDA (BRASIL, 2017), composta também pela Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA), regulamentada pela Portaria nº 205 de 2016, é do tipo sentinela, a qual permite monitorar somente a ocorrência dos casos notificados em unidades de saúde eleitas sentinelas pela vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais de Saúde, com o intuito principal de acompanhar a tendência e a detecção de alterações no padrão local das doenças diarreicas agudas de forma a identificar, em tempo oportuno, surtos e epidemias.

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS QUANTO AS INTERVENÇÕES EFICAZES PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR DOENÇAS DIARREICAS.

Quadro 36 - Reduções documentadas na morbimortalidade por pneumonia e diarreia com intervenções selecionadas

| Intervenções para proteger | |
|---|---|
| Aleitamento materno exclusivo por 6 meses. | 10,5 vezes maior risco de morte por diarreia (BLACK et al., 2008); não amamentar associado ao aumento de 165% na incidência de diarreia em crianças de 0 a 5 meses (BHUTTA et al., 2013); a amamentação não exclusiva resultou em risco excessivo de incidência de diarreia (RR 1,26 - 2,65), prevalência (RR 2,15 - 4,90), mortalidade (RR 2,28 - 10,52) e mortalidade por todas as causas (RR 1,48 - 14,40) em bebês de 0 a 5 meses (LAMBERTI et al., 2011). |
| Amamentação continuada de 6 a 23 meses. | Risco 2,8 vezes maior de morte por diarreia, se não amamentada (BLACK et al., 2008); não amamentar associado a 32% de aumento da incidência de diarreia em lactentes de 6 a 23 meses (BHUTTA et al., 2013); não amamentar resultou em risco excessivo de incidência de diarreia (RR 1,32) em bebês de 6 a 11 meses e prevalência (RR 2,07), mortalidade (RR 2,18) e mortalidade por todas as causas (RR 3,69) em bebês de 6 a 23 meses (LAMBERTI et al., 2011). |
| Alimentação complementar adequada entre crianças de 6 a 23 meses, incluindo ingestão adequada de micronutrientes. | Redução de 6% em todas as mortes de crianças, incluindo pneumonia e diarreia (JONES et al., 2003). Suplementação de vitamina A redução de 23% na mortalidade por todas as causas (BEATON et al., 1993). |
| Intervenções para prevenir | |
| Vacinação contra Rotavírus. | Redução de casos de infecções muito graves em 74% (MUNOS et al., 2010). |
| Lavar as mãos com sabão. | 31% de redução do risco de diarreia (CAIRNCROSS et al., 2010); Redução de 48% no risco de diarreia (BLACK et al., 2008). |
| Saneamento melhorado. | Redução do risco de diarreia em 36% (BLACK et al., 2008). |
| Maior quantidade de água. | Redução do risco de diarreia em 17% (recomenda-se reconhecer uma quantidade mínima de pelo menos 25 litros por pessoa por dia) (CAIRNCROSS et al., 2010). |
| Tratamento de água doméstico e seguro armazenamento (para garantir água potável). | 31 - 52% de redução do risco de diarreia (reduções maiores realizadas quando usadas corretamente e exclusivamente por populações vulneráveis) (BHUTTA et al., 2013; CLASEN et al., 2007). |

continua

| Intervenções para tratar | |
|---|---|
| Aumentar o acesso aos recursos apropriados cuidados através de casos baseados na comunidade manejo da pneumonia/diarréia. | O cuidado de diarreia com SRO e zinco reduziu as mortes diarreicas entre menores de cinco anos em 93% (MUNOS; WALKER; BLACK, 2010). |
| SRO | A SRO reduz a mortalidade por diarreia em 69% com a cobertura atual ou 93% se 100% da cobertura (MUNOS; WALKER; BLACK, 2010). |
| Zinco | O zinco para o tratamento da diarreia reduz a mortalidade por 23% (FISCHER WALKER; BLACK, 2010); 14 - 15% redução na incidência de diarreia (NIESSEN et al., 2009). |

Fonte: Adaptado (WHO e UNICEF, 2013).

Avaliação da criança com anemia

A anemia é considerada, mundialmente, a carência nutricional de maior amplitude, com alta prevalência em todas as parcelas da sociedade. Gestantes e menores de 2 anos são os mais atingidos (BRASIL, 2009; WHO, 2008). No Brasil, dados da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde apontam que entre crianças menores de cinco anos sua prevalência é de 20,9%, aumentando para 24,1% em menores de dois anos (BRASIL, 2009).

Vale destacar a íntima relação entre anemia e o desenvolvimento infantil. Crianças que apresentaram anemia em seus anos iniciais, mesmo após tratamento, têm maior chance de apresentar baixo desempenho escolar no decorrer da vida (BRASIL, 2009). Também pode estar associada ao baixo rendimento em adultos, o que favorece a continuidade da pobreza entre as gerações, além de dificultar o progresso de uma nação (BRASIL, 2013).

No Quadro 37, a seguir, apresenta-se a anamnese e exame físico para investigar a anemia.

Quadro 37 - Anamnese e exame físico na avaliação da anemia (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; SBP, 2018; FLORIANÓPOLIS, 2018).

| | |
|-----------------|---|
| Anamnese | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação de fatores de riscos ambientais e familiares: inadequação de saneamento básico (água e esgoto), higiene pessoal, ambiental e alimentar precárias, baixo nível socioeconômico e instrucional. ✓ Antecedentes gestacionais: anemia materna, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), baixo peso ao nascer (< 2.500 gramas), prematuridade (IG < 37 semanas), clampeamento precoce do cordão umbilical. ✓ Condição nutricional: peso e comprimento/estatura para a idade de acordo com as curvas de crescimento. Atenção aos casos de desnutrição e obesidade. ✓ Desenvolvimento neuropsicomotor e compatibilidade com achados esperados para a idade. |
|-----------------|---|

| | | |
|--|--|--|
| Anamnese | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aleitamento materno: duração, idade do desmame e forma de uso de fórmulas infantis ou leite de vaca <i>in natura</i> (início da introdução, diluição, frequência e volume das mamadas por dia). ✓ Alimentação: início e forma que aconteceu a introdução alimentar, rotina alimentar da criança e da família, alimentos introduzidos, formas de preparo, aceitação da criança, dificuldades vivenciadas na alimentação e formas de enfrentamento familiar. ✓ Alergias alimentares: deficiências enzimáticas e alergias que interfiram na absorção de macronutrientes (exemplos: alergia à proteína do leite de vaca (APLV), deficiência de lactase e dissacaridases). ✓ Deficiências de micronutrientes e vitaminas: zinco, cobre, selênio, vitamina A, vitamina D, vitamina E, vitamina K, vitamina B12 e ácido fólico. ✓ Histórico vacinal da criança de acordo com o Programa Nacional de Imunizações. ✓ História de parasitose intestinal: principalmente presença de <i>Ascaris lumbricoides</i>, <i>Strongyloides stercoralis</i>, <i>Necator americanus</i> e <i>Ancylostoma duodenale</i>. ✓ Uso de suplemento profilático de ferro: início do uso, dose, forma e frequência de administração. ✓ Diagnóstico de malária (anemia hemolítica). ✓ Presença de sinais e sintomas específicos (abaixo). ✓ Identificação de sinais de gravidade (abaixo). ✓ Impressão inicial da criança durante a consulta de enfermagem. | |
| Exame físico | Sinais e sintomas | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anorexia; ✓ Pica: ingestão de substâncias não alimentares (papel, amido, gelo, argila, terra, giz). ✓ Irritabilidade; ✓ Cansaço; ✓ Síncope; ✓ Fraqueza muscular; ✓ Sonolência; ✓ Apatia; ✓ Diminuição na discriminação e identificação de odores. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Palidez da face, das palmas das mãos e das mucosas conjuntival e oral; ✓ Desenvolvimento neuropsicomotor inadequado; ✓ Baixo rendimento escolar; ✓ Sinais de sangramento; ✓ Infecções de repetição; ✓ Cáries dentárias; ✓ Alterações audiovisuais; ✓ Unhas quebradiças e rugosas. |
| | Sinais de gravidade | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alterações dos sinais vitais: taquicardia, taquipneia, hipotensão, distúrbios; ✓ Uso de musculatura acessória durante a respiração: retrações de fúrcula, subcostal, intercostal e esternal, batimento de aletas nasais; ✓ Letargia, irritabilidade excessiva, rebaixamento do nível de consciência; ✓ Síncopes; ✓ Alterações cardíacas (presença de sopro à ausculta); ✓ Esplenomegalia. | | |

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nas referências citadas.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A prevalência de anemia ferropriva ainda é grave problema de saúde pública na infância, estando essa condição clínica subdiagnosticada nos serviços de saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; SBP, 2018). Médicos pediatras nem sempre conseguem absorver a elevada demanda por consultas individuais, o que pode restringir acesso aos exames diagnósticos necessários para definição do estágio da deficiência de ferro de crianças, em especial naquelas com menos de dois anos de idade.

