



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO MUNICIPAL DE SAÚDE DA CRIANÇA: NASCER COLOMBO



Colombo-PR

2012

AGRADECIMENTOS

Ao apoio da senhora Secretária de Saúde
Dr^a Ivonne Solano na realização deste
empreendimento.

A todos os colaboradores da Secretaria
Municipal de Saúde de Colombo e da
Universidade Federal do Paraná que
participaram direta ou indiretamente deste
trabalho.

EQUIPE GESTORA:**Prefeito Municipal**

José Antônio Camargo

Secretária Municipal de Saúde

Ivonne Cecília Restrepo Solano

Diretora Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde

Leise Carla D. Ferreira

Coordenadora Municipal de Atenção Básica

Valquíria Clecy Plucheg

Coordenador de Saúde da Criança

Daniel Ignacio da Silva

EQUIPE TÉCNICA:

Ana Cristina Gardini

Andréa de Fátima Rosa Loroza

Bárbara Andrea Soares de Oliveira

Bruna Kruczewski

Fernanda Anita Ramos

Gisley Vidal Ferreira Nery

Helvo Slomp Junior

Josiane Lunardon Taverna

Juliana Bertolin Gonçalves

Maria Salete Z. Henriques

Margriet Verburg

Verônica de Azevedo Mazza

Wilson W. Batista

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
PRINCÍPIOS NORTEADORES DO CUIDADO NA SAÚDE DA CRIANÇA	12
LINHAS DE CUIDADO EM SAÚDE DA CRIANÇA	14
LINHA 1 - PROMOÇÃO DO NASCIMENTO SAUDÁVEL	15
A) AÇÕES NO PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO	15
B) AÇÕES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	15
C) AÇÕES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÉM NASCIDO	16
D) AÇÕES NO PUERPÉRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	18
LINHA 2 - VIGILÂNCIA DO RECÉM-NASCIDO NA ATENÇÃO BÁSICA	19
A) A CAPTAÇÃO DO RN PELA EQUIPE BÁSICA	19
B) O PRIMEIRO ATENDIMENTO DO RN PELA EQUIPE BÁSICA	23
C) CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO RN	26
D) A PRIMEIRA CONSULTA DO RN NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	27
E) INTERVENÇÕES NA SAÚDE DO RECÉM NASCIDO	29
F) O RECÉM-NASCIDO PREMATURO	40
LINHA 3 - ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO E IMUNIZAÇÃO	42
A) O ATENDIMENTO	43
B) O CARTÃO DA CRIANÇA	44
C) CALENDÁRIO PARA O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	45
D) ROTEIRO PARA CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO	48
E) ORGANIZAÇÃO DOS REGISTROS E DO PRONTUÁRIO	52
F) A BUSCA DE FALTOSOS	52
G) O ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA	53
H) A AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO	53
I) A AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO	59
J) PREVENÇÃO DE ACIDENTES	65
K) IMUNIZAÇÕES	67
LINHA 4 - PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	73
A) ALEITAMENTO MATERNO	73
B) ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS	79
C) ALIMENTAÇÃO DOS 2 AOS 5 ANOS	98
LINHA 5 – ATENÇÃO ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA	101

A) A CRIANÇA COM DESNUTRIÇÃO ENERGÉTICO-PROTÉICA	101
B) A CRIANÇA COM DIARREIA	112
C) A CRIANÇA COM INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS (IRA)	120
D) A CRIANÇA COM PARASITOSE INTESTINAL	149
E) A CRIANÇA COM ANEMIA FERROPRIVA	154
ANEXO 1 PARÂMETROS DA CRIANÇA SAUDÁVEL	160
ANEXO 2 CURVAS DE CRESCIMENTO PARA O RECÉM-NASCIDO PREMATURO	161
ANEXO 3 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS	166
ANEXO 4 – POPULAÇÃO ESTIMADA INFANTO-JUVENIL SEGUNDO AS UNIDADES DE SAÚDE E DISTRITO SANITÁRIO	186
ANEXO 5 - PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO À CRIANÇA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	187
ANEXO 6 – ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	196

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. CUIDADOS COM O RN – ORIENTAÇÕES DURANTE AS VISITAS DOMICILIARES	20
QUADRO 2. SINAIS GERAIS DE PERIGO NA CRIANÇA DE 1 SEMANA A 2 MESES, SEGUNDO A AIDPI, A SEREM VERIFICADOS NA VISITA DOMICILIAR DO ACS	21
QUADRO 3. SINAIS GERAIS DE PERIGO NA CRIANÇA DE 1 SEMANA A 2 MESES	26
QUADRO 4 - SITUAÇÕES DE RISCO PARA A SAÚDE DA CRIANÇA	27
QUADRO 5 - MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SEPSE NEONATAL	30
QUADRO 6 - INDICAÇÃO DE FOTOTERAPIA E EXSANGUINEOTRANSFUSÃO EM RN A TERMO E SAUDÁVEL COM ICTERÍCIA NÃO-HEMOLÍTICA	34
QUADRO 7 - PROBLEMAS COMUNS DO RN E A CONDUTA A SER TOMADA	37
QUADRO 8. CALENDÁRIO MÍNIMO DE ACOMPANHAMENTO PARA CRIANÇAS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE COLOMBO	47
QUADRO 9 - EXAME FÍSICO NA CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA	49
QUADRO 10 - ERROS COMUNS NA OBTENÇÃO DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS	54
QUADRO 11 VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 0 A 5 ANOS	60
QUADRO 12 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO 0 A 3 MESES DE IDADE	61
QUADRO 13 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO 3 A 6 MESES DE IDADE	62
QUADRO 14 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO 6 A 9 MESES DE IDADE	62
QUADRO 15 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DE 9 A 12 MESES DE IDADE	63
QUADRO 16 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO 1 A 2 ANOS DE IDADE	63
QUADRO 17 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO 2 A 3 ANOS DE IDADE	64
QUADRO 18 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO 3 A 4 ANOS DE IDADE	64
QUADRO 19 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO 4 A 5 ANOS DE IDADE	65
QUADRO 20 - ACIDENTES MAIS COMUNS NA INFÂNCIA POR FAIXA ETÁRIA	66
QUADRO 21. CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA, CONFORME O PNI	67
QUADRO 22 – COMPOSIÇÃO DO COLOSTRO E DO LEITE MATERNO MADURO DE MÃES DE CRIANÇAS A TERMO E PRÉ-TERMO E DO LEITE DE VACA	78
QUADRO 23 - DILUIÇÃO DO LEITE INTEGRAL	87
QUADRO 24- ESQUEMA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS QUE ESTÃO EM ALEITAMENTO MATERNO	95

QUADRO 25 - SITUAÇÕES DE RISCO PARA DESNUTRIÇÃO.	103
QUADRO 26 - INVESTIGAÇÃO DE DESNUTRIÇÃO PRIMÁRIA.	104
QUADRO 27 - PONTOS IMPORTANTES DA ROTINA DO ATENDIMENTO INDIVIDUAL DO DESNUTRIDO	109
QUADRO 28 - SINAIS E SINTOMAS	124
QUADRO 29 - SITUAÇÕES DE RISCO	124
QUADRO 30 - EXAME FÍSICO DA CRIANÇA ASMÁTICA	131
QUADRO 31 - INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO IDADE INFERIOR A 6 MESES (PRINCIPALMENTE < 2 MESES);	136
QUADRO 32 - MEDIDAS PREVENTIVAS DE CONTROLE DOS ALÉRGENOS AMBIENTAIS	145
QUADRO 33 - PARÂMETROS VITAIS E HEMATOLÓGICOS DA CRIANÇA SAUDÁVEL E ALTERAÇÕES DOS SISTEMAS ORGÂNICOS NA CRIANÇA ENFERMA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	160
QUADRO 34 - ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO INFANTO JUVENIL -COLOMBO - ANO 2009	186
QUADRO 35 - PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA 2010-2013	191
QUADRO 36 – ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	197

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - RN RECEBENDO VISITA DOMICILIAR DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	20
FIGURA 2 - RN RECEBENDO OS PRIMEIROS CUIDADOS NO DOMICÍLIO	21
FIGURA 3 - FLUXO DA BUSCA ATIVA DE DNV PELAS UNIDADES DE SAÚDE	22
FIGURA 4 - FLUXOGRAMA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO PARA O RECÉM NASCIDO	24
FIGURA 5. CONCENTRAÇÃO DE BILIRRUBINAS (MG/DL) E CORRESPONDÊNCIA CLÍNICA (SEGUNDO KRAMER)	33
FIGURA 6 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO RN COM ICITERÍCIA	35
FIGURA 7 - FLUXO DE ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA	53
FIGURA 8 - CONDUTAS RECOMENDADAS DE ACORDO COM A INCLINAÇÃO DA CURVA PESO-IDADE DE CRIANÇAS ATÉ 5 ANOS DE IDADE	56
FIGURA 9 - A ABORDAGEM DA CRIANÇA DE ACORDO COM A CURVA ESTATURA-IDADE	57
FIGURA 10 - A ABORDAGEM DA CRIANÇA DE ACORDO COM A CURVA PERÍMETRO CEFÁLICO-IDADE	58
FIGURA 11 - ESTRUTURA DA MAMA.	77
FIGURA 12 - PEGA ADEQUADA	81
FIGURA 13 - PEGA INADEQUADA	82
FIGURA 14 - PROCEDIMENTOS PARA A ORDENHA	83
FIGURA 15 - NECESSIDADE ALIMENTAR DA CRIANÇA DE 0 A 8 MESES, POR FAIXA ETÁRIA	88
FIGURA 16 - MAIS ALGUMAS SUGESTÕES PARA AS DIFERENTES COMBINAÇÕES DE PAPAS SALGADAS	98
FIGURA 17 - CLASSIFICAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO.	104
FIGURA 18 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM DESNUTRIÇÃO. MINAS GERAIS, 2004	111
FIGURA 19 - SINAIS PARA A CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO	113
FIGURA 20 - DECISÕES ENVOLVIDAS NO TRATAMENTO RÁPIDO DA DESIDRATAÇÃO GRAVE - PLANO C	116
FIGURA 21 - FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DA CRIANÇA COM DIARREIA	119
FIGURA 22 - SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À CRIANÇA COM TOSSE E/OU DIFICULDADE RESPIRATÓRIA	122
FIGURA 23 - AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM TOSSE E/OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR	125
FIGURA 24 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PNEUMONIA VIRAL E BACTERIANA	127
FIGURA 25 - ANTIBIOTICOTERAPIA AMBULATORIAL DE ACORDO COM A IDADE DA CRIANÇA E APRESENTAÇÃO CLÍNICA	136

FIGURA 26 - REAVALIAÇÃO E CONDUTA NA CONSULTA DE RETORNO (48 HORAS DEPOIS)	137
FIGURA 27 - CAUSAS DE PNEUMONIAS OU PSEUDOPNEUMONIAS DE REPETIÇÃO OU QUE NÃO RESPONDEM AO TRATAMENTO	137
FIGURA 28 - ABORDAGEM DA CRIANÇA COM SUSPEITA DE PNEUMONIA	138
FIGURA 29 - MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DAS IRA	139
FIGURA 30 - CONDIÇÕES DE ALERTA NA CRISE AGUDA DE ASMA	140
FIGURA 31 - CLASSIFICAÇÃO DA CRISE AGUDA DE ASMA	141
FIGURA 32 - ABORDAGEM DA CRIANÇA COM CRISE ASMÁTICA LEVE OU MODERADA	143
FIGURA 33 - MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA CRISE ASMÁTICA	144
FIGURA 34 - CLASSIFICAÇÃO DA ASMA	146
FIGURA 35 - CLASSIFICAÇÃO E CONDUTA NA ASMA	148
FIGURA 36 - DROGAS USADAS NO TRATAMENTO DAS PARASITOSE	152
FIGURA 37 - ABORDAGEM DA CRIANÇA COM PARASITOSE INTESTINAL	153
FIGURA 38 - VALORES MÍNIMOS DA HEMOGLOBINA, DO HEMATÓCRITO E DOS ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS POR IDADE, AO NÍVEL DO MAR	156
FIGURA 39 - VALORES DE REFERÊNCIA PARA O RDW E A CINÉTICA DE FERRO	157
FIGURAS 40 E 41 – CRESCIMENTO RNPT MASCULINO E FEMININO	162
FIGURAS 42 E 43 - COMPRIMENTO X IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA, PERÍMETRO CEFÁLICO X IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA MASCULINO E FEMININO	164
FÍGURA 44 - PASSO A PASSO: PESAGEM DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS	169
FIGURA 45 – PASSO A PASSO: PESAGEM DE CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS	173
FIGURA 46 - PASSO A PASSO – COMO AFERIR O COMPRIMENTO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS	176
FIGURA 47 - PASSO A PASSO: COMO AFERIR A ALTURA DE CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS	178
FIGURA 48 – GRAFICOS DE PESO, ESTATURA, IMC – MENINOS	180
FIGURA 49 – GRAFICOS DE PESO, ESTATURA, IMC – MENINAS	183
FIGURA 50 - RELATÓRIO DE BUSCA ATIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO	207
FIGURA 51 - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA ESTABELECIDADA EM COLOMBO	208

APRESENTAÇÃO

O Protocolo Municipal de Saúde da Criança: Nascer em Colombo é uma proposta de atendimento integral à saúde e desenvolvimento infantil com ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e assistência que, além da redução da mortalidade infantil, apontam o compromisso com a qualidade de vida da criança para que ela possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

Este protocolo apresenta cinco linhas de ação a serem desenvolvidas em toda a rede de assistência à saúde, já que são resultados das discussões multidisciplinares dos profissionais, sempre apoiadas na realidade local e fundamentadas em literatura científica e protocolos de outros entes federados.

As propostas de linhas de ação são: 1 - Promoção do nascimento saudável; 2 – Vigilância do recém-nascido na Atenção Básica 3 - Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e Imunização; 4 - Promoção do aleitamento materno e alimentação saudável; 5 – Atenção às doenças prevalentes na infância.

Os objetivos finais da assistência programada deste protocolo são: Redução da desnutrição infantil por meio do precoce diagnóstico, da morbidade infantil por doenças respiratórias, diarreicas e outras imunopreveníveis e do coeficiente de mortalidade infantil.

Assume-se assim um compromisso, um pacto pela qualificação da atenção à criança e redução da morbimortalidade perinatal e infantil, nos responsabilizando pela prevenção destas mortes precoces e evitáveis, em um movimento em defesa da vida, bem como dando à criança colombense a oportunidade de desenvolvimento pleno de suas potencialidades.

Ivonne Cecília Restrepo Solano
Secretária Municipal de Saúde de Colombo

PRINCÍPIOS NORTEADORES DO CUIDADO NA SAÚDE DA CRIANÇA

Planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais: definindo-se as prioridades para a saúde da população infantil local e estabelecendo-se as interfaces necessárias, com a articulação das diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade implementadas no município e na área da unidade de saúde, de forma a tornar mais efetivas as intervenções para os diversos problemas demandados pela população. Nesse aspecto, a saúde do escolar (saúde bucal, mental, triagem auditiva e oftalmológica) e a educação infantil (creches, pré-escola) devem estar contempladas. A intersectorialidade pressupõe a definição de objetivos comuns para os quais cada setor contribui com as suas especificidades, articulando ou produzindo novas ações. Esse conceito desperta para a necessidade de participação da unidade de saúde nas redes sociais locais que se constituem, a partir do território, na defesa dos direitos da criança.

Acesso universal: : entendido como o direito de toda criança receber assistência de saúde e responsabilidade da unidade de saúde em receber todos os que procuram a unidade, propiciando escuta às demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada de cada situação.

Acolhimento: : receber toda criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada, estabelecendo uma relação cidadã e humanizada, definindo o encaminhamento mais adequado para a resolução das demandas identificadas. Deve-se adotar uma postura acolhedora na recepção e atendimento dos usuários, que de fato deve acontecer como fluxo contínuo. A unidade/equipe assume o paciente e estabelece compromisso e responsabilidade sobre todas as suas necessidades de saúde. São encaminhadas para a consulta médica apenas aquelas crianças que dela necessitam.

Responsabilização: pauta-se na definição da população sob a responsabilidade da equipe, estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, a continuidade da assistência, com a responsabilização dos profissionais e da unidade de saúde sobre a saúde integral da criança e sobre os problemas colocados, até a sua completa resolução.

Assistência integral: : abordagem global da criança, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo apenas às demandas apresentadas. Compreende, ainda, a integração entre os serviços de saúde, da atenção básica à atenção especializada, apoio diagnóstico e terapêutico até a atenção hospitalar de maior complexidade, com o acompanhamento da trajetória da criança pela atenção básica.

Assistência resolutiva: promover a articulação necessária para disponibilizar os diversos saberes e recursos adequados à necessidade apresentada, em todos os níveis de atenção. O cuidado não deve ser dispensado pontualmente e de forma fragmentada, devendo-se garantir a continuidade da assistência até a completa resolução do problema.

Equidade: com a definição das prioridades para atuação no processo de organização da assistência à saúde da criança, com maior alocação dos recursos onde é maior a necessidade.

Atuação em equipe: articulando os diversos saberes e intervenções dos profissionais da unidade de saúde, efetivando-se o trabalho solidário e compartilhado e produzindo-se resposta qualificada às necessidades da saúde da criança

Desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde: com estruturação de ações educativas nas escolas, creches, pré-escolas e unidades de saúde, com abordagem das ações de promoção de saúde, com o entendimento das interferências necessárias sobre o ambiente e hábitos de vida, buscando-se uma qualidade de vida saudável.

Participação da família/controle social na gestão local: incentivo à participação da família em toda a atenção à criança, envolvendo-a com a informação sobre os cuidados e problemas de saúde, bem como nas propostas de abordagem e intervenções necessárias, entendidas como direito de cada cidadão e potencial de qualificação e humanização da assistência.

Avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada: ação a ser permanentemente desenvolvida pela unidade de saúde ou pela equipe de saúde da família, de maneira a contribuir para que os problemas prioritários sejam identificados, os ajustes e ações necessárias sejam realizados, de modo a prover resultados mais satisfatórios para a população (BRASIL, 2004).

LINHAS DE CUIDADO EM SAÚDE DA CRIANÇA

- 1 - PROMOÇÃO DO NASCIMENTO SAUDÁVEL
- 2 – VIGILÂNCIA DO RECÉM-NASCIDO NA ATENÇÃO BÁSICA
- 3 - ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO E IMUNIZAÇÃO;
- 4 - PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
- 5 - ATENÇÃO ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA



LINHA 1 - PROMOÇÃO DO NASCIMENTO SAUDÁVEL

A) AÇÕES NO PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO:

Orientar sobre a importância do intervalo entre os partos e oferecer os meios necessários à anticoncepção quando este for o desejo da mulher;

Orientar sobre alimentação, visando o peso ideal; sobre os riscos do tabagismo, o uso rotineiro de bebidas alcoólicas e uso de medicamentos;

Avaliar a presença de anemia e realizar tratamento;

Avaliar as condições de trabalho da mulher

Administrar preventivamente ácido fólico durante 60 a 90 dias antes da concepção;

Investigar presença de rubéola e hepatite B com imunização prévia à gestação;

Aconselhar a realização do teste anti-HIV. Nos casos positivos, esclarecer sobre o risco de transmissão vertical e oferecer os tratamentos conforme protocolo de saúde da mulher.

Investigar sífilis. Nos casos positivos, tratar a mulher e seu parceiro para evitar sífilis congênita;

Diagnosticar e tratar a infertilidade quando este for o desejo e a necessidade da mulher/casal;

Diagnosticar e tratar ou controlar doenças crônicas, tais como diabetes, hipertensão, epilepsia

(BRASIL, 2005)

B) AÇÕES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:

Conhecer o número de gestantes da área de abrangência, programar e avaliar as ações de saúde (pré-natal, exames, pré-natal alto risco, assistência ao parto);

Captar a gestante para início do pré-natal até o 4.º mês (120 dias);

Acolher imediatamente a gestante na unidade de saúde;

Seguir protocolo de Saúde da Mulher: Mínimo de 6 consultas (preferencialmente 1 no 1.º trimestre, 2 no 2.º trimestre e 3 no 3.º trimestre da gestação); solicitando exames de rotina (conforme protocolo de pré-natal), ofertando o teste anti-HIV, aplicando vacina dupla tipo adulto (completar esquema) e realizando consulta de puerpério;

Realizar sorologia IgM para rubéola caso a gestante apresente quadro clínico compatível com a doença: exantema, febre, linfadenopatia, artralgia;

Ofertar medicamentos necessários;

Diagnosticar, tratar/controlar as intercorrências clínicas na gestação e/ou doenças crônicas, tais como diabetes e hipertensão; identificar gestantes de risco e garantir atendimento no pré-natal alto risco;

Avaliar a necessidade de realização do Papanicolaou;

Ofertar atenção à adolescente conforme suas especificidades;

Manter cartão da gestante, prontuário e registro de atendimento preenchidos;

Realizar práticas educativas com incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal, hábitos saudáveis de vida; orientar sobre sinais de alerta na gravidez, cuidados com recém nascido; sobre a importância da consulta de puerpério, do planejamento familiar; direitos da gestante e do pai;

Acompanhar o ganho de peso no decorrer da gestação, orientar sobre alimentação saudável no decorrer da gestação e avaliar o estado nutricional da gestante;

Ofertar o atendimento clínico e psicológico à gestante vítima de violência doméstica e sexual, encaminhando-a para o atendimento adequado (fluxo local);

Manter continuidade do cuidado até o parto (também para a gestante de alto risco acompanhada em outra unidade), com consultas mais frequentes no último mês;

Garantir a vinculação com a maternidade para o parto e intercorrências;

Identificar a gestante em situação de risco para amamentação e encaminhá-la para grupos de apoio ao aleitamento materno ou Banco de Leite Humano;

Realizar busca ativa da gestante faltosa ao pré-natal;

Realizar visita domiciliar no último mês de gestação;

Qualificar e humanizar a assistência (BRASIL, 2005)

C) AÇÕES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÉM NASCIDO:

Garantir acolhimento imediato da gestante na maternidade; avaliação e início da assistência;

Se necessária a transferência da gestante ou recém-nascido, acionar a Central de Regulação, onde existir, ou referências definidas localmente (secretaria de saúde, hospitais/maternidades);

Providenciar transporte pré e inter-hospitalar responsável e seguro para gestante e recém nascido;

Garantir equipamento e recursos humanos capacitados na maternidade para o atendimento com segurança da gestante, puérpera e recém-nascido; retaguarda laboratorial, de unidades transfusionais e bancos de leite, conforme o nível de complexidade da assistência;

Acompanhar o trabalho de parto com partograma e avaliação materna e fetal, no mínimo a cada hora;

Humanização da assistência: chamar a mulher pelo nome; permitir que ela identifique cada membro da equipe; informar a gestante sobre os procedimentos realizados, esclarecer suas dúvidas e aliviar suas ansiedades; permitir acompanhante para a gestante; utilização de recursos para o conforto durante o trabalho de parto, como exercícios de relaxamento, banhos e massagens no pré-parto; evitar tricotomia, enterocлизма e a episiotomia de rotina e a ruptura artificial da bolsa.

Ofertar a analgesia no parto, quando a mulher assim o desejar;

Apoiar a gestante na sua escolha sobre a posição do parto;

Estimular a prática do parto normal, utilizando a cesariana apenas em caso de indicação precisa, esclarecendo a gestante sobre esta necessidade;

Garantir o alojamento conjunto desde o nascimento, evitando a separação da mãe e bebê;

Permitir acompanhante em tempo integral para o recém-nascido internado;

Orientar e incentivar o aleitamento materno, desde o nascimento, e cuidados com recém nascido;

Garantir o início da amamentação na primeira hora após o parto;

Implantar e preencher o cartão da criança na maternidade;

Propiciar ao recém-nascido a vacinação contra hepatite B nas primeiras 12 horas de vida;

Garantir imunoglobulina anti-hepatite B aos recém-nascidos de mãe HbsAg positivas;

Garantir imunoglobulina anti-RH às mães de recém-nascidos isoimunizados;

Orientar para o registro do recém-nascido em até 15 dias após o parto (BRASIL, 2005)

D) AÇÕES NO PUERPÉRIO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Conhecer o número de puérperas e recém-nascidos da área de abrangência para programar as ações de saúde e realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto;

Avaliar a saúde da mãe; checar relatório de alta/cartão de pré-natal;

Verificar cartão da criança e relatório da alta da maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido;

Identificar o recém-nascido de risco, ao nascimento;

Avaliar a saúde do recém-nascido;

Orientar e incentivar o aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido;

Observar e avaliar a mamada ao peito; avaliar a mama puerperal e orientar quanto à prevenção das patologias, enfocando a importância da ordenha manual do leite excedente e a doação a um Banco de Leite Humano;

Checar e orientar sobre o registro de nascimento (BRASIL, 2005)

LINHA 2 – VIGILÂNCIA À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NA ATENÇÃO BÁSICA

Recém-nascido (RN) é a designação da criança do nascer até o 28º dia de vida. Durante essa fase, o ser humano encontra-se vulnerável, biológica e emocionalmente, necessitando de cuidados especiais. Crescimento e desenvolvimento acelerados, imaturidade funcional de diversos órgãos e sistemas, dependência de um cuidador são algumas das características que vão exigir uma abordagem diferenciada em relação às outras faixas etárias (MINAS GERAIS, 2004).

O acompanhamento do RN deve ser iniciado durante a gravidez, orientado pela tarefa comum de fazer com que a gestação evolua nas melhores condições biofísicas e psicológicas e que o desenvolvimento do feto ocorra em condições favoráveis (MINAS GERAIS, 2004).

A) CAPTAÇÃO DO RN PELA EQUIPE BÁSICA:

A assistência à saúde do RN na UBS deve começar logo após a alta da maternidade. A equipe da UBS poderá captar essas crianças através de:

- Visita domiciliar à puérpera e ao RN nos primeiros 5 dias após a alta hospitalar;
- Pela Declaração de Nascidos Vivos (via rosa).
- Agendamento realizado por profissional da Maternidade por telefone;

O Agente Comunitário de Saúde deverá fazer visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido nos primeiros 5 dias após a alta e preencher o relatório de busca ativa, conforme **Figura 50**.

São objetivos dessa visita:

- Orientar os pais sobre as melhores atitudes e comportamentos em relação aos cuidados com o RN (veja Quadro 1)
- Identificar precocemente os RN com sinais gerais de perigo. (Quadro . (MINAS GERAIS, 2004).



FIGURA 1 - RN RECEBENDO VISITA DOMICILIAR DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Foto: Prefeitura de Vitória-ES.

QUADRO 1. CUIDADOS COM O RN – ORIENTAÇÕES DURANTE AS VISITAS DOMICILIARES DO ACS
HIGIENE PESSOAL Orientar o banho diário e a limpeza do RN. Orientar a lavar as mãos antes de manipular o RN. Orientar que não se deve usar perfume ou talco no RN. Orientar a limpeza da região anal e perineal a cada troca de fraldas para evitar lesões na pele. Explicar que, nas meninas, a higiene da região anal e perineal devem ser feita no sentido da vulva para o ânus.
CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL Explicar a importância de cuidar adequadamente do coto umbilical para evitar infecções. Manter o coto umbilical sempre limpo e seco. Após o banho, depois de secar bem o umbigo, envolvê-lo em uma gaze embebida com álcool absoluto. Não cobrir o umbigo com faixas ou esparadrapo. Desaconselhar o uso de moedas, fumo ou qualquer outra substância para “curar” o umbigo.
HIGIENE DO AMBIENTE Cuidar das roupas do RN, mantendo-as limpas. Ferver a água do banho, se essa não for tratada. Manter limpo o lugar em que o RN dorme. Manter a casa arejada e usar mosquiteiros, se necessário.
Fonte: (MINAS GERAIS, 2004).



FIGURA 2: RN RECEBENDO OS PRIMEIROS CUIDADOS NO DOMICÍLIO

Foto: <http://www.unicef.org/brazil/sowc9pt/cap1.htm>

QUADRO 2. SINAIS GERAIS DE PERIGO NA CRIANÇA DE 1 SEMANA A 2 MESES, SEGUNDO A AIDPI, A SEREM VERIFICADOS NA VISITA DOMICILIAR DO ACS
Convulsões Bebê mais “molinho”, parado e com choro fraco Gemente Não pega o peito ou não consegue se alimentar Febre (temperatura igual ou maior a 38°C) Temperatura baixa (igual ou menor que 35,5°C) Diarreia Umbigo vermelho e/ou com pus Pústulas na pele Pele amarelada Placas brancas persistentes na boca
Fonte: (MINAS GERAIS, 2004).

ATENÇÃO:

- O ACS deverá observar o RN e perguntar aos familiares sobre a presença dos sinais de perigo descritos no Quadro 2.
- Sendo detectada qualquer anormalidade, encaminhá-lo imediatamente para a UBS, onde será avaliado pela enfermeira e/ou pelo médico.
- Se nenhuma alteração for constatada, o ACS deverá orientar a mãe a procurar a UBS, juntamente com seu filho, para a primeira consulta da criança. Se neste intervalo for observada qualquer alteração na mãe ou no RN, deve-se procurar a UBS imediatamente (MINAS GERAIS, 2004).

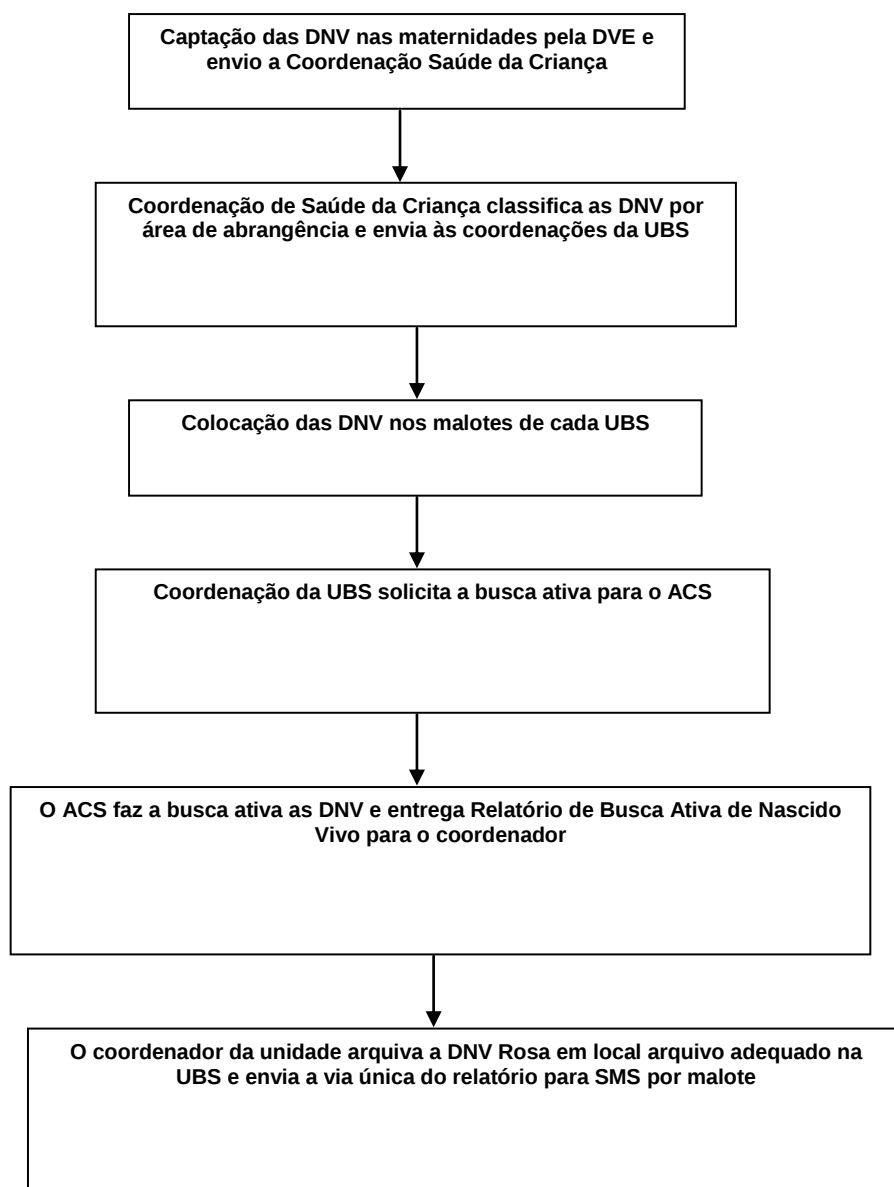
A1) Busca ativa dos nascidos vivos pelas UBS

Deverá ser realizada Busca Ativa de todos os recém nascidos nas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde com ou sem Estratégia de Saúde da Família

A busca ativa deverá ser realizada pelo agente de saúde e no impedimento deste, pela enfermagem da unidade responsável, sempre coordenados pela US e supervisionados pelo enfermeiro responsável.

As crianças enquadradas nos critérios de risco deverão ser consideradas crianças de risco e consequentemente deverão ter atendimento prioritário.

FIGURA 3 FLUXO DA BUSCA ATIVA DE DNV PELAS UNIDADES DE SAÚDE



A2). Ações de Vigilância do recém-nascido pela Atenção Básica na Maternidade Alto Maracanã

Desde 2009, a equipe de Atenção Básica da SMS tem trabalhado para captar os RN nascidos na Maternidade Alto Maracanã. O trabalho é realizado por um enfermeiro que visita todas as puérperas internadas que estão programadas para alta hospitalar.

Após as orientações sobre o puerpério e seguimento da criança, o profissional faz os agendamentos dos atendimentos pelo telefone, diretamente com as UBS. Ao mesmo tempo deve ser realizado o cadastramento da ficha de acompanhamento da criança em uma via que deve ser enviada para o setor de Nutrição. **Ver figura 51.**

Deve a UBS agendar os atendimentos e fazer busca ativa nos domicílios onde houve agendamento de atendimento, a fim que as ações descritas anteriormente sejam cumpridas.

B)O PRIMEIRO ATENDIMENTO DO RN PELA EQUIPE BÁSICA:

O primeiro atendimento do RN na UBS deve ser personalizado, tendo como referencial a existência de situações de risco na gravidez e no parto. A presença de situações de risco para a mãe e/ou para o RN determinará a necessidade de atendimento precoce pela equipe, isto é, antes da visita à UBS entre 7 a 10 dias de vida (MINAS GERAIS, 2004).

