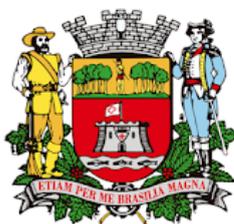


PROTOCOLO DE ENFERMAGEM PARA ACOLHIMENTO EM PEDIATRIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí - 2024
Versão II



Prefeitura
de Jundiaí



**Prefeitura
de Jundiaí**

Protocolo de Enfermagem para acolhimento em Pediatria na Atenção Básica

Protocolo singularizado para o município de Jundiaí
Versão II - outubro/2024

Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Departamento de Regulação da Saúde

Departamento de Atenção Básica

Organização - Versão I (2018)

Enf. Leonard Sardinha Cabral –Autor

Dra. Fabiana Petter Camillo –Médica pediatra AB- Assessoria Técnica em Saúde da Criança e Adolescente

Enf^a. Carolina de Azevedo Neves Severiano –Enfermeira da Atenção Básica –Assessoria Técnica de Enfermagem

Colaboradores:

Enf^a Ruth dos Santos Araújo Rocha –Enfermeira da Atenção Básica

Enf^a Bruna Rochel Miranda –Enfermeira da Atenção Básica

Enf^a Vivian Cesar Beteli –Enfermeira da Atenção Básica

Enf^a Josiane Cristina Ferrari –Enfermeira da Atenção Básica

Dra. Denise Bohn –Médica Pediatra da Atenção Básica

Revisão - Versão II (2024)

Dr^a Fernanda Tiemi Dotto Matsusaki - Apoio Técnico em Saúde da Criança e do Adolescente

Enf^a Maria Gabriela Bortotto - Apoio Técnico de Enfermagem

Dr^a Giovanna Gavros Palandri - Apoio Técnico em Saúde da Criança e do Adolescente

SUMÁRIO

Apresentação	Página 4
Mudanças desta atualização	Página 4
Dermatite de fraldas	Página 5
Escabiose	Página 6
Pediculose	Página 8
Monilíase Oral	Página 9
Doença Diarreica Aguda	Página 10
Febre	Página 13
Infecções de Vias Aéreas Superiores	Página 16
Referências bibliográficas	Página 19
Anexo I	Página 21
Anexo II	Página 22

APRESENTAÇÃO

O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles, os serviços de atenção básica. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas. Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) e sua equipe exercem um papel fundamental de atendimento na Rede, sendo porta de entrada, ordenadora e mantenedora do cuidado longitudinal, que propicia maiores condições para a promoção e recuperação da saúde. O trabalho em equipe é o grande diferencial da atuação da APS, onde é possível que os vários saberes ampliem o leque de possibilidades de atendimento.

Os Profissionais de enfermagem contribuem de maneira eficaz e segura na execução em várias áreas do cuidado e exercem um papel importante no acolhimento dos pacientes nas unidades. Os protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde e pelo Município oferecem condições de uma maior contribuição para a promoção da saúde da população.

MUDANÇAS DESTA ATUALIZAÇÃO

O Protocolo de Enfermagem para acolhimento em Pediatria na Atenção Básica está em sua 2ª versão. Em relação à sua última atualização (1ª versão), algumas mudanças foram realizadas:

- Atualização dos capítulos já existentes;
- Atualização dos anexos;
- Inclusão do capítulo de Infecção de Vias Aéreas Superiores.

DERMATITE DE FRALDAS

DEFINIÇÃO:

Dermatite de contato caracterizada por irritação na pele, causada pelo contato com a urina e as fezes retidas pelas fraldas. Podem surgir infecções secundárias causadas por *Candida spp* ou por bactérias. Acomete frequentemente as crianças de 0 a 2 anos.

CAUSAS:

O uso da fralda (descartável ou de pano) ocasiona o aumento da temperatura e da umidade local, o aumento do pH da região ativa as enzimas da pele causando irritação local e propensão à infecção por fungo (*Candida spp*). Esse fungo penetra na pele causando coceira, ulcerações e ardor intenso. Produtos químicos também podem ocasionar irritação na pele tais como sabonetes, lenços umedecidos ou até mesmo amaciantes e sabões. As introduções de alimentos sólidos levam a alterações na composição das fezes ou em sua frequência também podendo desencadear a dermatite amoniacal. Podem ocorrer infecções secundárias.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Integridade da pele do períneo comprometida na criança.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

Orientações:

1. Lavar bem as mãos a cada troca de fralda (evitar infecção);
2. Limpar a região com água e sabonete neutro, secar a pele após a limpeza;
3. Trocar as fraldas frequentemente ou retirada das mesmas, caso necessário;
4. Suspender o uso de lenços umedecidos, loções de limpeza, etc;
5. Lavar a fralda de pano com sabão neutro e enxaguar com água e vinagre (para 1 litro de água adicionar uma colher de vinagre), suspendendo o uso de sabão em pó, alvejantes e amaciantes;
6. Banho de sol no local - antes das 10h da manhã ou após as 15h, por no máximo 15-20 minutos.

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA:

1. Aplicar a pomada de óxido de zinco (pomada de barreira) em todas as trocas de fralda;
2. Caso apresente acometimento de dobras e/ou micropápulas (**suspeita de candidíase**), associar tratamento antifúngico tópico (Cetoconazol ou Miconazol creme) 2-3x ao dia, até melhora do quadro (aproximadamente 7-10 dias). Nesses casos, passar primeiro a pomada antifúngica e, por cima, a pomada de barreira;
3. Solicitar retorno ao final do tratamento ou a depender do retorno na consulta de rotina.

CASOS ESPECIAIS (Solicitar avaliação médica):

Refratariedade ao tratamento; lesões perineais muito extensas.