Essa realidade pode ser contornada quando há adoção de parcerias junto aos enfermeiros que atuam na APS, possibilitando diagnóstico precoce e intervenções preventivas em tempo hábil, conforme protocolos pré-definidos e validados. A seguir, apresenta-se um compilado de recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP; 2108) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014), para definição do estágio da deficiência de ferro de acordo com exames laboratoriais.

Quadro 38 - Referência para Enfermagem sobre os exames laboratoriais

| Estágio da deficiência de ferro | Definição | Exame laboratorial de referência |
|-----------------------------------|---|---|
| Depleção de ferro (1º estágio) | Diminuição dos depósitos de ferro no fígado, baço e medula óssea. | Ferritina sérica: para avaliar as reservas de ferro armazenadas nos tecidos. Valores inferiores a 12µg/L são fortes indicadores de depleção das reservas corporais de ferro em crianças menores de 5 anos, e inferiores a 15µg/L para crianças entre 5 e 12 anos. Espera-se que a criança tenha valores acima de 30µg/dL. Valores intermediários devem ser avaliados após suplementação com ferro. |
| Deficiência de ferro (2º estágio) | Progressão do estágio da deficiência, sendo utilizada para diagnóstico a própria redução do ferro sérico, aumento da capacidade total de ligação da transferrina e a diminuição da saturação da transferrina. | Ferro sérico: relevante no diagnóstico quando seus valores se encontram menores que 30mg/dL. Transferrina: >250-390µg/dL. Saturação da transferrina: <16%. (os três exames acima não são obrigatórios). |

continua

| Estágio da deficiência de ferro | Definição | Exame laboratorial de referência |
|--|--|--|
| <p align="center">Anemia ferropriva (3º estágio)</p> | <p>Diminuição sanguínea da hemoglobina e hematócrito, e alterações hematimétricas (volume corpuscular médio -VCM, hemoglobina corpuscular média - HCM, concentração de hemoglobina corpuscular média - CHCM e amplitude de distribuição dos eritrócitos -RDW).</p> | <p>Hemoglobina: valores menores de 11g/dL (crianças de 6 a 60 meses), 11,5g/dL (crianças de 5 a 11 anos) e 12g/dL (crianças entre 12 e 14 anos). Hematócrito: valores abaixo de 33% (crianças de 6 a 60 meses) e 34% (crianças de 5 a 11 anos).</p> |
| <p>Observações importantes:</p> <p>*A concentração de ferritina é influenciada pela presença de doenças hepáticas e processos infecciosos e inflamatórios, devendo ser interpretada com cautela.</p> <p>* A redução no número de leucócitos (leucopenia) e o aumento na contagem do número de plaquetas (plaquetose) também podem ser indicativos do quadro de anemia e devem ser considerados.</p> <p>*A contagem dos reticulócitos se relaciona à eritropoiese (processo que corresponde à formação dos eritrócitos), uma vez que o volume de hemoglobina presente nos reticulócitos representa o volume de ferro disponível para a eritropoiese e é um indicador precoce da anemia ferropriva e déficit de hemoglobinização. A referência para crianças do seu valor relativo é de 0,5% a 2%, e do valor absoluto de 25000-85000/mm³, devendo este último ser utilizado por ser mais fidedigno.</p> <p>*A avaliação clínica não é suficiente para detecção precoce dos casos, uma vez que os sinais clínicos se tornam visíveis apenas depois da condição instalada ou quadro de deficiência já intenso, com consequências graves e de longa duração.</p> | | |
| <p>Segundo a SBP (2018): "Os exames laboratoriais de rotina para diagnóstico e para a profilaxia da anemia são preferencialmente o hemograma completo (com parâmetros hematimétricos), contagem de reticulócitos e ferritina. O uso da ferritina como marcador da fase de depleção é essencial, porque, quando há intervenção nesta fase, os resultados são de possível profilaxia dos déficits cognitivos. A proposta do consenso é que haja uma triagem de exames já em crianças a partir dos 12 meses de vida.</p> | | |

TRATAMENTO

A suplementação profilática é demonstrada como suficiente para elevar a concentração de hemoglobina e estoques de ferro, contribuindo para a redução do risco de anemia (SBP, 2018). É uma medida com boa relação de custo efetividade e, no Brasil, o desenvolvimento dessas ações profiláticas ocorrem desde 2005 por meio do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) (BRASIL, 2013).

O PNSF recomenda que a suplementação profilática de ferro ocorra para todas as crianças a partir de seis meses até 24 meses de idade, com base em recomendações da SBP de 2012.

Contudo, recente consenso da SBP (2018) recomenda que seu início seja aos três meses de idade, sendo mantida pelo menos até o segundo ano de vida, independente do regime de aleitamento.

As novas recomendações para profilaxia estão listadas abaixo, inclusive aquelas específicas para tratamento de anemia diagnosticada, e para crianças prematuras (< 37 semanas) e nascidas com baixo peso (< 2.500 gramas).

Sugere-se que a prescrição profilática de ferro seja realizada pelo profissional Enfermeiro (COFEN, 1997), respaldada em protocolos nacionais, estaduais e/ou municipais, com objetivo de garantir o efetivo acesso universal das crianças ao medicamento, assim como a continuidade do tratamento, por meio do acompanhamento realizado em consultas de puericultura, haja vista a segurança terapêutica já consolidada em literatura e o caráter de urgência pediátrica.

Já o tratamento, pautado pela confirmação diagnóstica, deve ser instituído pelo profissional Médico. Segundo a SBP (2018), o planejamento terapêutico da anemia ferropriva depende, além de possíveis correções alimentares, da identificação etiológica, com correção da causa primária e suplementação de ferro oral (dose de 3 a 5mg de ferro elementar/kg/dia, fracionado ou em dose única, antes das refeições, por três a seis meses). A dose de ferro depende do sal utilizado na suplementação, e sua escolha deve ser pautada nos padrões de absorção de cada sal, no grau de resposta em relação ao tempo, e na menor ocorrência de efeitos colaterais.

Contudo, uma vez identificadas crianças com potencial diagnóstico de anemia, por meio dos sinais e sintomas listados acima, o Enfermeiro deverá adiantar a solicitação de exames laboratoriais (COFEN, 1997), devendo a criança ser encaminhada para consulta médica na vigência de alterações nos parâmetros de referência, que devem estar listados pelos laboratórios responsáveis pelas análises do sangue.

A monitorização do quadro deve ser realizada pelos parâmetros laboratoriais de reticulócitos, hemograma completo a cada 30 a 60 dias, e dosagem de marcadores do estoque de ferro-ferritina, com 30 e 90 dias. O tratamento deve durar até a reposição dos estoques de ferro, quase sempre por volta dos seis meses de tratamento (SBP, 2018).

A SBP reforça a não utilização do leite de vaca antes do primeiro ano de vida. Dessa forma, a criança menor de um ano que recebe leite de vaca in natura, ou fórmula inadequada, precisa passar por avaliação médica precoce para adequação das necessidades de suplementação por estar vulnerável às deficiências nutricionais (SBP, 2018).