No primeiro atendimento ao RN, três possibilidades de conduta surgirão a partir da anamnese colhida cuidadosamente e da avaliação do RN:

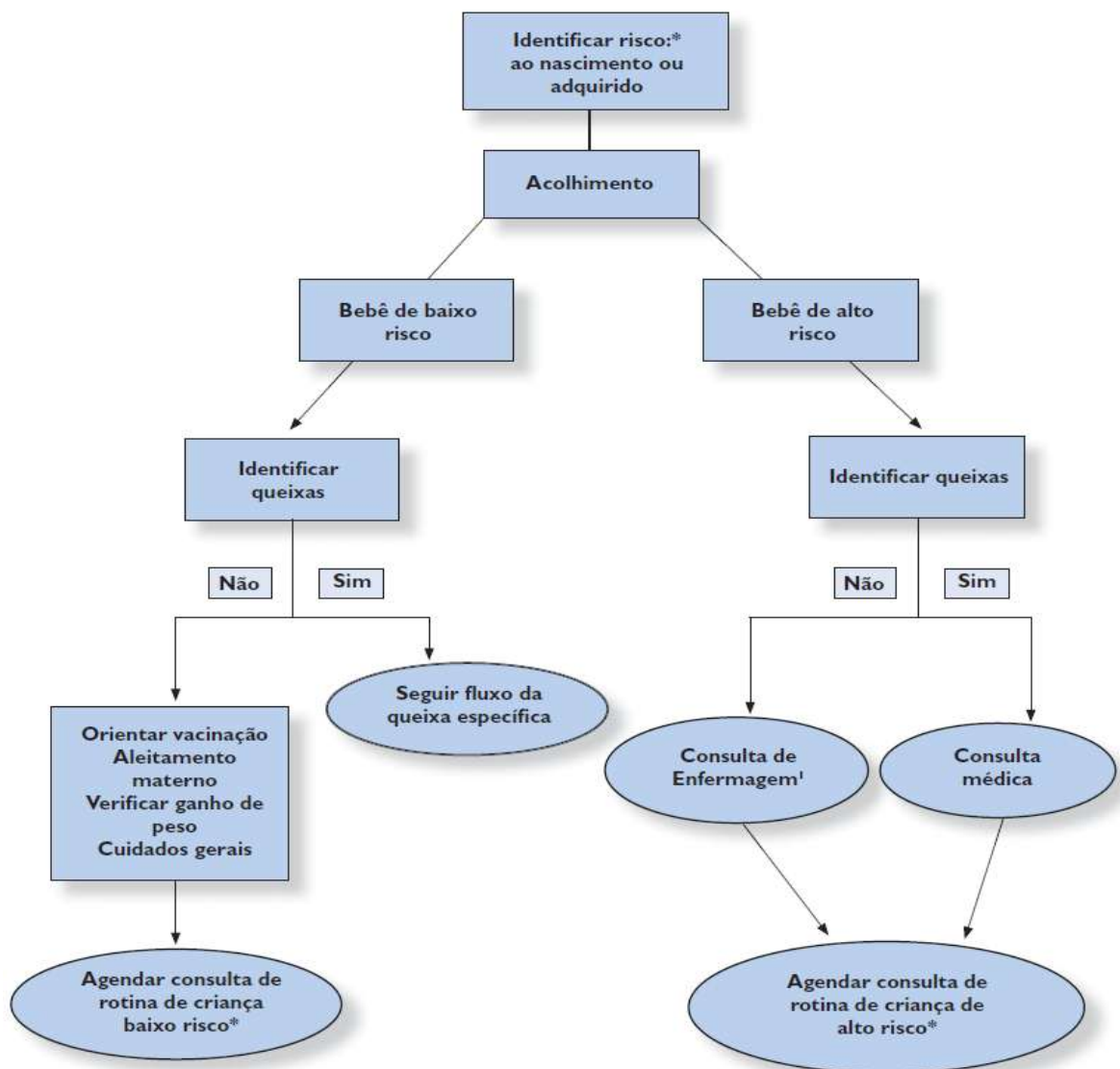
- Encaminhamento imediato para um serviço de maior complexidade, de preferência a maternidade de origem;
- Agendamento de consulta médica tão logo seja possível e antes de um mês de vida;
- Agendamento de acordo com o calendário de atenção à criança (ver **quadro** .

Nesse processo de decisão (**Figura 4**), as seguintes questões devem ser consideradas:

- O RN é prematuro ou de baixo peso?
- O RN ou a mãe apresentam dificuldades no aleitamento materno?

- O RN tem icterícia? Em caso positivo, consultar o **sub item: “O RN com icterícia”**.
- O RN teve alguma intercorrência no pós-parto imediato?
- O RN recebeu alta da maternidade em uso de alguma medicação?
- O RN tem malformações ou problemas genéticos?
- O RN apresenta algum sinal geral de perigo?
- A mãe tem sinais de depressão? (MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 4 - FLUXOGRAMA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO PARA O RECÉM NASCIDO (BRASIL, 2000.



Em casos de prematuridade e/ou baixo peso ao nascer, o atendimento médico deve ser feito com 15 dias de vida ou logo após a alta hospitalar naqueles RN que ficaram retidos na unidade neonatal. O plano de cuidados definido pela unidade neonatal deve ser verificado e seguido com precisão (MINAS GERAIS, 2004).

Para os RN a termo, com peso adequado e sem intercorrências neonatais imediatas, o atendimento deve ser realizado de acordo com o calendário de atenção à criança, ou seja, o RN passará por consulta de enfermagem aos 30 dias de vida, ficando a consulta médica para o segundo mês. (Depois seguirá calendário do acompanhamento da criança, no quadro 8) (MINAS GERAIS, 2004).

A mãe e o RN que apresentam dificuldades no aleitamento materno devem receber cuidados diários, realizados pelo ACS nas visitas domiciliares ou no espaço da UBS pelos outros membros da equipe. A atenção deve ser priorizada até que os obstáculos iniciais à amamentação sejam resolvidos (MINAS GERAIS, 2004).

O RN icterício deverá ser avaliado de acordo com o plano de atendimento ao RN com icterícia. Independentemente da intensidade da icterícia, o RN deve ser avaliado imediatamente pelo médico e, se isso não for possível, encaminhado para um serviço de urgência ou, de preferência, para a maternidade de origem (MINAS GERAIS, 2004).

Nos RNs com malformações ou problemas genéticos, naqueles em uso de medicações e naqueles que tiveram intercorrências no pós-parto imediato, a primeira consulta médica na UBS deve ser antecipada tão logo seja possível. Nessa oportunidade, o médico avaliará a necessidade de encaminhamento para o pediatra e/ou outro especialista (MINAS GERAIS, 2004).

O encaminhamento imediato a um serviço de maior complexidade (maternidade de origem ou serviço de urgência) será necessário sempre que o RN apresentar sinais gerais de perigo (Quadro . (MINAS GERAIS, 2004)

QUADRO 3. SINAIS GERAIS DE PERIGO NA CRIANÇA DE 1 SEMANA A 2 MESES SEGUNDO A AIDPI	
Convulsões O RN não consegue alimentar-se O RN vomita tudo o que ingere Respiração rápida (> 60 irpm) Tiragem subcostal grave Batimento de aletas nasais Gemência Abaulamento de fontanela	Secreção purulenta no ouvido Eritema umbilical que se estende à pele Hipertermia ou hipotermia Pústulas na pele Letargia ou inconsciência Hipoatividade e hiporreflexia Secreção purulenta no umbigo Dor à manipulação
FONTE: (MINAS GERAIS, 2004)0)	

C) CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO RN

Para estabelecer grupos de risco, prognóstico e ações profiláticas específicas, o RN deve ser classificado de acordo com a idade gestacional (IG):

- Pré-termo ou prematuro (RNPT) – IG até 36 semanas e seis dias;
 - Termo – IG de 37 a 41 semanas e 6 dias;
 - Pós-termo ou pós-maturo – IG de 42 semanas ou mais
- E conforme o peso de nascimento (PN).
- RN de baixo peso (RNBP) – PN menor que 2.500g;
 - RN de peso elevado – PN igual ou maior a 4.500g;
 - Adequado para a idade gestacional (AIG) – PN entre os percentis 10 e 90 para a IG;
 - Pequeno para a idade gestacional (PIG) – PN menor que o percentil 10 para a IG;
 - Grande para a idade gestacional (GIG) – PN maior que o percentil 90 para a IG (MINAS GERAIS, 2004)

Algumas condições da população infantil configuram-se como situações de risco e impõem um acompanhamento mais rigoroso e até mesmo o encaminhamento para o pediatra e/ou especialista. Essas situações de risco são divididas em dois grupos, em função do grau de complexidade requerido para a sua abordagem:

- Grupo I: são situações que impõem uma atenção mais cuidadosa, podendo a criança ser acompanhada pela equipe de saúde, avaliando-se periodicamente a necessidade de encaminhamento.
- Grupo II: indicam a necessidade de um acompanhamento por pediatra e/ou especialista (MINAS GERAIS, 2004)

Essas crianças deverão ser encaminhadas a um serviço de referência, mantendo-se o acompanhamento concomitante pela equipe de saúde. O Quadro 4 lista as principais situações de risco para a saúde da criança. (MINAS GERAIS, 2004)

QUADRO 4 - SITUAÇÕES DE RISCO PARA A SAÚDE DA CRIANÇA (MINAS GERAIS, 2004)
GRUPO I: ACOMPANHADAS PELA EQUIPE BÁSICA DE SAÚDE Mãe com baixa escolaridade; Mãe adolescente; Mãe deficiente mental; Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa para estas doenças; Morte materna; História de óbito de menores de 1 ano na família; Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis; Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas; Criança nascida de parto domiciliar não assistido; Recém-nascido retido na maternidade; Desmame antes do 6º mês de vida; Desnutrição; Internação prévia; Criança não vacinada ou com vacinação atrasada.
GRUPO II: ACOMPANHADAS POR PEDIATRA OU ESPECIALISTA JUNTAMENTE COM A EQUIPE DE SAÚDE Baixo peso ao nascer; Prematuridade; Desnutrição grave; Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística; Doenças de transmissão vertical: toxoplasmose, sífilis, Aids; Sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído para toxoplasmose, sífilis e AIDS; Intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar; Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados; Evolução desfavorável de qualquer doença.

D) A PRIMEIRA CONSULTA DO RN NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

A primeira consulta do recém nascido deverá ser realizada por um **profissional médico (Pediatra ou Generalista de ESF)**. Estes profissionais deverão seguir o roteiro estabelecido abaixo, e realizar intervenções conforme a necessidade da criança.

D1) ROTEIRO DE ANAMNESE PARA A 1ª CONSULTA

- Verificar impressões maternas e de familiares quanto à adaptação da mãe e do RN ao novo ambiente. Para algumas mães, os primeiros dias com o RN constituem momentos de muita angústia e ansiedade.
- Escutar e trabalhar as dificuldades maternas pode mudar o curso do estabelecimento do vínculo mãe e filho.
- Oferecer atenção especial à amamentação. A amamentação do RN no consultório proporcionará uma visão da adaptação entre mãe e RN e criará espaço para intervenção.
- Obter informações sobre o pré-natal, parto e período neonatal.

(MINAS GERAIS, 2004)

Após a anamnese o médico deve realizar o exame físico do RN.

D. ROTEIRO DE EXAME FÍSICO PARA A 1ª CONSULTA

- Realizar avaliação antropométrica (peso, comprimento e perímetro encefálico) em cada atendimento, anotando no Cartão da Criança e analisando o crescimento e desenvolvimento em curvas de crescimento adequadas
- Não realizar o exame quando o RN estiver com fome e irritado, nem imediatamente após a amamentação, pois logo após a mamada, o RN encontra-se hipotônico, sonolento e hiporreflexivo; além disso, a palpação do abdome pode provocar a regurgitação do leite ingerido.
- Realizar o exame físico de forma rápida e completa, pois o RN tolera pouco a exposição ao frio, com risco de hipotermia;
- Avaliar frequência respiratória (contar em um minuto) e cardíaca, seguida da ausculta desses aparelhos. Esta etapa do exame deve ser realizada, de preferência, com o RN ainda vestido, pois a manipulação desencadeia reflexos primitivos, choro e taquicardia, falseando a avaliação.

Estimular a sucção do RN nesse momento do exame pode acalmá-lo e facilitar o procedimento.

- Avaliar a atividade espontânea do RN, sua reatividade e seu tônus, a qualidade do seu choro, sua temperatura corporal, estado de hidratação, perfusão capilar e reflexos primitivos (Moro, sucção, preensão palmar, tônico-cervical, plantar e da marcha).
- Verificar em pele e mucosas se há cianose, icterícia, pletora ou palidez.
- Na cabeça, pesquisar assimetrias, cavalgamento de suturas e tumefações (bossa serossanguínea e cefaloematoma), além do tamanho e grau de tensão das fontanelas.
- Nos olhos, verificar se há secreção purulenta, hemorragia subconjuntival, catarata e malformações das estruturas oculares.
- Realizar a palpação abdominal em toda sua extensão, para afastar a presença de visceromegalias ou massas palpáveis.
- No exame do umbigo, observar se há secreção, odor e hiperemia da pele ao seu redor.
- No exame dos genitais, avaliar a conformação da vulva, dos testículos e pênis. Nas meninas, verificar se há corrimento e/ou sangramento vaginal, se o hímen está preservado e se há sinéquia dos pequenos lábios. As hérnias inguinais e/ou escrotais podem estar presentes desde o nascimento.
- Avaliar a presença de hidrocele nos RNs do sexo masculino, se os testículos estão na bolsa e se há hipospadia ou epispadia.
- Pesquisar tocotraumatismos, como fraturas (clavícula, fêmur e úmero) e paralisia braquial, além da displasia coxo femoral (MINAS GERAIS, 2004)

E) INTERVENÇÕES NA SAÚDE DO RECÉM NASCIDO

E1) O RN com sinais de sepse (infecções generalizadas)

Os RN apresentam risco aumentado de doença grave devido à imaturidade do seu sistema imunológico. São mais vulneráveis a infecções bacterianas, fúngicas e virais. Podem adoecer e morrer em um curto intervalo de tempo. Normalmente, não é localizado o foco infeccioso, e o diagnóstico dos quadros sépticos se faz através de sinais clínicos gerais. A evolução clínica pode ser insidiosa e lenta ou

rápida e explosiva, com deterioração hemodinâmica e choque irreversível em poucas horas.

Deve-se estar atento aos sinais de alerta iniciais para que as devidas providências sejam tomadas em tempo hábil.

Diante de um RN séptico, a intervenção deve ser imediata, realizada por profissionais especializados em ambiente hospitalar e fazendo uso de medicações endovenosas. Se o diagnóstico não for precoce, a mortalidade é muito alta.

Situações de risco relacionadas à gravidez e ao parto estão fortemente associadas ao risco de sepse no RN. Informações sobre essas situações podem ser obtidas do sumário de alta da maternidade e durante a anamnese. (MINAS GERAIS, 2004)

No Quadro 3, foram listados os sinais gerais de perigo para problemas graves de saúde em crianças de uma semana a dois meses de idade, utilizados na estratégia de “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância” (AIDPI), proposta pelo Ministério da Saúde/ Organização Mundial da Saúde. A presença de qualquer um desses sinais sugere infecção bacteriana grave ou doença muito grave e orienta o encaminhamento imediato para um serviço de maior complexidade – pronto-atendimento ou, de preferência, maternidade de origem (MINAS GERAIS, 2004).

O Quadro 5 sistematiza as manifestações clínicas da sepse neonatal. A presença de uma ou mais dessas manifestações deve orientar o encaminhamento imediato do RN e sua mãe para um serviço de maior complexidade, onde a propedêutica e a terapêutica serão estabelecidas de forma particularizada e imediata (MINAS GERAIS, 2004).

QUADRO 5 - MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SEPSE NEONATAL		
	SINAIS PRECOSES	SINAIS TARDIOS
Temperatura	Instabilidade térmica	Hipertermia ou hipotermia
Estado geral	Piora do estado geral Hipoatividade Pele mosqueada	Hipoatividade intensa Hipotonia Letargia
Cardiovascular	Taquicardia Hipotensão	Choque (perfusão lenta, extremidades frias, pulsos finos e oligúria) Bradicardia
Sistema nervoso	Irritabilidade Hipoatividade Tremores	Letargia Convulsões Hiper-reflexia

	Dificuldade de mamar	Hipotonia Abaulamento de fontanela
Hematológicos	Palidez cutânea	Petéquias Icterícia e Hemorragias
Digestivos	Intolerância às dietas Vômito	Diarreia Distensão abdominal Coolestase
Metabólicos	Hiperglicemia Acidose metabólica	Acidose grave
Respiração	Piora do padrão respiratório Aumento da FR ou pausas respiratórias até apnéia Esforço respiratório leve a moderado	Crises graves de apnéia Esforço respiratório grave Respiração acidótica Palidez intensa ou cianose central
FONTE: MINAS GERAIS, 2004		

Diante de um RN com sinais gerais de perigo, toda a equipe da UBS deve se organizar no sentido de providenciar a transferência, após contato e em condições adequadas, para um serviço de maior porte, o mais rapidamente possível. O RN deve ser acompanhado pelo médico responsável (MINAS GERAIS, 2004).

Logo que receber alta do hospital, o RN deverá reiniciar seu acompanhamento na UBS, de acordo com suas novas necessidades (MINAS GERAIS, 2004).

E2). O RN com icterícia

A icterícia caracteriza-se pelo aumento das bilirrubinas direta ou indireta e se torna visível clinicamente quando atinge o nível sérico de 5mg/dl. Ocorre em mais de 50% dos RN a termo e em mais de 70% dos RN pré-termo (MINAS GERAIS, 2004).

Tanto o aumento da bilirrubina indireta como o da bilirrubina direta devem ser valorizado. No primeiro caso, teme-se o desenvolvimento da encefalopatia bilirrubínica (Kernicterus), e, no segundo, a colestase neonatal. A encefalopatia bilirrubínica, às custas da bilirrubina indireta, tem consequências irreversíveis, como o retardo mental, as paralisias e a surdez. A hiperbilirrubinemia indireta é tratada pela fototerapia e, em alguns casos, também por exsanguinotransfusão. Essas intervenções são feitas em hospitais, na maioria das vezes, na maternidade de origem (MINAS GERAIS, 2004).

O aumento da bilirrubina direta sugere a presença de colestase neonatal, cujas causas mais comuns são a atresia de vias biliares e a hepatite neonatal. O

quadro clínico caracteriza-se por icterícia de intensidade variada, fezes hipocoradas ou acólicas, além de urina escura. O encaminhamento para o gastroenterologista pediátrico deve ser imediato, pois o esclarecimento diagnóstico e a intervenção cirúrgica devem ocorrer em período inferior a dois meses. O tratamento da hiperbilirrubinemia direta não será abordado nesse protocolo (MINAS GERAIS, 2004).

A icterícia pode ser **precoce ou tardia**. A precoce é aquela que se apresenta clinicamente nas primeiras 24 horas de vida e será abordada nas maternidades. A icterícia tardia é aquela de aparecimento após 24 horas de vida. (MINAS GERAIS, 2004)

Qual deve ser a intervenção da equipe da UBS em relação à icterícia?

Diante do potencial de gravidade na evolução da icterícia e da relativa facilidade de seu diagnóstico, cabe à equipe da UBS:

- Identificar precocemente o RN ictérico;
- Indicar propedêutica no momento adequado;
- Esclarecer se a hiperbilirrubinemia é direta ou indireta;
- Acompanhar clinicamente os casos leves;
- Encaminhar os casos que necessitarão de fototerapia e/ou exsanguinotransfusão, os casos de icterícia prolongada e de hiperbilirrubinemia direta para esclarecimento diagnóstico;
- Acompanhar o RN após a alta hospitalar.
- Nas visitas domiciliares realizadas pelo ACS, a avaliação da icterícia deve ser uma prioridade
- Todos os casos detectados devem ser encaminhados para a UBS, quando então serão avaliados pela enfermeira ou médico

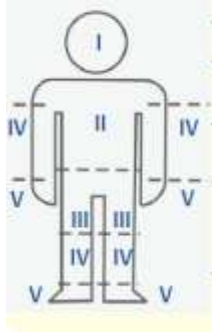
(MINAS GERAIS, 2004)

A icterícia apresenta uma distribuição craniocaudal progressiva e pode ser avaliada clinicamente pela observação de cor amarelada na pele das várias partes do corpo após a compressão digital. Deve-se avaliar o RN, de preferência, sob a luz natural, pois a luz artificial pode falsear o exame (MINAS GERAIS, 2004)

Clinicamente sua evolução pode ser estimada pelas “Zonas de Kramer”. A estimativa clínica dos níveis de bilirrubina proposta por Kramer não deve ser

utilizada nos casos de RN prematuros ou com sinais de hemólise (Figura . (MINAS GERAIS, 2004)

FIGURA 5. CONCENTRAÇÃO DE BILIRRUBINAS (MG/DL) E CORRESPONDÊNCIA CLÍNICA (SEGUNDO KRAMER) (MINAS GERAIS, 2004)

ZONAS DÉRMICAS		RNT		RNPT	
		Variação	Média $\pm$ 1dp	Variação	Média $\pm$ 1dp
	I	4,3 – 7,8	5,9 $\pm$ 0,3	4,1 – 7,6	---
	II	5,4 – 12,2	8,9 $\pm$ 1,7	5,6 – 12,1	9,4 $\pm$ 1,9
	III	8,1 – 16,5	11,8 $\pm$ 1,8	7,1 – 14,8	11,4 $\pm$ 2,3
	IV	11,1 – 18,3	15,0 $\pm$ 1,7	9,3 – 18,4	13,3 $\pm$ 2,1
	V	> 15	---	> 10,5	---

Os RN a termo com icterícia nas zonas 1 e 2 de Kramer devem ser acompanhados clinicamente com avaliação diária ou até mesmo duas vezes ao dia durante o período de pico da icterícia fisiológica (MINAS GERAIS, 2004).

A icterícia fisiológica do RN a termo é transitória, tem seu pico no 3º ou 4º dia de vida, e, geralmente, o nível máximo de bilirrubina indireta é 13 mg/dl. Normalmente, o RN encontra-se anictérico no final da primeira semana de vida. Já no RN prematuro, o pico da hiperbilirrubinemia é em torno do 5º ou 6º dia de vida e o nível máximo de bilirrubina indireta é, na maioria das vezes, de 15mg/dl. (MINAS GERAIS, 2004)

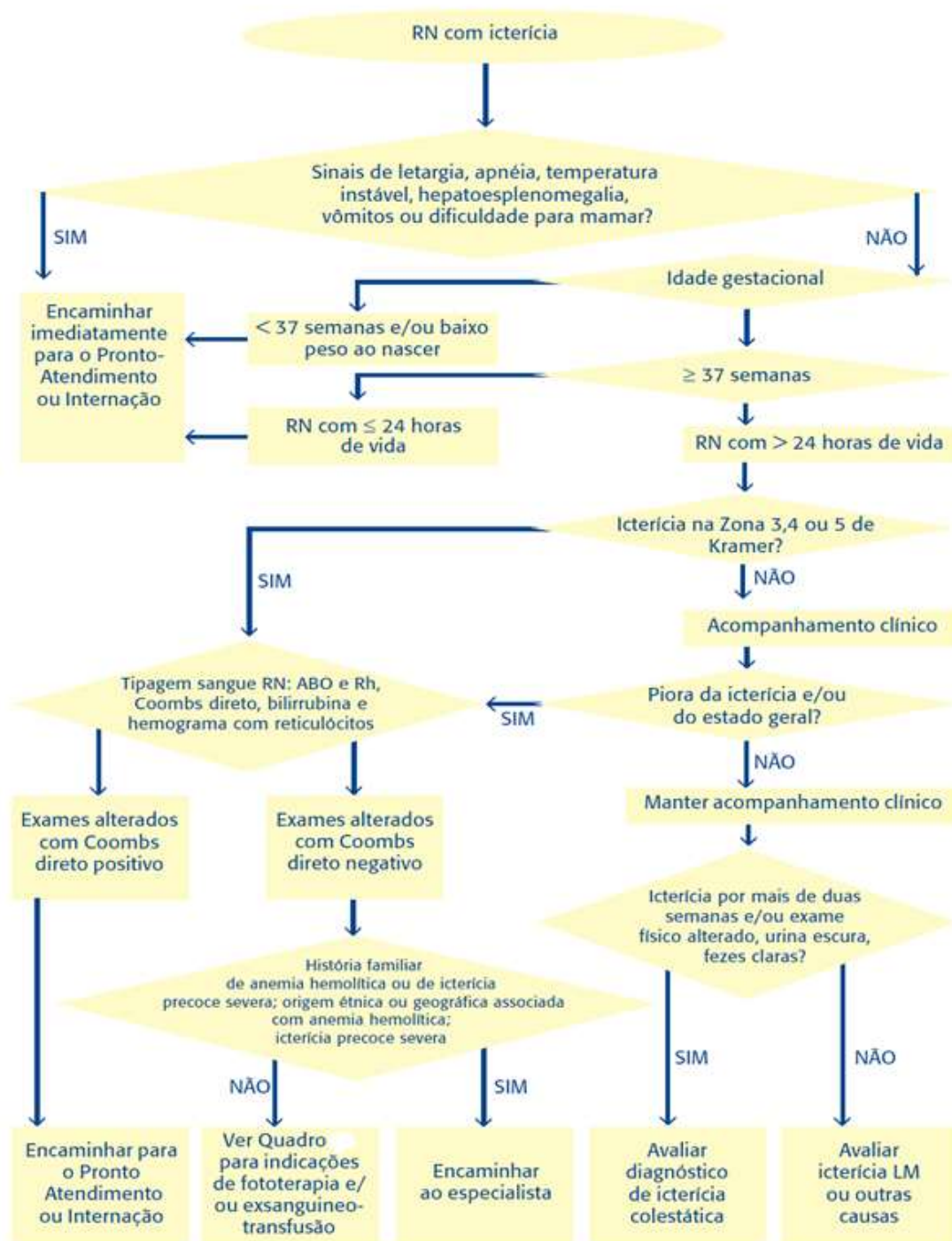
Os RN com icterícia nas zonas 3, 4 ou 5 de Kramer devem realizar os seguintes exames laboratoriais:

- Grupo sanguíneo;
- Fator Rh;
- Coombs direto;
- Dosagem de bilirrubinas direta e indireta;
- Hemograma;
- Reticulócitos (MINAS GERAIS, 2004)

Para a indicação da conduta adequada, a equipe deve levar em conta a idade gestacional do RN, sua idade cronológica e seu peso de nascimento de acordo com o Quadro 6 e a Figura 5.

QUADRO 6 - INDICAÇÃO DE FOTOTERAPIA E EXSANGUINEOTRANSFUSÃO EM RN A TERMO E SAUDÁVEL COM ICTERÍCIA NÃO-HEMOLÍTICA		
IDADE(HORAS)	NÍVEL SÉRICO DE BILIRRUBINA TOTAL (mg/dl)	
	FOTOTERAPIA	EXSANGUINEOTRANSFUSÃO + FOTOTERAPIA*
< 24	<i>RN termo clinicamente ictéricos < 24 horas não são considerados saudáveis e requerem investigação</i>	
25 a 48	≥ 12	≥ 20
49 a 72	≥ 15	≥ 25
> 72	≥ 17	≥ 25
FONTE: MINAS GERAIS, 2004		

FIGURA 6 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO RN COM ICITERÍCIA • (MINAS GERAIS, 2004)



O encaminhamento para o serviço de referência deve ser imediato, quando:

- O diagnóstico de icterícia for nas primeiras 24 horas de vida;
- O RN tiver icterícia e sinais gerais de perigo (ver Quadro 5);

- Os casos com Coombs direto positivo (icterícia hemolítica);
- O RN for prematuro e/ou baixo peso ao nascer (maior risco de Kernicterus) (MINAS GERAIS, 2004)

Nessas situações, a encefalopatia bilirrubínica poderá ocorrer com valores de bilirrubinas mais baixos, e há necessidade de intervenção nos possíveis fatores agravantes da hiperbilirrubinemia.

- Os RNPT serão encaminhados para fototerapia com níveis mais baixos de bilirrubina.
- Os RNPT de muito baixo peso ao nascer serão tratados na maternidade, já que permanecerão internados geralmente por 2 a 3 meses.
- Os RNPT limítrofes, ou seja, os de 35 a 36 semanas e seis dias, quando ictéricos, deverão ser avaliados com rigor, idealmente duas vezes por dia (MINAS GERAIS, 2004)

Os exames devem ser solicitados se a icterícia estiver presente na zona 2 de Kramer. Níveis de bilirrubina próximos aos valores para fototerapia orientam o encaminhamento para um serviço de referência.

A icterícia que se prolonga por mais de 15 dias de vida deverá ser investigada por especialista. É importante, nesses casos, examinar as fezes do RN, já que acolia ou hipocolia fecal sugerem colestase neonatal e a intervenção deve ser imediata (MINAS GERAIS, 2004)

E2. Intervenções nos problemas mais comuns do RN

Algumas situações clínicas que são problemas comuns no período neonatal serão abordados no Quadro 7:

QUADRO 7 - PROBLEMAS COMUNS DO RN E A CONDUTA A SER TOMADA		
PROBLEMA	QUADRO CLÍNICO	CONDUTA
Obstrução nasal	Pode estar presente a partir dos primeiros dias do nascimento; causa frequente de atendimento. Obstrução pode ser intensa a ponto de causar esforço respiratório (ver item RN com sinais gerais de perigo)	Realizar exame físico detalhado. Na ausência de outras alterações, orientar a mãe quanto à benignidade do quadro. Prescrever o soro fisiológico nasal para lavar as narinas. Modo de usar: meio contagotas em cada narina sempre que necessário. Contra-indicar o uso de qualquer tipo de vasoconstritor nasal.
Conjuntivite química neonatal	Hiperemia conjuntival, edema palpebral e secreção ocular geralmente bilateral, secundária ao uso do nitrato de prata utilizado para prevenção da conjuntivite gonocócica. Pode evoluir para conjuntivite bacteriana com secreção purulenta franca.	Orientar a limpeza dos olhos com soro fisiológico várias vezes ao dia. Na presença de contaminação bacteriana secundária, o tratamento pode ser feito com colírio à base de aminoglicosídeos (gentamicina ou tobramicina). Posologia: 1gota de 2/2 horas em cada olho no primeiro dia, de 3/3 horas no segundo dia e, a partir daí, de 4/4 horas até completar 10 dias de tratamento.
Refluxo gastroesofágico	Pode ser fisiológico ou patológico. Refluxo Fisiológico: resultante da imaturidade dos mecanismos naturais de defesa anti-refluxo. Grande frequência do refluxo nessa idade, com redução das regurgitações e vômitos em torno de 4 a 6 meses de vida. Refluxo Patológico: as regurgitações são acompanhadas de ganho insuficiente de peso, sinais sugestivos de esofagite, otites, sinusites, broncoespasmo e apnéia.	Os pais devem ser orientados sobre a natureza benigna do refluxo fisiológico. Devem-se recomendar medidas posturais: berço elevado, decúbito lateral direito para dormir, não amamentar deitado, permitir que a criança arrote sempre que mamar, evitar deitar o RN logo após as mamadas. Na presença de sinais e sintomas sugestivos de refluxo patológico, deve-se realizar a propedêutica específica e iniciar medicação anti-refluxo.
Cólicas do RN	As cólicas são resultantes da imaturidade do funcionamento intestinal. Podem estar relacionadas com a deglutição excessiva de ar durante a mamada, “pega incorreta”, ou com a introdução de outros tipos de alimentos, como leite de vaca e chás.	Orientar quanto ao caráter benigno do fato, que pode ocorrer nos 3 ou 4 primeiros meses de vida. Medicações que diminuem o peristaltismo intestinal são contra-indicadas. Na presença de dor e distensão abdominal, acompanhada de fezes

		com sangue, a criança deve ser encaminhada imediatamente para um serviço de referência.
Granuloma umbilical	Tecido de granulação com secreção serosa e hemorrágica que aparece após a queda do cordão no fundo da cicatriz umbilical	Tratamento: aplicar o bastão de nitrato de prata no fundo da lesão duas vezes ao dia até a cicatrização. O procedimento deve ser realizado pelo médico ou enfermeiro. Avaliar a possibilidade de persistência do ducto onfalomesentérico ou do úraco se, após a regressão do granuloma for observada presença de líquido no umbigo.
Hérnia umbilical	Tumoração umbilical, redutível e indolor, determinada pela falta de fechamento do anel umbilical em grau variável.	A cirurgia deve ser indicada em casos de hérnias muito grandes, em que não se observa tendência para involução após o 2º ano de vida.
Hérnia inguinal	Tumoração na região inguinal que surge, geralmente, durante o choro ou qualquer esforço. Quando estrangulada, torna-se irreductível e muito dolorosa. Neste caso, a criança apresenta-se pálida, agitada e com vômitos frequentes. O estrangulamento é mais comum em RN, prematuros e lactentes jovens.	A conduta é sempre cirúrgica e, nos prematuros, não deve ser adiada. Quando ocorre o estrangulamento, deve-se tentar inicialmente a redução manual, aplicando-se sedativos e, com a criança em posição de Trendelenburg, fazer manobras delicadas. Caso não seja possível a redução manual, a herniorrafia deverá ser realizada com urgência.
Onfalite	Edema, hiperemia e secreção fétida na região periumbilical.	Encaminhar o RN para serviço de referência devido ao risco iminente de sepse neonatal. O encaminhamento, nesses casos, deve ser feito independentemente da presença de sinais gerais de perigo.
Impetigo	Lesões vesiculosas com secreção purulenta e base hiperemiada. A extensão do acometimento pode ser variada. O RN com impetigo de pequena extensão e sem nenhuma outra alteração pode ser tratado ambulatorialmente com antibiótico oral. Nos casos de grande extensão das lesões com ou sem outros sinais e sintomas (sinais de perigo), o RN deve ser encaminhado para um atendimento	Recomenda-se a cefalexina 50 mg/Kg/dia de 6/6 horas ou eritromicina 50 mg/Kg/dia de 6/6 horas durante 10 dias, para o tratamento ambulatorial. A avaliação deve ser diária para detectar sinais de sepse em tempo hábil.

	de maior complexidade.	
Monilíase oral e perineal	Placas esbranquiçadas na mucosa oral, que, ao serem removidas, deixam base eritematosa sangrante. Normalmente há monilíase perineal associada.	Tratamento da monilíase oral: nistatina solução oral, 50.000 a 100.000 unidades nos cantos da boca de 6/6 horas por 10 dias. Se em uso de mamadeira ou bico, lavar com água e sabão e ferver mais vezes. Tratamento da monilíase perineal: nistatina tópica na região das fraldas após cada troca.
Cefalohematoma	Hemorragia subperiosteal de caráter benigno, secundária a trauma durante o trabalho de parto. A tumefação se limita ao osso acometido	Conduta conservadora. Orientar a mãe sobre a involução em semanas ou meses. Normalmente é fator de sobrecarga para icterícia, devido à reabsorção do sangue.
Bossa sero-sanguínea	Tumefação de limites imprecisos, edematosa, localizada no subcutâneo do couro cabeludo, secundária a trauma durante o trabalho de parto.	Conduta conservadora. Orientar a mãe sobre a involução em semanas ou meses.
Fratura de clavícula	Fratura em “galho verde”, resultante de partos distócicos. O diagnóstico é, na maioria das vezes, realizado na maternidade, a partir da crepitação, edema e dor à palpação da clavícula. A resolução se dá com a formação de calo ósseo. Não há necessidade de propeidêutica adicional	O membro do lado afetado deve ser colocado em posição de repouso, para conforto do paciente.
Paralisia Braquial	Lesão das fibras do plexo braquial de C5 a T1 em decorrência de partos distócicos e prolongados. A movimentação do membro acometido está diminuída, e há assimetria do reflexo de Moro.	Tratamento: deve ser precoce e conduzido pelo fisioterapeuta e ortopedista
FONTE: MINAS GERAIS, 2004		

F) O RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Recém-nascido prematuro (RNPT) é a designação da criança com idade gestacional menor que 37 semanas. A classificação quanto ao peso e idade gestacional define grupos de risco e orienta ações terapêuticas e profiláticas específicas. Quanto ao peso, podem ser:

- RNPT de baixo peso – peso de nascimento menor que 2.500g;
- RNPT de muito baixo peso – peso de nascimento menor que 1.500g;
- RNPT de extremo baixo peso – peso de nascimento menor que 1.000g (MINAS GERAIS, 2004).