ESCABIOSE (SARNA)

DEFINIÇÃO:

Dermatose caracterizada por lesões causadas pelo *Sarcoptes scabiei var. hominis*. A fêmea desse ácaro, após fecundada, penetra na camada córnea da pele, cavando um túnel onde deposita seus ovos, morrendo 10 dias após. As larvas que eclodem dos ovos emergem à superfície cutânea onde ocorre novamente a fecundação das fêmeas e assim se repete o ciclo. Clinicamente as lesões são polimorfas e caracterizam-se por pequenos túneis (ou galerias) retas ou sinuosas e pápulas escoriadas ou mesmo lesões urticariformes. Em climas quentes nem sempre há formação de túneis. As pápulas escoriadas ou até pústulas e crostas são vistas com maior frequência nas mãos, sobretudo nos dedos e interdígito, punhos, antebraços, axilas, mamas, região inferior do abdome, glúteos e face interna das coxas. Em crianças e idosos pode também atingir couro cabeludo, palmas e plantas dos pés. O prurido é geralmente intenso e tende a se acentuar à noite. Escoriações podem evoluir para piodermite e eczema microbiano.

Figura 1: Escabiose em região abdominal



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

Figura 2: Escabiose em membro inferior



Fonte: www.atlasdermatologico.com.br

FORMA DE TRANSMISSÃO:

Contato direto ou por meio das roupas do indivíduo infectado.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

Integridade da pele comprometida na criança

Risco de infecção.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

Orientações:

1. Orientar troca das roupas de uso pessoal e de cama diariamente lavá-las separadamente com água quente (no mínimo a 55°C) ou passá-las a ferro;
2. Buscar casos na família ou pessoas de contato direto;
3. Tratar comunicantes no núcleo familiar e/ou escolar.
4. Pacientes devem ser afastados do trabalho ou da escola até 24hs após o término do tratamento;

5. Solicitar retorno após tratamento.

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA: (a partir de 2 anos)

*** Deltametrina loção tópica (0,2 mg/ml):**

Opção quando a ivermectina estiver contra indicada ou quando se fizer necessário associá-la à ivermectina, em casos renitentes. Aplicar em todo o corpo à noite, deixar agir por 8 horas e retirar durante o banho pela manhã. Esse procedimento deverá ser repetido após 5 a 7 dias. **Não deve ser utilizada em crianças menores de 2 anos de idade, gestantes e durante o aleitamento.**

*** Ivermectina 6mg:**

Em dose única, dose varia com faixa de peso:

15 a 24kg: 1/2 comprimido;

25 a 35kg: 1 comprimido;

36 a 50kg: 1,5 comprimido.;

51 a 65kg: 2 comprimidos.;

65 a 79kg: 2,5 comprimidos;

80 kg ou mais: 3 comprimidos ou 200 mcg/kg - aproximadamente 1 comprimido para cada 30 a 35kg de peso.

A dose deve ser repetida 7 a 10 dias após. **Evitar em crianças com menos de 15kg, pacientes com alteração de barreira hematoencefálica (meningites, AVC e traumatismo crânio-encefálico), gestantes e durante o aleitamento materno.**

SINTOMÁTICOS - PRURIDO: (a partir de 2 anos)

*** Loratadina solução oral 1mg/mL:**

Pode ser prescrita para crianças acima de 2 anos se prurido associado. A Loratadina não provoca sonolência.

Posologia:

< 30Kg: 5 mL, por boca, 1x ao dia, por 7 dias;

≥ 30 Kg: 10 mL, por boca, 1x ao dia, 7 dias.

Se **prurido mais intenso**, a utilização de algum antialérgico que provoque sonolência pode ser interessante. Nesse caso, para crianças acima de 2 anos, existe a opção de antialérgico:

*** Maleato de dexclorfeniramina em solução oral 0,4mg/ml:**

Posologia:

De 2 a 5 anos: 1,25 ml até 3 x ao dia, 7 dias (dose máxima 7,5ml/dia);

De 6 a 12 anos: 2,5ml 3 x ao dia (dose máxima 15ml/dia).

CASOS ESPECIAIS (Solicitar avaliação médica):

Crianças menores de 2 anos;

Casos de infecção secundária.

PEDICULOSE (PIOLHO)

DEFINIÇÃO:

Dermatose pruriginosa no couro cabeludo atingindo sobretudo regiões retroauriculares e couro cabeludo transmitida por contato pessoal. O inseto causador deposita seus ovos (lêndeas) na haste do cabelo, fixando-os com uma substância gelatinosa que se solidifica. A incubação dos ovos dura cerca de uma semana e os insetos atingem a forma adulta em duas semanas. As picadas dos piolhos causam pápulas avermelhadas que podem se tornar escoriadas pela coçadura. Em geral é difícil encontrar os insetos sendo mais fácil identificar as lêndeas que se distinguem de escamas pelo fato de estarem firmemente aderidas ao cabelo. O diagnóstico diferencial deve ser feito com líquen simples, piodermite primária, eczema microbiano, e mononucleose infecciosa (adenite cervical), tinea do couro cabeludo e dermatite seborreica.

FORMA DE TRANSMISSÃO:

Contato direto ou indireto (escovas de cabelos, roupas, etc.) com o indivíduo infectado.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

Integridade da pele prejudicada

Conforto prejudicado

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

Orientações:

1. As lêndeas devem ser retiradas com aplicação de vinagre de álcool diluído em água em partes iguais (1:1). O uso de um pente fino pode facilitar a remoção.
2. Troca das roupas de uso pessoal e de cama diariamente lavá-las com água quente ou passá-las a ferro;
3. Buscar e tratar casos na família ou pessoas de contato direto.
4. Usar pente fino para remoção das lêndeas;
5. Afastamento da creche durante o tratamento.