O tratamento pode ter baixa adesão devido aos efeitos adversos causados pela suplementação com sais ferrosos (por exemplo, sulfato ferroso). Essas manifestações são caracterizadas por náuseas, vômitos, gosto metálico, pirose, dispepsia, plenitude ou desconforto abdominal, diarreia e obstipação. Por sofrer influência dos componentes dietéticos, a suplementação com sais de ferro deve ser realizada longe das refeições, recomendando-se a tomada em jejum, 1h antes das refeições ou antes de dormir. Outros sais de ferro podem ser mais bem tolerados e podem sofrer menos influências dietéticas, contudo não estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; SBP, 2018).

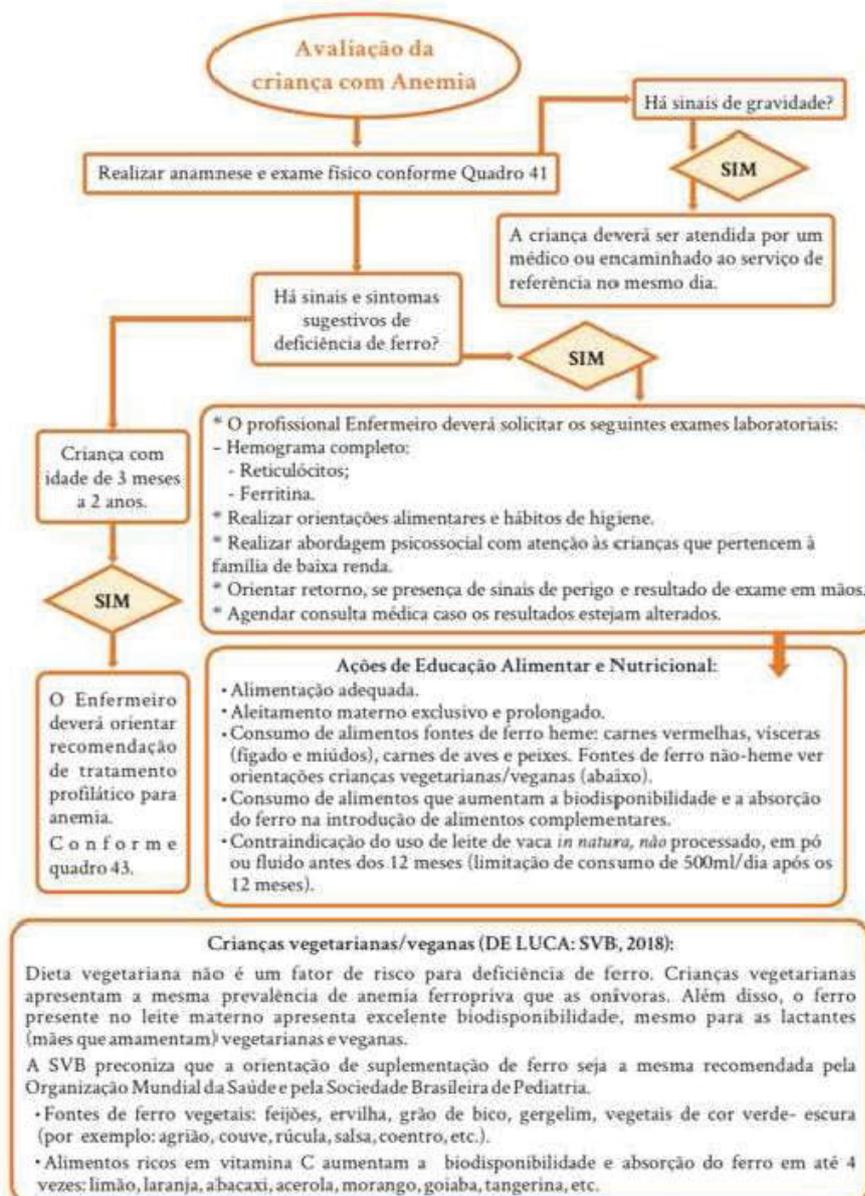
Quadro 39 – Consenso sobre o tratamento para anemia ferropriva em crianças

| Consenso sobre anemia ferropriva: Sociedade Brasileira de Pediatria (2018) | |
|---|---|
| Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em aleitamento materno exclusivo ou não. | 1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida. |
| Recém-nascidos a termo, de peso adequado para a idade gestacional em uso de menos de 500mL de fórmula infantil por dia. | 1 mg de ferro elementar/kg peso/dia a partir do 3º mês até 24º mês de vida. |
| Recém-nascidos a termo com peso inferior a 2500g. | 2 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/dia mais um ano. |
| Recém-nascidos pré-termo com peso entre 2500 e 1500g. | 2 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este prazo, 1mg/kg/dia mais um ano. |
| Recém-nascidos pré-termo com peso entre 1500 e 1000g. | 3 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/dia mais um ano. |
| Recém-nascidos pré-termo com peso inferior a 1000g. | 4 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após este período, 1mg/kg/dia mais um ano. |

Fonte: SBP (2018).

A seguir, apresenta-se o algoritmo da consulta do Enfermeiro à criança para avaliação da anemia ferropriva.

Algoritmo 7- Consulta para avaliação da criança com anemia ferropriva



Fonte: elaborado pelas autoras.

Avaliação da criança com problemas oculares

Os problemas oculares são comuns na infância. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018), a APS deve assegurar às pessoas atendimento oftalmológico com o propósito de prevenir e detectar problemas visuais promovendo tratamento e reabilitação, pois se não tratados adequadamente poderão causar cegueira e/ou deficiência visual. Embora as conjuntivites e as xeroftalmias (olho seco) não afetem a visão, são situações de grande procura de atendimento nos serviços de saúde e não devem ser negligenciados.

FOCO DA PRÁTICA

Conjuntivite (Figura 1) - inflamação da conjuntiva, parte branca dos olhos, ocorre a partir de uma variedade de causas normalmente relacionadas à idade. Os vírus, as bactérias, os fatores alérgenos ou corpos estranhos são as causas mais comuns em crianças. A conjuntivite aguda mais frequente nas crianças é a bacteriana. O diagnóstico é feito principalmente a partir das manifestações clínicas, embora as culturas de drenagem purulenta possam ser necessárias para identificar a causa específica (HOCKENBERRY, 2018).



Figura 1. Conjuntivite (PEREIRA, 2020).

Sinais clínicos (HOCKENBERRY, 2018, p. 172)

Conjuntivite bacteriana ("olho rosa")

- Drenagem purulenta
- Formação de crosta nas pálpebras, principalmente ao acordar
- Conjuntiva inflamada
- Pálpebras inchadas

Conjuntivite viral

- Geralmente ocorre com infecção do trato respiratório superior
- Drenagem serosa (aquosa)
- Conjuntiva inflamada
- Pálpebras inchadas

Conjuntivite alérgica

- Prurido
- Secreção aquosa e espessa, fibrosa
- Conjuntiva inflamada
- Pálpebras inchadas

Conjuntivite causada por corpo estranho

- Lacrimejamento
- Dor
- Conjuntiva inflamada
- Geralmente apenas um olho afetado



Figura 2. Ilustração e comparação de olho saudável e acometidas por conjuntivites.
Fonte: QUECK, 2020.

Hordéolo (terçol)

O Hordéolo ou terçol, trata-se de um abscesso agudo, geralmente causado por *Staphylococcus* que infecta o folículo capilar dos cílios, podendo ser interno (no interior da pálpebra) ou externo (no exterior da pálpebra, próximo aos cílios). Conforme imagem abaixo (Figura 3).



Figura 3. Hordéolo (PEREIRA, 2020)

Sinais Clínicos:

Os sintomas mais comuns incluem eritema, edema e dor nas pálpebras. Pode haver lacrimejamento, fotofobia e sensação de corpo estranho. Normalmente, uma pequena pústula amarelada se desenvolve (BRAGG; LE; LE, 2020).