O RNPT apresenta risco aumentado de morbimortalidade tanto pelas doenças que podem ocorrer logo após o nascimento bem como por suas sequelas. Dentre as mais comuns estão a displasia broncopulmonar, persistência do canal arterial, surdez, retinopatia da prematuridade, anemia, doença óssea metabólica e sequelas dos sangramentos intracranianos, além de outras sequelas clínicas, tais como atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, dificuldade de aprendizagem, problemas de fala e linguagem e déficit de atenção e hiperatividade (MINAS GERAIS, 2004 p. 56).

A avaliação e o acompanhamento de RNPT deverão ser realizados pelo pediatra de referência da equipe de saúde da família, de preferência que esteja habituado com esse tipo de paciente. Desse modo, a equipe básica de saúde deverá responsabilizar-se por:

- Estabelecer contato com o pediatra de referência e assegurar que o RNPT esteja sendo acompanhado sistematicamente;
- Reforçar as orientações dadas pelo pediatra e apoiar a família na realização das recomendações recebidas, incluindo a propedêutica complementar, consultas com outros especialistas e o uso das medicações prescritas;
- Acolher o RNPT em suas intercorrências clínicas, dando o encaminhamento que se fizer necessário em cada situação;

- Reconhecer os sinais gerais de perigo para encaminhamento imediato ao serviço de maior complexidade;
- Vacinar os RNPT de acordo com o calendário para os que pesam mais de 2 Kg;
- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento quando não for possível manter um acompanhamento sistemático do RNPT pelo pediatra de referência (MINAS GERAIS, 2004)

O desempenho dos RNPT em relação ao seu crescimento e desenvolvimento, além do potencial genético, está na dependência da qualidade da assistência médico-hospitalar recebida e, após a alta, das condições socioeconômicas da família (MINAS GERAIS, 2004)

Após o período de internação, os prematuros devem ser avaliados com intervalos semanais. Perdas significativas de peso podem ocorrer em poucos dias, exigindo intervenção. É esperado em relação ao crescimento do RNPT:

- 10 a 30 g/dia nas primeiras 20 semanas de vida;
- Variação no ganho do comprimento de 2,5 a 4,0 cm por mês;
- Acréscimo de 1,1cm por semana no perímetro cefálico (PC), na fase de crescimento rápido (MINAS GERAIS, 2004)

O Cartão da Criança foi elaborado para o acompanhamento do peso de crianças nascidas a termo, não sendo adequado para os RNPTs, pelo menos até os dois anos de idade cronológica (MINAS GERAIS, 2004).

Nos prematuros, o ganho de peso diário e a inclinação ascendente da curva de peso podem orientar se o crescimento está ocorrendo de maneira satisfatória. O esperado é que os RNPT mudem progressivamente seu canal de crescimento até alcançarem pelo menos o percentil 10, por volta dos dois anos de vida (MINAS GERAIS, 2004).

Existem curvas específicas para avaliação do crescimento do RNPT, mas ainda não são padronizadas pelo Ministério da Saúde. As curvas de peso, estatura e perímetro para a idade gestacional corrigida, elaboradas por Xavier e colaboradores, estão no anexo 1. A avaliação do desenvolvimento deve ser feita levando-se em consideração a idade gestacional corrigida até dois anos de idade (MINAS GERAIS, 2004).

LINHA 3 - ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO E IMUNIZAÇÃO

O crescimento é considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência das condições de vida intra-uterina, de fatores ambientais, tais como alimentação, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, da ocorrência de doenças e do acesso aos serviços de saúde. Traduz, assim, as condições de vida da criança, no passado e no presente (MINAS GERAIS, 2004).

O crescimento e o desenvolvimento fazem parte do mesmo processo; são interdependentes, mas não são sinônimos. O crescimento se expressa por aumento da massa corporal, e o desenvolvimento, pela aquisição de habilidades progressivamente mais complexas. Exigem, portanto, abordagens diferentes e específicas. Ambos são processos dinâmicos e contínuos que ocorrem em um indivíduo a partir de sua concepção (MINAS GERAIS, 2004).

O acompanhamento contínuo do crescimento e desenvolvimento da criança põe em evidência, precocemente, os transtornos que afetam a sua saúde e, fundamentalmente, sua nutrição, sua capacidade mental e social. Representa a ação central e organizadora de toda a atenção à criança menor de cinco anos concepção (MINAS GERAIS, 2004).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada em 1996 mostrou que 80,3% das crianças menores de 24 meses possuem o Cartão da Criança. No entanto, o percentual de crianças que foram pesadas nos 2 meses anteriores à pesquisa é muito pequeno (15%); menos de 10% das crianças tiveram seu peso anotado, e uma menor percentagem ainda teve a curva de crescimento desenhada no gráfico do Cartão concepção (MINAS GERAIS, 2004).

Esses dados apontam a necessidade de intensificar os esforços de implementação do acompanhamento do crescimento/desenvolvimento nos serviços de saúde e na comunidade. Devem ocupar lugar de destaque no planejamento das ações voltadas para a criança, especialmente no contexto da estratégia Saúde da Família (MINAS GERAIS, 2004).

A. O ATENDIMENTO

Os objetivos do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento são:

- Organizar a assistência às crianças de zero a cinco anos;
- Captar e detectar precocemente as crianças com alterações em seu processo de crescimento e desenvolvimento;
- Uniformizar as condutas de toda a equipe para acompanhar e promover o crescimento e desenvolvimento e prevenir a desnutrição infantil;
- Discutir com as famílias as necessidades físicas, sociais e emocionais da criança e buscar alternativas para a promoção de seu adequado crescimento e desenvolvimento concepção (MINAS GERAIS, 2004).

A organização do atendimento deverá seguir as indicações dadas no capítulo anterior. O calendário mínimo de atendimentos deve ser assegurado para todas as crianças menores de cinco anos da área de abrangência (ver pág. 4. No entanto, a equipe deverá acolher essas crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento fora do calendário previsto concepção (MINAS GERAIS, 2004).

Cada contato entre a criança e a equipe, independentemente do motivo, deve ser tratado como uma oportunidade para a análise integrada e uma ação resolutiva de promoção da saúde, com forte caráter educativo.

Toda a equipe deverá participar do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, definindo-se competências e atribuições para cada profissional concepção (MINAS GERAIS, 2004).

As consultas de rotina para o acompanhamento do crescimento não devem ser tratadas apenas como momentos para coletar dados antropométricos. Essas são também as melhores oportunidades para orientação dos pais sobre os cuidados básicos indispensáveis à saúde de seu filho concepção (MINAS GERAIS, 2004).

A equipe de saúde deve se preparar para abordar, individual ou coletivamente, os seguintes aspectos da prevenção e promoção da saúde da criança:

- Estimular o aleitamento materno exclusivo até seis meses de idade;
- Orientar o processo de desmame e a alimentação complementar apropriada após os seis meses;
- Verificar o calendário vacinal, dando as orientações necessárias;
- Acompanhar o desenvolvimento psicomotor, social e afetivo da criança;
- Orientar a estimulação psicomotora e atividade física adequada a cada faixa etária;
- Indicar a profilaxia ou tratamento da anemia ferropriva de maneira sistemática;
- Avaliar a saúde bucal e orientar sobre a higiene oral;
- Orientar sobre os riscos e as formas de prevenção de acidentes em cada faixa etária;
- Avaliar a acuidade visual e auditiva e encaminhar precocemente ao especialista, quando necessário;
- Reconhecer e tratar as intercorrências patológicas e eventos importantes para a saúde concepção (MINAS GERAIS, 2004).

B. O CARTÃO DA CRIANÇA

O Cartão da Criança deve ser o instrumento único para o registro periódico de seu crescimento, desenvolvimento e imunizações, sendo desnecessário o uso de outras cadernetas de saúde ou de imunização concepção (MINAS GERAIS, 2004).

Deve ser preenchido por qualquer membro da equipe de saúde, e os registros, devidamente compartilhados com os responsáveis pela criança. Dessa maneira, adota-se uma postura de vigilância para com a saúde da criança que envolve não só o médico e a família, mas também todos os profissionais e outros equipamentos sociais, como as creches e pré-escolas (MINAS GERAIS, 2004).

Cabe aos profissionais de saúde valorizar o Cartão da Criança, estimulando os demais atores envolvidos no cuidado com a criança para que também o façam. O Cartão da Criança tornou-se também um importante veículo de educação para a saúde, na medida em que possibilita o

envolvimento e a participação da família no monitoramento do crescimento(MINAS GERAIS, 2004).

Traz também informações das etapas do desenvolvimento e sugestões de estimulação, co-responsabiliza a família na administração das imunizações e reforça os conceitos de direitos da criança (MINAS GERAIS, 2004).

Devem ser registradas no Cartão da Criança e no prontuário as seguintes informações:

- Identificação;
- Condições de nascimento;
- Intercorrências no período neonatal;
- Resultado da triagem neonatal;
- Evolução do desenvolvimento neuropsicomotor;
- Evolução ponderal;
- Evolução da estatura;
- Evolução do perímetro cefálico;
- Intercorrências clínicas importantes;
- Imunizações (MINAS GERAIS, 2004).

C. CALENDÁRIO PARA O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

O acompanhamento da criança – que se inicia com a visita domiciliar entre 7 a 10 dias após a alta hospitalar e com a primeira consulta na unidade básica de saúde – deve ser programado através de um calendário de atendimentos individuais e coletivos, que inclua visitas domiciliares, participação da família em grupos educativos e consultas médica e de enfermagem (MINAS GERAIS, 2004).

A equipe básica (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS) é responsável pelas atividades envolvidas no acompanhamento da criança, sendo desejável a participação de outros profissionais que compõem a equipe de apoio (psicólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, equipe de saúde bucal, profissional da zoonose e outros). Sempre que necessário, a criança deverá ser encaminhada ao pediatra e/ou especialista (MINAS GERAIS, 2004).

Sendo o **primeiro ano de vida** uma etapa de extrema vulnerabilidade, recomenda-se um menor intervalo entre os atendimentos:

- Total de 7 consultas individuais (médica, enfermagem e saúde bucal)
- Participação em grupos educativos;
- Visitas domiciliares mensais pelo ACS (MINAS GERAIS, 2004).

No **segundo ano de vida**, são recomendadas:

- Total de 4 consultas individuais (médica, enfermagem e saúde bucal)
- Participação em grupos educativos;
- Visitas domiciliares mensais pelo ACS (MINAS GERAIS, 2004).

A partir de **2 anos até os 5 anos**, recomenda-se:

- 1 consulta individual anual (médica e saúde bucal)
- Participação em grupos educativos;
- Visitas domiciliares mensais pelo ACS (MINAS GERAIS, 2004).

O quadro 8 define o calendário mínimo de acompanhamento que deverá ser cumprido pelas equipes básicas de saúde. Em caso de fatores de risco presente no RN ou na mãe, a equipe poderá agendar o acompanhamento em espaço menor de consultas conforme as necessidades e demandas identificadas pela equipe.

Obs.: Para entender melhor o atendimento à saúde da criança e sua organização, ver pág. 185 - Anexo 6 – Organização da assistência.

**QUADRO 8. CALENDÁRIO MÍNIMO DE ACOMPANHAMENTO PARA CRIANÇAS
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE COLOMBO**

IDADE	CONSULTA DE ACD(*)	PLC	PBF	TEMAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AÇÕES A SEREM EXECUTADAS NA CONSULTA
7 a 10 dias	Médica		☺	Estimular vínculo mãe- unidade de saúde, orientar aleitamento materno, Prescrição Vitamina A (1500UI) e D (400UI)/dia até 1 ano de vida
30 dias	Enfermagem/ Odontológica			Higiene bucal / Uso da chupeta / Relacionamento da família-bebê / Reforço auto estima materna
2 meses	Médica			Meio ambiente (cigarro, higiene) / Sono
4 meses	Enfermagem			O que é uma alimentação saudável
6 meses	Médica/ Odontológica	☺	☺	Higiene bucal / Preparação de alimentos/Prescrição de Sulfato Ferroso profilático 1mg/kg peso
9 meses	Enfermagem	☺		Prevenção de acidentes/ Guia para exames laboratoriais: Parasitológico de Fezes, parcial de urina, Hemograma e Glicemia de Jejum (sem data, para realização aos 11 meses e retorno na consulta de 12 meses.
12 meses	Médica/ Odontológica	☺	☺	Higiene bucal / Avaliação dos exames /Prescrição de Mebendazol/ Desenvolvimento da Fala
15 meses	Enfermagem	☺		Alimentação Saudável
18 meses	Médica	☺	☺	Prevenção da violência contra a criança
21 meses	Enfermagem	☺		Prevenção da violência contra a criança/ prevenção de acidentes / Alimentação Saudável
24 meses	Médica/ Odontológica	☺	☺	Higiene bucal / Saúde Mental- a importância da família
27 meses	Enfermagem	☺		Prevenção da violência contra a criança/ prevenção de acidentes
30 meses	Enfermagem	☺	☺	Prevenção da violência contra a criança/ prevenção de acidentes / Alimentação Saudável
33 meses	Enfermagem	☺		Prevenção da violência contra a criança/ prevenção de acidentes /Alimentação Saudável
36 meses	Médica/ Odontológica	☺	☺	Higiene bucal / Saúde mental/ socialização, limites - Pediculose e escabiose / Treinar o controle de esfíncter da criança
42 meses	Enfermagem		☺	Prevenção da violência contra a criança/ prevenção de acidentes /Alimentação Saudável
48 meses	Médica/ Odontológica		☺	Higiene bucal / Verminose / Desenvolvimento da fala
54 meses	Enfermagem		☺	Prevenção da violência contra a criança/ prevenção de acidentes /Alimentação Saudável
60 meses	Médica/ Odontológica		☺	Higiene bucal / Prevenção da violência contra a criança/ prevenção de acidentes <u>Alta do ACD</u>
66 meses	Enfermagem		☺	Alimentação Saudável
72 meses	Enfermagem		☺	Higiene geral e alimentar / Saúde do escolar
78 meses	Enfermagem		☺	Alimentação Saudável
84 meses	Enfermagem		☺	Alimentação Saudável

(*) Em caso de crianças de risco, o intervalo de consultas até o 6ª mês deverá ser mensal e até 1 ano de idade bimestral.

(**) Consulta odontológica é aplicada preferencialmente às UBS com ESF.

☺ Comparecimento para cumprimento de exigência dos programas: PLC - Programa Leite das Crianças e PBF – Programa Bolsa Família

D. ROTEIRO PARA CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO

As consultas de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento poderão ser realizadas pelos profissionais médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas e outros componentes da equipe, conforme o quadro 8 na página 45.

Estes profissionais deverão prescrever medicamentos ou procedimentos de acordo com a sua competência e/ou legislação profissional.

Obs: A consulta de enfermagem deverá seguir as diretrizes e fundamentos de acordo com o Manual de Consulta de Enfermagem em Saúde da Criança (COLOMBO, 2011).

ANAMNESE:

- Cumprimentar a mãe/acompanhante/criança cordialmente;
- Apresentar-se;
- Calcular a idade da criança pela DN e registrar no prontuário;
- Perguntar à mãe/acompanhante sobre o estado da criança;
- Manter contato visual e verbal com a criança;
- Avaliar a evolução do peso, altura e perímetro cefálico (ver anexo .
- Verificar as vacinas e orientar sobre o calendário vacinal (ver linha .
- Investigar a alimentação detalhadamente (ver linha 4)
- Avaliar os principais marcos do desenvolvimento infantil (desenvolvimento motor, comunicação expressiva e receptiva, percepção visual e auditiva); (conforme quadros 9 á 16)
- Avaliar os sinais de perigo e situações de risco (conforme quadro 4)
- Registrar os dados no prontuário e no Cartão da Criança (MINAS GERAIS, 2004)

EXAME FÍSICO:

- Lavar as mãos com água e sabão e secar em papel toalha;
- Verificar temperatura, peso, altura, perímetro cefálico;
- Realizar exame físico geral da criança (conforme quadro 8)
- Verificar a presença de problemas oculares (catarata, glaucoma, estrabismo, entre outros);
- Identificar lesões sugestivas de maus-tratos e/ou negligência;

- Realizar o exame neurológico;
- Lavar as mãos com água e sabão e secar em papel toalha;
- Registrar o peso, altura e perímetro cefálico nos gráficos do prontuário e no Cartão da Criança;
- Registrar o exame físico no prontuário (MINAS GERAIS, 2004)

FECHAMENTO DA CONSULTA:

- Orientar sobre cuidados com a higiene da criança, sono, saúde bucal e meio ambiente;
- Orientar sobre: importância do aleitamento materno exclusivo, imunização, aspectos do desenvolvimento normal da criança, estimulação da criança com brincadeiras e afetividade;
- Orientar para que a mãe/acompanhante possa identificar os sinais de perigo e, na presença destes, procurar a UBS;
- Orientar sobre o acompanhamento da criança pela UBS;
- Orientar sobre prevenção de acidentes (conforme quadro 17)
- Solicitar exames complementares, se necessário;
- Realizar prescrições, se necessário;
- Verificar se a mãe/acompanhante compreendeu as orientações;
- Agendar retorno, se necessário;
- Despedir-se da criança/mãe/acompanhante;
- Registrar as informações no prontuário e no Cartão da Criança (MINAS GERAIS, 2004)

QUADRO 9 - EXAME FÍSICO NA CONSULTA DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA (MINAS GERAIS, 2004)

INSPEÇÃO GERAL (na anamnese e depois sentada ou deitada)	visão de conjunto estado de consciência aparência (saudável ou enfermo) grau de atividade desenvolvimento e distribuição do tecido adiposo	
	Inspeção	fácies implantação do cabelo implantação do pavilhão auricular grau de palidez na conjuntiva e na mão pêlos pescoço: tumorações
	Palpação	crânio: conformação, fontanelas, craneotabes perímetro cefálico (opcional neste momento) olhos: mucosa conjuntival (coloração, umidade, lesões), presença de

CABEÇA		nistagmo, estrabismo, exoftalmia nariz: obstrução, mucosa, batimentos de asa de nariz otoscopia se possível neste momento boca: dentes, gengiva, língua, amígdalas, lábios, mucosa, oral, palato linfonodos: número, tamanho, consistência, mobilidade e sinais inflamatórios pescoço: tumorações, lesões, rigidez palpação da traquéia (posição mediastino) pulso venoso (jugular) fúrcula esternal rigidez de nuca
MEMBROS SUPERIORES	Inspeção	lesões de pele; cicatriz de BCG implantação de fâneros articulações: aumento de tamanho, simetria musculatura: simetria
	Percussão	Reflexos
	Palpação	temperatura axilar, umidade, reflexo de preensão palmar (lactentes) linfonodos axilares perfusão capilar pulso radial unhas: tamanho, espessura, manchas, formato baqueteamento digital articulações: temperatura, edema, hiperemia, mobilidade, crepitação musculatura: trofismo, tônus, simetria, força muscular
TÓRAX	Inspeção	forma, simetria, mobilidade, rosário costal lesões de pele respiração: tipo, ritmo, amplitude, frequência, esforço respiratório ictus cordis: impulsões, tamanho (polpas digitais) mamas: desenvolvimento, simetria
	Percussão	caracterização: som claro pulmonar, timpanismo ou macicez
	Palpação	linfonodos supraclaviculares expansibilidade frêmito tóraco-vocal pontos dolorosos frêmito cardíaco
	Ausulta	ruídos respiratórios audíveis sem estetoscópio caracterização dos sons respiratórios, ruídos adventícios focos de ausculta de precórdio: bulhas, sopros
ABDÔMEN	Inspeção	forma: plano, abaulado, escavado distensão, massas visíveis, cicatrizes movimentos e alterações de parede, circulação colateral lesões de pele
	Ausulta	peristaltismo, fístula arterio-venosa
	Percussão	delimitação de vísceras dor
	Palpação	superficial profunda (fígado, baço, massas, loja renal) anel umbilical, coto e cicatriz umbilical, diástase de reto abdominal dor
MEMBROS INFERIORES	Inspeção	alterações de pele unhas: tamanho, espessura, manchas, formato implantação de fâneros tremores movimentos anormais: coréia, tiques, tremores, fasciculações, mioclonia articulações: aumento de tamanho, simetria musculatura: simetria
	Palpação	musculatura: trofismo, tônus, força muscular articulações: calor, dor, edema, crepitações, mobilidade, tamanho pulsos pediosos e dorsais dos pés avaliação do subcutâneo: turgor, edema, linfedema

	Percussão	reflexos (plantar em extensão, de preensão plantar e da marcha – lactentes)
GENITÁLIA E REGIÃO ANO-RETAL	Inspeção	lesões de pele
	Palpação	pulso femoral linfonodos inguinais exame da genitália região anal: prolapso, fissuras, fístulas, pregas
REGIÃO POSTERIOR DO TÓRAX (criança sentada ou deitada de lado)	Inspeção	forma simetria mobilidade lesões de pele
	Percussão	som claro pulmonar, timpanismo ou macicez
	Palpação	expansibilidade frêmito tóraco-vocal pontos dolorosos (loja renal)
	Ausculta	ruídos respiratórios audíveis sem estetoscópio sons respiratórios, ruídos adventícios
COLUNA VERTEBRAL, JOELHOS E PÉS	Parada	escoliose cifose lordose
	Andando	varismo e valgismo do joelho e pés movimento da cintura escapular movimento da cintura pélvica movimento dos braços
MEDIDAS E OTOSCOPIA	pressão arterial temperatura axilar otoscopia peso altura perímetro cefálico	

E. A ORGANIZAÇÃO DOS REGISTROS E DO PRONTUÁRIO

Para o registro do atendimento da criança devem ser utilizados o Cartão da Criança, o prontuário, as curva de peso, estatura e perímetro cefálico para idade e o livro de inscrição da criança. Os prontuários das crianças que possuem **situação de risco** devem ser marcados com um identificador (por exemplo, fita adesiva amarela ou etiqueta) para facilitar seu rápido reconhecimento por qualquer profissional do serviço de saúde (MINAS GERAIS, 2004).

As fichas de controle da criança deverão ser guardadas em arquivo próprio e deverão constar de: nome, filiação, data de nascimento, endereço, ACS responsável, número do prontuário e datas agendadas para atendimento (individual ou grupo) com o respectivo responsável (médico, enfermeiro, auxiliar, nutricionista etc.) e a anotação de comparecimento. Assim, será feito o controle de faltosos (MINAS GERAIS, 2004).

Toda nova inscrição no programa deve ser registrada no livro de inscrição, para melhor controle da equipe. Assim, no livro também constam nome da criança, filiação, data de nascimento, endereço, ACS responsável, número do prontuário, data de inscrição e de alta (MINAS GERAIS, 2004)

F. A BUSCA ATIVA DE FALTOSOS

As famílias das crianças faltosas às atividades programadas deverão ser visitadas pelo ACS para identificação dos motivos da sua ausência e orientação aos familiares. As consultas perdidas deverão ser agendadas novamente (MINAS GERAIS, 2004)

Em caso de internação da criança, a equipe deverá entrar em contato com o hospital para informações e, assim, programar uma consulta imediatamente após a alta. Atenção especial deve ser dada às crianças em situações de risco do Grupo II.

Quando as crianças em situações de risco não comparecerem a qualquer atividade pré-agendada na UBS, as famílias deverão ser contatadas com urgência. (MINAS GERAIS, 2004)

G. O ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA

Todas as crianças que são levadas à UBS fora da data agendada para atendimento devem ser acolhidas. O processo de acolhimento envolve uma constante postura de escuta e responsabilização pelo cidadão que procura o serviço (MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 7 - FLUXO DE ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTÂNEA (MINAS GERAIS, 2004)8)



Assim, o acolhimento significa o esforço e o compromisso da equipe para resolver o problema que motivou a procura ao serviço, podendo resultar numa simples informação para a família, agendamento, consulta não-programada imediata ou até encaminhamento para serviço de urgência. Na organização da agenda das atividades do médico e do enfermeiro, deve-se reservar um espaço para essas consultas não-programadas (MINAS GERAIS, 2004).

A presença de algum dos sinais de perigo apresentados no Quadro 2 indica a necessidade de atendimento médico imediato e/ou encaminhamento ao serviço de urgência. A criança em situação de risco do Grupo II deverá ter prioridade no atendimento. Cada contato entre a criança e a equipe, independentemente do motivo, deve ser tratado como uma oportunidade para a análise integrada e uma ação resolutiva de promoção da saúde, com forte caráter educativo (MINAS GERAIS, 2004).

H. A AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO

Por se tratar de um processo dinâmico, com momentos de maior e menor aceleração, a avaliação do crescimento deve ser preferencialmente, longitudinal. As medidas isoladas devem ser analisadas com cuidado, pois podem não representar adequadamente a evolução pôndero-estatural da criança (MINAS GERAIS, 2004).

O Ministério da Saúde adota como referência para o crescimento de crianças nascidas a termo as curvas do National Center for Health Statistics

(NCHS). O **Anexo 3** mostra as curvas de peso-idade, estatura-idade e perímetro cefálico-idade, por sexo e faixa etária (MINAS GERAIS, 2004).

A equipe deve habituar-se a aferir o peso, a estatura e o perímetro cefálico em todas as oportunidades, registrar essas medidas no prontuário e consultar as curvas de referência para analisar o crescimento global da criança (MINAS GERAIS, 2004).

O peso, a estatura e o perímetro cefálico devem ser registrados também no Cartão da Criança. O peso é a medida de mais fácil obtenção, sendo também a mais sensível às variações agudas do estado nutricional. A estatura é um indicador mais estável, e, portanto, suas alterações são percebidas nos processos crônicos de desnutrição. A medida do perímetro cefálico é muito importante, especialmente no primeiro ano de vida, por indicar indiretamente o crescimento da massa encefálica (MINAS GERAIS, 2004).

O **Anexo 6** apresenta um roteiro para aferição do peso, estatura e perímetro cefálico. Embora a antropometria seja um procedimento extremamente simples, com frequência, são cometidos erros na obtenção de medidas, o que interfere profundamente na interpretação das curvas de crescimento, como relacionado no Quadro 9. Todo esforço deve ser feito no sentido de garantir medidas fidedignas (MINAS GERAIS, 2004).

QUADRO 10 - ERROS COMUNS NA OBTENÇÃO DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS (MINAS GERAIS, 2004).	
Todas as dimensões	Instrumento inadequado Criança agitada: a medição deve ser adiada Instrumento desregulado no momento do exame Leitura Erros de anotação
Comprimento (criança com menos de 2 anos de idade – deitada)	Idade inadequada para o instrumento Não remoção de calçados e roupas Plano incorreto da cabeça A cabeça não está firmemente encostada à tábua A criança não está em posição reta, ao lado da tábua Corpo arqueado Joelhos dobrados Os pés não estão na vertical, em relação à tábua móvel A tábua não está firme contra os calcanhares
Altura (criança de pé)	Idade inadequada para o instrumento Não remoção de calçados e roupas Os pés não estão retos, com as plantas no solo, junto ao quadro vertical

	ou parede Joelhos dobrados Corpo arqueado ou nádega para a frente (corpo encurvado) Ombros não estão retos, junto ao quadro Cabeça em plano incorreto A parte superior da régua não está firmemente adaptada à cabeça da criança
Peso	Balança não calibrada em zero Criança vestida Criança movendo-se

Espera-se que uma criança que esteja crescendo bem descreva uma trajetória regular, ascendente e paralela à curva estabelecida como padrão, delineada a partir de suas medidas sequenciais. Toda vez que a criança for pesada, um ponto deverá ser marcado em seu Cartão, correspondendo ao encontro das coordenadas de peso (eixo vertical) e idade (eixo horizontal). A união desses pontos sequenciais formará o traçado do canal de crescimento da criança naquele período (MINAS GERAIS, 2004).

No primeiro ano de vida, quando o intervalo entre as pesagens for maior que 2 meses, a linha do traçado deverá ser pontilhada, indicando a descontinuidade do acompanhamento da criança. No Cartão da Criança estão delineadas três curvas correspondendo aos percentis 97, 10 e 3, que são utilizadas para classificar o estado nutricional da criança (MINAS GERAIS, 2004).

Na avaliação transversal e na primeira pesagem, considera-se apenas a posição do ponto em relação às curvas de referência para classificar a criança como:

- Sobrepeso: acima do percentil 97;
- Eutrófica: entre os percentis 97 e 3;
- Em risco nutricional, desnutrida leve ou eutrófica: entre os percentis 10 e 3;
- Desnutrida: abaixo do percentil 3 (MINAS GERAIS, 2004).

O Ministério da Saúde propõe que seja utilizada também a curva de percentil 0,1 para identificar as crianças com desnutrição moderada (entre os percentis 3 e 0,1) e grave (abaixo do percentil 0,1). Na avaliação longitudinal, além da posição do ponto, considera-se também a inclinação da curva de crescimento da criança conforme mostrado na figura 5.

(MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 8 - CONDUTAS RECOMENDADAS DE ACORDO COM A INCLINAÇÃO DA CURVA PESO-IDADE DE CRIANÇAS ATÉ 5 ANOS DE IDADE (MINAS GERAIS, 2004).

POSIÇÃO DO PESO	INCLINAÇÃO DA CURVA	CONDIÇÃO DE CRESCIMENTO	CONDUTA
> P97	Ascendente	Alerta: risco de sobrepeso ou obesidade	• Verificar a existência de erros alimentares e orientar sua correção*. • Verificar e estimular a atividade física regular. • Marcar retorno em 30 dias.
ENTRE P97 E P10	Ascendente	Satisfatório	• Parabenizar a mãe pelo crescimento satisfatório da criança. • Marcar retorno de acordo com o calendário mínimo.
ENTRE P97 E P10	Horizontal ou descendente	Alerta	• Investigar possíveis intercorrências que possam justificar a diminuição da velocidade de crescimento e registrá-las no Cartão. • Tratar as intercorrências presentes. • Marcar retorno com 30 dias.
ENTRE P10 E P3	Ascendente	Alerta	• Investigar possíveis causas com atenção especial para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado e afeto com a criança e informar à mãe. • Tratar intercorrências clínicas, registrando-as no Cartão. • Marcar retorno com 30 dias.
ENTRE P10 E P3	Horizontal ou descendente	Insatisfatório	• Investigar possíveis causas com atenção especial para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado e afeto com a criança e informá-las à mãe. • Tratar intercorrências clínicas, registrando-as no Cartão. • Orientar a mãe sobre alimentação especial visando ao ganho de peso. • Discutir intervenção conjunta da equipe de saúde. • Realizar nova consulta em intervalo máximo de 15 dias.
< P3	Qualquer inclinação	Desnutrição	• SEGUIR O PROTOCOLO PARA DESNUTRIÇÃO.

(*)Propor o padrão alimentar adotado para crianças da mesma faixa etária. Não fazer alterações dietéticas quando a criança estiver em aleitamento materno exclusivo. Restrição calórica só é recomendada para crianças a partir dos 4 anos de idade com percentil de peso-altura > 97.

Em relação à estatura, atenção especial deve ser dada aos pacientes com percentil estatura-idade menor ou igual a 3 e/ou retificação da curva. A figura 6 mostra os passos para avaliação e acompanhamento da estatura de crianças menores de cinco anos (MINAS GERAIS, 2004).

O crescimento do perímetro cefálico deve ser atentamente acompanhado pela gravidade das condições associadas à alteração de seu padrão. Nesses casos, o diagnóstico precoce pode ser decisivo para o sucesso da abordagem terapêutica.

A figura 7 mostra como avaliar o crescimento do perímetro cefálico de crianças até dois anos de idade (MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 9 - A ABORDAGEM DA CRIANÇA DE ACORDO COM A CURVA ESTATURA-IDADE (MINAS GERAIS, 2004)

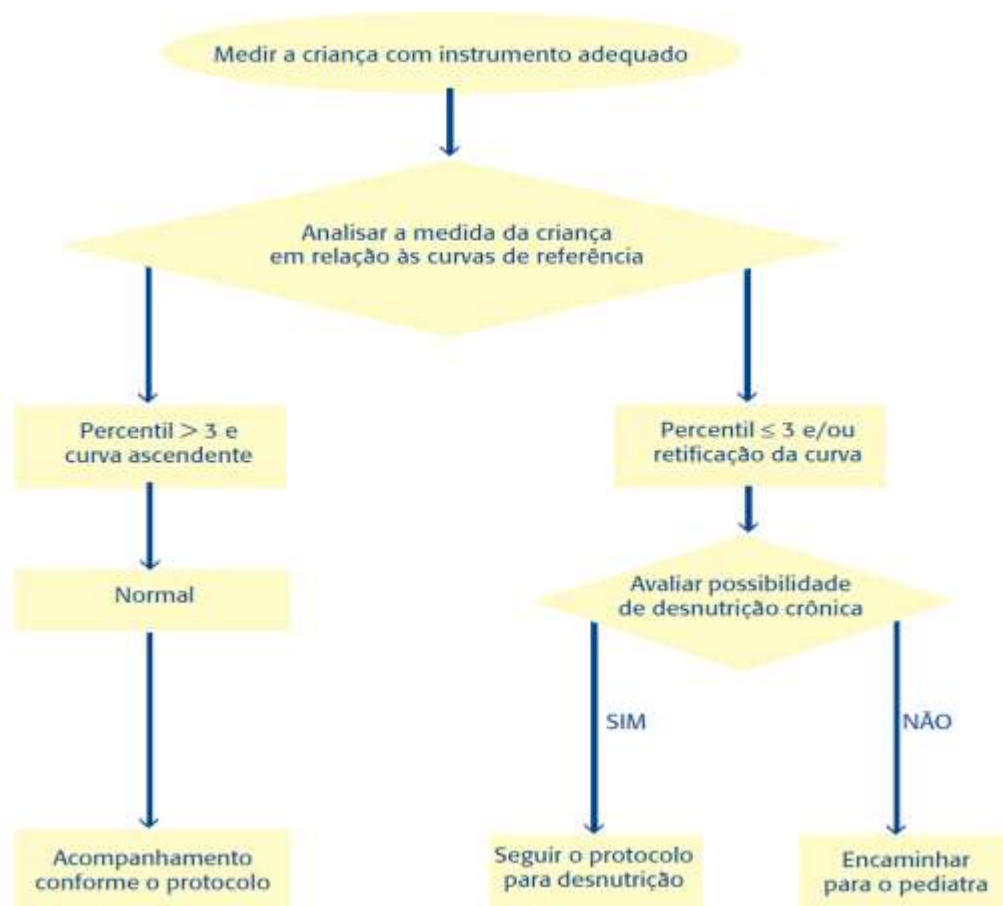
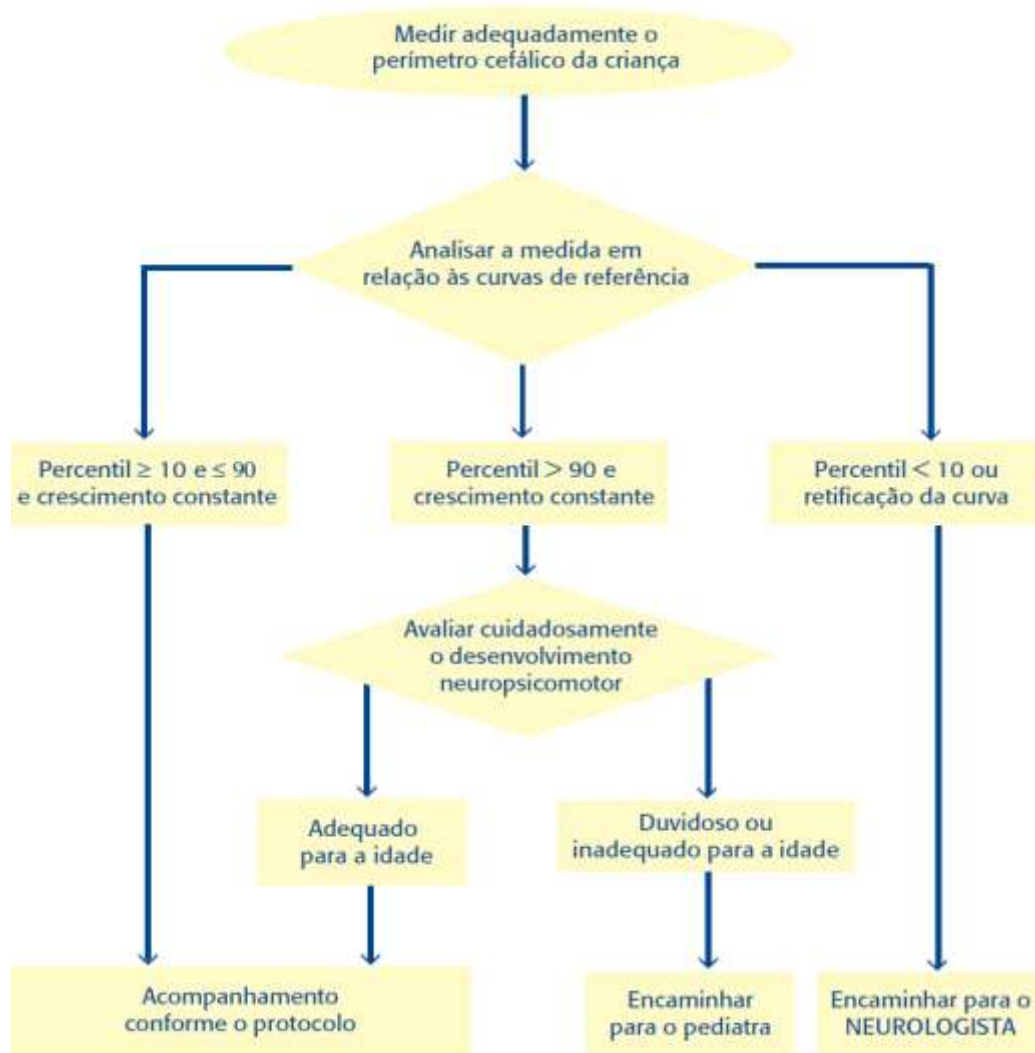


FIGURA 10 – A ABORDAGEM DA CRIANÇA DE ACORDO COM A CURVA PERÍMETRO CEFÁLICO-IDADE (MINAS GERAIS, 2004)5)



I. A AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento é o aumento da capacidade do indivíduo de realizar funções cada vez mais complexas. É produto do amadurecimento e da estimulação. Consiste na aquisição de maior capacidade funcional, através da maturação, diferenciação e integração de funções (MINAS GERAIS, 2004).