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA (a partir de 2 anos)

* **Deltametrina loção tópica ou shampoo 0,2mg/ml:**

Aplicar nos cabelos secos e lavar após 6 horas. Esse procedimento deverá ser repetido 7 dias após. **Não deve ser utilizada em crianças menores de 2 anos de idade, gestantes e durante o aleitamento.**

*** (Ivermectina 6mg):**

Em dose única, dose varia com faixa de peso:

15 a 24kg: 1/2 comprimido;

25 a 35kg: 1 comprimido;

36 a 50kg: 1,5 comprimido.;

51 a 65kg: 2 comprimidos.;

65 a 79kg: 2,5 comprimidos;

80 kg ou mais: 3 comprimidos ou 200 mcg/kg - aproximadamente 1 comprimido para cada 30 a 35kg de peso.

A dose deve ser repetida 10 dias após. **Evitar em crianças com menos de 15kg, pacientes com alteração de barreira hematoencefálica (meningites, AVC e traumatismo crânio-encefálico), gestantes e durante o aleitamento materno.**

CASOS ESPECIAIS (Solicitar avaliação médica)

Crianças menores de 2 anos;

Casos de infecção secundária.

MONILÍASE ORAL (SAPINHO)

DEFINIÇÃO:

É uma infecção da orofaringe provocada por fungos do gênero *Candida*, sendo a espécie mais envolvida a *Candida albicans*. Por imaturidade do sistema imune, crianças até os 2 anos de idade hígidas podem apresentar o quadro, sem necessariamente terem alguma condição imunossupressora de base. Nos bebês, a lesão pode ser confundida com restos de leite na boca - para diferenciar, oriente a mãe a passar um pano limpo na língua e parte interna das bochechas. Caso seja leite, sairá facilmente. Já na candidíase, as placas brancas são mais aderidas e, quando se tenta removê-las, podem ocorrer sangramentos e a mucosa embaixo da placa usualmente se encontra hiperemiada. É muito comum o acometimento de gengivas e mucosa jugal (face interna das bochechas).

FORMA DE TRANSMISSÃO:

A cândida é um fungo habitualmente presente na cavidade oral. Nos bebês, a candidíase pode surgir mesmo sem haver um quadro de base. Contudo, alguns fatores podem predispor à maior proliferação do fungo, aumentando o risco de aparecimento das lesões, tais como:

- Uso de antibioticoterapia prévia;
- Uso de corticóides inalatórios;
- Candidíase mamária na lactante;
- Bicos de mamadeira e chupeta mal higienizados.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Integridade da membrana mucosa oral prejudicada;

Dinâmica ineficaz de alimentação do lactente.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

Orientações:

1. Higiene com água, sabão e fervura por 5 minutos (1x ao dia) dos bicos das mamadeiras, chupetas e objetos de mordedura.
2. Limpeza da região oral com dedo indicador, envolvendo-o em fralda limpa e umedecida água limpa durante o tratamento;
3. Nos bebês que são amamentados, **o tratamento da mãe deve ser feito de forma concomitante**, para evitar falhas da terapia. Caso a mãe tenha candidíase mamária e o bebê não apresente candidíase oral, o tratamento concomitante também deve ser realizado;
4. **Não é necessário afastar o lactente da creche;**
5. Solicitar retorno após o tratamento.

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA:

1. Para o bebê:

*** Nistatina solução oral 100.000 UI/mL:**

Pingar 1 a 2 ml em cada canto da boca, 4 vezes ao dia, 7-14 dias.

2. Para a mãe que amamenta (lactante) - **tratamento concomitante com o bebê:**

*** Miconazol creme vaginal (20mg/mL):**

Aplicar nas mamas após cada mamada durante todo o tratamento do bebê.

CASOS ESPECIAIS (Solicitar avaliação médica)

Casos de candidíase oral refratária ao tratamento;

Casos de candidíase mamária da lactante refratária ao tratamento.

DOENÇA DIARREICA AGUDA (DDA)

DEFINIÇÃO:

Diarreia aguda ou DDA é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a mudança da atividade intestinal com eliminação de 3 ou mais evacuações em 24h, com perda da consistência habitual e duração de até 14 dias. Em pediatria, no que se refere à frequência evacuatória, esta definição se aplica apenas para bebês após início da introdução alimentar (usualmente 6 meses) e que já tenham hábito intestinal com menos de 3 evacuações ao dia. **Lactentes menores de 6 meses**, principalmente aqueles em aleitamento materno exclusivo, **normalmente apresentam fezes líquidas e explosivas** e frequência evacuatória que varia bastante, **podendo ser normal até 8x ao dia - sem isto configurar diarreia**. Portanto, ao avaliar bebês nesta faixa etária, cuidado para não realizar um diagnóstico errado da situação.

CAUSAS:

A principal causa das DDAs são as infecções, havendo predominância da etiologia viral. Bactérias e parasitas (como verminoses, infecções por protozoários como giardia) também podem estar relacionadas. Febre, vômitos e dor abdominal podem estar presentes nas diarreias infecciosas. A presença de sangue e muco nas fezes aponta para a possibilidade de infecção bacteriana.

Outras causas como diarreia por preparação incorreta das fórmulas infantis, pelo uso de antibióticos, por alergias alimentares e por deficiências enzimáticas também são possibilidades na pediatria, contudo são bem menos prevalentes quando comparadas às de etiologia infecciosa.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Diarreia;

Risco de volume de líquidos deficiente;

Risco de desequilíbrio eletrolítico.

Em pediatria, o diagnóstico e classificação do quadro de desidratação podem ser bem desafiadores. Para auxiliar, o Quadro 1 descreve os sinais e sintomas presentes em cada situação, bem como a classificação e conduta para cada caso. **É muito importante a classificação correta pois isto muda a condução do paciente.**

Quadro 1: Sinais clínicos de desidratação e classificação de gravidade no contexto de DDA.