Processo de Enfermagem

O enfermeiro deve levantar as informações no Quadro 40, a seguir na consulta de Enfermagem para conjuntivite (AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2019).

Quadro 40- Anamnese e exame físico na avaliação ocular (ALFONSO; FAWLEY; LU, 2015; AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, 2019).

| Anamnese | Exame físico |
|---|---|
| <p>Observe a postura, posição e os tipos de movimento corporal, pois a criança com problema ocular pode inclinar a cabeça, de forma característica, para ver melhor.</p> <p>Sinais e sintomas oculares (prurido, secreção, irritação, dor, hiperemia, fotofobia, turvação visual, diminuição da acuidade visual).</p> <p>Duração e tempo de curso dos sintomas.</p> <p>Apresentação unilateral ou bilateral dos sinais e sintomas.</p> <p>Características da secreção (purulenta, mucoserosa, ausente).</p> <p>Exposição recente a uma pessoa infectada (familiares, colegas), investigar possível surto no ambiente escolar.</p> <p>Lesões ou trauma (mecânico, químico).</p> <p>Uso de lentes de contato (tipo de lente, higiene e esquema de uso).</p> <p>Existência de comorbidade (infecção respiratória superior, otite média bacteriana, etc.).</p> <p>Histórico ocular (por exemplo, episódios prévios de conjuntivite e cirurgia oftalmológica prévia).</p> <p>Em se tratando de Hordéolo (terçol).</p> <p>Dor ocular e se os movimentos extraoculares estão intactos e indolores.</p> <p>Se há redução da acuidade visual.</p> <p>Se há histórico de corpo estranho ou trauma.</p> <p>Problemas de visão, tais como fotofobia ou muito lacrimejamento.</p> <p>Se tem hordéolos com frequência.</p> <p>Se houve piora do hordéolo ou não houve melhora após sete dias de tratamento.</p> | <p>Ao executar o exame físico, o enfermeiro deve-se atentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pele: sinais de rosácea, eczema, seborreia; • Anormalidades das pálpebras e anexos: edema, descoloração, mau posicionamento, frouxidão, ulceração, nódulos, equimose, neoplasia. • Conjuntiva: hiperemia (difusa ou localizada), hemorragia subconjuntival, quemose (inchaço da conjuntiva), massas, secreção (aspecto, quantidade, coloração, presente unilateral ou bilateralmente). |

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O Quadro 41, abaixo, demonstra as principais diferenças entre a conjuntivite viral e bacteriana, visando auxiliar o enfermeiro na distinção do quadro do paciente.

Quadro 41 - Sinais e sintomas das principais etiologias da conjuntivite.

| Sintomas | Conjuntivite bacteriana | Conjuntivite viral |
|--|----------------------------|--------------------|
| Aparência da secreção ocular | Purulenta ou mucopurulenta | Mucosserosa |
| Presença de eritema (vermelhidão) | Moderada a severa | Suave a moderada |
| Prurido | Nenhum a suave | Suave a moderado |
| Acometimento bilateral | Inicialmente unilateral | Raro |
| Presença de coinfeção do trato respiratório superior | Raro | Comum |

Fonte: adaptado de ALFONSO; FAWLEY; LU (2015).

Inspeção de estruturas externas (FOOTE, 2018):

- Olhos abertos - pálpebra superior deve cair perto da íris superior;
- Olhos fechados - as pálpebras deverão cobrir completamente a córnea e a esclera;
- Examine a conjuntiva palpebral - deve ser rosa e brilhante;
- Observar estrias amarelas ao longo da borda - são as glândulas sebáceas ou meibomianas;
- Localizar o ponto lacrimal entre a borda interna das pálpebras superior e inferior. Atentar qualquer lacrimejamento, secreção ou inflamação do aparelho lacrimal;
- Junção da córnea e esclera (conjuntiva bulbar) deve ser transparente;
- Córnea deve ser clara e transparente;
- Comparar o tamanho, forma e movimento das pupilas (redondas, claras e iguais), devem contrair à medida que a luz se aproxima;
- Observar se o edema está localizado além da pálpebra (Hordeólo).

Inspeção de estruturas internas (FOOTE, 2018):

- Distrair a criança para realizar o exame oftalmoscópico;
- Observar por meio do oftalmoscópio o fundo vermelho, inspecionar os vasos sanguíneos, mácula ou disco óptico (área onde os vasos sanguíneos e as fibras ópticas se localizam no olho);
- Observar o alinhamento ocular.

Diagnósticos de enfermagem (CIPE, 2016):

a. Dor

Definição operacional: Percepção: aumento de sensação desagradável no corpo; relato subjetivo de sofrimento, expressão facial de dor, alteração no tônus muscular, comportamento auto protetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo de percepção, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação, e perda de apetite.

b. Infecção

Definição operacional: Processo Patológico: Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antígeno-anticorpo.

c. Edema

Definição operacional: Retenção de Líquidos: Condição de excessiva acumulação de líquidos orgânicos nos espaços teciduais; retenção de líquidos com tumefação dos tecidos periféricos dos membros inferiores na posição de pé, tumefação da região lombar na posição supina, edema central acompanhado de respiração superficial, alteração do padrão respiratório ou sons respiratórios anormais.

a. Ferida traumática

Definição operacional: Ferida: Solução de continuidade inesperada de tecido na superfície do corpo, associada à lesão mecânica devido à agressão ou acidente; lesão irregular da pele, mucosa ou tecido, tecido doloroso e magoado, drenagem e perda de soro e sangue; associada a tecido pouco limpo, sujo ou infectado.

Prescrições de enfermagem (HOCKENBERRY, 2018):

Conjuntivite viral e bacteriana

- Remover secreções acumuladas limpando do canto interno para baixo e para fora;
- Avaliar frequência, intensidade e localização da dor;
- Evitar esfregar os olhos;
- Realizar compressas e lavagem ocular com gaze estéril 4x/dia ao dia, no mínimo;
- Arejar bem o ambiente;
- Usar lenços de papel no contato com os olhos;
- Lavar seguidamente as mãos da criança;
- Usar toalhas e roupas de cama individuais;
- Afastamento escolar por cinco dias ou quando melhorar secreção ocular;
- Retornar se piora nos sintomas e/ou início de secreção purulenta.

Hordéolo

- Realizar compressas com água filtrada morna ou soro fisiológico e gaze estéril 2-4x/dia deixando sobre o olho de 10 a 15 minutos, para que a secreção seja drenada espontaneamente; não furar ou espremer a pústula;
- Realizar a massagem com a ponta dos dedos sobre a gaze durante 10 minutos;
- Reforçar para não furar ou espremer o terçol;
- Realizar higiene ocular frequentemente para prevenir o aparecimento de novas lesões;
- Retornar em situações de piora do quadro ou sem melhora após 7 dias de tratamento; extensão além da pálpebra; olho vermelho ou febre; problemas de visão, tais como fotofobia ou muito lacrimejamento ou aparecimento de infecções secundárias e hordéolos de repetição para encaminhamento médico.