O desenvolvimento segue uma sequência fixa e invariável, mas cada criança tem seu ritmo próprio e sofre a influência do meio social em que está inserida. A variação do ritmo individual permite estabelecer limites de normalidade, isto é, uma idade mínima e máxima na qual as crianças devem adquirir certas habilidades, chamadas **marcos do desenvolvimento** (MINAS GERAIS, 2004).

A equipe de saúde deve estar capacitada para reconhecer o desenvolvimento normal e suas variações, oferecer orientações à família e saber identificar a necessidade de encaminhamento para diagnóstico e intervenção precoce. A falta de reconhecimento ou a demora na detecção de distúrbios do desenvolvimento retardam o encaminhamento a profissionais especializados, o que, por sua vez, provoca um atraso no início de intervenções que propiciariam a reabilitação (MINAS GERAIS, 2004).

Nas consultas de rotina, o registro da sequência e do ritmo do desenvolvimento possibilita detectar precocemente desvios dos padrões esperados e planejar ações de prevenção e reabilitação. Nessas consultas, a equipe tem a oportunidade de estabelecer uma relação mais próxima com a criança e sua família e de oferecer informações sobre as habilidades da criança e os estímulos que irão contribuir para seu desenvolvimento adequado. A observação dos marcos do desenvolvimento deve começar quando a criança adentra o consultório, no tempo que precede o exame físico, pois ela estará mais cooperativa e tranquila. (MINAS GERAIS, 2004)6)

Deve-se levar em consideração que o estado geral e a personalidade podem afetar o desempenho da criança. Crianças examinadas em situações adversas (febril etc.) devem ser reavaliadas, antes que qualquer conduta seja tomada (MINAS GERAIS, 2004).

Na avaliação da criança, podem-se aplicar vários instrumentos. Todos eles são testes de triagem, não permitindo elaborar diagnósticos a respeito do desenvolvimento da criança (MINAS GERAIS, 2004).

A Vigilância do Desenvolvimento na Atenção Primária à Saúde (modificada) é uma proposta de avaliação nos moldes da estratégia da Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Trata-se de uma avaliação simplificada, acoplada a uma proposta de conduta (MINAS GERAIS, 2004).

Avalia o marco principal de cada área do desenvolvimento (motor, adaptativo, linguagem e pessoal-social) da Escala de Denver e considera o percentil 90 para cada idade para a aquisição das habilidades (quando a maioria das crianças já adquiriu essas habilidades) (MINAS GERAIS, 2004).

O Quadros 10 mostram como avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças segundo essa proposta. Os Quadros 11 à 18 apresentam sugestões de estímulos para cada faixa etária, o que deve ser sempre discutido com os familiares da criança, mesmo quando seu desenvolvimento for considerado adequado para a idade (MINAS GERAIS, 2004).

A detecção precoce dos atrasos promove uma recuperação de 80 a 90% das crianças, através de uma estimulação simples e oportuna. Portanto, apenas uma porcentagem muito pequena das crianças em acompanhamento será encaminhada para os especialistas (psicólogos, neuropediatra, pedagogos) (MINAS GERAIS, 2004).

QUADRO 11 - VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA DE 0 A 5 ANOS (MINAS GERAIS, 2004)7)

PERGUNTAR E OBSERVAR			TOMADA DE DECISÕES	
Até 2 meses	2	Observa o rosto da mãe/observador Segue objeto na linha média Reage ao som Eleva a cabeça	CLASSIFICAR O DESENVOLVIMENTO	
4 meses		Olha sua própria mão Segura objetos Ri, emitindo sons Sentado, sustenta a cabeça	Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes.	Desenvolvimento normal.
6 meses		Tenta alcançar brinquedo Leva objetos à boca Volta-se para o som Vira-se sozinho	Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária.	Possível atraso no desenvolvimento.
9 meses		Brinca de escondeu-achou Transfere objetos de uma mão para outra Duplica sílabas (mama, papa) Senta sem apoio		
12 meses		Mostra o que quer Segura objetos pequenos com "pinça" Imita sons de fala	Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária anterior.	Atraso no desenvolvimento.

	Anda com apoio	
15 meses	Joga bola com observador ou pessoa Rabisca espontaneamente Diz uma palavra Anda sem apoio	
18 meses	Pega objeto quando solicitado Retira e coloca objeto pequeno em caixa Diz três palavras Anda para trás	
2 anos	Retira uma vestimenta Constrói torre com três cubos Aponta partes do corpo Chuta a bola	
3 anos	Lava e seca as mãos Imita uma linha vertical Compreende duas ações Sobe escada	
4 anos	Veste-se sozinha Copia um círculo Define três objetos pelo uso Equilibra em um pé por 2 segundos	
5 anos	Escova os dentes sem ajuda Copia uma cruz Define 5 objetos Agarra uma bola	

QUADRO 12 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO 0 A 3 MESES DE IDADE (MINAS GERAIS, 2004)8

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (reflexo de Moro).	Estimular a mãe a tocar na criança ou colocá-la no colo.
Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada (período de distonia vai até quatro meses, podendo ser observada postura em flexão, extensão, flutuante e intermitente).	Atender a situações de desconforto (higiene, vestuário, alimentação, choro incessante). Conversar com a criança e observar se ela olha para quem fala e se responde através de balbúcio. Colocar um objeto sonoro e leve em uma de suas mãos e ajudá-la a realizar movimentos, buscando repetir os sons.
Olhar para a pessoa que a observa	Acariciar, brincar e falar carinhosamente com a criança no momento do banho, de trocar de roupa ou de alimentar. Abrir e fechar suas mãozinhas e movimentar os pés em todas as direções.
Colocada de bruços, eleva a cabeça momentaneamente. Mais tarde sustenta em 45° e, posteriormente, em 90°.	Colocar o dedo na mão da criança. Caso ela não consiga segurar, ajudá-la, executando com ela o movimento de preensão. Estender suavemente os braços e as pernas da criança. Usar estímulos visuais: fitas coloridas, objetos brilhantes. Colocar a criança de bruços e mover suavemente sua cabeça de um lado para o outro. Agitar um objeto sonoro ou colorido (chocalho, latinhas etc.) em frente ao rosto da criança, para estimulá-la a levantar a cabeça.
Sorrir em resposta. Emite sons e vocaliza	Chamar a atenção da criança, sorrindo e conversando carinhosamente. Tocar as bochechas, fazer gestos para chamar sua atenção. Falar-lhe de um lado do rosto ou colocar uma música suave, ou deixar

	cair um objeto no chão para estimular sua mudança de postura em resposta ao som. Repetir os sons que a criança emite; se não os emitir, falar-lhe em sons guturais (sons que saem da garganta) ou vocalizando.
Fixa e acompanha objetos em seu campo visual.	Deitada ou no colo, mostre-lhe objetos em movimentos lentos, as pessoas e atividades do ambiente.

QUADRO 13 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO 3 A 6 MESES DE IDADE (MINAS GERAIS, 2004)8

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça.	Colocar a criança de bruços e agitar objetos sonoros e coloridos em frente ao seu rosto, até que ela levante a cabeça e os ombros. Levantar a criança ainda de bruços, a pouca distância do colchão, estimulando-a a erguer a cabeça e os ombros. Promover situações agradáveis (passeios, brincadeiras etc.), para que observe o ambiente, sustentando a cabeça.
Rola sobre o próprio corpo	Deitada de barriga para cima, cruzar uma perninha sobre a outra, para facilitar-lhe o movimento de virar de bruços.
Alcança e pega objetos pequenos	Colocar objetos a curta distância e deixar a criança fazer esforços para alcançá-los com as duas mãos. Permitir à criança brincar com as mãos e levá-las à boca. Oferecer argola de borracha para morder.
Reconhecimento corporal e de objetos.	Usar roupas adequadas para facilitar os movimentos; deixar a criança reconhecer, com a mão e a boca, objetos e o próprio corpo (objetos variados em tamanho, textura e forma).
Lalismo (emite sons repetitivos produzidos por ela própria).	Usar brinquedos que produzem sons. Repetir os sons que a criança emite. Falar-lhe frequentemente.

QUADRO 14 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO 6 A 9 MESES DE IDADE (MINAS GERAIS, 2004)9

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
Puxada para sentar, mantém a cabeça firme; ajuda com o corpo.	Puxada para sentar, mantém a cabeça firme; ajuda com o corpo.
Segura e transfere objetos de uma das mãos para a outra.	Oferecer objetos com textura e formas diferentes, para que a criança brinque com eles. Quando a criança estiver brincando com um objeto, mostrar-lhe outro, para que ela passe o objeto que tem numa das mãos para a outra. Se a criança não conseguir passar o objeto de uma das mãos para a outra, oferecer-lhe vários objetos, demonstrando como fazer.
Vira a cabeça em direção a uma voz ou fonte sonora.	Estimular a criança, imitando os seus balbúcios. Combinar sons, formando palavras de duas sílabas. Entregar objetos sonoros e demonstrar como obter o som. Ligar e desligar o rádio, até a criança iniciar a busca do som. Chamá-la pelo nome, a distância. Bater palma até que a criança busque a fonte do ruído.
Fica sentada sem apoio.	Deitada de costas, pegar sua mão e levantá-la até ficar assentada, permitindo-lhe recostar sobre um apoio (almofada), para que permaneça nessa posição.

	Assentá-la e levar suas mãos adiante para que se apoie nelas. Deixe-a assentada, com brinquedos à frente, para ir estimulando a ficar sem apoio
Responde diferentemente a pessoas diferentes (familiares ou estranhos). Estranha as pessoas.	Explique para os familiares que é normal e saudável a reação de estranhar. Estimule a mãe a ficar próximo da criança. Evitar separações longas (viagem).

QUADRO 15 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DE 9 A 12 MESES DE IDADE (MINAS GERAIS, 2004)⁹

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
Arrasta-se ou engatinha.	Dar-lhe oportunidade e espaço para se arrastar e engatinhar. De bruços, estimular seus movimentos: colocar objetos fora de seu alcance para que se desloque, arrastando-se ou engatinhando.
Pega objetos com o polegar e o indicador.	Oferecer pequenos objetos, biscoito, migalhas de alimentos, para aprimorar a preensão. Ajudar a empilhar objetos, colocando-os em caixa. Oferecer objetos que possam ser encaixados uns nos outros. Ensinar a bater objetos com as mãos. Sustentá-la pelas mãos e dar passos com apoio. Proporcionar à criança situações em que ela possa apoiar-se e manter-se de pé sozinha.
Faz, com a mão e a cabeça, gestos de “não”, “sim”, “adeus”, bater palmas, dar beijo etc	Brincar com a criança, batendo palmas; mover sua cabeça para dizer “sim” ou “não”. Bater palmas e “dar adeus”; se a criança não imitar, tomar-lhe as mãos e ensiná-la, deixando depois que ela o faça.
Repete sons de fala ou produzidos pelo meio ambiente (ecolalia). Fala pelo menos uma palavra com significação simbólica	Pronunciar palavras simples de duas sílabas e estimular a repetição das mesmas (dadá, mamã, papá etc.). Repetir o nome de objetos que estão ao seu redor (ao apontar objetos, o adulto deve nomear corretamente e pausadamente, evitando linguagem infantil). Ajudá-la a identificar partes do próprio corpo. Fazer a criança responder a ordens verbais: ficar de pé, sentar. Fazer brincadeiras de esconder, dar e receber, jogar objetos.

QUADRO 16 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO 1 A 2 ANOS DE IDADE (MINAS GERAIS, 2004)⁰

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
Anda sozinha, raramente cai.	Estimulá-la a dar passos. Motivá-la a andar sozinha. Amarrar um carrinho ou uma caixa com barbante e ajudar a criança a puxá-lo. Ensinar a empurrar carrinho de boneca, de feira etc. Ensiná-la a chutar bola.
Obedecer a ordens simples.	Dar-lhe ordens curtas para que as realize (abrir uma caixa, guardar um brinquedo). Incentivá-la a mostrar partes de seu corpo (pé, mão, olho, cabeça, nariz) e roupas. Estimular a diferenciar “xixi”, “cocô” e verbalizar, como preparo para controle esfincteriano.
Combinar pelo menos duas palavras.	Nomear os objetos que estão ao seu redor, os quais a criança reconhece e manipula (comida, brinquedo, mesa, cadeira), estabelecendo relações entre duas palavras que demonstrem posse ou ação: dá – mamãe, carro – nenê, quer – papai etc.
Empilha cubos.	Estimular a empilhar objetos e colocá-los em caixa.

Rabiscar espontaneamente.	Permitir que a criança manipule revistas livremente (rasgar, passar folhas). Oferecer lápis cera, giz ou pauzinho para rabiscar no chão ou na areia.
Identifica e nomeia figuras	Estimular a identificar figuras e retratos. Oferecer livros com figuras grandes e coloridas, de pano ou cartão grosso, bonecas e animais de pano, brinquedos de formas geométricas e argolas coloridas.
Tira peças simples do vestuário (short, calcinha).	Ensinar-lhe a tirar meias, sapatos e roupas simples (shorts, calcinha).
Diminui a ansiedade de separação. Maior independência.	Orientar a mãe para que ela estimule a independência do filho, escolhendo roupas, participando do banho, brincando sozinho etc. Tão logo demonstre controle (15 a 18 meses), estimular o uso da colher sozinho. O uso da mamadeira deve ser desestimulado, quando completar um ano.

QUADRO 17 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO 2 A 3 ANOS DE IDADE (MINAS GERAIS, 2004)0

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
Corre (corrida com braços fletidos; depois, com sincinesia dos braços).	Estimular e reforçar atividades motoras: correr, saltar, ajoelhar, dançar
Sobe escadas com apoio (coloca um pé no degrau, depois o outro no mesmo degrau e assim por diante). Constrói torre, manipula lápis	Ajudá-la a subir e descer escadas. Ajudá-la a empilhar vários objetos ou cubos . Dar-lhe lápis e papel para desenhar ou rabiscar. Estimule brincadeiras com argila e massa de modelar e pintura com pincéis largos para pintar com água. Oferecer bate-estacas e jogos de encaixe (grades).
Tem independência para usar a colher sozinha, para alimentar-se. Diz seu próprio nome e sobrenome.	Já não deve usar mamadeira. Estimular o uso de copo, xícara e colher para alimentar-se e servir-se. Mostrar gravuras e pedir que a criança nomeie as figuras. Perguntar-lhe como se chama. Chamá-la por seu nome. Mostrar gravuras e pedir para nomear. Dar telefone de brinquedo.
Estabelece controle esfinteriano Em companhia de outras crianças, brinca sozinha (não estabelece jogos com outras crianças da mesma idade).	Perguntar-lhe se deseja ir ao banheiro, fazer cocô, fazer xixi. Estimular atividade extrafamiliar (passeios, excursões etc.) em grupo de mesma idade; Procurar distribuir objetos suficientes para todos, coordenando as Atividades

QUADRO 18 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO 3 A 4 ANOS DE IDADE (MINAS GERAIS, 2004)1

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
Sobe escadas sem apoio, colocando um pé no degrau, depois o outro no mesmo degrau, sem alternância.	Permitir-lhe que se mova independentemente pela casa (subir e descer escadas, pular obstáculos etc). Ajudá-la a empilhar (6 a 8 objetos).
Pega com a mão em pronação, podendo usar um lápis. Desenha um círculo	Estimulá-la a desenhar na areia, no papel, no quadro-negro.
Usar frase gramatical. Superada dislalia de troca.	Estimular e corrigir (repetir de maneira correta) a enunciação de frases gramaticais. Ler, contar histórias e poesias infantis para a criança.

Reconhece as cores (branco e preto).	Encorajá-la a repetir canções, dançar, contar histórias, falar poesias, repetir números.
Desaparecimento da ansiedade de separação materna.	Levá-la a identificar os objetos pelas cores branco e preto
Socialização familiar	Estimular a usar o banheiro corretamente. Estimular a tomar banho, vestir-se sozinha. Estimular a ida à escola infantil.

QUADRO 19 - ESTIMULAÇÃO ADEQUADA ÀS ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO 4 A 5 ANOS DE IDADE (MINAS GERAIS, 2004)¹

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
Pula com os pés juntos. Sobe escadas sem apoio, alternando os pés em cada degrau.	Estimular a pular corda, saltar obstáculos, subir e descer escadas, andar nas pontas dos pés e calcanhares
Independência e boa coordenação. Desenha cruz.	Estimulá-la a atar e desatar cordões, dar laços, abotoar e desabotoar roupas, imitar movimentos de corpo, caminhar seguindo ritmo de dança ou música. Estimulá-la a trabalhar com tintas, papel, colagem, desenhos e pinturas de ponta de dedo.
Estabelece jogos com outras crianças	Promover situações de passeios e brincadeiras com outras crianças. Comentar e estimular suas perguntas. Estimular a frequência à pré-escola.
Reconhece as cores básicas.	Reforçar a identificação de cores básicas (vermelho, azul, amarelo) em objetos, animais e plantas. Oferecer jogos de combinação de cores.
Inicia a orientação espacial e temporal.	Ajudá-la a identificar objetos colocados em várias situações no espaço: perto e longe, em cima e embaixo etc. Habitua-la a organizar roupas e armários e a ajudar nas tarefas domésticas simples.
Superada a dislalia.	Estimular frases gramaticais. Estimular verbalização: canções, poesias etc.

J. PREVENÇÃO DE ACIDENTES

A equipe de saúde tem como responsabilidade alertar constantemente os pais para os riscos de acidentes e ajudá-los a encontrar alternativas para melhorar as condições de segurança no espaço do domicílio. Há uma relação direta entre o tipo de acidente e o estágio de desenvolvimento da criança e do adolescente (Quadro 20) (MINAS GERAIS, 2004)¹

Os pais devem conhecer as crescentes habilidades que a criança vai adquirindo, de modo a poder se antecipar e se organizar para a prevenção dos acidentes e, ao mesmo tempo, possibilitar que o seu processo de desenvolvimento aconteça com segurança. (MINAS GERAIS, 2004)¹

QUADRO 20 - ACIDENTES MAIS COMUNS NA INFÂNCIA POR FAIXA (MINAS GERAIS, 2004 p.4.

IDADE	ESTÁGIO DO DESENVOLVIMENTO	ACIDENTES	PREVENÇÃO
0 a 3 meses	Dependência completa do adulto	Queimaduras (banho) Sufocações Intoxicações medicamentosas Aspiração alimentar (uso inadequado de mamadeiras) Quedas	Verificar a temperatura da água do banho. Evitar exposição excessiva ao sol. Nunca deixar a criança sozinha na banheira ou em locais altos. Ler atentamente os rótulos dos medicamentos antes de oferecê-los à criança. Não oferecer medicamentos no escuro.
4 a 6 meses	Dependência completa do adulto. Rápido desenvolvimento motor. Mínima capacidade de discernimento. Curiosidade muito aguçada.	Quedas (cama) Queimaduras Ingestão e aspiração de pequenos objetos Enforcamento no berço Intoxicações	O ambiente doméstico deve ser organizado em função da criança. O berço deve ter grades altas e com pequenos intervalos. Nunca deixar a criança sozinha na banheira, sobre a cama, sofá, assento do carro etc. Os brinquedos devem ser grandes e de borracha e não devem soltar partes pequenas e nem tinta. Não deixar objetos pequenos, pontiagudos, cortantes e fios de eletrodomésticos ao alcance da criança.
7 a 12 meses	Dependência completa do adulto. Autonomia progressiva. Mínima capacidade de discernimento. Curiosidade muito aguçada.	Quedas (camas, cadeiras) Queimaduras (cozinha) Intoxicações Ingestão e aspiração de pequenos objetos Acidentes de trânsito	Guardar remédios e material de limpeza em local seguro. Usar o banco traseiro dos carros e assentos adequados para transportar a criança. Proteger as tomadas elétricas. Não deixar objetos pequenos, pontiagudos, cortantes e fios de eletrodomésticos ao alcance da criança. Não permitir a presença da criança na cozinha.
1 a 2 anos	Autonomia progressivamente maior. Capacidade de discernimento em progressão. Curiosidade muito aguçada.	Quedas (escadas, janelas) Queimaduras (tomadas, aparelhos eletrodomésticos, painéis quentes) Intoxicações por produtos químicos domiciliares, medicamentosos e plantas Afogamentos Ferimentos por objetos pontiagudos e cortantes Acidentes por animais peçonhentos	Manter sempre distância que permita controlar os movimentos da criança Proteger as janelas e escadas com grades ou telas Não deixar a criança sozinha perto de piscinas, tanques e banheiras Desenvolver na criança a noção de perigo Substituir as plantas venenosas Eliminar possíveis criadouros de animais peçonhentos no peridomicílio.
2 a 5 anos	Desenvolvimento motor cada vez mais complexo. Autonomia bem desenvolvida. Capacidade de discernimento melhor desenvolvida Aumenta o raio de exploração para além do domicílio	Intoxicações (plantas, produtos de limpeza e medicamentos) Quedas (árvores, cercas, bicicletas) Queimaduras (ambiente da cozinha, fósforos, álcool) Acidentes de trânsito Afogamento Acidentes por animais peçonhentos	Os locais de brincar devem ficar distantes do trânsito. Ensinar as regras de trânsito e para andar de bicicleta. Ensinar a nadar.

K. IMUNIZAÇÕES

Em 1973, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Imunização (PNI), que vem se consolidando gradativamente nesses 30 anos com grande apoio e confiança da sociedade (MINAS GERAIS, 2004).

Além da vacinação de rotina, as campanhas, visando à erradicação da poliomielite e sarampo, ajudaram na obtenção de coberturas vacinais cada vez maiores. A imunização tem se mostrado o melhor programa da saúde pública, levando à queda acentuada da incidência das doenças infecciosas (MINAS GERAIS, 2004).

Para o desenvolvimento de suas ações, o Ministério da Saúde elaborou um conjunto de manuais, contendo informações sobre cada vacina contemplada no programa, assim como uma proposta de capacitação em sala de vacinas, rede de frio, eventos adversos e outros (MINAS GERAIS, 2004).

O quadro 20 apresenta o calendário de vacinação para as crianças:

QUADRO 21. CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA, CONFORME O PNI (BRASIL, 2010)

IDADE	VACINAS	DOSES
AO NASCER	BCG (1) HEPATITE B (.	DOSE ÚNICA 1ª DOSE
1 MÊS	HEPATITE B	2ª DOSE
2 MESES	POLIOMIELITE (. TETRAVALENTE(DTP+HIB) ROTAVÍRUS	1ª DOSE
3 MESES	PNEUMO 10 MENINGO C	1ª DOSE
4 MESES	POLIOMIELITE TETRAVALENTE(DTP+HIB) ROTAVÍRUS (4)	2ª DOSE
5 MESES	PNEUMO 10 MENINGO C	2ª DOSE
6 MESES	POLIOMIELITE TETRAVALENTE (DTP+HIB) HEPATITE B	3ª DOSE
7 MESES	PNEUMO 10 (5)	3ª DOSE
9 MESES	FEBRE AMARELA (6)	DOSE ÚNICA
1 ANO	VACINA TRÍPLICE VÍRAL	1ª DOSE
15 MESES	POLIOMIELITE TETRAVALENTE(DTP+HIB)	REFORÇO 1ª REFORÇO
18 MESES	PNEUMO 10 MENINGO C	REFORÇO
4 A 6 ANOS	DTP VTV	2ª REFORÇO 2ª DOSE

(*) Calendário sujeito a alterações conforme o perfil epidemiológico e determinações do Ministério da Saúde ou Secretaria de Estado da Saúde

Observações:

- (1) Caso não haja presença de cicatriz 6 meses após a aplicação, realizar a vacina 2 cm acima da 1ª dose, no braço direito.
- (. A primeira dose deve ser feita nas primeiras 12 horas na maternidade; Crianças prematuras com peso de nascimento igual ou inferior a 2000g, ou idade gestacional igual ou inferior a 34 semanas, recomenda-se o esquema 0,1,2,6 meses.
- (. A vacina Sabin e Rotavírus administradas oralmente devem ser aplicadas simultaneamente ou com intervalo mínimo de 30 dias entre elas; Se a criança, regurgitar, cuspir ou vomitar até 1 hora após a vacinação, repetir a dose.
- (4) Idade máxima para a 1ª dose é de 3 meses e sete dias, e da 2ª dose é 5 meses e 15 dias, não devendo ser aplicada além dessa idade; Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, NÃO repetir a dose; Aplicar simultaneamente com a Sabin ou com intervalo mínimo de 30 dias entre elas.
- (5) A vacina Pneumocócica 10v não pode ser aplicada simultaneamente com a Febre Amarela, deve-se dar um intervalo mínimo de 30 dias.
- (6) A vacina é indicada a partir dos 6 meses de idade para pessoas que residam ou que irão se deslocar para áreas endêmicas;

O intervalo de administração das vacinas de vírus vivos atenuados, quando não aplicados na mesma data, deve-se dar um intervalo de 30 dias. (Ex. tríplice viral, varicela, dupla viral e febre amarela).

As informações específicas de cada vacina estão no Manual de Imunização do PNI, nos livros textos indicados ou nas páginas eletrônicas do PNI, no endereço www.saude.gov.br/svs

As contra-indicações gerais

A evolução do conhecimento dos eventos adversos das vacinas e o aprimoramento dos métodos de produção têm reduzido o número de fatores que as contra-indica. São contra-indicações de aplicação de imunobiológicos:

- Processo febril agudo, se associado a uma doença grave;
- Alergia de natureza anafilática a um componente da vacina ou após uma dose anterior da mesma (MINAS GERAIS, 2004).

Os imunobiológicos de bactérias ou vírus vivos atenuados não devem ser administrados em pessoas:

1. Com imunodeficiência congênita ou adquirida. Pode haver proliferação do microorganismo atenuado, com o aparecimento de doenças, como, por exemplo, casos fatais de poliomielite e sarampo. A situação das crianças HIV positivas é abordada em protocolo específico
2. Com neoplasias;
3. Em tratamento com corticóides em doses imunossupressoras: 2 mg/kg/dia de prednisona para crianças com peso até 10 kg, ou mais de 20 mg por dia, em crianças maiores, por mais de duas semanas;
4. Em tratamento com outras terapêuticas imunodepressoras, como quimioterapia e radioterapia. (MINAS GERAIS, 2004)8)

São FALSAS contra-indicações:

- Doença aguda leve, com febre baixa;
- O uso de antimicrobianos;
- Reação local a uma dose prévia;
- História pregressa da doença contra a qual se vai vacinar, exceto varicela;
- Desnutrição;
- Vacinação contra raiva;
- Doença neurológica estável;
- Tratamento com corticóides, em doses não imunossupressoras;
- Alergias (exceto de natureza anafilática a algum componente da vacina);

- Gravidez da mãe ou de outro contato domiciliar;
- Prematuridade ou baixo peso ao nascimento. No caso da vacina BCG, recomenda-se aguardar até a criança atingir 2.000 g de peso. (MINAS GERAIS, 2004)8)

O adiamento da vacinação

As vacinas devem ser adiadas:

- Até a recuperação de doenças agudas graves;
- Um mês após o término de corticoterapia em dose imunossupressora;
- Três meses após suspensão de outros medicamentos imunossupressores;
- Após transplante de medula óssea, as vacinas vivas devem ser adiadas por dois anos e as outras, por um ano (ver protocolo específico);
- A interferência entre as vacinas vivas ainda é controversa. A recomendação atual é que se dê um intervalo mínimo de duas semanas entre a administração de vacinas virais vivas, exceto a da poliomielite;
- Uso de hemoderivados. Ocorre interferência na soroconversão de vacinas vivas atenuadas (MINAS GERAIS, 2004).

Em geral, recomenda-se:

- Entre o uso prévio de imunoglobulina e a administração de vacinas de vírus vivos um intervalo de três meses;
- Entre vacina de vírus vivos e a administração posterior de imunoglobulina um intervalo mínimo de duas semanas;
- Quando a imunoglobulina for administrada via endovenosa, os intervalos vão variar dependendo da dose, de 8 a 11 meses;
- Após a administração de concentrado de hemácias, deve-se aguardar 5 meses;
- Após o uso de sangue total, aguardar 6 meses;
- Após plasma ou plaquetas, 7 meses (MINAS GERAIS, 2004)9)

A imunização em situações especiais

Existem várias situações que causam imunossupressão em pacientes pediátricos:

- Uso de terapia imunossupressora como corticosteróides, antimetabólicos, radioterapia e outros;

- Asplenia anatômica ou funcional;
- Imunodeficiência congênita;
- Anemia falciforme;
- Leucemias e outras neoplasias;
- Infecção pelo HIV;
- Algumas doenças crônicas (renais, cardíacas ou pulmonares, diabetes melitus).
- De maneira geral, a recomendação é evitar o uso de agentes biológicos vivos ou atenuados de vírus ou bactérias em pacientes com evidências de imunossupressão clínica ou laboratorial, optando-se por vacinas inativadas ou imunização passiva. (MINAS GERAIS, 2004)9)

Esses pacientes devem ser encaminhados para os Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais, onde estarão disponibilizadas vacinas indicadas para essas situações e que não fazem parte do calendário básico de imunização.

Lembrar que:

- Em pacientes com desnutrição proteico-calórica, como há risco de infecções mais graves, a vacinação deve ser considerada prioridade, mesmo com o risco de se obter menor resposta que as crianças eutróficas. Todas as vacinas podem ser aplicadas.
- Para pacientes em uso de corticóide em dose imunossupressora, as vacinas de vírus vivo estão contra-indicadas. Se a prescrição for temporária, orienta-se adiar a vacinação por um mês. O uso tópico, em aerossóis, intra-articular ou oral em doses fisiológicas ou $< 2 \text{ mg/Kg/dia}$ de prednisona (ou equivalente) não contra-indicam a vacinação.
- Para pacientes com doenças crônicas (diabetes melitus, doenças renais, pulmonares ou cardíacas), a vacina antipneumocócica deve ser aplicada a partir dos dois anos de idade (a vacina conjugada 7 valente contra pneumococo é indicada a partir de 2 meses de idade; a vacina 23 valente, a partir de 2 anos de idade). A vacina anti-hepatite B deve ser administrada nos pacientes renais crônicos submetidos à diálise peritoneal ou hemodiálise, quando susceptíveis (MINAS GERAIS, 2004)9)

- Em caso de necessidade de utilização de algum imunobiológico especial deve ser preenchido o protocolo de solicitação de imunobiológico especial e enviado à Divisão de Vigilância Epidemiológica

LINHA 4 - PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A) ALEITAMENTO MATERNO

A1) A sua importância

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009 p.1).

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado, e o profissional de saúde tem um papel fundamental na reversão desse quadro (BRASIL, 2009 p.1).

Mas para isso ele precisa estar preparado, pois, por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem sucedido se ele não tiver um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros (BRASIL, 2009 p.1).

Esse olhar necessariamente deve reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a. Portanto, cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família (BRASIL, 2009 p.1).

É necessário que busque formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar uma prática saudável de aleitamento materno. O profissional precisa estar preparado para prestar uma assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças (BRASIL, 2009 p.1).

Já está devidamente comprovada, por estudos científicos, a superioridade do leite materno sobre os leites de outras espécies. São vários os argumentos em favor do aleitamento materno:

- Evita mortes infantis
- Evita Diarreia
- Evita infecção respiratória
- Diminui o risco de alergias
- Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes
- Reduz a chance de obesidade
- Proporciona melhor nutrição
- Produz efeito positivo na inteligência
- Melhora o desenvolvimento da cavidade bucal
- Protege a lactante contra câncer de mama
- Evita nova gravidez
- Menores custos financeiros para o orçamento da família
- Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho
- Melhor qualidade de vida (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

A2). Classificação da amamentação

O aleitamento materno costuma ser classificado em:

- **Aleitamento materno exclusivo** – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- **Aleitamento materno predominante** – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais¹.
- **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode

receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

- **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

(BRASIL, 2000).

A3). Duração da amamentação

Vários estudos sugerem que a duração da amamentação na espécie humana seja, em média, de dois a três anos, idade em que costuma ocorrer o desmame naturalmente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais (BRASIL 2009, p.1).

Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, pois a introdução precoce de outros alimentos está associada a:

- Maior número de episódios de Diarreia;
- Maior número de hospitalizações por doença respiratória;
- Risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como, por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos;
- Menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco;
- Menor eficácia da lactação como método anticoncepcional;
- Menor duração do aleitamento materno (BRASIL 2009, p.1).

No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes. Estima-se que dois copos (500ml) de leite materno no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia. Além disso, o leite materno continua protegendo contra doenças infecciosas (BRASIL, 2004).

Uma análise de estudos realizados em três continentes concluiu que quando as crianças não eram amamentadas no segundo ano de vida elas tinham uma chance quase duas vezes maior de morrer por doença infecciosa quando comparadas com crianças amamentadas (BRASIL, 2009 p.1).