ETAPAS		A (sem desidratação)	B (com desidratação)	C (com desidratação grave)
OBSERVE	Estado geral ¹	Ativo, alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico, letárgico ou inconsciente*
	Olhos ¹	Sem alteração	Fundos	Fundos
	Sede ¹	Sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Não é capaz de beber*
	Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
	Boca/língua	Úmida	Seca ou levemente seca	Muito seca
EXPLORE	Sinal da prega abdominal ¹	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
	Pulso	Cheio	Cheio	Fraco ou ausente*
	Perda de peso ²	Sem perda	Até 10%	Acima de 10%
DECIDA		SEM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais: COM DESIDRATAÇÃO	Se apresentar dois ou mais sinais sendo ao menos um destacado com asterisco (*): DESIDRATAÇÃO GRAVE
TRATE		PLANO A	PLANO B	PLANO C

¹ Variáveis para avaliação do estado de hidratação do paciente que têm maior relação de sensibilidade e especificidade, segundo a Organização Mundial da Saúde.

² A avaliação da perda de peso é necessária quando o paciente está internado e evolui com diarreia e vômito.

Fonte: Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia. Brasília, DF. 2023.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

A conduta do ponto de vista de reposição hídrica irá variar de acordo com a classificação apresentada. A seguir, nas figuras 3, 4 e 5, seguem, respectivamente, os planos A, B e C de tratamento dos casos de DDA propostos pelo Ministério da Saúde, baseados no grau de hidratação do paciente. Vale destacar que nos casos sem desidratação, o tratamento é domiciliar com uso do soro de reidratação oral (SRO) fornecido pela UBS e algumas orientações dietéticas

(Anexos I e II). Já nos casos com **qualquer grau de desidratação**, o tratamento é **iniciado na UBS** e o médico deve ser acionado. Na ausência de médico na unidade, chamar o **SAMU (discar 192)**. Para documento completo do Ministério da Saúde, acessar o link: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-diarreicas-agudas/manejo-do-paciente-com-diarreia-avaliacao-do-estado-de-hidratacao-do-paciente-arquivo-com-m-arcas-de-corte/view>.

Figura 3: Plano A: conduta nos casos sem desidratação.

**PLANO A
PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO**

A.1 INGERIR/OFERECER MAIS LÍQUIDO QUE O HABITUAL PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO:

A.1.1 O paciente deve tomar líquidos caseiros (água, chá, suco, água de coco, sopas) ou solução de sais de reidratação oral (SRO) após cada evacuação diarreica e episódio de vômito, em pequenas quantidades e maior frequência.
A.1.2 Não utilizar refrigerantes e, preferencialmente, não adoçar o chá ou o suco.

A.2 MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL PARA PREVENIR A DESNUTRIÇÃO:

A.2.1 Manter a alimentação habitual – tanto as crianças como os adultos.
A.2.2 Criança em aleitamento materno exclusivo – o único líquido que deve ser oferecido, além do leite materno, é a solução de SRO.

A.3 LEVAR O PACIENTE IMEDIATAMENTE AO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SE:

A.3.1 Não melhorar em 2 dias.
A.3.2 Apresentar qualquer um dos sinais de alerta abaixo:

- Piora da diarreia (ex.: aumento da frequência ou do volume)
- Sangue nas fezes
- Diminuição da diurese
- Vômitos repetidos
- Muita sede
- Recusa de alimentos

A.4 ORIENTAR O PACIENTE OU ACOMPANHANTE PARA:

A.4.1 Reconhecer os sinais de desidratação e sinais de alerta.
A.4.2 Preparar e administrar a solução de sais de reidratação oral.
A.4.3 Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavagem adequada das mãos, tratamento da água intradomiciliar e higienização dos alimentos).

A.5 ADMINISTRAR ZINCO 1 vez ao dia, DURANTE 10 A 14 DIAS:

A.5.1 Até 6 meses de idade: 10 mg/dia.
A.5.2 Maiores de 6 meses a menores de 5 anos de idade: 20 mg/dia.

IDADE	Quantidade de líquidos que deve ser administrada/ingerida após cada evacuação diarreica
Menores de 1 ano	50-100 ml
De 1 a 10 anos	100-200 ml
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar

Observações:

- 1) Zinco oral não está disponível na rede municipal de Jundiá. Sua indicação poderá ser discutida com equipe médica em casos de pacientes desnutridos;
- 2) Quantidade de envelopes de SRO a ser oferecida para cada faixa etária para adequar a ingestão hídrica após episódios diarreicos:
 - < 1 ano: 1 envelope/ dia
 - 1-10 anos: 2 envelopes/ dia
 - > 10 anos: 4 envelopes/ dia

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia. Brasília, DF. 2023.

Figura 4: Plano B: conduta nos casos com desidratação.

**PLANO B
PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

B.1 ADMINISTRAR SOLUÇÃO DE SAIS DE REIDRATAÇÃO ORAL:

B.1.1 Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100 ml/kg (média de 75 ml/kg) para ser administrado no período de 4-6 horas.
B.1.2 A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.
B.1.3 A solução de SRO deverá ser administrada continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.
B.1.4 Se o paciente desidratado, durante o manejo do PLANO B, apresentar vômitos persistentes, administrar uma dose de antiemético ondansetrona:

- Crianças de 6 meses a 2 anos: 2 mg (0,2 a 0,4 mg/kg);
- Maiores de 2 anos a 10 anos (até 30 kg): 4 mg;
- Adultos e crianças com mais de 10 anos (mais de 30 kg): 8 mg.

ALERTA: NÃO UTILIZAR EM GESTANTES.

B.2. DURANTE A REIDRATAÇÃO REAVALIAR O PACIENTE SEGUINDO AS ETAPAS DO QUADRO "AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO DO PACIENTE":

B.2.1 Se desaparecerem os sinais de desidratação, utilize o **PLANO A**.
B.2.2 Se continuar desidratado, indicar a sonda nasogástrica (gastróclise).
B.2.3 Se o paciente evoluir para desidratação grave, seguir o **PLANO C**.