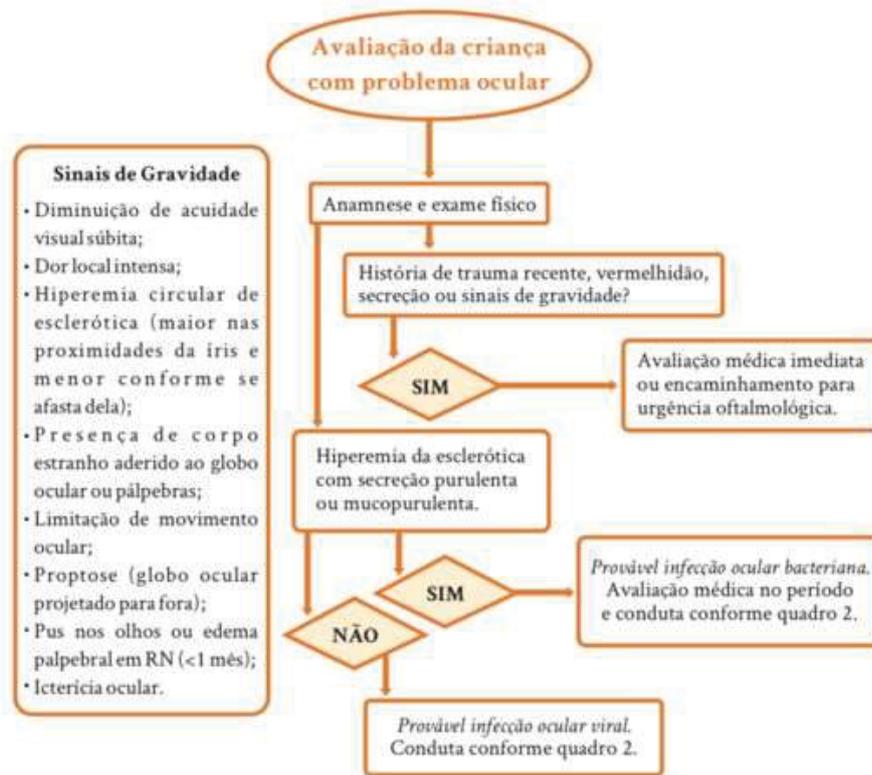
Tratamento (FOOTE, 2018; OLIVEIRA, 2018, p.165):

Queixas de diminuição da visão, dor, fotofobia, exoftalmia (olhos protuberantes), redução da mobilidade ocular, ulceração da córnea e padrões incomuns de inflamação encaminhar imediatamente para um oftalmologista.

Paracetamol 200 mg/mL (gotas) Posologia: 1 gota/kg/dose de 6/6 horas OU Dipirona 500 mg/mL (gotas) Posologia: 1 gota/2kg/dose de 6/6 horas;

Etiologia bacteriana - colírio prescrito "1 a 2 gotas por 48 a 72 horas de uso até melhora evidente e depois a cada 4 a 6 horas até completar 7 dias ou até ocorrer remissão completa dos sintomas".

Fluxograma 7 - Atendimento à criança com conjuntivite



Fonte: Florianópolis (2018).

Avaliação da criança com problemas dermatológicos

A pele, por ser o maior órgão do corpo humano, corresponde a aproximadamente 20% de toda a massa corporal do indivíduo. Basicamente, sua composição ocorre pela epiderme e pela derme, responsáveis principalmente pela proteção do corpo contra traumatismos, regulação da temperatura corporal, manutenção do equilíbrio hídrico e eletrolítico, percepção de estímulos dolorosos e participação na síntese de vitamina D e função de barreira contra os microorganismos (MANUAL MSD, 2017).

Em crianças, os problemas dermatológicos estão entre as causas mais frequentes de procura dos serviços de saúde na Atenção Básica (BRASIL, 2016; FERREIRA et al., 2019). Na maioria das vezes, os problemas são simples, de evolução favorável e podem ser manejados pelo enfermeiro (BRASIL, 2016). No Quadro 41, verifica-se a identificação das lesões que podem ser encontradas durante a realização dos atendimentos executados pelo enfermeiro.

Quadro 42 – Anamnese e exame físico para avaliação de problemas dermatológicos

| Anamnese | Exame físico |
|---|--|
| <p>Atentar para a aparência física, estado nutricional, comportamento, interação familiar.</p> <p>Observar a higiene da criança quanto à limpeza; odor corporal; aspectos dos cabelos, pescoço, unhas, dentes e pés; aspectos das roupas.</p> | <p>Avaliar a pele (cor, textura, temperatura, umidade, turgor, lesões, acne, erupções cutâneas) por meio da inspeção e palpação;</p> <p>Inspeccionar os cabelos e couro cabeludo para higiene geral, lesões, descamações, evidência de infestação e sinais de trauma;</p> <p>Observar crescimento de pelos secundários em crianças na fase da puberdade;</p> <p>Inspeccionar as unhas (cor, forma, textura, qualidade), leitos ungueais, tamanho (curtas e irregulares) e sujidades.</p> |

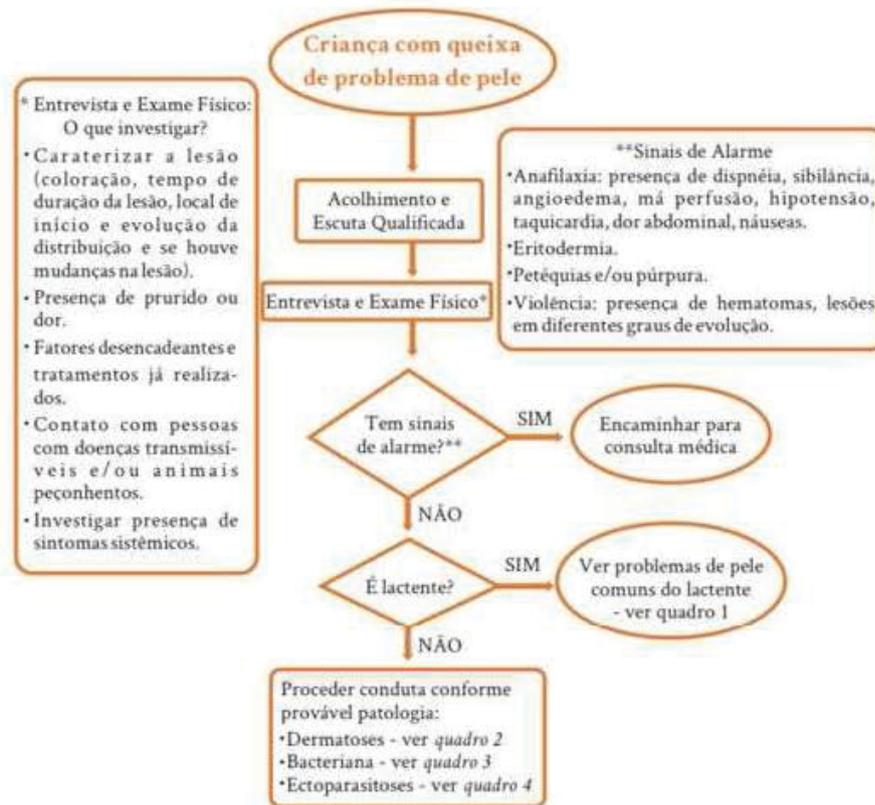
107

continua

| Anamnese | Exame físico |
|---|--------------|
| <p>Diagnóstico de enfermagem (CIPE, 2016)</p> <p>a. Dor cutânea Definição operacional: desconforto ligeiro a intenso, resultante de lesão ou doença de pele.</p> <p>b. Ferida Definição operacional: Parte da estrutura corporal comprometida; lesão tecidual habitualmente associado a danos físicos ou mecânicos; formação de crosta e tunelização dos tecidos; drenagem serosa; drenagem sanguínea ou purulenta; eritema da pele; edema; vesículas; pele circundante macerada e anormal; aumento da temperatura da pele; odor; sensibilidade dolorosa aumentada.</p> <p>c. Infecção Definição operacional: Processo Patológico: invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antígeno-anticorpo.</p> <p>d. Infestação por piolhos Definição operacional: infestação</p> | |

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Algoritmo 8 - Avaliação de Enfermagem para problemas dermatológicos



Fonte: Adaptado de Brasil (2016).