A4) Produção do leite materno

As mulheres adultas possuem, em cada mama, entre 15 e 25 lobos mamários, que são glândulas túbulo-alveolares constituídas, cada uma, por 20 a 40 lóbulos. Estes, por sua vez, são formados por 10 a 100 alvéolos. Envolvendo os alvéolos, estão as células mioepiteliais e, entre os lobos mamários, há tecido adiposo, tecido conjuntivo, vasos sanguíneos, tecido nervoso e tecido linfático (BRASIL, 2009 p.1).

O leite produzido nos alvéolos é levado até os seios lactíferos por uma rede de ductos. Para cada lobo mamário há um seio lactífero, com uma saída independente no mamilo(BRASIL, 2009 p.1).

A mama, na gravidez, é preparada para a amamentação (lactogênese fase I) sob a ação de diferentes hormônios. Os mais importantes são o estrogênio, responsável pela ramificação dos ductos lactíferos, e o progestogênio, pela formação dos lóbulos (BRASIL, 2009 p.1).

Outros hormônios também estão envolvidos na aceleração do crescimento mamário, tais como lactogênio placentário, prolactina e gonadotrofina coriônica. Apesar de a secreção de prolactina estar muito aumentada na gestação, a mama não secreta leite nesse período graças a sua inibição pelo lactogênio placentário(BRASIL, 2009 p.1).

Com o nascimento da criança e a expulsão da placenta, há uma queda acentuada nos níveis sanguíneos maternos de progestogênio, com consequente liberação de prolactina pela hipófise anterior, iniciando a lactogênese fase II e a secreção do leite. (BRASIL, 2009 p.1).

Há também a liberação de ocitocina durante a sucção, hormônio produzido pela hipófise posterior, que tem a capacidade de contrair as células mioepiteliais que envolvem os alvéolos, expulsando o leite neles contido(BRASIL, 2009 p.1).

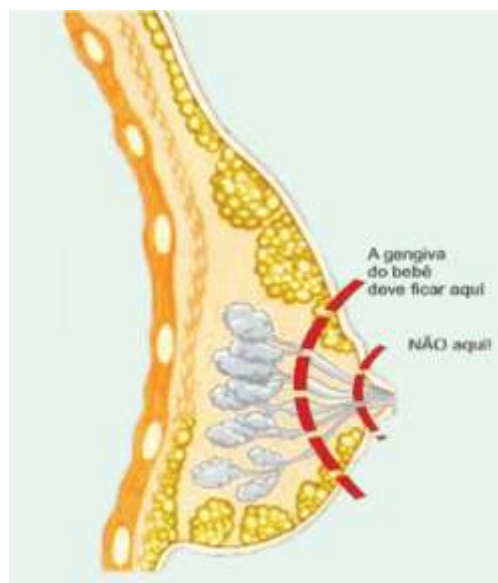
A produção do leite logo após o nascimento da criança é controlada principalmente por hormônios e a “descida do leite”, que costuma ocorrer até o terceiro ou quarto dia pós-parto, ocorre mesmo se a criança não sugar o seio(BRASIL, 2009 p.1).

Após a “descida do leite”, inicia-se a fase III da lactogênese, também denominada galactopoiese. Essa fase, que se mantém por toda a lactação, depende principalmente da sucção do bebê e do esvaziamento da mama. Quando, por qualquer motivo, o esvaziamento das mamas é prejudicado, pode haver uma diminuição na produção do leite, por inibição mecânica e química. O leite contém os chamados “peptídeos supressores da lactação”, que são substâncias que inibem a produção do leite. A sua remoção contínua com o esvaziamento da mama garante a reposição total do leite removido. (BRASIL, 2009 p.1.

Grande parte do leite de uma mamada é produzida enquanto a criança mama, sob o estímulo da prolactina. A ocitocina, liberada principalmente pelo estímulo provocado pela sucção da criança, também é disponibilizada em resposta a estímulos condicionados, tais como visão, cheiro e choro da criança, e a fatores de ordem emocional, como motivação, autoconfiança e tranquilidade (BRASIL, 2009 p.1.

Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo, a insegurança e a falta de autoconfiança podem inibir a liberação da ocitocina, prejudicando a saída do leite da mama. Nos primeiros dias após o parto, a secreção de leite é pequena, menor que 100ml/ dia, mas já no quarto dia a nutriz é capaz de produzir, em média, 600ml de leite (BRASIL, 2009 p.1.

FIGURA 11 - ESTRUTURA DA MAMA (BRASIL, 2009 p.18)



A5) Características e funções do leite materno

Apesar de a alimentação variar enormemente, o leite materno, surpreendentemente, apresenta composição semelhante para todas as mulheres que amamentam do mundo. Apenas as com desnutrição grave podem ter o seu leite afetado na sua qualidade e quantidade.

Nos primeiros dias, o leite materno é chamado colostro, que contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro, ou seja, o leite secretado a partir do sétimo ao décimo dia pós-parto. O leite de mães de recém-nascidos prematuros é diferente do de mães de bebês a termo (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Veja no quadro 21 as diferenças entre colostro e leite maduro, entre o leite de mães de prematuros e de bebês a termo e entre o leite materno e o leite de vaca. Este tem muito mais proteínas que o leite humano e essas proteínas são diferentes das do leite materno. A principal proteína do leite materno é a lactoalbumina e a do leite de vaca é a caseína, de difícil digestão para a espécie humana (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

QUADRO 22 – COMPOSIÇÃO DO COLOSTRO E DO LEITE MATERNO MADURO DE MÃES DE CRIANÇAS A TERMO E PRÉ-TERMO E DO LEITE DE VACA (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Nutriente	Colostro (3–5 dias)		Leite Maduro (26–29 dias)		Leite de vaca
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo	
Calorias (kcal/dL)	48	58	62	70	69
Lipídios (g/dL)	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
Proteínas (g/dL)	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
Lactose (g/dL)	5,1	5,0	6,5	6,0	4,8

A concentração de gordura no leite aumenta no decorrer de uma mamada. Assim, o leite do final da mamada (chamado leite posterior) é mais rico em energia (calorias) e sacia melhor a criança, daí a importância de a criança esvaziar bem a mama (CASTRO; ARAÚJO, 2006). O leite humano possui numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções. A IgA secretória é o principal anticorpo, atuando contra microorganismos presentes nas superfícies

mucosas. Os anticorpos IgA no leite humano são um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios da mãe, ou seja, ela produz anticorpos contra agentes infecciosos com os quais já teve contato, proporcionando, dessa maneira, proteção à criança contra os germes prevalentes no meio em que a mãe vive (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

A concentração de IgA no leite materno diminui ao longo do primeiro mês, permanecendo relativamente constante a partir de então. Além da IgA, o leite materno contém outros fatores de proteção, tais como anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bífido. Este favorece o crescimento do *Lactobacillus bifidus*, uma bactéria não patogênica que acidifica as fezes, dificultando a instalação de bactérias que causam Diarreia, tais como *Shigella*, *Salmonella* e *Escherichia coli*. Alguns dos fatores de proteção do leite materno são total ou parcialmente destruídos pelo calor, razão pela qual o leite humano pasteurizado (submetido a uma temperatura de 62,5 °C por 30 minutos) não tem o mesmo valor biológico que o leite cru (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

B) ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS

B1) Crianças de 0-6 meses

Crianças que podem ser amamentadas

- Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde o aleitamento materno exclusivo é recomendado por seis meses e deve ser complementado até os dois anos ou mais, por apresentar uma série de benefícios: evita mortes infantis, Diarreias, infecções respiratórias, diminui o risco de alergias, hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz a chance de obesidade além de suprir as necessidades nutricionais da criança. (BRASIL; OMS, 2004)

Importante saber:

- O leite dos primeiros dias pós-parto, chamado de colostro (de coloração amarelo transparente), é produzido em pequena quantidade, sendo o ideal nos primeiros



dias de vida, principalmente se o bebê for prematuro. O colostro tem alto teor de proteínas, que ajudam no crescimento e desenvolvimento, e menos gordura. Funciona como uma vacina protegendo o recém-nascido.

- É recomendado que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama (amamentação em livre demanda). Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de 8 a 12 vezes ao dia.

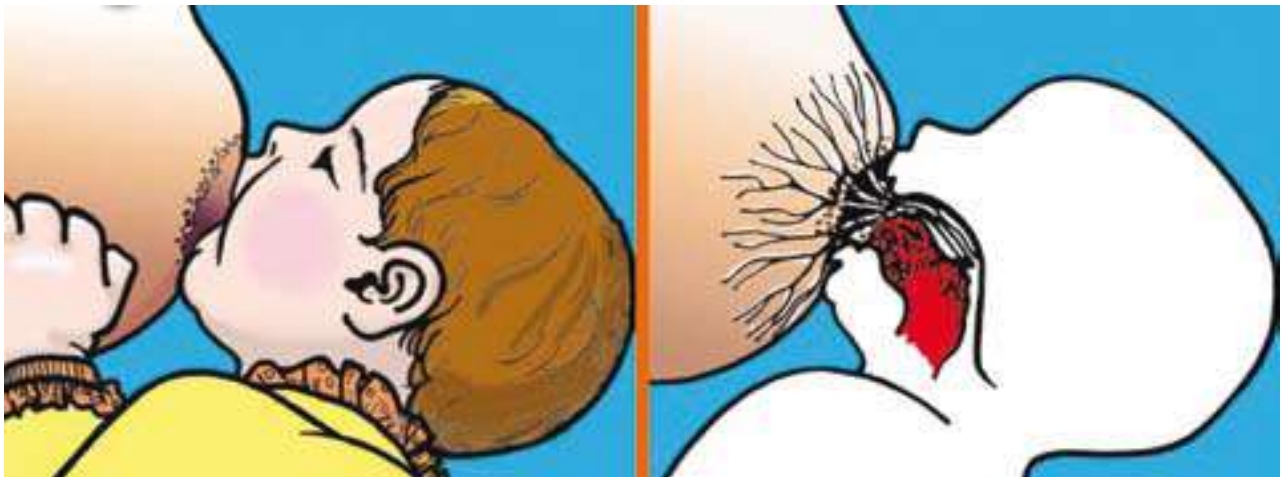
- O tempo de duração das mamadas varia, porém deve ser suficiente para que a criança esvazie adequadamente a mama. Dessa forma, é possível garantir que a criança consuma o leite do final da mamada que é mais rico em gordura (leite posterior), promovendo sua saciedade e ganho de peso adequado.

- O leite materno contém quantidade de água suficiente para as necessidades do bebê, mesmo em dias muito quentes. A oferta de água, chá ou qualquer outro alimento sólido ou líquido antes dos seis meses pode prejudicar a mamada do bebê, fazendo com que ele mame menos leite materno e atrapalhe a produção de leite e o esvaziamento adequado da mama.

- Esses líquidos quando oferecidos em mamadeiras ou chuquinhas representam um meio de contaminação podendo influenciar negativamente a amamentação. O uso interfere no desenvolvimento da musculatura da boca e consequentemente na capacidade de sucção da criança e aumenta o risco da criança adoecer caso a mamadeira não seja adequadamente higienizada. Além disso, o bebê pode engolir ar enquanto estiver mamando o que pode provocar cólicas. Por esses motivos a mamadeira deve ser evitada.

- A oferta de outros bicos confunde o bebê na hora de mamar, isso poderá dificultar a pega correta do peito da mãe pelo bebê (QUADRO 1), prejudicando a esvaziamento total da mama. Há um risco três vezes maior do bebê deixar de mamar quando se introduz a chupeta, mamadeiras ou a chuquinha (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

FIGURA 12 - PEGA ADEQUADA (BRASIL, 2009 p.2.



- Quando o bebê pega a mama adequadamente, o que requer uma abertura ampla da boca, abocanhando não apenas o mamilo, mas também a parte da aréola, forma-se um lacre perfeito entre a boca e a mama, garantindo a formação do vácuo indispensável para que o mamilo e a aréola se mantenham dentro da boca do bebê (CASTRO; ARAÚJO, 2006).
- A língua eleva suas bordas laterais e a ponta, formando uma concha (canolamento) que leva o leite até a faringe posterior e esôfago, ativando o reflexo de deglutição. A retirada do leite (ordenha) é feita pela língua, graças a um movimento peristáltico rítmico da ponta da língua para trás, que comprime suavemente o mamilo. Enquanto mama no peito, o bebê respira pelo nariz, estabelecendo o padrão normal de respiração nasal (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

FIGURA 13 - PEGA INADEQUADA (BRASIL, 2009 p.2.



- A má pega dificulta o esvaziamento da mama, levando a uma diminuição da produção do leite. Muitas vezes, o bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obter o leite anterior, mais líquido, rico em água e sais minerais, mas tem dificuldade de retirar o leite posterior, mais calórico e consistente (CASTRO; ARAÚJO, 2006).
- Além de dificultar a retirada do leite, a má pega machuca os mamilos. Quando o bebê tem uma boa pega, o mamilo fica em uma posição dentro da boca da criança que o protege da fricção e compressão, prevenindo, assim, lesões mamilares (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

Sinais que indicam que a criança está mamando de forma correta:

- O pescoço de bebê está ereto ou um pouco curvado para trás, sem estar distendido;
- O corpo da criança deve estar voltado para mãe;
- A barriga do bebê deve estar encostada na barriga da mãe;
- A boca do bebê deve estar bem aberta, o queixo tocando o seio, lábio inferior virado para fora, mais aréola visível acima da boca do bebê e ao amamentar a mãe não sente dor no mamilo;
- Se as mamas não forem esvaziadas de modo adequado elas ficam ingurgitadas (muito cheias) e o leite poderá empedrar, causando dor, desconforto para a mãe e pode diminuir a produção de leite.

- É aconselhável deixar o bebê mamar até esgotar a peito por completo, isso ajuda que o bebê mame o leite posterior (com gordura) e diminuirá o risco de ingurgitamento das mamas.
- Se na última mamada o bebê mamou nos dois peitos e o segundo não foi esgotado por completo, na próxima mamada é aconselhável começar pelo peito que foi dado por último ao bebê. Isso contribuirá para que o peito produza bastante leite.
- O tempo para esvaziamento da mama depende de cada bebê e da sua idade. Geralmente o bebê suga uma vez por segundo e leva, em média, de 10 a 30 minutos para esvaziar a mama nos primeiros dois meses de vida. Após os dois meses, a mamada se torna mais eficiente e rápida e demora entre 5 a 20 minutos podendo variar de acordo com o bebê e com a situação do momento.
- Não existe leite fraco, tanto seios grandes como seios pequenos produzem leite e em quantidade certa para o bebê. O que aumenta a produção de leite é o bebê mamar corretamente.
- Caso após amamentar o seio continue com muito leite e o bebê já estiver satisfeito ou for o caso da mãe tiver que voltar a trabalhar e não quer deixar de dar o leite materno a criança, a mãe poderá esgotar a mama utilizando o processo de ordenha (quadro . e seguir o processo de armazenamento (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

FIGURA 14 - PROCEDIMENTOS PARA A ORDENHA (CURITIBA, 2007 p.21)



CERTO



ERRADO

- 1º) Procurar um local tranquilo.
- 2º) Prender os cabelos e/ou usar touca.
- 3º) Lavar muito bem as mãos, até o cotovelo, com água e sabão.
- 4º) Acomodar-se em posição confortável, de preferência apoiando as costas.
- 5º) Massagear a aréola com movimentos circulares, na transição entre a pele escura e a pele clara.

6º) Apoiar a mama com a mão em concha, o polegar acima da aréola e o indicador abaixo desta.

7º) Fazer uma leve pressão para trás e para frente, com movimentos de aperta e solta. Dessa maneira, o leite vai sair em gotas e logo em seguida em jatos.

8º) Evitar falar durante a ordenha, para evitar contaminação do leite ordenhado.

9º) Armazenar o leite em um frasco de vidro, com tampa de plástico, sem rótulos e sem papelão sob a tampa e que foi esterilizado, isto é, lavado e fervido durante 20 minutos. Se for congelar o leite, deixe 2 cm de distância entre o leite e a tampa, para evitar que o frasco estoure.

10º) O frasco deverá ser etiquetado, contendo o nome do bebê e a data de início da coleta do leite (CURITIBA, 2007 p.21)

Armazenamento e descongelamento:

- Guarde o leite materno em um recipiente esterilizado e armazene logo em seguida na geladeira.

- Colocar etiqueta como a data da coleta.

- Se armazenado em geladeira o leite materno tem validade de 12 horas e em congelador validade de 15 dias.

- para o descongelamento deve ser escolhido o leite com a data da coleta mais antiga e seguir os passos abaixo:

1º) Descongelar o leite materno em banho-maria (não deixe a água ferver), procurando observar o descongelamento. Assim que restar uma pequena bola de leite congelado no frasco, começar a girar o frasco delicadamente para que o leite descongele uniformemente.

2º) Separar a quantidade de leite que seu bebê irá tomar e aquecer em banho-maria. Se o bebê não tomar todo o leite que foi aquecido, não utilizar novamente – jogar fora o que sobrou.

3º) O restante do leite descongelado que não foi reaquecido tem validade de 12 horas e deve ficar armazenado dentro da geladeira (não colocar o leite materno na porta da geladeira). Após as 12 horas, se o leite não foi utilizado deverá ser desprezado (CURITIBA, 2007 p.2).

NÃO ESQUEÇA:

- A mãe que amamenta deve ter uma alimentação saudável, incluindo arroz, feijão, carne, leite, frutas, verduras e legumes, pães e cereais integrais. Deve evitar alimentos com excesso de sal. Deve tomar água sempre que sentir sede, pois a água ajuda a estimular a produção de seu leite. Tenha sempre uma garrafinha com água para ir tomando enquanto amamenta.
- Ao amamentar a mãe não deve ficar cansada, as costas precisam estar apoiadas em um sofá ou poltrona e o bebê apoiado sobre o colo materno, o uso de almofadas ou travesseiros pode ser útil.
- A introdução precoce (antes dos seis meses) de alimentos complementares não traz vantagens e pode, inclusive, acarretar prejuízos à saúde da criança.
- A alimentação artificial apresenta riscos, pois muitas vezes a diluição é inadequada, devido falta de recursos das mães, que buscam maior rendimento do leite, além do alto custo. Fórmulas ou leites fluídos, muito diluídos ou muito concentrados são prejudiciais para a criança por influenciarem no ganho de peso (CURITIBA, 2007 p.17)

Crianças que não podem ser amamentadas

- O Ministério da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até o seis meses, mas contra-indica o aleitamento quando este contém microorganismos ou substâncias que põem em risco a saúde e a vida da criança causando, em algumas situações, a instalação de doenças incuráveis.
- **Algumas condições maternas infecciosas que contra-indicam o aleitamento materno:** vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus Herpes simples e Herpes Zoster (lesão da mama), vírus da varicela, vírus da hepatite C, hanseníase, Doença de Chagas.
- **Na impossibilidade de amamentação exclusiva, a mãe deve procurar orientação de um profissional de saúde (nutricionista, enfermeiro ou médico pediatra).**
- **Nesses casos, a primeira opção para substituir o leite materno é o leite materno do Banco de Leite Humano mais próximo e acessível. Como segunda opção existem as fórmulas infantis industrializadas e por último o leite integral de vaca em pó ou líquido diluído.**
- Para a adequada escolha do leite devem ser considerados também o preço e a composição nutricional a qual deve atender as necessidades específicas da criança.

Caso a família não tenha condições para adquirir o leite, cabe ao profissional de saúde orientá-la quanto a outras possibilidades.

- O condicionamento e armazenamento do leite devem ser de acordo com as informações da embalagem, bem como a diluição.
- É imprescindível o cuidado com a higiene pessoal e dos utensílios utilizados no preparo para evitar contaminação.
- O momento da alimentação deve ser tranquilo e possibilitar a troca de carinho entre a criança e a mãe, ou o pai ou com quem quer que esteja alimentando a criança

(BRASIL, 2004)

Tipos de leite

- *Fórmula infantil*: consiste em um produto em pó, modificado para atender as necessidades da criança de acordo com a idade. Existem dois tipos, sendo que uma é indicada para crianças menores de 6 meses e outra, para maiores de 6 meses. Com o uso da fórmula infantil não é necessário a suplementação de ferro e vitaminas, nem outros alimentos antes dos 4 meses de idade.
- *Leite integral em pó*: é um leite em pó que deverá ser diluído corretamente, sendo que a quantidade varia de acordo com o apetite da criança e indicação do pediatra ou nutricionista.
- *Leite integral líquido*: Existem dois tipos de leite integral líquido. Um deles é o leite pasteurizado, o qual consiste em um leite na forma líquida que deverá ser armazenado refrigerado, devendo ser consumido em um período máximo de 1 dia (24 horas). O outro tipo é o leite UHT (longa vida) também na forma líquida que pode ser conservado em temperatura ambiente até o momento da abertura da embalagem. Após aberto, conservar em geladeira e consumir em até 24hrs. Este leite pode ser apenas aquecido antes de ser oferecido à criança, conforme diluição adequada (vida adiante) (BRASIL, 2004)

QUADRO 23 - DILUIÇÃO DO LEITE INTEGRAL (BRASIL, 2004)

FÓRMULA INFANTIL
As instruções do fabricante, contidas na lata, devem ser seguidas rigorosamente.
LEITE INTEGRAL EM PÓ
Para cada 100ml de leite, os seguintes procedimentos devem ser adotados: - Ferver aproximadamente 120 ml de água; - Medir em uma vasilha graduada, 30 ml de água fervida; - Esperar a água atingir a temperatura ambiente e acrescentar 1 colher de sobremesa (para menores de 4 meses) ou 1 colher de sopa (para maiores de 4 meses) de leite em pó; - Bater com o garfo para dissolver todo o pó, evitando a formação de grumo- Acrescentar água, previamente fervida, até completar os 100 ml. - Acrescentar 1 colher de chá de açúcar e 1 colher de chá de farinha de milho, ou de arroz ou de aveia na mistura; - Levar tudo ao fogo para cozinhar, deixando ferver por 4-5 minutos; - Retirar do fogo, deixar amornar e acrescentar 1 colher de chá de óleo vegetal.
LEITE INTEGRAL FLUÍDO (LÍQUIDO):
Para cada 100ml de leite, os seguintes procedimentos devem ser adotados: - Ferver aproximadamente 30 ml de água; - Medir em uma vasilha graduada, 70 ml do leite integral fluído/líquido; - Misturar a água e o leite; - Acrescentar 1 colher de chá de açúcar e 1 colher de chá de farinha de milho, ou de arroz ou de aveia na mistura; - Levar ao fogo para cozinhar, deixando ferver por 4-5 minutos; - Retirar do fogo, deixar amornar e acrescentar 1 colher de chá de óleo vegetal.

Crianças que recebem leite integral

- Do 2º ao 4º mês de vida deverá receber 100ml de suco de fruta rico em vitamina C, sem açúcar, apenas uma vez por dia. O consumo acima de 100ml pode comprometer a ingestão de leite.

- A suplementação de vitamina C deve ocorrer somente quando recomendada por nutricionista ou pediatra.
- A água oferecida para consumo da criança deverá ser previamente filtrada e/ou fervida, a não ser que seja mineral. Na temperatura ambiente será oferecida nos intervalos das refeições.
- A partir dos 4 meses de idade, além do leite, outros alimentos devem ser oferecidos à criança: papas de frutas e papas salgadas (ver pág. 84) (BRASIL, 2004)
- O volume de leite e a frequência deverá ser de acordo com a idade da criança:

FIGURA 15 – NECESSIDADE ALIMENTAR DA CRIANÇA DE 0 A 8 MESES, POR FAIXA ETÁRIA (BRASIL, 2004 p.15)

Idade	Volume	Número de refeições / dia
Do nascimento a 30 dias	60 - 120 ml 	6 a 8 refeições de leite. Oferecer água nos intervalos das refeições.
30 - 60 dias (1 a 2 meses)	120 - 150 ml 	6 a 8 refeições de leite. Oferecer água nos intervalos das refeições.
2 - 4 meses	150 - 180 ml 	5 - 6 refeições de leite. Oferecer 100 ml de suco de fruta (1 vez ao dia) e água nos intervalos das refeições para as crianças que estiverem usando leite integral (em pó ou líquido).
4 - 8 meses	180 - 200 ml 	5-6 refeições de leite, acrescidas de outros alimentos utilizados em preparações como: papas, purês, ou misturados a frutas, cereais ou tubérculos (Ver o Capítulo 3, Quadro 6, p.23).

B. CRIANÇAS DE 6 MESES A 2 ANOS

A partir deste período já é indicada a introdução de novos alimentos (chamada de alimentação complementar) para suplementar o aleitamento materno porque:

- A partir desta fase o leite materno não supre mais TODAS as necessidades do bebê, mas continua a ser uma das principais fontes de energia e vitaminas para seu filho e deve continuar a ser oferecido até os dois anos de idade ou mais;
- Além de suprir as necessidades nutricionais, a introdução da alimentação complementar aproxima progressivamente a criança aos hábitos alimentares de quem cuida dela e exige todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e sabores;
- O organismo da criança está finalmente preparado para novos hábitos. Por exemplo, a musculatura do pescoço está firme, o que proporciona que sentada a criança se alimente sem dificuldades, o sistema nervoso maduro ajuda com que ela não se engasgue e saiba lidar com as novas texturas dos alimentos;
- O trato digestório começa produzir todas as enzimas necessárias para digerir de forma correta outros alimentos além do leite materno;
- Porém esta fase nem sempre é tão tranquila, pois algumas vezes surgem muitas dúvidas, insegurança por parte da mãe e rejeição da criança aos novos alimentos.
- A criança está em fase de adaptação para novos gostos e texturas que antes não conhecia e agora está “descobrimdo”. A estratégia nesta fase é estimulá-la gradualmente (isso é, aos poucos) com alimentos de texturas mais parecidas com a do leite para finalmente, aos mais sólidos, etc.
- No início a quantidade que a criança ingere é pequena e a mãe pode oferecer o peito logo após as refeições;
- Há crianças que se adaptam facilmente a essa nova etapa e aceitam bem os novos alimentos, outras precisam de mais tempo o que não deve ser motivo de ansiedade e angústia para as mães;
- A criança pode rejeitar as primeiras ofertas de alimentos, pois tudo é novo: a colher, as formas dos alimentos e os sabores. A criança deve provar um pedacinho e caso ela não queira comer e cuspa o alimento, não insistir. Deve-se esperar alguns dias e oferecer novamente esse alimento, preparado de forma diferente. Tentar pelo menos de 8 a 10 vezes, em dias diferentes e preparados de outras formas;
- A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da

criança. A refeição deve ser feita à mesa, para mostrar a criança que existe horário e lugar certo para fazer as refeições;

- O ambiente deve ser tranquilo, sem discussões e sem gritos. Evitar ligar a televisão, pois o hábito de comer assistindo TV ou fazendo outra atividade impede que as pessoas prestem atenção na quantidade de alimentos que estão comendo (BRASIL, 2004)

Como oferecer a alimentação complementar a criança:

- Se a criança ainda esta mamando no peito, dos 6 aos 7 meses oferecer 3 refeições por dia com alimentos complementares, mais o leite materno. Estas refeições se constituem de duas papas de frutas (frutas amassadas) e uma papa salgada que deve ser preparada com um vegetal ou legume, um cereal ou tubérculo (aipim, batata, inhame) e uma carne ou víscera ou leguminosas

- O primeiro passo é, aos 6 meses, iniciar com suco de frutas, de preferência o **suco de laranja lima sem açúcar**, que pode ser dado após as mamadas principais. O ideal é oferecer num copinho (por exemplo: em um copinho de vidro e pequeno), cerca de 30 mL, porém respeitando a quantidade que seu bebê aceitar.

- Continuar com o suco entre as mamadas durante 3 a 7 dias. Após a aceitação do suco, incluir a papa doce. Entenda-se papa doce como papa de frutas, cereais e verduras mais adocicadas.

- Cada fruta/verdura deve ser oferecida **em separado** (uma por vez), e após a aprovação do bebê, misturar duas frutas/verduras na mesma papa. Pode ser oferecida a tarde, como um lanche (sempre entre as mamadas!) (BRASIL, 2004)

Exemplos das primeiras papinhas

CREME DE ARROZ – rende 8 porções

2 colheres de flocos de arroz

150 mL de água ou leite (fórmula) ou leite materno

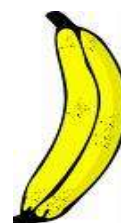
Ferva os flocos de arroz com água ou leite,

abaixe o fogo e cozinhe por 10 minutos

ou até engrossar. Passe em uma peneira.

Dilua com leite (fórmula) ou leite materno.

(COLOMBO, 2010)



PAPINHA DE MAÇÃ OU PÊRA– rende 4 porções

1 maçã sem casca picada

1 colher de sopa de água

Leve a maçã e a água para ferver uma panela tampada, cozinhando até amolecer - acrescentar mais água se necessário. Amasse a maçã na água do cozimento e passe na peneira (de malha grossa, de preferência). Dilua com leite fórmula ou leite materno.

OBS. Pode-se usar banana também, porém não precisa cozinhar, apenas amassar bem.

(COLOMBO, 2010)

PAPINHA DE BATATA – rende 8 porções

1 batata média sem casca

100 mL de água

Ferva a água em uma panela e coloque a batata picada. Tampe e deixe cozinhar por 10 minutos. Amasse a batata com a água do cozimento. Dilua com leite fórmula ou leite materno.

Pode-se acrescentar cenoura ou ervilha, após a criança aceitar a batata sozinha.

Para variar, pode-se usar no lugar da batata: batata doce, batata salsa ou abóbora.

(COLOMBO, 2010)

Seguem mais alguns exemplos de papas, de consistência mais pastosa:

MINGAU DE AVEIA COM PAPA DE FRUTAS – rende 1 porção

4 colheres de sopa de mingau de aveia fina (4 colheres de aveia para 200mL de água ou leite artificial, aproximadamente)

2 colheres de sopa de papinha de fruta (maçã, banana, etc)

Misturar as preparações e oferecer a criança.

(COLOMBO, 2010)

ERVILHA COM CENOURA – rende 8 porções

4 colheres de sopa de lentilha

1 batata média em cubos



1 cenoura grande em cubos

200 mL de água

Suco de ½ laranja

Lave e escorra a lentilha, coloque todos os ingredientes, exceto a laranja, numa panela e tampe. Deixe ferver, baixe o fogo e cozinhe por 30 minutos ou até os legumes e a lentilha ficarem macios. Passe na peneira e incorpore o suco de laranja.

(COLOMBO, 2010)

CREME DE BATATA SALSA COM TOFU (“queijo de soja”)

100 mL de água

1 batata salsa descascada

1 batata inglesa descascada

75g de tofu

Suco de ½ laranja

Ferva a água, junte as batatas cortadas e cozinhe até ficar macio. Passe todos os ingredientes na peneira e sirva.

→ A batata salsa pode ser substituída por aipim

(COLOMBO, 2010)

IMPORTANTE: as papinhas podem ser guardadas na geladeira apenas de um dia para o outro. Se for congelar, use em no máximo 10 dias. Para descongelar faça banho-maria ou use microondas. Após descongelar, ferva a papinha e espere esfriar para poder servir.

OBS. Ao provar as papinhas, pode-se pensar que estão sem gosto ou insonsas, mas essa sensação serve apenas para os adultos, que já possuem o paladar viciado. Para o bebê são sabores nunca antes sentidos, e extremamente saborosos. Assim, devemos **evitar o sal e o açúcar antes de 1 ano de idade!**

- Quando a aceitação das papas doces estiver boa, inclui-se as papas salgadas, em torno de 20 a 30 dias após o primeiro suco, ou seja, próximo aos 7 meses de idade.

- Oferecer a papa salgada primeiramente no almoço;

- Os legumes devem ser oferecidos em separado e após aprovação pelo bebê misturar a outros alimentos

- A carne deve ser cozida, bem desfiada e misturada a papa. Faça opções magras, como peito de frango, de peru, patinho - uma colher de sopa rasa por dia é suficiente. Servir apenas no almoço, por enquanto.

- Para temperar, use apenas cebola e óleo de soja.
- A partir do oitavo mês começar a oferecer duas papas salgadas – oferecer uma papa salgada também no jantar (COLOMBO, 2010)

Exemplos de papas salgadas

COZIDO DE CARNE – rende 8 porções

1 colher de sopa de farinha de trigo

2 colheres de sopa de azeite

225 g de coxão mole em cubos

½ cebola em fatias

150 mL de caldo de legumes

(natural – utilizar o caldo proveniente do cozimento de outros legumes)

1 cenoura pequena em cubos

2 batatas inglesas em cubos

½ batata salsa em fatias

Ponha a farinha numa tigela e passe os cubos de carne. Em uma frigideira refogue a cebola, junte a carne e mexa por 3 minutos. Junte o caldo e deixe ferver. Coloque os legumes e deixe cozinhar até a carne ficar bem macia. Amasse com um garfo.

(COLOMBO, 2010)

PURÊ DE AIPIM, ABOBRINHA E FRANGO – rende 5 porções

2 colheres de sopa de peito de frango picado

1 colher de sobremesa de óleo de soja

1 colher de chá de cebola ralada

1 aipim médio (150g)

½ abobrinha pequena (60-80g)

Numa panela pequena, aquecer o óleo e refogar rapidamente a cebola e o frango. Acrescentar o aipim e a abobrinha picados e mais 2 copos de água (400mL). Deixar cozinhar até que os ingredientes estejam macios e quase sem água. Se necessário acrescentar mais água. Amassar com um garfo.

→ o aipim pode ser substituído por batata salsa e batata doce

(COLOMBO, 2010)

PRIMEIRO MACARRÃO A BOLONHESA – rende 6 porções

1 colher de sopa de óleo

½ cebola picada

1 cenoura ralada

125g de carne moída

3 colheres de polpa de tomate

100 mL de caldo de legumes (natural)

125g de macarrão pequeno (letrinha, estrelinhas, conchinha,...)



Refogue a cebola no óleo até ficar transparente. Junte a cenoura, a carne e deixe dourar. Incorpore (misture) a polpa de tomate, o caldo de legumes e deixe ferver por 15 minutos. Bata no liquidificador. Cozinhe o macarrão a parte e sirva com o molho.