B.3 DURANTE A PERMANÊNCIA DO PACIENTE OU DO ACOMPANHANTE NO SERVIÇO DE SAÚDE, ORIENTAR A:

B.3.1 Reconhecer os sinais de desidratação.
B.3.2 Preparar e administrar a solução de SRO.
B.3.3 Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar (lavar adequadamente as mãos, tratar a água para consumo humano (ingestão) e higienizar os alimentos).

ATENÇÃO:
SE, APÓS 6 HORAS DE TRATAMENTO, NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, ENCAMINHAR AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO.

O PLANO B DEVE SER REALIZADO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. O PACIENTE DEVE PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ A REIDRATAÇÃO COMPLETA.

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia. Brasília, DF. 2023.

Figura 5: Plano C: conduta nos casos com desidratação grave.

PLANO C PARA TRATAR A DESIDRATAÇÃO GRAVE POR VIA ENDOVENOSA NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/HOSPITAL		
FASE DE EXPANSÃO - MENORES DE 1 ANO ¹		
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1ª Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	1 hora
2ª Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	5 horas
FASE DE EXPANSÃO - A PARTIR DE 1 ANO ¹		
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1ª Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	30 ml/kg	30 minutos
2ª Soro Fisiológico a 0,9% ou Ringer Lactato	70 ml/kg	2 horas e 30 minutos
¹ Para recém-nascidos ou menores de 5 anos com cardiopatias graves, começar com 10 ml/kg de peso.		

C.2 AVALIAR O PACIENTE CONTINUAMENTE. SE NÃO HOUVER MELHORA DA DESIDRATAÇÃO, AUMENTAR A VELOCIDADE DE INFUSÃO/ GOTEJAMENTO:

C.2.1 Iniciar a reidratação por via oral com solução de SRO, quando o paciente puder beber, geralmente 2 a 3 horas após o início da reidratação endovenosa, concomitantemente.

C.2.2 Interromper a reidratação por via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir a solução de SRO em quantidade suficiente para se manter hidratado. A quantidade de solução de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume das evacuações.

C.2.3 Observar o paciente por pelo menos 6 horas.

C.2.4 Reavaliar o estado de hidratação e orientar quanto ao tratamento apropriado a ser seguido: PLANO A, B ou continuar com o C.

OS PACIENTES QUE ESTIVEREM SENDO REIDRATADOS POR VIA ENDOVENOSA DEVEM PERMANECER NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATÉ QUE ESTEJAM COMPLETAMENTE HIDRATADOS E CONSEGUINDO MANTER A HIDRATAÇÃO POR VIA ORAL.

Observação:

A conduta do enfermeiro frente à desidratação grave, diante da ausência do médico na UBS, deverá ser chamar o SAMU e iniciar a fase de expansão volêmica endovenosa. A fase de manutenção será indicada após expansão, idealmente realizada á na presença de equipe médica (seja do SAMU, seja da UBS, seja já em ambiente hospitalar).

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia. Brasília, DF. 2023.

CASOS ESPECIAIS (Solicitar avaliação médica, mesmo se sem desidratação)

- Crianças com doenças de base, como cardiopatas, nefropatas, diabéticos;
- Crianças com sinais de alarme;
- Crianças com dificuldade de aceitação do SRO;
- Deterioração clínica a despeito do tratamento adequado.

FEBRE

DEFINIÇÃO:

Febre não é o mesmo que hipertermia.

Febre é a elevação da temperatura corporal causada por efeito de pirógenos exógenos (substâncias que são produzidas no contexto de infecções, tumores, reabsorção de hematomas etc) que, em contato com o sistema imune (macrófagos), levam a um processo inflamatório com liberação de pirógenos endógenos (como interleucinas 1 e 6, TNF-alfa), estas por sua vez ativam uma região específica do cérebro (hipotálamo), levando à produção de prostaglandina E2, a qual é responsável pela elevação do ponto de termorregulação no sistema nervoso central (SNC). **Ou seja, a febre envolve substâncias inflamatórias e mudanças no controle central de temperatura.**

Já a hipertermia é a elevação da temperatura corporal decorrente da dificuldade em perder calor (excesso de roupas, hiperaquecimento) ou pela produção exagerada de calor (atividade física extenuante).

Conhecer a diferença entre febre e hipertermia é fundamental para a condução dos casos, uma vez que a conduta difere entre as duas situações. Enquanto na febre pode haver benefício o uso de antitérmicos (que agem controlando o processo inflamatório), na hipertermia o

tratamento é o resfriamento (por exemplo, retirada do excesso de roupas de um bebê).

Quanto aos valores que definem febre, os mesmos variam com o termômetro utilizado e local de aferição. No dia a dia, o **termômetro axilar digital** é um dos mais utilizados - e o mais recomendado - para aferição em todas as idades. **Para este termômetro, a maioria dos autores considera febre temperaturas a partir de 37,3°C (algumas publicações citam 37,8°C).**

CAUSAS:

Infecções são as causas mais comuns de febre em pediatria, com destaque para os **vírus**. Apesar de menos comuns, as infecções bacterianas devem estar sempre no foco do profissional, uma vez que exigem conduta diferenciada e assertiva para o bom desfecho do caso. Demais causas, como infecções fúngicas, parasitoses, neoplasias e quadros reumatológicos são menos comuns em pediatria.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Hipertermia

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

Orientações:

1. Orientar a correta aferição de temperatura com termômetro axilar digital;
2. Evitar aferir com criança muito “embrulhada”, no colo, com cobertor. Retirar excesso de roupas e só depois aferir;
3. Atentar para o excesso de roupas de bebês (muito comum em recém-nascidos) e orientar quanto ao risco de hiperaquecimento levando à hipertermia (por vezes confundido com febre).
4. Orientar aumento da ingesta hídrica e atentar para hidratação (observar diurese);
5. Orientar os sinais de alarme (febre > 39°C, duração > 72h, queda do estado geral, diminuição da diurese etc.) e retorno se necessário;
6. Orientar uso do antitérmico nos casos em que a criança apresente algum desconforto evidente (irritabilidade, choro, alteração de sono ou de apetite) ;
7. Contraindicar a realização de banhos frios e compressas de álcool para controle da febre no dia a dia. Explicar sobre a ineficácia destes métodos em controlar a temperatura a longo prazo e no eventual mal estar que elas podem causar;
8. Caso o responsável ainda assim deseje dar um banho na criança febril com desconforto evidente, orientar medicar antes com antitérmico (para droga iniciar seu efeito) e utilizar a água na temperatura habitual, com o intuito apenas de dar conforto à criança.