Quadro 43 – Identificação e manejo dos principais problemas de pele do Recém-nascido

| Problema | Identificação | Conduta do Enfermeiro |
|--|--|--|
| <p>Miliária Miliária</p>  <p><i>Fonte: Pediatria descomplicada</i></p> | <p>Pequenas pápulas amareladas, menores que 1 mm no nariz, bochechas, e cistos de inclusão com queratina (miliar). Pequenas pápulas – retenção de suor por oclusão das estruturas exócrinas, desencadeada por calor excessivo e umidade (SÃO PAULO, 2003; BRASIL, 2016).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe e/ou cuidador para não tentar retirá-las, nem espreme-las. • Tranquilizar a família. Trata-se de uma alteração benigna e resolve espontaneamente entre 4 e 5 meses de vida. • Orientar o uso de roupas mais leves e evitar o uso de roupas de tecidos irritantes. • Evitar banhos com temperatura elevada (SÃO PAULO, 2003; BRASIL, 2016). |
| <p>Mancha Mongólica</p>  <p><i>Fonte: lucianamaluf.com.br</i></p> | <p>São manchas hiper pigmentadas, que variam entre cinza, azul acinzentado ou preto acinzentado. Localizam-se principalmente sobre a região glútea, porém, podem surgir em outras regiões. Presente desde o nascimento, de tamanho variável (GUPTA; THAPPA, 2013; BRASIL, 2016).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizar a família. • Explicar que a maioria some até os 5 anos (BRASIL, 2016). |

Quadro 44 – Identificação e Manejo das Principais Dermatoses

| Problema | Identificação | Conduta do Enfermeiro |
|--|--|--|
| <p>Dermatite Amoniacal</p>  <p>Fonte: <i>Pediatria descomplicada</i></p> | <p>A dermatite amoniacal, popularmente conhecida como dermatite de fralda, é uma reação inflamatória causada pelo contato com fezes e urina por longos períodos, gerando a irritação da pele, principalmente na região das genitálias e nádegas (FERNANDES, MACHADO, OLIVEIRA, 2008; FERREIRA, 2007). A umidade causada pelas sujidades favorece o aparecimento das infecções, sendo esse ambiente propício para a contaminação por infecções secundárias, como a candidíase (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2008; FERREIRA, 2007).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mãe e/ou cuidador: (SÃO PAULO, 2003; BRASIL, 2016; FLORIANÓPOLIS, 2018). » Lavar o local com água morna a cada troca de fralda e secar bem a região das dobras, evitando a umidade da pele. » Trocar as fraldas, com intervalo < 4 horas. » Usar sabonete com pH neutro após evacuações; » Suspender o uso de lenços umedecidos, bem como produtos industrializados (por exemplo: óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele). » Expor a área afetada ao sol uma vez ao dia, entre 5 a 15 minutos. » Aplicar creme de barreira (óxido de zinco, vitamina A e D) a cada troca de fralda. • Não observada melhora, prescrever o uso de nistatina creme após cada troca de fralda, por 5 dias (SÃO PAULO, 2003). |
| <p>Candidíase das Fraldas</p>  <p>Fonte: <i>msdmanuals.com</i></p> | <p>Trata-se de uma infecção secundária causada pelo fungo <i>Candida albicans</i>, decorrente de uma dermatite anterior (dermatite de fralda). É caracterizada por placas avermelhadas, descamativas e pústulas. Em casos recorrentes, investigar candidíase no trato digestivo e oral (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2009; BRASIL, 2016).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Proceder com as mesmas orientações da dermatite amoniacal. • Em casos mais severos, considerar o uso de creme miconazol 2% em todas as trocas de fralda até a melhora do quadro (BRASIL, 2016). |

continua

| Problema | Identificação | Conduta do Enfermeiro |
|---|---|---|
| <p>Dermatite Seborreica</p>  <p><i>Fonte: drvinciusfigueredo.com.br</i></p> | <p>Doença inflamatória crônica frequente nas primeiras semanas de vida, caracterizando-se pela presença de placas eritematosas e escamas amareladas aderidas à pele, com extensão variada. Atinge principalmente a face, o couro cabeludo, tórax, as axilas e a região inguinal (SAMPAIO et al., 2011; BRASIL, 2016).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizar a família. • Explicar que essa condição tem um ótimo prognóstico. • Pode-se aplicar óleo antes do banho para hidratar as escamas e facilitar a queda natural. • Orientar a não retirar as escamas ativamente para evitar o risco de lesão e infecção secundária. • Em casos mais intensos, recomenda-se o uso de hidrocortisona 1% creme por curto período associado ao cetoconazol 2% xampu (BRASIL, 2016). |

Quadro 45 – Identificação e Manejo das Principais Infecções Bacterianas

| Problema | Identificação | Conduta do Enfermeiro |
|--|--|--|
| <p>Impetigo</p>  <p><i>Fonte: msdmanuals.com</i></p>  <p><i>Fonte: outpitying.kwikphp.com</i></p> | <p>A lesão se inicia com mácula eritematosa de 1 a 2 mm que evolui para vesícula ou bolha de parede delgada com aréola eritematosa com líquido fluido amarelado. Pode ocorrer em qualquer parte da pele, sendo mais comum em face. Essas lesões se espalham rapidamente e são altamente contagiosas. Normalmente não causa hipertermia (BRASIL, 2016; RECIFE, 2019).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Romper as vesículas como auxílio de dois cotonetes. • Remover as crostas com sabonete neutro e secar bem. • Aplicar solução de permanganato de potássio (1:10.000 - 1 comprimido de 100 mg diluído em 2 litros de água), em seguida, aplicar neomicina, 4 vezes ao dia, por 7 a 10 dias. • Caso não haja melhora 48 horas após o início do tratamento, encaminhar para avaliação médica (RECIFE, 2019). |

Quadro 46 – Identificação e Manejo das Ectoparasitoses

| Problema | Identificação | Conduta do Enfermeiro |
|---|---|---|
| <p>Pediculose</p>  <p>Fonte: oglobo.globo.com</p> | <p>Causada pela infestação de piolhos e mede cerca de 2 a 4 mm de comprimento e possui coloração marrom claro, dificultando a identificação a olho nu. O diagnóstico é feito com a identificação do parasita, presença de lêndeas (ovos do parasita) e prurido intenso (CUMMINGS; FINLAY; MACDONALD, 2018).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar loção de permetrina 1% no couro cabeludo, incluindo a região retroauricular e nuca. Deixar o produto agir por 5-10 minutos e enxaguar. Repetir este procedimento após 7 dias. • As lêndeas devem ser retiradas com pente fino após aplicação de vinagre 1:1 em água morna. • Orientar a mãe e/ou cuidador: desprezar na privada os piolhos e lêndeas retirados; ferver ou enxaguar com água quente a roupa de cama de quem estiver com a infestação; passar ferro quente; limpar bem as escovas e pentes usados e deixar separados das demais pessoas da casa (RECIFE, 2019). |
| <p>Escabiose</p>  <p>Fonte: revista.spdv.com.pt</p> | <p>Trata-se de uma patologia contagiosa, transmitida pelo contato direto com o indivíduo infectado ou compartilhamento de roupas e toalhas. Surgimento de pápulas avermelhadas e prurido intenso, principalmente à noite. Em crianças de até 24 meses, as lesões de pele são mais comuns na face, couro cabeludo, região periumbilical, plantar e palmar. A partir dos 2 anos, as lesões são mais comuns no couro cabeludo, axilas, abdome, genitais, glúteo, punhos e interdistais (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar permetrina a 5% em todo o corpo (exceto rosto e região genital), após higiene, à noite, antes de dormir. Repetir este procedimento após 7 dias. • Orientar a mãe e/ou cuidador para a troca e lavagem das roupas e roupas de cama, realizando a lavagem, exposição ao sol e passando-as com ferro quente. Verificar e tratar também os cuidadores e contatos intradomiciliares (RECIFE, 2019). |
| <p>Tungiase</p>  <p>Fonte: Brasil (2002)</p> | <p>Caracteriza-se com uma ou mais pápulas amareladas com pontos pretos centrais, com prurido intenso. Mais comum em extremidades inferiores: região de calcâneo, interdigital e ungueal (BRASIL, 2016).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar extração da tunga sob uso de assepsia local (álcool 70%, clorexidina ou iodopovidona-PVPI). Utilizar agulha estéril de calibre adequado para o tamanho da lesão. Checar esquema vacinal da criança para prevenção do tétano e, em caso de estar desatualizado, proceder a vacinação (BRASIL, 2016). |

Referências

ALFONSO, S.A.; FAWLEY, J.D.; LU, X.A. Conjunctivitis. *Prim Care*, v. 42, n. 3, p. 325-345, set. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26319341>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY. Conjunctivitis Preferred Practice Pattern®. *Ophthalmology*, v. 126, n.1, p.P94-P169., jan. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30366797>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

BANDÚROVÁ, V.; PLZÁK, J.; BOUCEK, J. Differential diagnosis of ear pain. *Cas Lek Cesk*, v. 158, n.6, p.231-34, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31931581>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

BEATON et al. Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of Young child morbidity and mortality in developing countries- Nutrition policy discussion paper, n. 13. **State of the Art Series**. Geneva. Administrative Committee on Coordination / Subcommittee on Nutrition, p.166, agos. 1993. Disponível em: <https://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/Policy_paper_No_13.pdf>.