→ essa receita também pode ser feita com polenta, substituindo o macarrão

(COLOMBO, 2010)

- A partir dos doze meses, acrescentar as três refeições diárias mais dois lanches por dia, com fruta ou mingau no prato

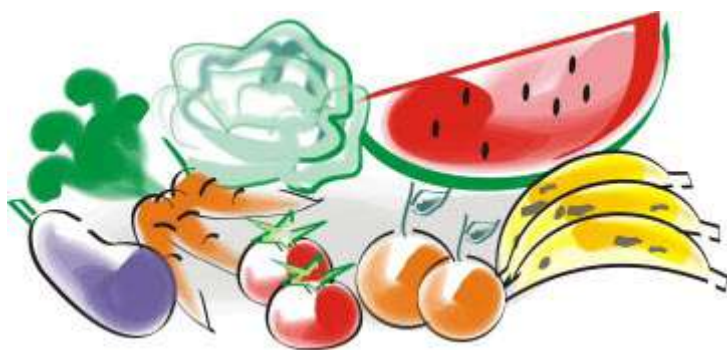
- Se a criança não estiver recebendo leite materno oferecer 5 refeições por dia, com alimentos complementares, desde os quatro meses de vida: fruta duas vezes ao dia em forma de purê e duas papas salgadas ao dia, além do mingau com farinha, cereal ou amido;

(COLOMBO, 2010)

QUADRO 24- ESQUEMA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS QUE ESTÃO EM ALEITAMENTO MATERNO (COLOMBO, 2010)

Após completar 6 meses	Após completar 8 meses	Após completar 12 meses
• Aleitamento materno sob livre demanda • 1 papa de frutas no meio da manhã • 1 papa salgada no final da manhã • 1 papa de frutas no meio da tarde	• Aleitamento materno sob livre demanda • 1 papa de frutas no meio da manhã • 1 papa salgada no final da manhã • 1 papa de frutas no meio da tarde • 1 papa salgada no final da tarde	• Aleitamento materno sob livre demanda • 1 refeição pela manhã (pão, fruta com aveia) • 1 fruta • 1 refeição básica da família no final da manhã • 1 fruta • 1 refeição básica da família no final da tarde

- Não é necessário adicionar açúcar a refeição da criança, o melhor é habituar a criança com os sabores naturais das frutas, pois elas passam a gostar dos alimentos da maneira como são apresentados pela primeira vez;
- A quantidade que deve ser dada a criança é de acordo com o apetite da criança, no início poucas colheradas é suficiente e, aos poucos, a quantidade vai aumentando;
- Dar sempre que possível duas frutas diferentes por dia, para que a criança possa receber todas as vitaminas necessárias para seu crescimento e desenvolvimento (COLOMBO, 2010)



- De preferência a frutas e verduras da época, são mais baratos, frescos e nutritivos;
- Procure variar a comida, isso garantirá o fornecimento adequado de vitaminas e minerais;
- Colocar na papa salgada uma carne ou víscera, que contem ferro, que ajuda na prevenção da anemia. Quando não for possível colocar a carne na papa salgada, é recomendável oferecer 50 a 100 ml de suco de frutas cítricas logo após a refeição. Isso ajudará na absorção do ferro contido nos vegetais verde-escuros ou nas leguminosas (COLOMBO, 2010)

Dicas:

- Para a papa salgada cozinhar os alimentos em pouca água, sem temperos e oferecidos amassados com o garfo e, de preferência, não misturá-los no prato. Deixar cada alimento visível para a criança conhecer o que está comendo;
- Não bater no liquidificar ou peneirar porque esse tipo de papa não estimula a mastigação, não permite que a criança conheça todos os sabores e a papinha perde nutrientes;
- Os alimentos complementares devem ser oferecidos com colher ou copo, não oferecer em mamadeiras ou chuquinhas;
- É importante que a criança receba nos intervalos das refeições água pura filtrada ou fervida ou água mineral;
- não oferecer, como refeição, alimentos líquidos (sopas) e sucos, pois são de baixa densidade calórica;
- Não adicionar sal na papa salgada até a criança completar um ano de idade, a criança precisa conhecer o sabor natural dos alimentos, além que o sal em excesso pode ser prejudicial à saúde do bebê;
- Evitar, no primeiro ano de vida, oferecer a criança embutidos, refrigerantes, café, frituras, guloseimas, porque a criança possui a mucosa gástrica sensível e esses produtos podem irritar a mucosa, comprometendo a digestão e absorção de nutrientes;
- Evite produtos industrializados que utilizem corantes e outros químicos até os 2 anos de idade: nesta idade o organismo da criança ainda não consegue trabalhar com estes produtos não-naturais, podendo surgir alergias ou ainda problemas

quando já for mais velha. Desta forma procure usar sempre produtos naturais, frescos como frutas, verduras e legumes. Para uma melhor aceitação, prepare-os de forma que estejam desfiados, amassados ou em pequenos pedaços e observe quais formas a criança mais se agrada;

- Lave bem as mãos, os alimentos e os utensílios que serão utilizados no preparo das refeições e mantenha sempre organizado e limpo o local onde os alimentos são armazenados. Livres da ação de insetos, animais domésticos e de roedores;

- Preste atenção aos cuidados higiênicos na hora de fazer as refeições. Lave muito bem os produtos que você oferecerá crus ou com casca, retirando sujeiras como terra (logo após coloque estes alimentos em uma bacia com 1 litro de água com uma colher de sopa de água sanitária. Deixe o produto agir por 15 minutos, depois retire e lave novamente estes alimentos, até sair o cheiro de água sanitária);

- Com tudo que foi explicado a mãe já pode preparar a alimentação complementar do seu filho sem medo, alternando o leite materno com papinhas salgadas ou purês, feitos em casa, usando frutas. As mais indicadas são as da época e regionais, são mais baratas e tem um valor nutricional maior. Abaixo, algumas sugestões de papas salgadas:

(COLOMBO, 2010)

FIGURA 16 – MAIS ALGUMAS SUGESTÕES PARA AS DIFERENTES COMBINAÇÕES DE PAPAS SALGADAS (BRASIL, 200).



C) ALIMENTAÇÃO DOS 2 AOS 5 ANOS

- A partir dos 2 anos de idade o aleitamento materno fica á critério da mãe, pois o papel da proteção e nutrição já foi cumprida;
- Oferecer a criança pelo menos 3 (três) refeições (café-da-manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia;
- Evitar pular refeições;
- Ensinar a criança a comer devagar, mastigando bem os alimentos, assim ela aprenderá a apreciar a refeição;
- Oferecer diariamente alimentos dos grupos dos cereais (arroz, milho, trigo, pães, massas) e dos tubérculos (batata, batata-doce, batata salsa, aipim/mandioca).

Preferir os pães integral, arroz integral, batata ou aipim cozidos ou na forma de purê;

- Oferecer diariamente frutas, verduras e legumes para a criança, são ricos em vitaminas, minerais e fibras, importantes para a proteção da saúde e diminuem os riscos de ocorrência de várias doenças;

- Oferecer feijão com arroz todos os dias, pelo menos uma vez por dia, ou no mínimo cinco vezes por semana. Esse prato é uma combinação completa de proteínas, o feijão é uma boa fonte de ferro e auxilia na prevenção da anemia. Para melhorar a absorção do ferro é importante ingerir suco de limão, laranja ou acerola, que são fontes de vitamina C. Para variar pode substituir o feijão por lentilha, grão de bico, ervilha seca ou soja;

- Procure oferecer diariamente leite e derivados (leite fermentado, iogurte, queijos magros), carnes, aves, peixes ou ovos. Leites e derivados são as principais fontes de cálcio da alimentação;

- Não substituir o leite e os derivados por refrigerantes ou sucos artificiais, pois podem interferir na ingestão diária adequada de cálcio pela criança;

- Tentar retirar a gordura aparente das carnes e a pele do frango antes de prepará-los. Evite o consumo de salsicha, linguiça, salame, mortadela e preparações fritas ou à milanesa;

- Preferir alimentos assados, grelhados ou cozidos no lugar de fritos;

- Preferir o azeite de oliva, óleo de canola, de girassol, de milho ou de soja, mas não em excesso;

- Evitar oferecer diariamente refrigerantes e sucos artificiais industrializados, bolos e biscoitos doces recheados, sobremesas doces e outras guloseimas para a criança, oferecer no máximo duas vezes por semana, em pequena quantidade. O excesso no consumo desses alimentos contribui para o aumento do peso, das cáries dentárias e também de outras doenças;

- Moderar o uso de sal, em excesso pode contribuir para o aumento da pressão (hipertensão);

- Evitar temperos prontos, alimentos enlatados, carnes salgadas e embutidos como mortadela, salame, linguiça. Todos eles contêm muito sal. Usar temperos naturais e pedaços de limão;

- Incentivar a criança a tomar água nos intervalos das refeições, oferecendo de seis a oito copos de água por dia. É muito importante para o bom funcionamento do organismo;
- Estimular a criança para que seja ativa. Incentivar que faça diariamente 30 minutos de atividade;
- A partir dessa idade a criança já pode comer a mesma comida da família. Não utilizar temperos e condimentos fortes, como pimenta, mostarda, catchup, molho inglês, molho de soja tipo shoyo, tabletes de caldos de carne, galinha ou de outros sabores e temperos prontos: são excessivamente salgados, podem interferir na aceitabilidade da alimentação, irritar o estômago da criança e aumentar a pressão arterial;
- Utilizar alimentos que fazem parte da cultura alimentar da família, pois isso é muito importante na formação de hábitos alimentares;
- Lembre-se de que os hábitos alimentares continuam em formação, portanto, quanto mais natural for o preparo do alimento, mais saudável ele será para a criança;
- Desestimular a premiação com doces, pois poderá fazer a criança pensar que os doces são alimentos mais valiosos e desejáveis do que os vegetais e legumes. Castigá-la poderá criar ansiedade e sofrimento toda vez que for o horário de comer;
- **Lembrar:** os pais são espelhos para os filhos. O exemplo de uma alimentação saudável começa em casa (BRASIL, 2009)

LINHA 5 – ATENÇÃO ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

A) A CRIANÇA COM DESNUTRIÇÃO ENERGÉTICO-PROTÉICA

A desnutrição energético-protéica é o conjunto de condições patológicas que resulta da deficiência concomitante de calorias e de proteínas e que ocorre com maior frequência em lactentes e pré-escolares, geralmente associada a infecções repetidas e a outros déficits nutricionais (MINAS GERAIS, 2004).

Por ser associada às precárias condições socioeconômicas, sanitárias e ambientais, a desnutrição é uma doença social, determinada pelo modelo de desenvolvimento econômico, político, social e cultural de um país. Estão implicados em sua gênese, além de fatores sociais, fatores biológicos, psíquicos e culturais, que, interagindo, propiciam uma situação favorável para o seu aparecimento (MINAS GERAIS, 2004).

A desnutrição pode ser:

- ✓ Primária: é consequente à diminuição da disponibilidade ou da oferta de alimentos.
- ✓ Secundária: resulta de situações em que a ingestão, a absorção ou a utilização de nutrientes ocorre de maneira insatisfatória, apesar de haver disponibilidade e oferta de alimentos: obstruções mecânicas do tubo digestivo, estado hipercatabólico, déficit enzimático ou alteração psíquica.
- ✓ Mista: é decorrente da ação concomitante dos dois processos, uma vez que a desnutrição primária acaba por desencadear uma série de alterações que impedem a ingestão e o aproveitamento do pouco alimento disponível, com o estabelecimento de um círculo vicioso e comprometimento progressivo da saúde do indivíduo. (MINAS GERAIS, 2004)5)

Na desnutrição, o comprometimento do peso ocorre precocemente e o comprometimento da altura, mais tardiamente, indicando a cronicidade do processo.

A desnutrição energético-protéica é uma condição de elevada prevalência em países em desenvolvimento, sendo responsável direta ou indiretamente pelas altas taxas de morbidade e mortalidade em menores de cinco anos de idade. As

suas repercussões na saúde da criança são gerais, afetando todos os sistemas, impedindo o adequado crescimento e desenvolvimento, diminuindo a qualidade de vida e restringindo consideravelmente as chances de se tornarem adultos saudáveis (MINAS GERAIS, 2004)5)

Apesar da significativa redução de sua prevalência nas duas últimas décadas, a desnutrição continua sendo um sério problema, especialmente em áreas rurais e nas regiões mais pobres do País. Atualmente, verifica-se o predomínio das formas leves e moderadas da doença, que, por se manifestarem apenas por déficit de peso e/ou altura, são pouco diagnosticadas e valorizadas. Para cada desnutrido grave, diagnosticado pela presença de variadas manifestações clínicas, há dezenas de “magrinhos” e “baixinhos” que passam imperceptíveis aos olhos dos profissionais de saúde e que são igualmente susceptíveis aos agravos da doença(MINAS GERAIS, 2004).

O atendimento da criança

A assistência à criança desnutrida se baseia no desenvolvimento de ações preventivas, na identificação do problema e na implementação de um plano de intervenção, devendo ser realizada pela equipe de saúde da família e pela equipe de apoio disponível (assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, dentista, psicólogo e outros profissionais) (MINAS GERAIS, 2004).

Ações preventivas

- ✓ Pré-natal e assistência à gestante.
- ✓ Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, com uso adequado e valorização do Cartão da Criança.
- ✓ Estímulo ao aleitamento materno e adequada introdução de alimentos de desmame.
- ✓ Vacinação.
- ✓ Busca ativa de crianças em situação de risco.
- ✓ Organização da assistência para famílias em situação de risco(MINAS GERAIS, 2004).

QUADRO 25 - SITUAÇÕES DE RISCO PARA DESNUTRIÇÃO. (MINAS GERAIS, 2004)6)

- Privação socioeconômica;
- Desnutrição materna;
- Desmame precoce;
- Baixo peso ao nascer;
- Gemelaridade;
- Internações hospitalares repetidas;
- Outros casos de desnutrição na família;
- Irmão falecido antes de 5 anos de idade;
- Episódios repetidos de Diarreia nos primeiros meses de vida;
- Ganho de peso inferior a 500 g por mês no primeiro trimestre;
- Ganho de peso inferior a 250 g por mês no segundo trimestre;
- Baixa escolaridade materna;
- Fraco vínculo mãe-filho;
- História de maus-tratos na família.

Identificação do problema

As oportunidades para identificação das situações de risco e captação das crianças suspeitas de desnutrição devem ser aproveitadas em quaisquer circunstâncias. Essas crianças devem ser inicialmente encaminhadas para avaliação das condições gerais e presença de desnutrição e outras doenças (MINAS GERAIS, 2004).

Nesse atendimento inicial, é fundamental buscar resposta para as seguintes questões:

1. Para se investigar desnutrição:

- ✓ Pesar e medir a criança;
- ✓ Verificar sinais e sintomas clínicos, como emagrecimento acentuado e edema em ambos os pés;
- ✓ Observar, no Cartão da Criança, se há diminuição da inclinação da curva peso-idade;
- ✓ Observar o percentil do peso para idade e estatura para idade (MINAS GERAIS, 2004).

2. Para classificar a desnutrição seguir as orientações da Figura 17.

(MINAS GERAIS, 2004)

FIGURA 17 - CLASSIFICAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO. (MINAS GERAIS, 2004)7)

OBSERVAR	CLASSIFICAR
Peso para idade entre o percentil 10 e 3.	A criança é NORMAL ou tem desnutrição LEVE (peso não é baixo).
Peso para idade entre o percentil 3 e 0,1.	Desnutrição MODERADA (peso baixo para a idade).
Peso para a idade menor que o percentil 0,1 e/ou sinais de emagrecimento acentuado e/ou edema em ambos os pés.	Desnutrição GRAVE (peso muito baixo para a idade).]
Diminuição da inclinação da curva de peso para idade.	Ganho de peso insuficiente – processo de desnutrição em andamento: • Curva horizontalizada: peso estacionário, sinal de perigo; • Curva descendente: perda de peso, sinal de grande perigo.

3. Para diagnosticar desnutrição primária seguir o quadro 26.

QUADRO 26 - INVESTIGAÇÃO DE DESNUTRIÇÃO PRIMÁRIA. (MINAS GERAIS, 2004)7)

Verificar a presença de situações de risco para desnutrição (ver Quadro 2.
Investigar a dieta. Nos lactentes, é importante verificar: ✓ Aleitamento materno – se mama e como mama; ✓ Desmame – época da introdução de outros alimentos, inclusive de água, chás ou sucos que possam estar substituindo o leite; ✓ Uso de leite de vaca ou de outro leite – frequência, volume, diluição, acréscimos de farinha e açúcar, origem do leite e tempo de fervura; ✓ Uso de alimentos sólidos – composição, frequência, volume e diluição das refeições; ✓ Uso de carne e ovo; ✓ Uso de alimentos industrializados, substituição de frutas por sucos artificiais; ✓ Uso de polivitamínicos e sais de ferro; ✓ Quem cuida da criança, quem é o responsável pelo preparo dos alimentos. ✓ Nos pré-escolares, é importante verificar: ✓ Composição, volume e frequência das refeições; ✓ Uso de proteína (carne, ovo, leite, soja, feijão); ✓ Uso de frutas, legumes, verduras;

✓ Uso de alimentos muito diluídos, como sopas e caldos; ✓ Substituição das refeições por alimentos sem valor nutricional como chá, café, sucos artificiais ou outros; Quem cuida da criança, quem é o responsável pelo preparo dos alimentos.
Investigar história, sinais e sintomas, procurando excluir outras doenças: Episódios repetidos de pneumonia, tosse crônica, asma de difícil controle, história familiar de tuberculose, palidez, vômitos frequentes, Diarreia crônica, febre persistente, história de infecção urinária, internações hospitalares, mãe HIV positivo etc.
Pedir exames complementares, se a criança apresenta sinais e/ou sintomas de outras doenças associadas, tais como anemia, parasitoses intestinais, infecção urinária e outras infecções. O hemograma, exame de urina, gram de gota, parasitológico de fezes e outros podem ser úteis para o diagnóstico diferencial e devem ser solicitados de acordo com as indicações individuais.

O tratamento da criança desnutrida

A conduta na criança desnutrida vai depender da gravidade e do tipo de desnutrição:

- ✓ A criança com desnutrição primária leve ou moderada deverá ser tratada pela equipe de saúde;
- ✓ A criança que apresenta ganho de peso insuficiente deve ser investigada para identificação de causas e tratada pela equipe de saúde. Havendo evidências da presença de outras doenças, avaliar a necessidade de encaminhamento para pediatra/especialista;
- ✓ A criança que apresenta desnutrição grave deverá ser encaminhada ao pediatra/especialista;
- ✓ A criança que apresenta desnutrição secundária ou mista deverá ser avaliada pelo médico da equipe quanto à necessidade de encaminhamento;
- ✓ Mesmo após encaminhamento, toda criança deverá continuar sendo acompanhada pela equipe (MINAS GERAIS, 2004).

O tratamento da criança desnutrida tem como diretrizes:

- ✓ A adequação da dieta;
- ✓ A prevenção e o controle de processos infecciosos;

- ✓ A estimulação do desenvolvimento;
- ✓ A educação para saúde e suporte para as famílias.

(MINAS GERAIS, 2004).

A adequação da dieta

Na adequação da dieta, os seguintes aspectos devem ser enfatizados:

- ✓ Incentivar o aleitamento materno, contornando possíveis problemas e estimulando a relactação;
- ✓ Utilizar alimentos de alto valor nutritivo, levando em consideração o equilíbrio entre os nutrientes e a densidade energética;
- ✓ Aumentar a densidade energética com a adição de óleo vegetal a cada refeição de sal.
- ✓ Para menores de 1 ano, acrescentar 1 colher de sobremesa de óleo e, para maiores de 1 ano, acrescentar 1 colher de sopa de óleo a cada refeição salgada.
- ✓ Estimular o uso de outras fontes de lípidos, como manteiga e margarina, no preparo dos alimentos.
- ✓ Utilizar alimentos adequados à idade da criança;
- ✓ Evitar alimentos muito diluídos ou com altas concentrações de açúcar;
- ✓ Usar alimentos disponíveis regionalmente, respeitando o paladar, hábitos culturais e condições socioeconômicas;
- ✓ Recomendar preferencialmente as frutas da estação e de maior valor calórico, como banana, abacate etc.
- ✓ Estimular o consumo de folhas verdes, cereais e leguminosas;
- ✓ Utilizar alimentos variados, sempre que possível, para evitar a monotonia alimentar e anorexia;
- ✓ Respeitar a capacidade gástrica da criança (20 a 30 ml/kg de peso);
- ✓ Aumentar o número de refeições diárias (6 a 7 refeições/dia);
- ✓ Prescrever sais de ferro em dose profilática ou, se houver anemia, em dose terapêutica;
- ✓ Prescrever suplementação com vitaminas nos casos em que há história ou sinais de carência específica;

- ✓ Orientar a aquisição, armazenagem, seleção, higienização e preparo dos alimentos

(MINAS GERAIS, 2004).

A prevenção e controle dos processos infecciosos

A prevenção e o controle dos processos infecciosos são medidas essenciais para barrar o ciclo desnutrição-infecção. O diagnóstico e as intervenções precoces têm papel decisivo para o sucesso da recuperação do desnutrido (MINAS GERAIS, 2004).

Portanto:

- ✓ A situação vacinal das crianças deve ser rigorosamente verificada a cada visita à Unidade Básica de Saúde;
- ✓ A família e a equipe devem estar atentas aos primeiros sinais de alerta como febre, gemidos, dificuldade para respirar, tosse, tiragem subcostal, estridor, Diarreia, vômito, sinal da prega (pele retorna muito lentamente ao estado inicial), olhos fundos e recusa alimentar;
- ✓ A oferta de alimentos deve ser aumentada nos períodos de convalescença, uma vez que os processos infecciosos aumentam em até 30% a necessidade energético-protéica;
- ✓ Devem ser encaminhadas ao serviço de urgência as crianças que apresentarem pelo menos um dos sinais gerais de perigo listados no protocolo. (MINAS GERAIS, 2004).

Estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor

As famílias devem ser orientadas a interagir e a estimular suas crianças de acordo com as potencialidades individuais e particulares de cada faixa etária. No Cartão da Criança, são encontradas algumas sugestões de estímulos adequados a diferentes idades, bastante simples e de fácil realização (MINAS GERAIS, 2004).

Educação para a saúde e suporte para as famílias

A abordagem da criança desnutrida inclui necessariamente:

- ✓ A abordagem da família.

- ✓ O fortalecimento do vínculo mãe-filho e a participação ativa da família no tratamento são fatores decisivos para o seu sucesso.
- ✓ Além das atividades informativas e educativas, a equipe deve estar preparada para acolher a família do desnutrido sempre que necessário e para promover uma rede de apoio que inclua toda a equipe, em especial o Agente Comunitário de Saúde, lideranças da comunidade e outras mães.

(MINAS GERAIS, 2004)9)

A rotina do acompanhamento da criança desnutrida

Para o acompanhamento das crianças desnutridas é necessário organizar um calendário especial de atendimento, no qual devem ser observados os seguintes pontos:

- ✓ Para crianças menores de 2 anos, o intervalo máximo entre os atendimentos é de 30 dias;
- ✓ Para crianças maiores de 2 anos, o intervalo máximo entre os atendimentos é de 60 dias;
- ✓ As crianças mais graves deverão ser atendidas em intervalos menores - quinzenalmente ou semanalmente, se necessário;
- ✓ Os atendimentos individuais devem ser intercalados com os atendimentos de grupo e com as atividades educativas e de promoção à saúde;
- ✓ À medida que a criança for se recuperando, os atendimentos poderão ser mais espaçados;
- ✓ O acolhimento do desnutrido e o atendimento não-programado em situações emergenciais devem ser garantidos, ainda que não haja agendamento, lembrando-se de que a desnutrição é sempre uma condição de elevado risco para doenças infecto-contagiosas.

(MINAS GERAIS, 2004)9)

QUADRO 27 - PONTOS IMPORTANTES DA ROTINA DO ATENDIMENTO INDIVIDUAL DO DESNUTRIDO (MINAS GERAIS, 2004)0)

Na anamnese:

- Identificar situações de risco;
- Verificar o estado geral da criança - aceitação da dieta, choro, atividade, funcionamento intestinal, diurese, sono;
- Valorizar relatos de sinais de doença: febre, Diarreia, vômito, inapetência, tosse, chiado, respiração rápida, convulsão, alterações de consciência etc.;
- Verificar o preparo e A oferta de alimentos;
- Verificar o uso de sais de ferro e polivitamínicos;
- Verificação do Cartão da Criança: curva de peso, vacinas e marcos de desenvolvimento;
- Observar a relação da família com a criança.

No exame físico:

- Verificar e avaliar: peso (em todos os atendimentos), estatura (mensal), perímetro cefálico (ver a Linha – O Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento);
- Avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor;
- Verificar a pega e posição da mamada nas crianças em aleitamento materno;
- Verificar sinais de doença: palidez, febre, sinais de desidratação, dificuldade para respirar, tosse, taquipnéia, gemência, prostração, letargia etc.

No diálogo com a família:

- Orientar a oferta dos alimentos: tipo, volume, frequência, horários preferenciais, recipientes;
- Orientar a estocagem, higienização e preparo dos alimentos;
- Orientar o uso de sais de ferro e polivitamínicos;
- Orientar procedimentos para a estimulação do desenvolvimento;
- Orientar a identificação de sinais de doença;
- Informar sobre a evolução da criança;
- Informar sobre os registros do Cartão da Criança (curva de peso, marcos de desenvolvimento e vacinas);
- Informar sobre as próximas atividades programadas: consulta, grupo, vacina etc.;
- Verificar se a família compreendeu as orientações.

Busca dos faltosos

As famílias das crianças faltosas às atividades programadas deverão ser visitadas pelo ACS para identificação dos motivos da sua ausência e orientação aos familiares.

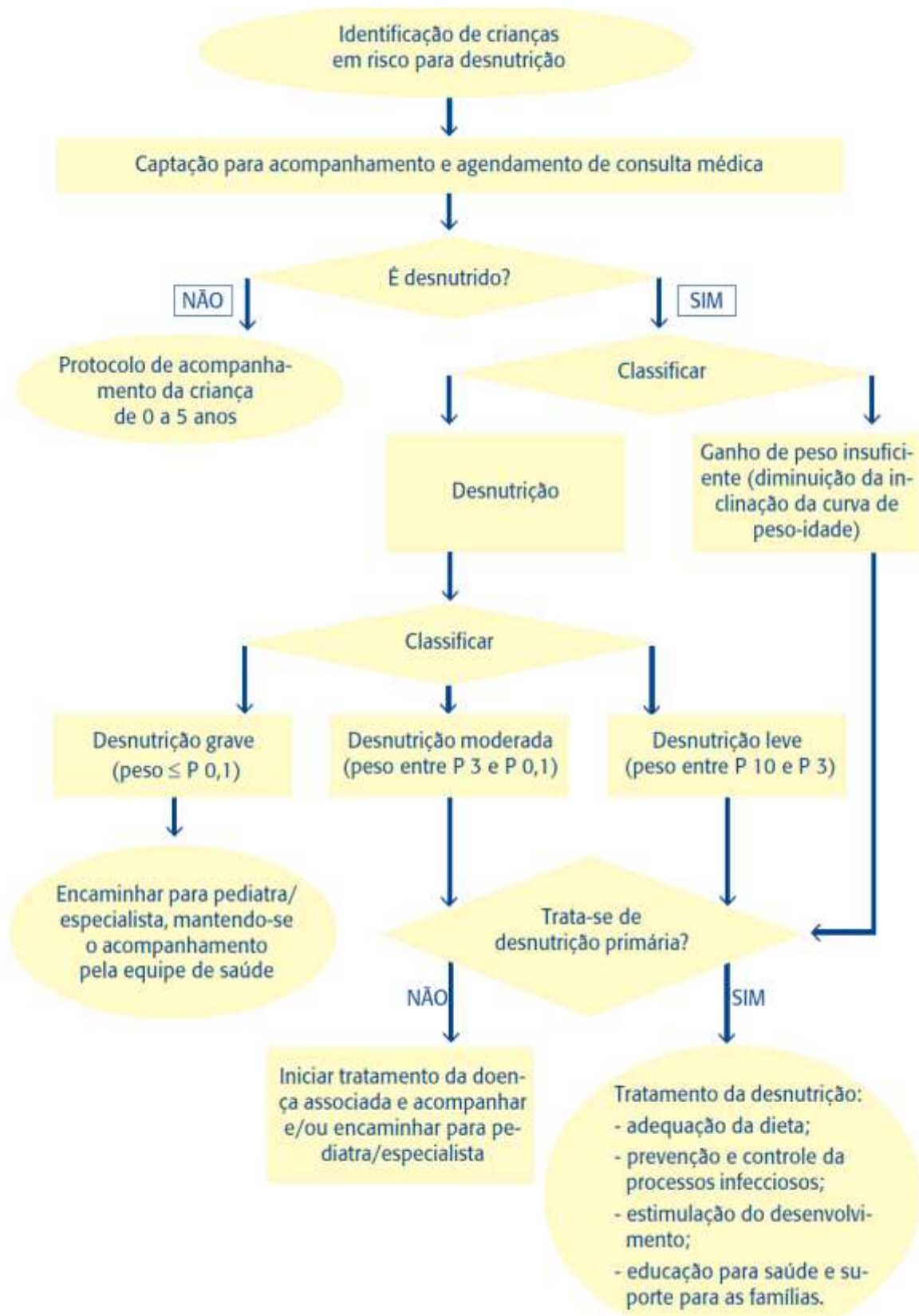
As consultas perdidas deverão ser agendadas novamente.

Em caso de internação da criança, a equipe deverá entrar em contato com o hospital para informações e assim programar uma consulta imediatamente após a alta. (MINAS GERAIS, 2004)0)

Critério de alta

Os atendimentos deverão ser espaçados para a criança que, durante três meses consecutivos, apresentar ganho de peso satisfatório, com a curva de peso-idade em ascensão e cuja família esteja claramente envolvida no seu processo de recuperação. Essas crianças deverão ser observadas por mais 3 meses. Após esse período, não havendo intercorrências e o peso permanecendo acima do percentil 10, a criança receberá alta e continuará sendo acompanhada pela equipe conforme o calendário normal de acompanhamento (MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 18 - ATENÇÃO À CRIANÇA COM DESNUTRIÇÃO. (MINAS GERAIS, 2004 p. 9.



B) A CRIANÇA COM DIARREIA

A Diarreia é a perda aumentada de água e eletrólitos nas fezes com a modificação brusca do hábito intestinal. Clinicamente apresenta-se como aumento no número de evacuações e/ou pela diminuição da consistência das fezes, associada ou não a vômitos e/ou febre. A percepção materna da mudança do hábito intestinal deve ser valorizada (MINAS GERAIS, 2004).

Até 14 dias de evolução, a Diarreia é denominada aguda. Caso se prolongue por 14 dias ou mais, é denominada Diarreia persistente. Quando a Diarreia tem sangue, com ou sem muco, é chamada disenteria. O agente mais comum responsável pela disenteria é a bactéria *Shigella* (MINAS GERAIS, 2004).

As complicações principais da Diarreia são a desidratação e a desnutrição, que podem levar à morte. A Diarreia ainda é um fator importante na morbimortalidade em menores de cinco anos, apesar do avanço incontestável na prevenção da sua complicação, que é a desidratação, através do Soro de Reidratação Oral (SRO), em uso desde a década de 1980 (MINAS GERAIS, 2004).

O número de mortes por Diarreia no mundo, antes do aparecimento do SRO, era de 5 milhões de crianças/ano, caindo para 3,3 milhões na década de 1990. Entretanto, durante esse período, a incidência de casos de Diarreia continua a mesma: 2,6 episódios/criança/ano. A diminuição desse índice depende do acesso à água potável, ao saneamento ambiental e de hábitos de higiene (MINAS GERAIS, 2004).

No ano de 1990, no Brasil, 11,3% das mortes de crianças até cinco anos foram atribuídas à Diarreia, e em 2000, 4,5%, embora esse dado não revele as diferenças entre as regiões do Brasil. Na região Nordeste, 30% do total de mortes durante o primeiro ano de vida foram devidas à Diarreia, sendo que o risco de morte em crianças menores de cinco anos por Diarreia é cerca de quatro a cinco vezes maior nessa região do que na região Sul (MINAS GERAIS, 2004).

Os objetivos do tratamento

Os objetivos da abordagem da criança com Diarreia são a manutenção ou recuperação da homeostase hidroeletrolítica e da nutrição adequada (MINAS GERAIS, 2004).

Para avaliar a criança com Diarreia é necessário saber:

- ✓ Por quanto tempo a criança tem tido Diarreia;
- ✓ Se há sinais de desidratação;
- ✓ Se há sangue nas fezes.

Com esses dados, classifique se a criança tem Diarreia aguda ou persistente ou disenteria e se está desidratada.

Na avaliação do estado de hidratação, seguir os seguintes passos:

- ✓ Examinar a condição geral da criança: letárgica ou inconsciente? Inquieta ou irritada?
- ✓ Observar se os olhos estão fundos;
- ✓ Oferecer líquidos à criança: observar se ela bebe muito mal ou não consegue beber ou bebe avidamente, com sede;
- ✓ Pesquisar o sinal da prega: a pele volta ao normal muito lentamente (mais de dois segundos) ou lentamente? (MINAS GERAIS, 2004).

A classificação do estado de hidratação

São três as classificações do estado de hidratação em uma criança com Diarreia: desidratação grave, desidratação e sem desidratação (MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 19 - SINAIS PARA A CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO (MINAS GERAIS, 2004)6)

Presença de 2 dos sinais abaixo: • Letárgica ou inconsciente; • Olhos fundos; • Não consegue beber ou bebe muito mal; • Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior.	DESIDRATAÇÃO GRAVE
Presença de 2 dos sinais abaixo: • Inquieta, irritada; • Olhos fundos; • Bebe avidamente, com sede; • Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior.	DESIDRATAÇÃO
Não há sinais de desidratação.	SEM DESIDRATAÇÃO

Os planos para hidratação da criança com Diarreia

Para cada classificação feita com relação ao estado de hidratação há uma abordagem específica, denominada: PLANO A, PLANO B e PLANO C.

Na abordagem ambulatorial à Diarreia aguda, não são indicados exames laboratoriais, pois não são úteis, nem para o diagnóstico, nem para o tratamento ou seguimento (MINAS GERAIS, 2004)⁶

Criança com Diarreia sem desidratação – PLANO A

O tratamento da criança com Diarreia e sem desidratação é realizado em casa. A família deve ser bem-esclarecida quanto à hidratação e alimentação (MINAS GERAIS, 2004).

As regras do tratamento domiciliar são:

- ✓ Dar líquidos adicionais, inclusive o SRO, se a criança aceitar;
- ✓ Continuar o esquema alimentar habitual da criança, com pequenas correções, se necessário, para evitar a piora da Diarreia;
- ✓ Orientar a família a reconhecer os sinais de desidratação (portanto de piora) e como preparar o SRO. Recomendar que, ao aparecimento dos sinais de piora, o SRO deve ser mantido e a criança deverá retornar imediatamente à Unidade Básica de Saúde;
- ✓ Persistindo o mesmo quadro, voltar em até 2 dias;
- ✓ Agendar uma avaliação em um mês para orientação nutricional, especialmente.
- ✓ A família deve ser orientada para oferecer líquidos adicionais sempre que a criança evacuar, tomando-se por base 50 a 100 ml/vez para crianças até 1 ano e 100 a 200 ml/vez para as maiores de 1 ano (MINAS GERAIS, 2004)⁶

Criança com Diarreia e desidratação – PLANO B

Para a criança desidratada, deve-se instituir a Terapia de Reidratação Oral (TRO), na UBS, durando, em média, 4 horas. Durante o período de reidratação, os lactentes devem continuar recebendo apenas leite materno. As crianças que se alimentam com leite de vaca e/ou papa ou comida da casa retornarão ao esquema alimentar habitual somente ao receber alta para ir para casa, com as correções necessárias para que não haja piora da Diarreia. Durante a reidratação, deverão ser mantidas em jejum (MINAS GERAIS, 2004)⁶

O SRO deve ser preparado na UBS, e a família, orientada sobre como oferecê-lo. O conteúdo do envelope deve ser preparado conforme orientação no rótulo. Deve ser diluído em água filtrada e mantido coberto e em local fresco. Não se

deve adicionar qualquer ingrediente para tornar o sabor mais agradável (MINAS GERAIS, 2004)7)

O volume de soro a ser ingerido depende da aceitação da criança, mas, em regra, deverá receber de 50 a 100 ml/kg em 4 horas. Deve ser administrado da maneira mais cômoda e fácil para os familiares, em intervalos de 15 a 20 minutos, respeitando a capacidade gástrica que é de 20 a 30 ml/kg/hora (MINAS GERAIS, 2004).

A observação pela equipe de saúde deve ser frequente, de 30 em 30 minutos, e a criança pesada a cada 2 horas. Espera-se que os sinais de desidratação desapareçam nas 4 horas. Se aparecerem vômitos, diminuir o volume e a frequência de oferta do soro. Os antieméticos não estão indicados, pois costumam sedar a criança, dificultando a ingestão do soro (MINAS GERAIS, 2004).