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA:

Não há um “número mágico” de temperatura que indique a utilização do antitérmico. Estas drogas devem ser empregadas nas crianças com febre que apresentarem algum **desconforto evidente**, independentemente se a febre é de 38 ou 39,5°C. Em geral, nas temperaturas mais elevadas, os sintomas tendem a ser mais intensos, mas isto não é uma regra.

Na rede básica, há disponibilidade de 3 opções de antitérmicos orais: dipirona, ibuprofeno e

paracetamol. **Não é recomendado o uso de antitérmicos intercalados** mesmo nas febres mais frequentes, devido ao risco aumentado de eventos adversos nesta situação. É comum haver erro de dosagem por parte dos responsáveis, portanto este risco deve sempre ser levado em conta. Da mesma forma, não se recomenda uso destas drogas de forma “preventiva”, mas sim apenas diante de febre documentada e desconforto associado à ela. No quadro 2, há a descrição dos 3 antitérmicos disponíveis, com suas respectivas doses, recomendações quanto à idade mínima de uso e possíveis eventos adversos.

Quadro 2: Informações técnicas dos antitérmicos disponíveis na rede básica de saúde.

MEDICAMENTO	IDADE MÍNIMA	POSOLOGIA	EVENTOS ADVERSOS	OBSERVAÇÃO
PARACETAMOL GOTAS 200 MG/ML <div style="border: 1px solid black; border-radius: 5px; padding: 2px; width: fit-content;">1 mL = 15 gotas</div>	Desde o nascimento	10 a 15 mg/kg/dose a cada 6 horas Nº gotas = (1 x kg) Dose máxima: 35 gotas/ dose ¹ ou 75 mg/kg/dia	Urticária Hepatotoxicidade	O cálculo de 1 gota por kg é adequado para o paracetamol gotas nesta apresentação. Vale lembrar que, diante de superdosagem, o paciente deverá ser avaliado por médico obrigatoriamente. A intoxicação por paracetamol pode levar à insuficiência hepática aguda e há tratamento disponível em ambiente hospitalar para este tipo de intoxicação.
DIPIRONA GOTAS 500 MG/ML <div style="border: 1px solid black; border-radius: 5px; padding: 2px; width: fit-content;">1 mL = 20 gotas</div>	3 meses	10 a 15 mg/kg/dose a cada 6 horas Nº gotas = (0,6 x kg) Dose máxima: 20 gotas/dose = 500 mg ¹	Urticária Hipotensão Agranulocitose	O cálculo de dose de 1 gota/kg equivale a 25 mg/kg. Apesar de ser muito usada e estar descrita em bula, esta dose pode ser excessiva para crianças abaixo de 2 anos. É mais seguro trabalhar com doses entre 10 e 15 mg/kg. Uma regra prática para se obter o número de gotas por dose é multiplicar o peso da criança em kg por 0,6 (isto equivale a 15mg/kg).
IBUPROFENO GOTAS 50 MG/ML <div style="border: 1px solid black; border-radius: 5px; padding: 2px; width: fit-content;">1 mL = 10 gotas</div>	6 meses	5 a 10 mg/kg/dose a cada 6 horas Nº gotas = (2 x kg) Dose máxima: 40 gotas/ dose = 200 mg ¹	Rash cutâneo Sintomas gastrointestinais (náusea, vômito, dor epigástrica, alteração do hábito intestinal etc.)	O ibuprofeno tem um efeito anti-inflamatório mais pronunciado. Para atingir este efeito, a dose recomendada é de 15 a 20 mg/kg/dose. Deve-se atentar, em pediatria, para os sintomas gástricos. Quanto maior a dose e mais longo o tempo de uso, maior o risco destes eventos adversos.

¹Desde que esteja dentro do cálculo por peso

Fonte: elaborado pela autora.

CASOS ESPECIAIS:

Deve-se solicitar **avaliação médica imediata** diante de criança febril nas seguintes situações:

- Lactente < 3 meses de vida
- Febre alta (>39°C) e/ou muito frequente (a cada 3-4h)
- Febre há mais de 72 horas
- Crianças com diagnóstico prévio de convulsão febril
- Presença de comorbidades como cardiopatia, epilepsia, neoplasias
- Queda do estado geral

*Observação: a criança pode ser medicada antes da avaliação médica caso não haja profissional disponível imediatamente.

INFECÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

DEFINIÇÃO E CAUSAS:

As infecções de vias aéreas superiores (IVAS) são, em sua maioria, infecções virais que podem levar a apresentações clínicas diversas: resfriado, gripe, laringite e amigdalite. A etiologia bacteriana é menos comum, mas pode ser a causa principalmente nas amigdalites e complicações de quadros virais, como nas sinusites bacterianas e otites. No quadro 3, estão descritas as principais características das diferentes apresentações das IVAS.

Quadro 3: IVAS: principais apresentações clínicas e suas características.

APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DE IVAS	ETIOLOGIAS MAIS COMUNS	TRANSMISSÃO E PERÍODO DE INCUBAÇÃO	SINTOMAS MAIS COMUNS	PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES
RESFRIADO OU RINOFARINGITE AGUDA	Vírus (rinovírus, coronavírus comuns, covid-19, vírus sincicial respiratório, parainfluenza, influenza, coxsackie, adenovírus, metapneumovirus etc.)	Gotículas, mãos contaminadas Maioria dos vírus respiratórios tem período de incubação curto (2-5 dias) ¹	Febre baixa com duração menor de 3 dias, tosse, coriza, obstrução nasal. Estado geral costuma ser bom.	<ul style="list-style-type: none"> - Otite média aguda (+ crianças pequenas, bebês); - Sinusite bacteriana (+ comum em crianças >7 anos); - Bronquiolite viral aguda (atenção bebês, principalmente após 3º dia de quadro); - Pneumonia bacteriana (todas as faixas etárias).
GRIPE OU SÍNDROME GRIPAL	Vírus influenza (influenza A H1N1, influenza A H3N2, influenza B Victória, influenza B Yamagata). Covid-19	Gotículas, mãos contaminadas Maioria dos vírus respiratórios tem período de incubação curto (2-5 dias) ¹	Febre alta , com duração mais prolongada (3-5 dias), tosse, coriza, obstrução nasal, calafrios, mialgia, cefaleia . Pode haver comprometimento do estado geral .	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome respiratória aguda grave (SRAG); - Otite média aguda (+ crianças pequenas, bebês); - Sinusite bacteriana (+ comum em crianças >7 anos); - Bronquiolite viral aguda (atenção bebês, principalmente após 3º dia de quadro); - Pneumonia bacteriana (todas as faixas etárias); - Exacerbação de doença crônica pré existente; - Miocardite, pericardite.
LARINGITE	Vírus (parainfluenza 1 e 2, covid-19, influenza)	Gotículas, mãos contaminadas Maioria dos vírus respiratórios tem período de incubação curto (2-5 dias) ¹	Febre, tosse com rouquidão (" tosse de cachorro "), perda da voz, estridor laringeo	<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome respiratória aguda grave (SRAG); - Otite média aguda (+ crianças pequenas, bebês); - Sinusite bacteriana (+ comum em crianças >7 anos); - Pneumonia bacteriana (todas as faixas etárias).
AMIGDALITE OU FARINGOAMIGDALITE AGUDA	Vírus (adenovírus, rinovírus, vírus sincicial respiratório, covid-19, influenza, parainfluenza etc.) Mais raros: EBV (da mononucleose infecciosa), CMV, HIV Bactérias (<i>Streptococcus pyogenes</i>)	Depende do agente infeccioso. Vírus respiratórios: gotículas, mãos contaminadas, período de incubação curto (2-5 dias) ¹ Bactérias: contato direto com saliva e/ou secreção nasal de indivíduo portador, período de incubação	Sintomas comuns a todas as etiologias: Febre, dor de garganta, falta de apetite, mau hálito, dor de ouvido, inchaço de gânglios Vírus respiratórios: sintomas gripais associados como coriza, tosse. Bactérias: secreção purulenta nas amígdalas (alguns vírus podem causar, mas é mais raro)	<p>Dos quadros virais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infecções bacterianas secundárias, como otite, sinusite <p>Dos quadros bacterianos (não tratados ou subtratados):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abscesso amigdaliano - Febre reumática

¹ O vírus da covid tem período de incubação em média de 4-5 dias, podendo variar de 1 a 14 dias.

Fonte: elaborado pela autora.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Desobstrução ineficaz das vias aéreas.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

Orientações:

1. Orientar atentar para hidratação adequada, principalmente em bebês (<2 anos) - observar diurese;
2. Orientar técnica de lavagem nasal e inalação com soro fisiológico 0,9% - vide prescrição medicamentosa;
3. Orientar uso de antitérmicos se necessário (quadro 2);
4. Orientar medidas de controle de infecção (higiene de mãos, uso de máscara quando possível em crianças maiores, afastamento se necessário);
5. Orientar retorno se presença dos seguintes sinais: febre > 72h, febre alta (>39°C), agravamento dos sintomas, falta de ar, desconforto respiratório, estridor, dor de ouvido e/ou saída de secreção pelo ouvido, piora da secreção nasal (mudança de cor para amarelo ou verde, espessamento), piora do estado geral, diminuição da diurese etc.
6. Checar carteirinha de vacinação e orientar imunização pertinente para faixa etária assim que paciente resolver quadro febril, com atenção especial para influenza e covid-19.

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA:

1. Lavagem nasal:

*** Soro fisiológico 0,9% (flaconete com 10 mL):**

Aplicar 1 a 2 mL em cada narina com uso de seringa, 4 vezes ao dia, 5 dias ou enquanto durar a secreção nasal.

2. Inalação:

*** Soro fisiológico 0,9% (flaconete com 10 mL):**

Colocar com 5 mL no copo do inalador, realizar 2 a 4 inalações, 5 dias ou enquanto durar os sintomas respiratórios.

3. Antitérmicos

Seguir as orientações descritas no Quadro 2 deste mesmo documento.

Observações:

- Realizar a lavagem nasal sempre com o paciente sentado ou com tronco elevado, não realizar com paciente deitado (a fim de evitar engasgo);
- Em lactentes abaixo de 3 meses, preferir realizar as lavagem nasal com no máximo 1 ml em cada narina, sem uso de muita pressão na seringa;
- Lavagem nasal está **contraindicada** em pacientes portadores de disfagia ou alguma comorbidade que possa cursar com disfagia (ex: neuropatias crônicas) devido ao risco de

broncoaspiração.