BHUTTA et al. Interventions to address diarrhoea and pneumonia deaths equitably: what works and at what costs? *The Lancet*, v. 381, n. 9875, p. 1417-1429, abr 2013. DOI: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60648-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60648-0)>.

BIAGIOLI E, TARASCO V, LINGUA C, MOJA L, SAVINO F. Pain-relieving agents for infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 9. Art. No.: CD009999. DOI: 10.1002/14651858.CD009999.pub2.

BLACK et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*. v. 371, n. 9608, p. 243-260, jan 2008. DOI: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61690-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61690-0)>.

BRAGG, K.J.; LE, P.H.; LE J.K. **Hordeolum**. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, jan, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441985/>> Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 9 - Dermatologia na Atenção Básica**. Brasília 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 07 de abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de quadros de procedimentos: AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 74 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Quadro de Procedimentos: AIDPI Neonatal**. 5ª ed. Brasília, p. 40, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde. Coordenação de Rejane Silva Cavalcante et al. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Manual AIDPI Neonatal / Atendimento à Criança menor de 2 meses**. 5 ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 228 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde da criança** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 24p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. **Anemia por deficiência de ferro**, 2014. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/15/Anemia-por-Deficiencia-de-Ferro.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – 2. ed. atualizada [versão eletrônica] – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 151 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1ª ed. Brasília, V. 1, n. 3. p. 219-234, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Doenças Diarreicas Agudas Brasil**. Brasília. set. 2018. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/09/Apresenta---o-DDA-Abril-2018.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das Doenças Transmissíveis. **Calendário Nacional de Vacinação**. 2017b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretariasvs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>>.

CAIRNCROSS et al. Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea. **International Journal of Epidemiology**, v. 39, Supplement 1, p. i193-i205, 2010. DOI: <<https://doi.org/10.1093/ije/dyq035>>.

CHEN, F.V.; CHANG, T.C.; CAVUOTO, K.M. Patient demographic and microbiology trends in bacterial conjunctivitis in children. **J AAPOS**, v. 22, n. 1, p. 66-67, fev. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29247795>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

CIPE. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2016**. Edição Portuguesa. Conselho Internacional de Enfermeiros. Genebra: maio 2016.

CLASEN et al. Interventions to improve water quality for preventing diarrhoea: systematic review and metaanalysis. **British Medical Journal**. V.334, n. 7597, p. 782, 2007.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN, n. 195, fev.1997. **Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiros**. Rio de Janeiro: Cofen, 1997. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html>. Acesso em: 05 abr. 2020.

CONLON, P.M. A criança com disfunção respiratória. In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D.; RODGERS, C.C. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 10ª ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Unidade 9, cap. 21, p. 636-688.

COREN. **Protocolo de enfermagem na atenção básica do Coren-PE / Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco**. — Recife: COREN, 2019.

CUMMINGS, C.; FINLAY, J. C.; MACDONALD, N. E. Infestações por piolhos: uma atualização clínica. *Pediatria e saúde infantil*, v. 23, n. 1, p. 18-24, fev. 2018. Doi:<<https://doi.org/10.1093/pch/pxx165>>.

DE LUCA, F. *Todo bebê nasce vegetariano: guia prático de alimentação saudável para bebês*. 2.ed, 43p. 2018.

DIRETRIZES brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em em pediatria. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33 (Supl. 1S): S 31-S 50, 2007.

FERNANDES, J.D.; MACHADO, M.C.R.; OLIVEIRA, Z.N.P. Fisiopatologia da dermatite da área das fraldas: parte I. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 83, n. 6, p. 567-571, dez. 2008. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0365-05962008000600012>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

FERNANDES, J.D.; MACHADO, M.C.R.; OLIVEIRA, Z.N. P. Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas: parte II. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, p. 47-54, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2020.

FERNANDES, T. F. Suplementação de nutrientes. *Boletim da Sociedade de Pediatria de São Paulo*. Ano 4 | no 5 set/out 2019.

FERREIRA, J. P. et al. *Pediatria: Diagnóstico e tratamento [recurso eletrônico]* – Porto Alegre: Artmed, 2007.

FINNIKIN, S.; JOLLY, K. Nursery sickness policies and their influence on prescribing for conjunctivitis: audit and questionnaire survey. *Br J Gen Pract*, v. 66, n. 650, p.674-679, set. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27381485>>. Acesso em: 24 mar. 2020.

FISCHER WALKER, C.L., BLACK, R.E. Zinc for the treatment of diarrhoea: effect on diarrhoea morbidity, mortality and incidence of future episodes. *International Journal of Epidemiology*. v. 39, n. Suppl 1, p. i63-i69, 2010.

FLORIANÓPOLIS. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Protocolo de Enfermagem. *Atenção à demanda de cuidados na criança*, v. 5, 2018, 47p.

FOOTE, J.M. Comunicação e avaliação física da criança e da família. In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D.; RODGERS, C.C. *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. 10.ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Unidade 2, cap. 4, p. 57-113.

GARCIA, T.R. *Classificação Internacional para Prática da Enfermagem - CIPE®: aplicação à realidade brasileira*. Porto Alegre: Artmed; 2018.

GUPTA, D.; THAPPA, D. M. Pontos da Mongólia: qual a importância deles? *Revista mundial de casos clínicos*. v. 1, n. 8, p. 230-232, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3856299/>>.

HOCKENBERRY, M.J. Doenças infecciosas e transmissíveis da infância. In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D.; RODGERS, C.C. *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. 10.ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Unidade 2. cap. 6, p. 150-189. Disponível em: <<https://pediatriadescomplicada.com.br/2017/10/26/pele-do-recem-nascido-o-que-voce-precisa-saber/>>.

JEREMY D. JOHNSON, MD, MPH; KATHERINE COCKER, DO; and ELISABETH CHANG, MD, Tripler Army Medical Center, Honolulu, Hawaii, Am Fam Physician. *Infantile Colic: Recognition and Treatment*. 2015. Oct 1; 92 (7): 577-582. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2015/1001/p577.html>>.

JONES et al. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*. v. 362, p. 65-71, 2003.

LAMBERTI et al. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BioMed Central Public Health*. v. 11, n. Supp3, p. S15, 2011.

MCALINDEN, C.; ANDRADES, M.G.; SKIADARESI, E. Hordeolum: Acute abscesso within na eyelid sebaceous gland. *Cleve Clin J Med*; v. 83, p.05, p.332-4, Mai. 2016. Disponível em: <<https://www.cjcm.org/content/83/5/332#ref-2>> Acesso em: 25 mar. 2020.

MERCK SHARP & DOHME CORP. Manual MSD. *Manual Merck: Estrutura e função da pele*. [Internet]. 2017 Mar [citado em 25 mar 2020]. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/ptbr/casa/dist%C3%BArbios-da-pele/biologia-dapele/estrutura-e-fun%C3%A7%C3%A3o-da-pele>>.

MERCK, T.; McELFRESH, P. Cuidados à criança centrados na família durante doenças e hospitalização. In: In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D.; RODGERS, C.C. *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. 10.ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Unidade 8, cap.19, p. 554-635.

MOLINARI, L.C.; BOTEON, J.E. *Curso Oftalmologia na Atenção Básica à Saúde / Luiz Carlos Molinari, Joel Edmur Boteon -- Belo Horizonte : Nescon/UFGM, 2016.*

MUNOS M, FISCHER WALKER CL, BLACK RE. The effect of rotavirus vaccine on diarrhoea mortality. *International Journal of Epidemiology*. v. 39, p. i56-i62, 2010.