Deve-se suspender a hidratação oral e iniciar o PLANO C na presença das seguintes condições:

- ✓ Alteração do nível de consciência;
- ✓ Vômitos persistentes (mais de 4/hora);
- ✓ Ausência de ganho ou perda de peso com 2 horas de TRO;
- ✓ Suspeita de íleo paralítico (vômitos biliosos, distensão abdominal e ausência de ruídos hidroaéreos) (MINAS GERAIS, 2004).

Uma vez hidratada, a criança deve ter alta para casa com as orientações do PLANO A. A mãe deverá levar para casa envelopes do soro para oferecer à criança sempre que esta evacuar/vomitou ou se notar que estão aparecendo sinais de desidratação. A quantidade de soro a ser oferecida deve ser de 50 a 100 ml/vez para crianças até 1 ano e 100 a 200 ml/vez para as maiores de 1 ano (MINAS GERAIS, 2004).

Criança com Diarreia e desidratação grave – PLANO C

A criança com desidratação grave deverá ser tratada em ambiente hospitalar. Caso não seja possível transferi-la imediatamente, a equipe deverá proceder de acordo com o Quadro ____ e definir a melhor conduta.

Para a desidratação grave, está indicada a reposição pela via venosa.

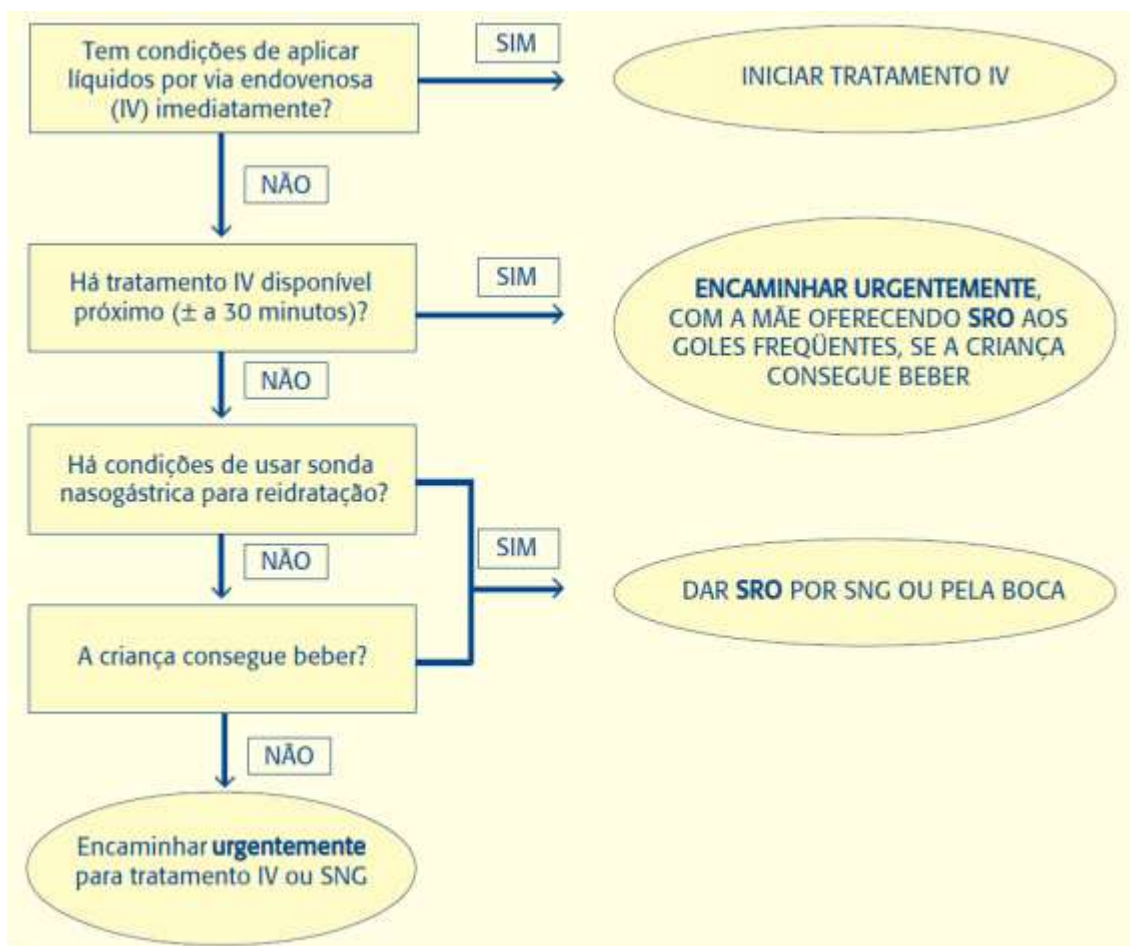
Os principais sinais de desidratação grave são:

- ✓ Criança letárgica ou inconsciente;
- ✓ Olhos fundos;

- ✓ Não consegue beber ou bebe muito mal;
- ✓ Sinal da prega – a pele volta muito lentamente ao estado anterior. (MINAS GERAIS, 2004)7)

Na figura 20 estão resumidas as principais decisões a serem tomadas para as crianças com Diarreia e desidratação grave (MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 20 - DECISÕES ENVOLVIDAS NO TRATAMENTO RÁPIDO DA DESIDRATAÇÃO GRAVE – PLANO C (MINAS GERAIS, 2004)8)



Reidratação endovenosa

Na administração endovenosa, dar 100 ml/kg de solução em partes iguais de Soro Glicosado a 5% (SG) e Soro Fisiológico (SF) para infusão em 2 horas. Se ao final de 2 horas ainda tiver sinais de desidratação, administrar mais 25 a 50 ml/kg para as próximas 2 horas. Avaliar a criança de meia em meia hora (MINAS GERAIS, 2004).

Se não houver melhora no estado de desidratação, aumentar a velocidade do gotejamento da IV. Oferecer SRO (cerca de 5 ml/kg/hora) tão logo a criança consiga beber. Se estiver sendo amamentada, oferecer o leite materno. Reavaliar o estado de hidratação da criança de 30 em 30 minutos. Após 2 horas escolher o plano apropriado (A, B, ou C) para continuar o tratamento. A UBS deve se responsabilizar pela transferência da criança para uma unidade onde possa ser feita a hidratação venosa, caso não possa fazê-lo (MINAS GERAIS, 2004).

Ao transferir uma criança para outra unidade para a reidratação venosa, fazer contato prévio para garantir o acesso e uma nota de transferência, indicando o que já foi feito. Deverá ser mantida a hidratação oral durante o percurso até a unidade, se a criança puder beber. Orientar o acompanhante para manter a criança aquecida durante o transporte (MINAS GERAIS, 2004)9)

Reidratação por via nasogástrica (gastróclise)

Na impossibilidade de aplicar líquidos endovenosos no local ou próximo à UBS e, se já houve um treinamento para o uso de Sonda Nasogástrica (SNG), o SRO poderá ser administrado por essa via (MINAS GERAIS, 2004).

O líquido a ser administrado pela sonda nasogástrica será o SRO, 20 a 30 ml/kg/hora e a criança deve ser reavaliada a cada 30 minutos:

- ✓ Se houver vômitos repetidos ou distensão abdominal, dar o líquido mais lentamente;
- ✓ Se, depois de 2 horas, a hidratação não estiver melhorando, encaminhar a criança para terapia endovenosa (MINAS GERAIS, 2004).

Se depois de 2 horas a criança estiver hidratada, dar as orientações necessárias para a realização do Plano A em casa para continuar o tratamento (MINAS GERAIS, 2004)9)

A criança com Diarreia persistente

A Diarreia persistente é uma doença com componente nutricional muito importante, constituindo um fator de risco para a desnutrição. Ela se caracteriza pela manutenção da Diarreia por 14 dias ou mais. Nesse caso, a criança deverá ser encaminhada para atendimento pediátrico (MINAS GERAIS, 2004).

A criança com disenteria

Uma vez classificado o estado de hidratação e abordado adequadamente, a conduta para as crianças com Diarreia com sangue é prescrever sulfametoxazol + trimetoprim (40 mg/kg/dia da sulfa), de 12 em 12 horas, durante 5 dias, se houver comprometimento do estado geral. Não são necessários exames laboratoriais. Marcar retorno em 2 dias. Orientar a mãe a retornar imediatamente à unidade, caso haja piora do quadro. (MINAS GERAIS, 2004)9)

A interconsulta

O encaminhamento da criança com desidratação grave para uma unidade onde possa ser feita a hidratação venosa deverá ser feito o mais rápido possível, sempre acompanhada por um membro da equipe. Manter a hidratação oral, se possível, durante o percurso até a unidade, se a criança puder beber. Orientar o acompanhante para manter a criança com hidratação oral e aquecida durante o transporte (MINAS GERAIS, 2004).

O interconsultor deve preencher o relatório de alta, entregar aos familiares e comunicar diretamente à unidade de origem. A equipe da UBS, tão logo seja informada da alta hospitalar, deve realizar visita domiciliar para a criança (MINAS GERAIS, 2004)9)

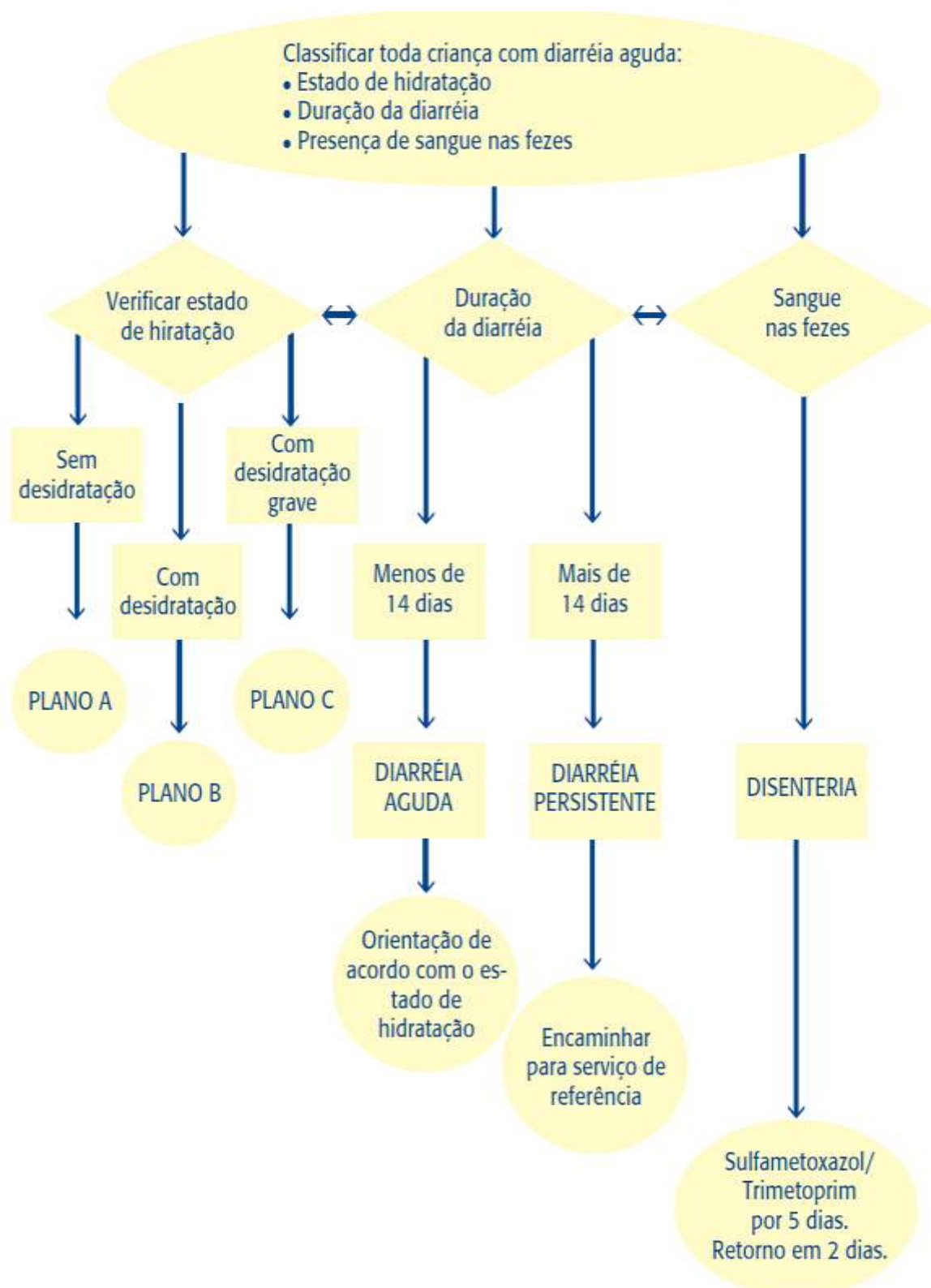
A prevenção da Diarreia

Sempre que aparecer uma oportunidade na UBS e sempre que estiverem sendo dadas orientações quanto aos cuidados no tratamento da Diarreia, devem-se discutir com os familiares as medidas para a prevenção e redução da morbimortalidade devido à Diarreia. Discutir essas medidas também junto à comunidade, nas reuniões de pais, do conselho de saúde, em campanhas de vacinação e outras (MINAS GERAIS, 2004).

Assuntos a serem abordados:

- ✓ Saneamento básico;
- ✓ Higiene pessoal e dos utensílios;
- ✓ Transmissão dos agentes patogênicos;
- ✓ Promoção do bom estado nutricional (aleitamento materno, alimentos frescos e bem cozidos);
- ✓ Vacinação (MINAS GERAIS, 2004)0)

FIGURA 21 FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DA CRIANÇA COM DIARREIA (MINAS GERAIS, 2004)0)



C) A CRIANÇA COM INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS (IRA)

A criança que é levada ao serviço de saúde com queixa de tosse e/ou dificuldade respiratória deve receber atenção cuidadosa, pois a possibilidade de diagnósticos é ampla, englobando uma variedade de patologias que vão desde o resfriado comum até situações de risco de vida, como pneumonia e crise asmática grave (MINAS GERAIS, 2004).

O profissional de saúde deve estar atento aos sinais e sintomas de alerta e tomar as decisões adequadas o mais rapidamente possível. É fato que a maioria das paradas cardiorrespiratórias na infância se iniciam com um quadro de insuficiência respiratória que, por esse motivo, deve ser prevenida com a abordagem adequada das afecções de vias aéreas (MINAS GERAIS, 2004).

As afecções respiratórias incluem basicamente as infecções agudas de vias aéreas e a asma. A infecção de vias aéreas pode acometer o trato respiratório superior (nariz, seios paranasais, ouvidos, faringe, amígdalas e laringe) e inferior (traquéia, brônquios, bronquíolos e alvéolos), isolada ou simultaneamente. Caracteriza-se por apresentar um ou mais dos seguintes sintomas e sinais: febre, coriza, obstrução nasal, tosse, dor de garganta, hiperemia de orofaringe, otalgia, dificuldade para respirar e chiado no peito (MINAS GERAIS, 2004).

A asma, apesar de não ter origem infecciosa, é abordada em conjunto pela importância do diagnóstico diferencial (MINAS GERAIS, 2004).

RELEVÂNCIA DO PROBLEMA

As infecções agudas de vias aéreas apresentam elevada incidência e respondem por cerca de 30% a 60% de todas as consultas pediátricas ambulatoriais, o que significa enorme demanda para os serviços de saúde (MINAS GERAIS, 2004).

É importante lembrar que lactentes e crianças pequenas têm cerca de dez episódios de Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS) por ano, sem significar comprometimento da resposta imunológica (MINAS GERAIS, 2004).

As IVAS representam, na sua maioria, quadros clínicos benignos e autolimitados, de origem viral. Entretanto, apresentam risco de complicações por infecções bacterianas secundárias, principalmente em crianças menores de um ano,

naquelas nascidas com baixo peso e em desnutridas, tornando-se, assim, potencialmente graves (MINAS GERAIS, 2004).

Algumas doenças respiratórias agudas, principalmente as pneumonias, são causas importantes de hospitalização e morte em crianças abaixo de cinco anos. Sabe-se que aproximadamente um de cada 50 episódios de IVAS, em crianças, evolui para pneumonia que, sem tratamento adequado, ocasiona a morte em 10% a 20% dos casos (MINAS GERAIS, 2004).

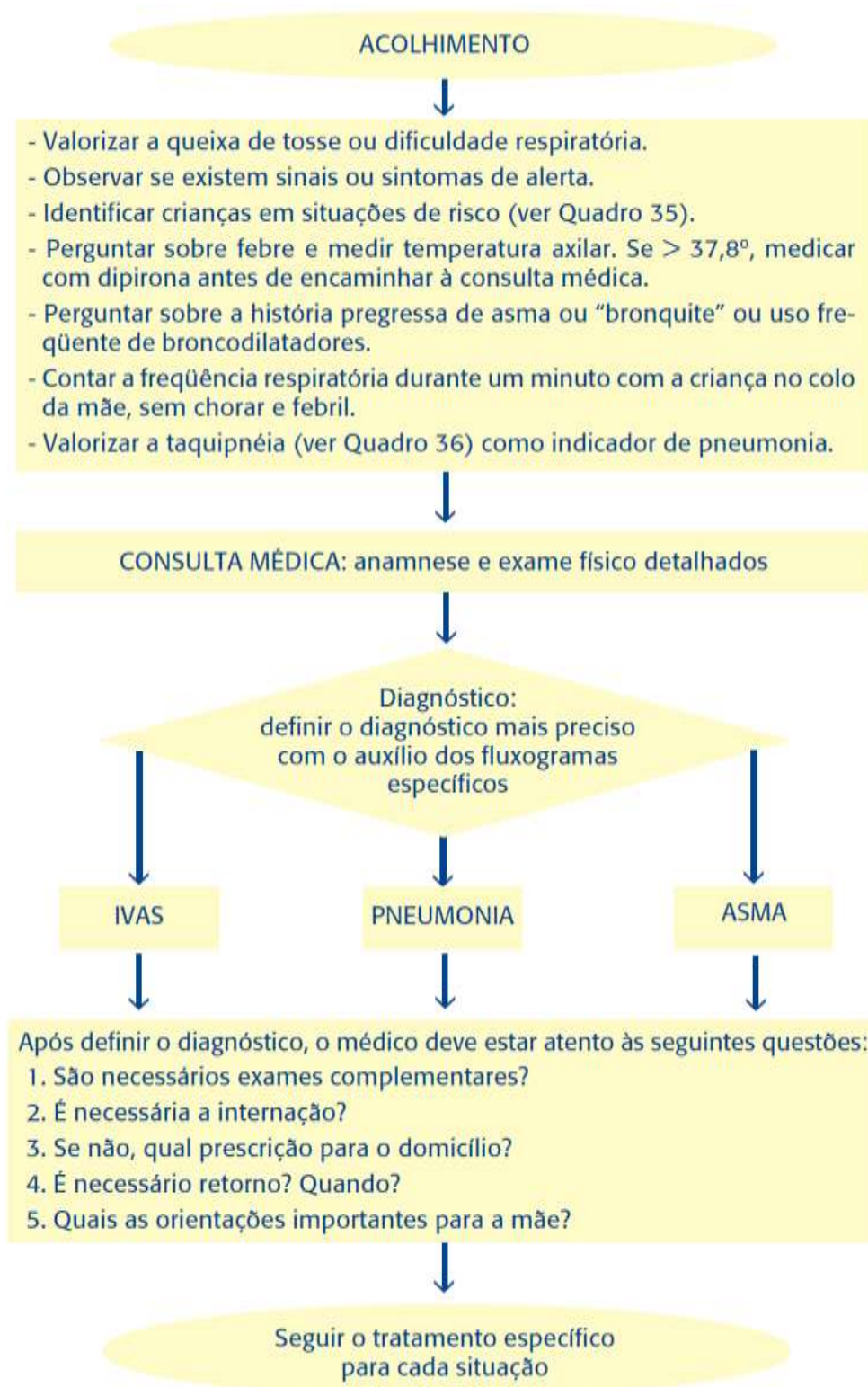
Outro problema significativo em relação às Infecções Respiratórias Agudas (IRA) é o uso indiscriminado de antibióticos, incluindo a automedicação. Como a maioria dos casos tem etiologia virótica, o abuso de antimicrobianos, além de inadequado, pode ser perigoso porque eles expõem a criança ao risco de diversos efeitos colaterais e favorecem o aparecimento de microrganismos resistentes. Além disso, esses medicamentos representam enorme dispêndio de recursos, diminuindo a disponibilidade para seu uso nos pacientes que realmente deles necessitam (MINAS GERAIS, 2004).

A asma é a doença crônica mais comum da infância, com prevalência estimada entre 10% a 20%, no Brasil. Além disso, cerca de 50% das crianças sibilam até os três anos de idade, com uma média de dois episódios nos primeiros 18 meses. É causa de internações hospitalares, de faltas escolares, de distúrbios do sono e limitação para o exercício físico, podendo afetar o desenvolvimento físico e emocional da criança e interferir na sua relação familiar e social (MINAS GERAIS, 2004).

O atendimento da criança

A assistência deve ser organizada a partir da definição das funções de cada profissional, trabalhando em equipe, de maneira organizada e sistematizada. Além disso, devem ser observados os sistemas de informação que servem como orientadores para as ações a serem instituídas e de avaliação dos seus resultados (MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 22 - SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À CRIANÇA COM TOSSE E/OU DIFICULDADE RESPIRATÓRIA (MINAS GERAIS, 2004).



Material necessário:

- ✓ Estetoscópio, otoscópio, abaixadores de língua, termômetro;
- ✓ Pico de Fluxo Expiratório (PFE) com tabela de referência;
- ✓ Espaçador valvulado com máscara e bucal;
- ✓ Equipamento de micronebulização;
- ✓ Medicamentos: oxigênio, salbutamol/fenoterol em spray e em solução para nebulização, solução fisiológica 0,9%, prednisona, dexametasona injetável, adrenalina, dipirona, antibióticos padronizados, corticóide inalatório (beclometasona ou budesonida) (MINAS GERAIS, 2004).

A avaliação clínica

A Figura 17 representa uma orientação para o diagnóstico das afecções respiratórias mais comuns na infância. É uma apresentação sumarizada dos principais sinais e sintomas que orientam o diagnóstico diferencial (MINAS GERAIS, 2004).

O Quadro 31 apresenta uma relação de sinais e sintomas de alerta que indicam situações de extrema gravidade clínica, independentemente do diagnóstico da criança. Diante desses sinais e sintomas, a equipe de saúde deve mobilizar-se para conduzir rapidamente o caso da melhor maneira possível, devido ao risco eminente de morte (MINAS GERAIS, 2004).

No Quadro 32 são apresentadas situações em que as crianças devem ser consideradas de risco, ou seja, poderão ter uma evolução desfavorável, mesmo quando a patologia for considerada benigna. Crianças nessas situações deverão ter sempre prioridade no atendimento □ (MINAS GERAIS, 2004).

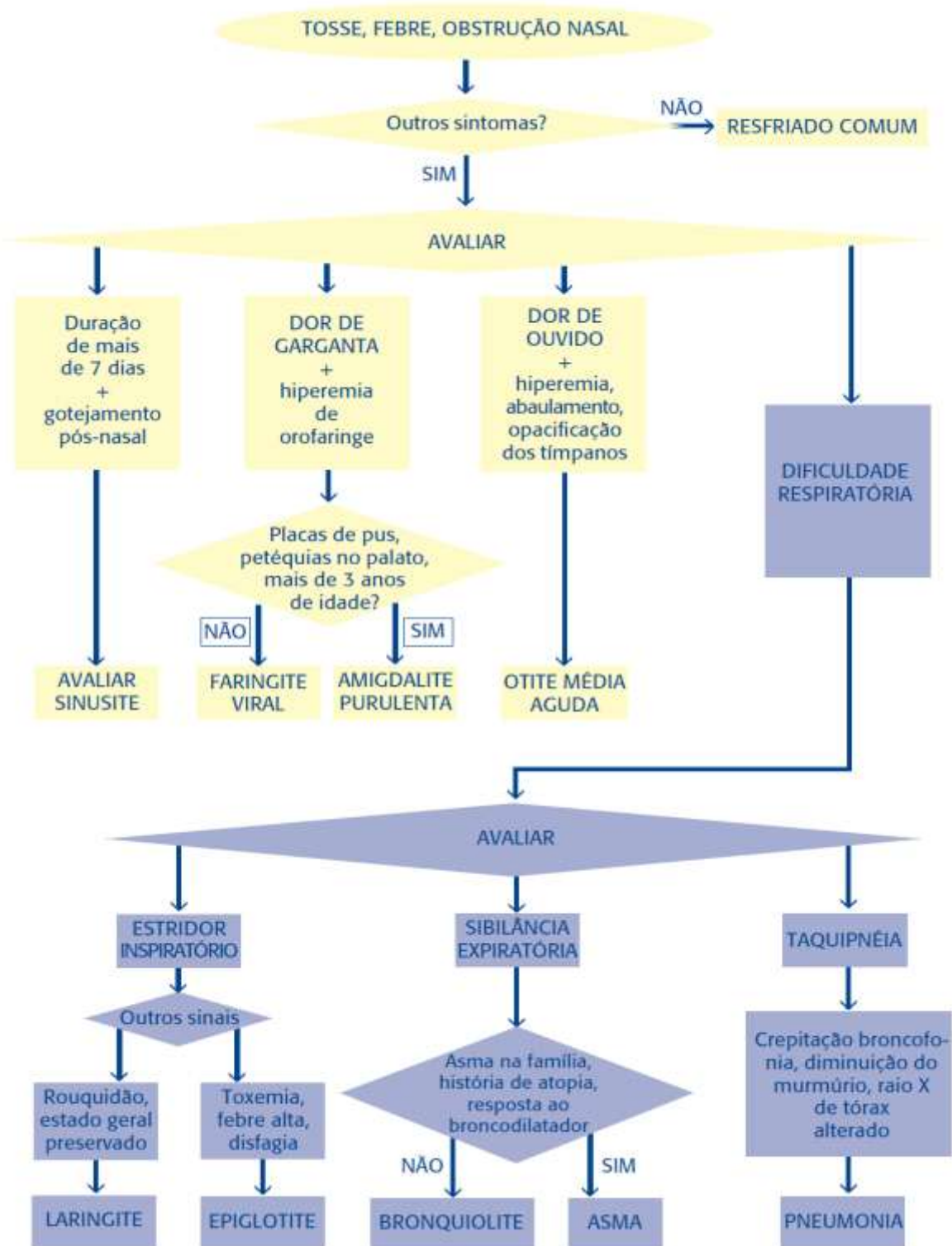
QUADRO 28 - SINAIS E SINTOMAS (MINAS GERAIS, 2004).

Hipotermia, especialmente em menores de 2 meses e desnutridos graves;
Palidez cutâneo-mucosa acentuada;
Edema generalizado;
Desidratação;
Impossibilidade de beber ou sugar;
Convulsão ou estado pós-convulsivo;
Agitação e/ou prostração acentuadas;
Estridor em repouso;
Crises de apnéia;
Cianose;
Insuficiência respiratória;
Instabilidade hemodinâmica (taquicardia importante, pulsos finos, perfusão capilar lenta, hipotensão).

QUADRO 29 - SITUAÇÕES DE RISCO (MINAS GERAIS, 2004).

Desnutrição grave;
Desmame precoce;
Prematuridade e/ou baixo peso ao nascimento;
Mãe adolescente ou analfabeta;
História pregressa de internação;
Idade < 1 ano (o lactente é mais susceptível à falência respiratória e septicemia).

FIGURA 23 - AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM TOSSE E/OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR (MINAS GERAIS, 2004)



PNEUMONIA

O diagnóstico de pneumonia deve ser feito, preferencialmente, através da história clínica, exame físico completo e radiografia de tórax. Considerações importantes quanto às manifestações clínicas de pneumonia:

- Taquipnéia é o sinal isolado mais sensível para o diagnóstico de pneumonia em crianças menores de 5 anos (sensibilidade 75%; especificidade 70%);
- A frequência respiratória deve ser avaliada no momento em que a criança estiver afebril, tranquila, contada durante 1 minuto, de preferência por duas vezes; (Verificar Quadro 3.
- Os valores de referência para taquipnéia variam de acordo com a faixa
- Sinais de dificuldade respiratória, cianose e/ou toxemia são sinais de gravidade. Por toxemia compreende-se um conjunto de sinais e sintomas que expressam o comprometimento do estado geral da criança: abatimento, fácies de ansiedade ou sofrimento, alteração da cor da pele (pálida, cianótica, marmórea), diminuição da atividade, apatia e gemência;
- Tiragem intercostal, batimentos de aletas nasais, gemência, balanço tóraco-abdominal e retração xifóidea são sinais de dificuldade respiratória;
- Pode haver hipoxemia sem cianose, principalmente nas crianças anêmicas. Observar se existe palidez cutânea, que é um sinal mais precoce de hipoxemia do que a cianose;
- A ausculta respiratória pode ser normal em até 30% dos casos. Atenção especial deve ser dada à assimetria: redução do murmúrio vesicular localizado é um dos achados mais frequentes;
- Presença de crepitações não é sinônimo de pneumonia, especialmente se grosseiras,
- móveis e não-localizadas, o que sugere secreção na árvore traqueobrônquica;
- Presença de broncofonia corresponde à consolidação no parênquima pulmonar e é
- um achado bastante típico de pneumonia;
- Presença de sibilância sugere fortemente etiologia viral ou asma;

- Dor abdominal pode ser sintoma de pneumonia, especialmente quando há comprometimento pleural e/ou dos lobos inferiores;
- Lactentes, por características anatômicas de suas vias aéreas e imaturidade dos mecanismos compensatórios que regulam a respiração, têm maior risco de desenvolver insuficiência respiratória e apnéia (MINAS GERAIS, 2004)5)

As pneumonias podem ser divididas, de acordo com as características clínicas, em típicas e atípicas (Figura 1. Essa divisão orienta o raciocínio quanto à etiologia mais provável e, por consequência, ao tratamento mais adequado (MINAS GERAIS, 2004).

A pneumonia considerada típica é a pneumonia bacteriana clássica, que cursa com febre alta, prostração, taquipnéia, dispnéia, com evolução rápida e alterações radiológicas evidentes (MINAS GERAIS, 2004).

A pneumonia atípica caracteriza-se por ser um quadro mais arrastado, com ou sem febre, com menor comprometimento do estado geral, tosse seca importante e dissociação clínico-radiológica (presença de alterações ao exame clínico que se sobressaem ao achado radiológico), sendo os agentes mais comuns os vírus, o micoplasma e as clamídias. Em ambos os casos, a idade da criança é o melhor preditor da etiologia (MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 24 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE PNEUMONIA VIRAL E BACTERIANA (MINAS GERAIS, 2004).

	PNEUMONIA VIRAL	PNEUMONIA BACTERIANA
CLÍNICA	• Idade mais frequente: até 6 - 7 meses • Febre mais baixa, < 38,5° C • Tosse importante, paroxística • Ausculta: presença de sibilos, crepitações difusas • História de contato com IVAS	• Idade: qualquer • Febre mais alta, > 38,5° C • Tosse menos importante • Ausculta normal em 30%, crepitações localizadas, broncofonia
RADIOGRAFIA	• Infiltrados intersticiais difusos, mal definidos • Presença de atelectasia e/ou hiperinsuflação	• Consolidações homogêneas lobares ou padrão broncopneumônico • Presença de pneumatoceles ou comprometimento pleural

A radiografia do tórax deve ser solicitada sempre que possível porque permite um diagnóstico mais acurado de pneumonia, fornece dados quanto à extensão do processo pneumônico e quanto à presença de complicações (pneumatoceles, derrame, abscesso) e orienta o diagnóstico diferencial. Portanto, a radiografia de tórax pode contribuir na decisão de internar ou não o paciente e na

escolha do antimicrobiano. Deve ser realizada nas incidências pósterio-anterior (PA) e perfil (MINAS GERAIS, 2004).

É importante ressaltar, porém, que a dificuldade para sua realização não deve atrasar o início do tratamento adequado (MINAS GERAIS, 2004)⁶

Existem dois padrões radiológicos principais nas pneumonias:

- Intersticial: caracteriza-se por espessamento peribronquico e infiltrado intersticial difuso, acompanhado, às vezes, de hiperinsuflação, sendo mais sugestivo de infecção viral (ou asma);
- Alveolar: com condensações lobares ou segmentares; a presença de pneumatocele, derrame ou abscesso; sugere fortemente etiologia bacteriana.

Quando persistirem dúvidas quanto à etiologia, poderá ser solicitado um hemograma:

Leucometria maior que 20.000/mm³, mais de 10.000/mm³ neutrófilos e 500/mm³ bastonetes são indicativos de infecção bacteriana. O hemograma nas infecções virais pode variar muito, mostrando leucocitose, leucopenia ou contagem normal de leucócitos. Geralmente há predomínio de linfócitos, mas, na fase inicial, pode ocorrer neutrofilia (MINAS GERAIS, 2004)⁶

ASMA

A anamnese do paciente asmático tem algumas especificidades que merecem ser destacadas.

Sintomatologia:

- Tosse: época de início, duração, frequência, horário de maior ocorrência e característica (úmida ou seca);
- Dispnéia: presença e intensidade (em repouso ou com exercício, para falar, para alimentar-se);
- Chiado no peito: tentar diferenciar roncos de obstrução nasal e sibilância;
- Outros sintomas associados: obstrução nasal, secreção nasal, espirros, prurido nasal ou ocular, vômitos, febre, palidez, cianose e prostração (MINAS GERAIS, 2004)⁷

Perfil das crises nos últimos 12 meses:

Periodicidade: número de crises, intervalo desde a última crise e sazonalidade;

- Características do período intercrítico: presença de tosse noturna, chieira e/ou limitação para a atividade física e/ou hábitos diários;
- Gravidade: frequência de visitas a unidades de urgência, história e número de hospitalizações, necessidade de unidade de terapia intensiva;
- Tratamentos recebidos e sua frequência: oxigenoterapia, medicação venosa, corticoterapia, antibioticoterapia;
- Repercussão na vida pessoal: faltas escolares, limitação da atividade física, distúrbios do sono e do apetite, alteração do padrão de crescimento e distúrbios afetivos (MINAS GERAIS, 2004).

Fatores desencadeantes:

- Infecções respiratórias virais;
- Alérgenos e irritantes domiciliares e ambientais: poeira, mofo, animais, perfumes, tabaco, poluição e odores fortes;
- Mudanças climáticas;
- Expressões emocionais: raiva, tristeza, frustração, depressão, ansiedade;
- Exercício físico;
- Drogas: ácido acetilsalicílico e betabloqueadores (MINAS GERAIS, 2004).

História pregressa e evolução da doença:

- Idade de início das crises;
- Idade do diagnóstico;
- Mudanças no padrão da doença;
- Propedêutica realizada;
- Resposta aos tratamentos, especialmente aos broncodilatadores, e à profilaxia medicamentosa;
- Antecedentes mórbidos: bronquiolite, manifestações de atopia, rinosinusopatia, processos infecciosos de vias aéreas;

- História perinatal: prematuridade, baixo peso, doença da membrana hialina, sepses, aspiração meconial, uso de oxigênio e/ou ventilação mecânica (MINAS GERAIS, 2004).

História familiar:

- Ocorrência de asma entre parentes de primeiro grau;
- Ocorrência de manifestações atópicas entre parentes de primeiro grau;
- Hábitos dos co-habitantes: tabagismo, perfumes, produtos de limpeza (MINAS GERAIS, 2004).