CASOS ESPECIAIS:

Deve-se solicitar **avaliação médica imediata** diante das seguintes situações:

Lactente < 3 meses de vida

Febre alta (>39°C) e/ou muito frequente (a cada 3-4h)

Febre há mais de 72 horas

Crianças com sinais de desconforto respiratório ou referindo falta de ar

Presença de estridor laringeo

Presença de comorbidades como cardiopatia, epilepsia, neoplasias

Queda do estado geral

Suspeita de etiologia bacteriana (amigdalite) ou complicações bacterianas (sinusite, otite)

Retorno com piora dos sintomas (secreção mais espessa, amarelada ou esverdeada, piora da tosse etc.)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário. Disponível em: <[ww.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br) />. Acesso em 27 de março de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual de Saúde. Amigdalite ou amigdalite. Disponível em: < <https://bvsmis.saude.gov.br/amidalite-ou-amigdalite/>>. Acesso em 21 de outubro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Doenças Diarreicas Agudas. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dda#:~:text=As%20doen%C3%A7as%20diarreicas%20agudas%20\(DDA\)%20podem%20ser%20causadas%20por%20diferentes,o%20est%C3%B4mago%20e%20o%20intestino.](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dda#:~:text=As%20doen%C3%A7as%20diarreicas%20agudas%20(DDA)%20podem%20ser%20causadas%20por%20diferentes,o%20est%C3%B4mago%20e%20o%20intestino.)>. Acesso em 14 de outubro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Manejo e Tratamento de Influenza 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/influenza/guia-de-manejo-e-tratamento-de-influenza-2023>>. Acesso em 21 de outubro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia: avaliação do estado de hidratação do paciente (arquivo com marcas de corte). Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-diarreicas-agudas/manejo-do-paciente-com-diarreia-avaliacao-do-estado-de-hidratacao-do-paciente-arquivo-com-marcas-de-corte/view>>. Acesso em 14 de outubro de 2024.

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 Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dermatologia na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.- 1ª edição - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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.

Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH. Red Book: 2021 Report of the Committee on Infectious Diseases. 32. ed. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021.

Lei do exercício Profissional da Enfermagem, LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Art 11, parágrafo 2C. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986/>>. Acesso em 14 de outubro de 2024.

Marques HHS, Sakane, PT. Infectologia, Série Pediatria, Instituto da Criança, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). 2 ed. Barueri: Manole, 2017

Pimenta, Cibele A. de M et al. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem. COREN-SP –São Paulo: COREN-SP, 2015.

Prefeitura Municipal de São Paulo. Documento de atualização dos protocolos de enfermagem. Disponível em:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/enfermagem/protocolo_enfermagem.pdf>. Acesso em 14 de outubro de 2024.

Prefeitura Municipal de Campinas. Protocolo de Saúde da Criança – Caderno de Saúde da Criança . Disponível em:

<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/protocolo_crianca_adolescente/prot_saude_crianca.htm>. Acesso em 14 de outubro de 2024.

Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Programa de Aleitamento Materno. Protocolo e diretrizes de atendimento em aleitamento materno.- Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020.

Sociedade Brasileira de Dermatologia. Escabiose (ou Sarna). Disponível em:

<<http://www.sbd.org.br/doencas/escabiose-ou-sarna/>>. Acesso em 14 de outubro de 2024.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Gastroenterologia (gestão 2022-2024). Diarréia Aguda Infecciosa. n74, 06 de Junho de 2023.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos Científicos de Pediatria Ambulatorial e de Infectologia (2019-2021). Manejo da Febre Aguda. 05 de outubro de 2021.

ANEXO I: ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

- Fazer pequenas refeições em intervalos regulares (a cada 2 ou 3 horas), porque ficar de estômago vazio pode piorar a náusea;
- Logo ao acordar, preferir alimentos secos, como biscoitos de água e sal e torradas;
- Evitar líquidos junto às refeições - tomar meia hora antes ou uma hora após as refeições;
- Evitar alimentos gordurosos (incluindo frituras), muito temperados ou muito doces, bem como bebidas gasosas (refrigerantes);
- Caso esteja nauseado e precise tomar remédio para este sintoma, aguardar meia hora após uso do remédio para vômito para reiniciar ingestão de líquidos ou alimentos.

ANEXO II: ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA DIARREIA

- A alimentação não deve ser suspensa e deve ser fornecida energia adequada para que haja melhora do quadro;
- Nos bebês em aleitamento materno exclusivo, o mesmo deve ser incentivado e mantido. Para crianças que consumam leite e derivados, esses alimentos não precisam ser evitados em um primeiro momento. A orientação de parar de ingerir lactose é apenas para casos que não apresentem melhora ou apresentem quadro arrastado;
- Consumir alimentos em pequena quantidade, aumentando o número de refeições (6 refeições por dia). A alimentação deve ser leve;
- Ingerir muito líquido (de 1,5 a 2 litros ao dia), podendo tomar água fervida, filtrada ou mineral, chás (camomila, erva-doce, hortelã), água de coco, suco de maçã e suco de goiaba (coado). Evitar o consumo de refrigerantes ou bebidas muito açucaradas;
- Lavar e cozinhar bem os alimentos. Preferir alimentos cozidos, assados ou grelhados.

EXEMPLOS DE ALIMENTOS RECOMENDADOS



- Pão, bolachas de água e sal, cereais refinados cozidos, arroz branco, macarrão sem molho;
- Banana, sucos coados, frutas assadas (maçã, pera, abacaxi), pera sem casca, goiaba sem casca e sem semente;
- Alimentos cozidos ou em forma de purê (cenoura, batata, inhame, abóbora, chuchu);
- Proteína animal (“mistura”) cozida, grelhada ou assada (carne bovina magra, frango sem pele, peixe magro);
- Caldos e sopas.

EXEMPLOS DE ALIMENTOS A SEREM EVITADOS



- Biscoitos recheados e amanteigados;
- Cereais matinais e cereais integrais (aveia, maisena, milho, granola);
- Doces, suco artificial, refrigerantes;
- Ameixa, mamão, manga e demais frutas laxativas (que soltam o intestino);
- Amêndoas, nozes e castanhas;
- Verduras e legumes crus, folhas, alimentos formadores de gases (brócolis, repolho, feijão e nabo),
- Carnes gordas (costela, cupim, bacon), miúdos, embutidos (presunto e mortadela), salsicha;
- Banha, manteiga, maionese, requeijão;
- Pimentas, temperos industrializados.