MUNOS, M. K.; WALKER, C. L. F.; BLACK, R. E. The effect of oral rehydration solution and recommended home fluids on diarrhoea mortality. *International Journal of Epidemiology*, v. 39, Issue suppl_1, abril 2010, p. i75-i87. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/ije/dyq025>>.

NIESSEN et al. Comparative impact assessment of child pneumonia interventions. *Bulletin of the World Health Organization*. v. 87, p. 472-480, 2009.

OLIVEIRA, R.G. *Blackbook pediatria*. 5. ed, Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2019. Rotinas médicas, Otite, p. 417-421.

OLIVEIRA, R.G. *Blackbook pediatria*. 5. ed. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2019. Parte 1 Medicamentos. Tópicos oftalmológicos - Antimicrobianos, p. 165.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. *Atenção à saúde da criança: recém-nascido de risco*. Curitiba: SESA, 2011-2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. *Caderno atenção à saúde da criança: primeiro ano de vida*. Curitiba: SESA, 2011-2017.

PARKINSON, J.R.C.; HYDE, M.J.; GALE C.; SANTHAKUMARAN, S.; MODI, N. *Preterm birth and metabolic syndrome in adult life: a systematic review and meta-analysis*. *Pediatrics*, abril 2013; 131:1240-63.

PEREIRA, M.M. *Oftalmologia*. Doenças dos olhos. 2020. Portugal. Disponível em: <<https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/oftalmologia/>>. Acesso em: 29 mar.2020.

PROTOCOLO de enfermagem na atenção primária à saúde no estado de Goiás / organização: Claci Fátima Weirich Rosso et al. – 3 ed. – Goiânia: Conselho Regional de Goiás, 2017. 394 p.

QUECK, S. *Pink eye: viral, bacterial and allergic conjunctivitis*. Disponível em:<https://www.leader-call.com/news/local/pink-eye-viral-bacterial-and-allergic-conjunctivitis/article_040d50c6-5bc8-11e9-a2a5-ef5146d31a66.html>. Acesso em: 30 abr. 2020.

ROSSETTO, V. et al. Assistência ao desenvolvimento de crianças com necessidades especiais de saúde em atenção domiciliar no Paraná - Brasil. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e20180067, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000100205&lng=en&nrm=iso>.

SAMPAIO, A.L.S.B. et al. Dermatite seborreica. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 86, n. 6, p. 1061-1074, Dezembro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2020.

SÃO PAULO. *Atenção à Saúde da Criança Protocolo de Enfermagem*. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2003.

SILVEIRA, R.C. *Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco*. 1 ed. Porto Alegre : Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia. *Consenso sobre Anemia Ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica*, n.2, jun. 2018. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21019f-Diretrizes_Consenso_sobre_anemia_ferropriva-ok.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2020.

SCARTEZINI, M.; FERREIRA, C.E.S.; IZAR, M.C.O.; BERTOLUCI, M.; VENCIO, S.; CAMPANA, G.A. et al. *Posicionamento sobre a Flexibilização do Jejum para o Perfil Lipídico* Positioning about the Flexibility of Fasting for Lipid Profiling. *Arq. Bras. Cardiol.* 2017. 108: 3.

SOCIEDADE Brasileira de Pediatria – Departamento de Nutrologia. *Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria*. Departamento Científico de Nutrologia. 3ª. Ed. – São Paulo: SBP. 2019.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Gastroenterologia Pediátrica. *Cólica do lactente*. Disponível em:<<https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-o-bebe/colica-do-lactente/>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Gastroenterologia. *Guia prático de Atualização*. Diarreia aguda; diagnóstico e tratamento. p. 15, 2017.

SOCIEDADE VEGETARIANA BRASILEIRA. Departamento de Saúde e Nutrição. *Alimentação para bebês e crianças vegetarianas até 2 anos de idade: guia alimentar para a família*. 2018. Disponível em: <<https://svb.org.br/images/livros/alimentacao-para-bebes-vegetarianos.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

VAZ, M. et al. Suplementação na infância e a prevenção da carência de micronutrientes: artigo de revisão. *Rev Med Saúde, Brasília*, 6 (1):116-131, 2017.

VIEIRA, M. C. et al. Conhecimento do pediatra sobre o manejo da constipação intestinal funcional. *Rev Paul Pediatr.* 34(4):425-431, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO global database on anaemia**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43894/1/9789241596657_eng.pdf> . Acesso em: 07 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **WHO launches first World report on vision**, nov. 2019. Geneva. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/detail/08-10-2019-who-launches-first-world-report-on-vision>> . Acesso em: 29 mar.2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **The integrated Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea. Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025**, 64 p, 2013.



©COREN/PR 2020

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

Revisão de Texto, Projeto Gráfico, Diagramação e Capa: Agência Três Criativos



ANEXO 4 - OFÍCIO: DIREÇÃO DA UBS 2 DE ABRIL



JI-PARANÁ
Uma Nova Cidade



PREFEITURA MUNICIPAL DE JI-PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
UBS 02 DE ABRIL

Ofício: 19/2022/ UBS 2 de Abril
Ji-Paraná , 22 de Junho 2022

Para: ALINE LARA DE CARVALHO
Assunto : Processo de Implantação do Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária À Saúde – Atenção à Saúde da Criança

Prezada Enfermeira,

Em virtude do Processo de Implantação do **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – Atenção à Saúde da Criança**, que iniciou na UBS 2 de abril em 01/12/2021, informamos que estamos de acordo com essa implantação nesta UBS. Além disso, este protocolo é capaz de consolidar o processo de Planificação da UL 2 de Abril materno infantil que já está em andamento desde 2019.

Durante o processo de implantação do protocolo, identificamos um aumento por procura de consulta de enfermagem na saúde da criança. Também é perceptível que ocorreram mudanças positivas nas consultas de enfermagem nesta UBS além da satisfação por parte dos responsáveis pelas crianças.

Desta forma, recomendamos ao Departamento de Atenção Básica a implantação para todas as UBS de Ji-Paraná para os atendimentos da saúde da criança, pois esta estratégia fortalece e organiza a atenção primária à saúde do nosso município.

Adriana da Silva
Diretora da UBS 02 de Abril
Deci nº 15900 / 2022 UPM / JP / 2021

Adriana da Silva
Diretora da UBS 2 de abril

ANEXO 5 - DECLARAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JI-PARANÁ
SEMUSA - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

**DECLARAÇÃO**

Declaramos que recebemos da servidora **Aline Lara de Carvalho**, enfermeira 40 h, matrícula 14.092, mestranda pela Universidade Federal do Paraná, o **Protocolo de Enfermagem – Saúde da Criança**, para ser avaliado e posteriormente implantado na Atenção Primária à Saúde - APS de Ji-Paraná.

Declaramos ainda que, será formada Comissão Técnica para avaliação do protocolo e posterior processo de validação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Declaramos ainda que o Protocolo de Enfermagem - Saúde da Criança, é um instrumento de vital importância para consolidação da Assistência de Enfermagem na APS, resultando em um processo de trabalho estruturado, padronizado em todos os pontos de atenção da APS proporcionando maior segurança na conduta profissional e do paciente, alta qualidade da assistência e resultados de excelência para a criança, família e comunidade.

A implantação do referido protocolo se consolidará após a devida avaliação e validações necessárias para sua implantação na Atenção Primária do Município de Ji-Paraná.

Desde já parabenizamos a servidora pela escolha do tema/eixo assistencial, que fortalece a linha de cuidado materno-infantil, pois esta é a linha de cuidado escolhida pela Planificação em nosso município,

Atenciosamente,

Ji-Paraná, 03 de agosto de 2022.

Marlene Alencar
Diretora da Divisão de Equipes de Estratégia de Saúde da Família
e Agentes Comunitários de Saúde
Decreto nº 16.627/GAB/PM/JP/2021