Aspectos socioeconômicos:

- Características do ambiente domiciliar;
- Características do ambiente peridomiciliar;
- Composição da família;
- Recursos econômicos (MINAS GERAIS, 2004).

Aspectos psicossociais:

- Nível de conhecimento do paciente e da família sobre a doença: reconhecimento das crises;
- Identificação dos fatores desencadeantes;
- Identificação das medicações utilizadas (MINAS GERAIS, 2004).

Comportamento do paciente e da família em relação à doença:

- Conduta diante da crise;
- Adesão ao tratamento;
- Adoção de medidas de controle ambiental;
- Sentimentos, crenças, dúvidas e preocupações do paciente e da família acerca da doença e seu tratamento;
- Repercussões sociais e emocionais da asma na vida da criança ou do adolescente (estigma, depressão, ansiedade, limitações físicas, restrições impróprias);

- Ambiente familiar: grau de apoio do grupo familiar, relação com os pais, relação do casal etc. (MINAS GERAIS, 2004)8)

O Quadro 34 sumariza os principais achados do exame físico da criança com asma, fora e durante a crise.

QUADRO 30 - EXAME FÍSICO DA CRIANÇA ASMÁTICA (MINAS GERAIS, 2004)8)

Fora da crise, observar:

Repercussão da doença: déficit de crescimento e alterações musculoesqueléticas;

Condições associadas responsáveis pelo desencadeamento de crises: rinites, sinusites;

Possíveis diagnósticos diferenciais: bronquiolite, cardiopatias congênitas, fibrose cística, tuberculose.

Durante a crise, observar:

Agitação intensa, sonolência ou confusão indicam hipoxemia e são sinais de gravidade da crise. Palidez e/ou cianose podem estar presentes;

Avaliar o estado de hidratação, pois a taquipnéia pode levar à desidratação e agravar o quadro;

Frequência respiratória: pode estar aumentada para a idade, embora não seja um achado frequente nas crises leves;

Tempo expiratório está prolongado;

Dispnéia em graus variados. A dificuldade para falar, chorar, sugar, alimentar-se ou locomover-se e a preferência pela posição sentada são indicativos da gravidade da dispnéia.

Murmúrio vesicular diminuído;

Sibilos expiratórios difusos bilaterais. Com o agravamento da crise, a sibilância passa a ser inspiratória e expiratória, podendo chegar ao “silêncio” respiratório, condição de extrema gravidade. Podem ser auscultadas crepitações grosseiras móveis e roncos expiratórios.

O TRATAMENTO DAS INFECÇÕES DE VIAS AÉREAS SUPERIORES (IVAS)

RESFRIADO COMUM

Para combater febre e dor, devem ser usados antitérmicos e analgésicos comuns, e, para aliviar a obstrução nasal, o soro fisiológico. A instilação de soro fisiológico nas narinas pode ser feita sempre que necessário, especialmente antes das refeições e antes de dormir. A solução pode ser preparada em casa, adicionando-se 1 colher das de café (2 gramas) de sal de cozinha para 1 copo (200 ml) de água fervida. A solução deve ser guardada em geladeira, com o frasco de vidro previamente lavado com água e sabão e tampado, para evitar contaminação.

Recomenda-se sempre aumentar a oferta de líquidos, pois ela facilita a fluidificação e, conseqüentemente, a eliminação das secreções (MINAS GERAIS, 2004).

São contra-indicados os medicamentos antitussígenos, mucolíticos e vasoconstritores nasais sistêmicos ou tópicos. É importante respeitar a recusa de alimentos, procurando oferecer aqueles para os quais o paciente mostrar melhor aceitação. Deve-se frisar que a rinofaringite é uma doença autolimitada e que o tratamento visa diminuir o desconforto da criança. Os familiares devem ser orientados para o reconhecimento precoce das complicações (MINAS GERAIS, 2004).

FARINGOAMIGDALITE VIRAL

Mesmas recomendações do resfriado comum.

FARINGOAMIGDALITE ESTREPTOCÓCICA

Penicilina G benzatina em dose única. Se a penicilinoterapia for contra-indicada, utilizar eritromicina durante dez dias ou azitromicina por cinco dias (ver Ver figura 29 para dosagens). Quando a dor de garganta for intensa, prescrever analgésicos. O gargarejo utilizando solução salina oferece algum alívio. Respeitar a aceitação alimentar; os líquidos frios são mais tolerados do que os alimentos sólidos e quentes (MINAS GERAIS, 2004).

As crianças nas quais se suspeita de difteria (estado toxêmico, presença de membrana acinzentada nas amígdalas, história vacinal negativa ou vacinação incompleta) deverão ser encaminhadas para unidade especializada. As crianças com suspeita de abscesso retrofaríngeo ou periamigdaliano (abaulamento do palato, amígdalas rechaçadas para a faringe, toxemia e trismo) devem ser encaminhadas para atendimento secundário de urgência, para drenagem, com otorrinolaringologista (MINAS GERAIS, 2004).

OTITE MÉDIA AGUDA (OMA)

Amoxicilina ou sulfametoxazol-trimetoprim. Deve haver melhora dentro de 48 a 72 horas após o início do tratamento. Se os sinais e sintomas piorarem, ao invés de melhorarem, deve-se pensar na possibilidade de resistência bacteriana. Nesse caso, é necessário substituir o antibiótico, e as opções são aumentar a dose de amoxicilina (90 mg/kg/dia), usar a associação amoxicilina/ácido clavulânico ou as

cefalosporinas de segunda geração (cefaclor, cefuroxime). A duração do tratamento é de 10 dias para crianças menores de 2 anos, mas, em crianças maiores com OMA não-complicada, pode-se tratar durante 7 dias (MINAS GERAIS, 2004).

A persistência de alterações à otoscopia por 4 - 6 semanas após o episódio de OMA não significa falha terapêutica, desde que os outros sinais e sintomas evidenciem resolução do processo infeccioso. Para combater a dor, usam-se analgésicos por via oral e calor local (compressas quentes secas) e, na obstrução nasal, soro fisiológico. Quando ocorrer mastoidite (dor, edema e hiperemia na região retroauricular sobre o osso mastóideo), uma complicação grave, encaminhar a criança para hospitalização (MINAS GERAIS, 2004).

OTITE EXTERNA

Remoção de exsudatos e detritos de descamação epitelial que se acumulam no conduto e aplicação local, 4 vezes ao dia, por 5 a 7 dias, de gotas auriculares contendo antibióticos (neomicina, polimixina etc.) e corticosteróide (MINAS GERAIS, 2004).

LARINGITE

Para a maioria das crianças, o tratamento é ambulatorial, utilizando-se apenas medidas de suporte (antitérmico e hidratação oral frequente). A criança que apresentar dificuldade respiratória de moderada a intensa deve ser hospitalizada (MINAS GERAIS, 2004).

O uso de dexametasona resulta em melhora clínica dos pacientes, reduzindo a necessidade de internação. Deve, portanto, ser utilizada nos pacientes com dificuldade respiratória, ou seja, com estridor. A dose preconizada varia de 0,15 até 0,6 mg/kg (MINAS GERAIS, 2004).

Existem basicamente duas opções: fazer a dose máxima de uma só vez ou começar com uma dose mais baixa (0,15 a 0,3mg/kg) e repeti-la, se necessário, com intervalo de 12 a 24 horas. A via de utilização pode ser oral ou intramuscular, não tendo sido demonstrada diferença na eficácia entre as duas vias. A via intramuscular é a mais utilizada pela facilidade de administração (ampola com 4 mg/ml). A utilização da solução oral é dificultada pela sua baixa concentração (0,5 mg/5 ml), o que torna necessária a administração de um volume grande, muitas vezes, não tolerado pela criança (MINAS GERAIS, 2004).

EPIGLOTITE

Encaminhar rapidamente ao hospital, pois o mais importante é garantir a permeabilidade das vias aéreas. Em 95% dos casos, é necessária a intubação endotraqueal, que só deverá ser realizada em ambiente hospitalar e por pessoal capacitado. As pessoas que tiveram contato direto com o paciente devem ser medicadas com rifampicina (20 mg/kg/dia, VO – máximo de 600 mg/dia) por um período de 4 dias (MINAS GERAIS, 2004).

SINUSITE

Amoxicilina ou sulfametoxazol-trimetoprim, que devem ser prescritos por um período de 10 a 14 dias. Sendo o antibiótico eficaz, ocorre uma melhora clínica após 72 horas do início do tratamento (MINAS GERAIS, 2004).

Se os sinais e sintomas piorarem, ao invés de melhorarem, deve-se pensar na possibilidade de resistência bacteriana. Nesse caso, deve-se substituir o antibiótico e as opções são: aumentar a dose de amoxicilina (90 mg/kg/dia), usar a associação amoxicilina/ácido clavulânico ou as cefalosporinas de segunda geração (cefaclor, cefuroxime) (MINAS GERAIS, 2004).

Se após 10 a 14 dias persistir a sintomatologia, prolongar o tratamento por mais 1 ou 2 semanas (ver quadro de tratamento para dosagens). Os anti-histamínicos são contra-indicados porque aumentam a viscosidade do muco, dificultando a sua drenagem (MINAS GERAIS, 2004).

BRONQUIOLITE

Uma proporção significativa de crianças com bronquiolite apresentam hipoxemia, sendo uma das indicações de internação. A oxigenoterapia é a única medida terapêutica para a qual não existem controvérsias. A ausência de cianose não descarta a ocorrência de hipoxemia; frequência respiratória acima de 60 irpm tem uma boa correlação com a presença de hipoxemia (MINAS GERAIS, 2004).

A administração da dieta deve ser cuidadosa devido ao risco de aspiração pulmonar, uma complicação grave e potencialmente fatal. A dieta deve ser fracionada (pequenos volumes, com redução dos intervalos), e devem ser tomados cuidados com a posição durante e após sua administração (cabeceira sempre elevada, decúbito lateral direito) (MINAS GERAIS, 2004).

Os broncodilatadores devem ser usados quando se observa uma resposta favorável; caso contrário, são desnecessários. Não existem evidências que

suportem o uso de corticóides no tratamento de bronquiolite até o momento (MINAS GERAIS, 2004).

PNEUMONIA

O Fluxograma 13 esquematiza as condutas para o paciente com diagnóstico de pneumonia. Após estabelecido o diagnóstico de pneumonia, três perguntas devem ser respondidas:

1. Existe indicação de internação?
2. É necessário utilizar antibiótico?
3. Qual o antibiótico a ser usado? (MINAS GERAIS, 2004).

1. EXISTE INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO?

A maioria das crianças com pneumonia são tratadas ambulatorialmente, com acompanhamento criterioso. Entretanto, cerca de 10% dos pacientes requerem internação hospitalar. Após a definição do diagnóstico de pneumonia, a avaliação da criança deve ser realizada no sentido de identificar a gravidade do caso, decidindo-se pela sua internação ou não (Quadro 31) (MINAS GERAIS, 2004).

2. É NECESSÁRIO UTILIZAR ANTIBIÓTICO?

Outra questão importante é o diagnóstico diferencial entre quadros virais e bacterianos, o que orientará a necessidade de se utilizar ou não antimicrobianos (Figura 2. As pneumonias por micoplasma e por clamídia geralmente são semelhantes às pneumonias virais, mas requerem o uso de antimicrobianos (MINAS GERAIS, 2004).

QUADRO 31 - INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO IDADE INFERIOR A 6 MESES (PRINCIPALMENTE < 2 MESES); (MINAS GERAIS, 2004).

Presença ao exame clínico de:
 Sinais de dificuldade respiratória importantes: tiragens intercostais, batimentos de aletas nasais e balanço toraco-abdominal;
 Cianose, hipoxemia;
 Irregularidade respiratória, apnéia;
 Dificuldade para se alimentar, vômitos, desidratação;
 Alterações do sensorio (confusão mental, irritabilidade);
 Instabilidade hemodinâmica (pulsos finos, perfusão capilar lenta, hipotensão), taquicardia importante (FC >130 bpm);
 Sinais radiológicos de maior gravidade: pneumonia extensa, pneumatoceles, pneumotórax, derrame pleural, abscesso;
 Condições associadas: cardiopatia, mucoviscidose, displasia broncopulmonar, imunodeficiência, desnutrição grave;
 Situação social seriamente comprometida;
 Falha do tratamento ambulatorial.

QUAL O ANTIBIÓTICO A SER USADO?

A escolha do antibiótico deve ser orientada por critérios clínicos (típica ou atípica) e epidemiológicos (idade do paciente e padrões de resistência bacteriana locais), conforme apresentado no Figura 25. Para doses de medicamentos, ver quadro no final deste item (MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 25 - ANTIBIOTICOTERAPIA AMBULATORIAL DE ACORDO COM A IDADE DA CRIANÇA E APRESENTAÇÃO CLÍNICA (MINAS GERAIS, 2004).

APRESENTAÇÃO	IDADE	BACTÉRIAS MAIS PROVÁVEIS	ANTIBIÓTICOS DE 1ª ESCOLHA	ANTIBIÓTICOS DE 2ª ESCOLHA
TÍPICA	6 meses a 2 anos	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i>	Penicilina procaína Amoxicilina	Amoxicilina + clavulanato ⁽¹⁾ Cefalosporina 2ª geração ⁽¹⁾
	3 a 5 anos	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i>	Penicilina procaína Penicilina benzatina ⁽²⁾ Amoxicilina	Amoxicilina + clavulanato ⁽¹⁾ Cefalosporina 2ª geração ⁽¹⁾
	≥ 6 anos	<i>S. pneumoniae</i>	Penicilina benzatina ⁽²⁾ Penicilina procaína	Azitromicina Amoxicilina + clavulanato ⁽¹⁾ Cefalosporina 2ª geração ⁽¹⁾
ATÍPICA	1 a 3 meses	<i>C. trachomatis</i> <i>B. pertussis</i>	Eritromicina	Claritromicina ⁽¹⁾
	> 2 anos ⁽³⁾	<i>Mycoplasma</i> <i>C. pneumoniae</i>	Eritromicina	Azitromicina Claritromicina ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Custo elevado;
⁽²⁾ Usa-se penicilina benzatina, em dose única, para crianças com três anos ou mais, com pneumonia unilobar, sem complicações;
⁽³⁾ Principalmente acima de 5 anos.

Reavaliação e orientação para a mãe

Todas as crianças devem ser reavaliadas com, no máximo, 48 horas para observação da resposta ao tratamento (Figura 26). Durante essa reavaliação, deve-se atentar para sinais de complicações, como derrame pleural e insuficiência respiratória, e rever as indicações de internação (Quadro 3). É esperado que a criança esteja afebril em até 72 horas, dependendo do agente etiológico (mais precoce no caso de etiologia pneumocócica). As mães devem ser orientadas quanto à necessidade de observar a criança e retornar no caso de evolução desfavorável (MINAS GERAIS, 2004).

Os profissionais de saúde devem orientá-las a identificar os sinais e sintomas de alerta, tais como prostração, irritabilidade, desidratação, vômitos, tiragens, batimentos de aletas nasais etc (MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 26 - REAVALIAÇÃO E CONDUTA NA CONSULTA DE RETORNO (48 HORAS DEPOIS) (MINAS GERAIS, 2004)³

CASOS DE PIORA: Presença de algum dos critérios de internação ou falha no seguimento da prescrição.	Encaminhar ao Hospital: • Observar as condições de transporte – aquecimento, acesso venoso, oxigenoterapia.
CASOS INALTERADOS: Persistência da febre e da taquipnéia. Exame clínico e estado geral da criança inalterados.	Mudar o antibiótico (seguir a tabela de segunda escolha). Dependendo do estado da criança, pode-se aguardar até 72 horas para a troca do antibiótico. Reavaliar novamente em 48 horas.
CASOS DE MELHORA: Ausência de febre e de taquipnéia, melhora da ausculta respiratória e do estado geral da criança.	Manter o antibiótico: • Penicilina procaína: 7 a 10 dias • Penicilina benzatina: dose única • Azitromicina: 5 dias • Outros: 10 dias

Finalmente, é importante lembrar que, nas crianças com pneumonias de repetição ou que não respondem ao tratamento habitual, se deve investigar a possibilidade de uma doença de base e/ou outro diagnóstico diferencial (Figura 2). Uma das causas mais comuns de diagnóstico equivocado de pneumonias de repetição em nosso meio é a asma, subdiagnosticada e subtratada. (MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 27 - CAUSAS DE PNEUMONIAS OU PSEUDOPNEUMONIAS DE REPETIÇÃO OU QUE NÃO RESPONDEM AO TRATAMENTO (MINAS GERAIS, 2004).

Asma	Tuberculose	Fibrose Cística
Refluxo gastro-esofágico	Drepanocitose	Discinesia ciliar
Aspiração de corpo estranho	Síndrome de Loeffler	Imunodeficiências
Distúrbio de deglutição	Cardiopatas	Malformações e tumores do mediastino

FIGURA 28 - ABORDAGEM DA CRIANÇA COM SUSPEITA DE PNEUMONIA (MINAS GERAIS, 2004)

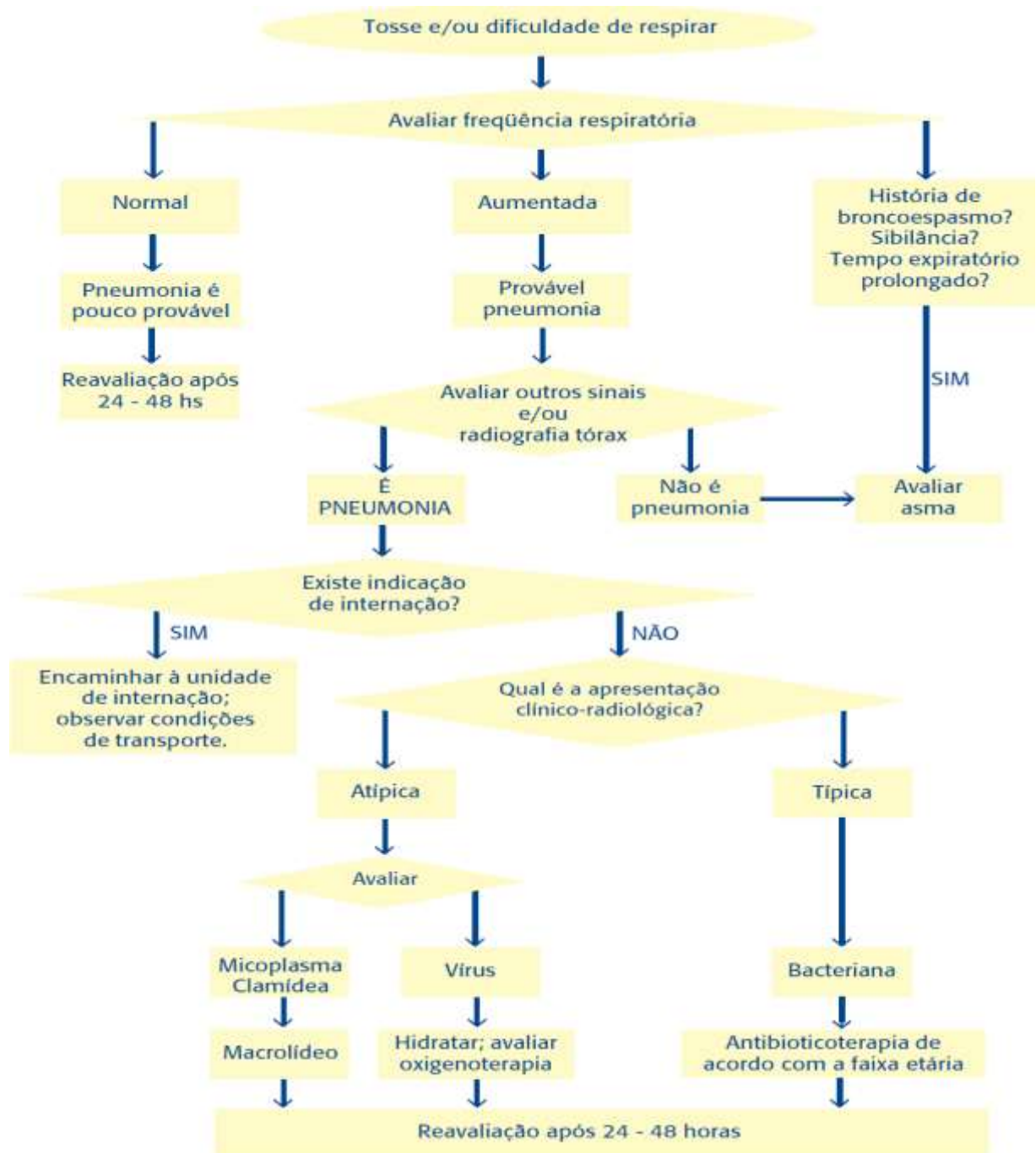


FIGURA 29 - MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DAS IRA (MINAS GERAIS, 2004).

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRESENTAÇÃO
Solução Fisiológica Nasal	½ conta-gotas	Nasal	Quando necessário	Solução de cloreto de sódio a 0,9%
ANALGÉSICOS E ANTITÉRMICOS				
Acetaminofeno	10 a 15 mg/kg/dose (máximo: 2,6 g/dia)	Oral	4/4 ou 6/6 horas	Suspensão: 1ml contém 100 mg ou 200 mg
Ácido Acetilsalicílico ⁽¹⁾	30 a 65 mg/kg/dia	Oral	4/4 ou 6/6 horas	Comp.: 100 mg
Dipirona	10 a 15 mg/kg/dose (máximo: 1 g/dia)	IM	6/6 horas	Ampola de 1 ml contém 500 mg
	Lactentes: 40 mg/kg/dia	Oral	6/6 horas	Gotas: 500 mg/1ml (30 gotas) (FURP)
	Pré-escolares: 60 mg/kg/dia			
	Escolares: 100 mg/kg/dia			
ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS				
Amoxicilina	30 a 50 mg/kg/dia	Oral	8/8 horas	Suspensão: 125 mg, 250 mg e 500 mg/5 ml Cápsula: 250 mg e 500mg
Amoxicilina + clavulanato	45 mg/kg/dia	Oral	8/8 horas	Suspensão: 125 mg, 250 mg e 500 mg/5 ml Cápsula: 250 mg e 500 mg de amoxicilina
Ampicilina	50 a 100 mg/kg/dia	Oral	6/6 horas	Suspensão: 125 mg e 250 mg/5 ml Cápsula: 250 mg e 500 mg
Azitromicina	10 mg/kg/dia no primeiro dia + 5 mg/kg/dia por mais 4 dias (Total: 5 dias)	Oral	24/24 horas	Suspensão: 200 mg/5 ml Comprimido: 250 mg e 500 mg
Cefaclor	20 a 40 mg/kg/dia	Oral	8/8 horas	Suspensão: 125 mg e 250 mg/5 ml Drágeas: 375 mg e 750 mg
Cefuroxime	29 mg/kg/dia	Oral	12/12 horas	Suspensão: 125 e 250 mg/5ml Comprimido: 250 e 500mg
Claritromicina	15 mg/kg/dia	Oral	12/12 horas	Suspensão: 125 e 250 mg/5ml Comprimido: 250 e 500mg
Eritromicina	30 a 50 mg/kg/dia	Oral	6/6 horas	Suspensão: 125mg e 250 mg/5 ml Cápsula: 250 mg e 500 mg
Penicilina G Benzatina	< 20 kg: 600.000 U IM, dose única	IM	Dose única	Frasco-ampola com 600.000 U ou 1.200.000 U
	> 20 kg: 1.200.000 U, IM, dose única			
	(ou 50.000 U/kg/dia, IM, dose única, até o máximo de 2.400.000U/dia)			
Penicilina G procaína	25.000 a 50.000 U/kg/dia (Dose máxima: 4.800.000 U/dia)	IM	12/12 horas ou 24/24 horas	Frasco-ampola: 400.000 U
Penicilina V	25.000 a 50.000 U/kg/dia	Oral	6/6 ou 8/8 horas	Suspensão: 400.000 U/5 ml Comprimido: 500.000 U
Sulfametoxazol - Trimetoprim	40 mg/kg/dia de sulfametoxazol	Oral	12/12 horas	Suspensão pediátrica: 5 ml contém 200 mg de sulfametoxazol e 40 mg de trimetoprim Suspensão F: 5 ml contém 400 mg de sulfametoxazol e 80 mg de trimetoprim Comprimido: 400 mg de sulfame-toxazol e 80 mg de trimetoprim

⁽¹⁾ Deve ser evitado pelo risco de desenvolvimento da Síndrome de Reye

ASMA

Ao acolher uma criança asmática na Unidade Básica de Saúde, o profissional de saúde deve:

1. Definir se ela está em CRISE;
2. Se ela estiver em crise, tratá-la;
3. Estando a criança fora da crise ou na consulta de retorno após a crise, iniciar a abordagem da INTERCRISE (MINAS GERAIS, 2004).

Abordagem da criança na crise

A abordagem da crise aguda de asma se inicia com a avaliação da gravidade, podendo ser classificada em leve, moderada ou grave, de acordo com sinais e sintomas observados ao exame físico e, quando possível, com a realização do pico de fluxo expiratório (PFE) (Figura 31) (MINAS GERAIS, 2004).

A gasometria arterial e a oximetria de pulso avaliam a pressão parcial e a saturação de oxigênio e são parâmetros importantes, porém, na maioria das vezes, não estão disponíveis. A Figura 30 descreve os sinais de alerta na crise de asma. Se a crise for leve ou moderada, realizar o tratamento na unidade de saúde, de acordo com a Figura 26 (MINAS GERAIS, 2004).

Se a crise for considerada grave, iniciar o tratamento conforme o fluxograma, prescrevendo o broncodilatador juntamente com o oxigênio na micronebulização e iniciando precocemente o corticóide por via oral ou venosa, enquanto se providencia a transferência urgente para um hospital (MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 30 - CONDIÇÕES DE ALERTA NA CRISE AGUDA DE ASMA (MINAS GERAIS, 2004)8)

HISTÓRIA	EXAME FÍSICO	LABORATÓRIO
• Crise atual prolongada; • Piora súbita; • Recidivas em curto prazo; • Internamentos prévios por asma/ pneumonia; • Passagem anterior por CTI.	• Dispnéia/esforço grave; • Fala pausada; • Silêncio respiratório; • Cianose; • Estado de consciência alterado; • Fadiga muscular.	• Saturação de O₂ < 90%; • Pa O₂ < 60mmHg; • Pa CO₂ > 45mmHg; • PFE < 30% do predito; • Radiografia do tórax com complicações da asma (pneumotórax, atelectasia, pneumonia).

FIGURA 31 - CLASSIFICAÇÃO DA CRISE AGUDA DE ASMA (MINAS GERAIS, 2004)6)

PARÂMETROS/ CLASSIFICAÇÃO	LEVE	MODERADA	GRAVE
Dispneia	ao andar	dificuldade para se alimentar	em repouso
Fala/choro	consegue concluir a sentença	fala frases curtas/ choro entrecortado	fala apenas palavras/choro entrecortado
Estado de consciência	pode estar agitado	agitado	agitado e/ou confuso
Frequência respiratória	normal a 30% acima do normal para idade	30 a 50% acima do normal para a idade	mais de 50% acima do normal para a idade
Uso de musculatura acessória	ausente ou tiragem intercostal leve	tiragem intercostal (++), retração xifóide, tiragem supraclavicular	tiragem intercostal (+++), retração supraesternal, batimento de aletas nasais
Ausulta respiratória	sibilos teleexpiratórios	sibilos inspiratórios e expiratórios, pobre entrada de ar	"silêncio" respiratório
Pico de fluxo expiratório	> 80% do predito	50 a 80% do predito	< 50% do predito
PaO₂ ⁽¹⁾	normal ⁽²⁾	> 60mmHg ⁽²⁾	< 60 mmHg
PaCO₂ ⁽¹⁾	< 45mmHg ⁽²⁾	< 45mmHg ⁽²⁾	> 45 mmHg
Saturação de O₂ ⁽¹⁾	95% ⁽²⁾ (ar ambiente)	91 a 95% ⁽²⁾ (ar ambiente)	< 91% (ar ambiente)

⁽¹⁾ Se houver disponibilidade de realização da gasometria arterial ou de medir a saturação de O₂ no sangue periférico.

⁽²⁾ Não é necessário realizar o teste.

O tratamento da crise aguda de asma inclui medidas gerais, uso de broncodilatadores e corticóide (MINAS GERAIS, 2004).

Medidas gerais:

- Hidratação: oferta de líquidos via oral ou, se houver impedimento da via oral, usar via venosa;
- Oxigênio: em casos de esforço respiratório moderado ou grave. Quando possível, avaliar a saturação de oxigênio e indicar suplemento se estiver abaixo de 95%;
- Posicionamento: cabeceira elevada, com a criança confortável, ambiente tranquilo (MINAS GERAIS, 2004).

Broncodilatadores β 2-agonistas: salbutamol, fenoterol ou terbutalina.

- A via preferencial é a inalatória, por apresentar início de ação mais rápido e menos efeitos colaterais.

- Antes de cada nova dose de broncodilatador aplicada na UBS, a criança deve ser reavaliada, pois a crise pode ter sido revertida (MINAS GERAIS, 2004).

Corticóides: prednisona ou prednisolona.

- São os indicados, por via oral, para o tratamento da crise.
- Quando há impedimento da via oral (vômitos, dispnéia intensa e/ou torpor), pode-se utilizar metilprednisolona ou hidrocortisona.
- As indicações para o uso de corticóide na crise são:
Resposta parcial a β 2-agonistas (conforme Fluxograma 14);
Crise grave;
Relato de crises prévias com risco de vida e/ou uso frequente de corticóide sistêmico (pelo menos 1 vez nos últimos 3 meses ou mais de 4 vezes nos últimos 12 meses).
- A demora em prescrever o corticóide nessas situações está associada a um maior risco de internação e morte.
- Quando uma criança necessita de mais de quatro cursos de corticóide oral por ano, ela deve ser avaliada quanto à necessidade de profilaxia. Além disso, em situações de estresse (cirurgias, infecções sistêmicas), deve ser considerada a reposição de corticóide (MINAS GERAIS, 2004).

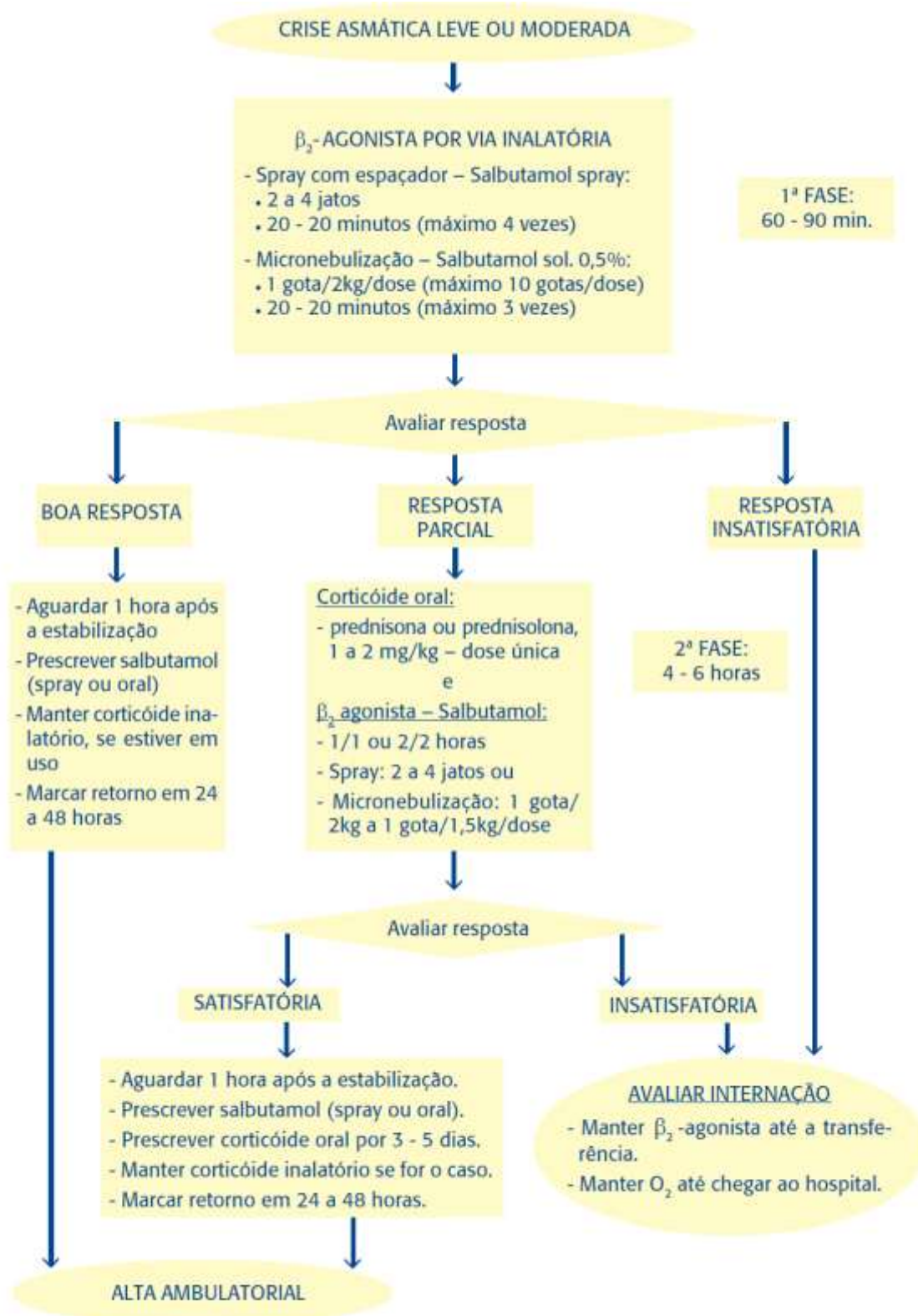
Liberação para casa

Como critério de liberação para o domicílio, propõe-se como referência:

- Padrão respiratório normal ou esforço mínimo;
- PFE > 70%;
- Com prescrição de β 2-agonistas, de preferência por via inalatória.

Manter o broncodilatador por 72 horas após o desaparecimento da tosse e/ou normalização da medida do PFE. Se, durante o tratamento da crise aguda, tiver sido usado corticóide oral, mantê-lo por 3 a 7 dias (em geral, 5 dias), conforme a resposta do paciente. Quando o paciente for usuário de corticóide profilático por via inalatória (asma persistente), manter o esquema em uso ou considerar aumento da dose (não interromper o uso da beclometasona, mesmo se for iniciado outro corticóide via oral) (MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 32 - ABORDAGEM DA CRIANÇA COM CRISE ASMÁTICA LEVE OU MODERADA (MINAS GERAIS, 2004)



Manter o broncodilatador por 72 horas após o desaparecimento da tosse e/ou normalização da medida do PFE. Se, durante o tratamento da crise aguda, tiver sido usado corticóide oral, mantê-lo por 3 a 7 dias (em geral, 5 dias), conforme a resposta do paciente. Quando o paciente for usuário de corticóide profilático por via inalatória (asma persistente), manter o esquema em uso ou considerar aumento da dose (não interromper o uso da beclometasona, mesmo se for iniciado outro corticóide via oral). (MINAS GERAIS, 2004)9)

FIGURA 33 - MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA CRISE ASMÁTICA (MINAS GERAIS, 2004)9)

MEDICAMENTOS		VIA	DOSE	APRESENTAÇÃO
Broncodilatadores	Fenoterol Salbutamol	Inalatória – <i>spray</i>	2 a 4 jatos por dose	1 jato = 100 mcg
		Inalatória – micronebulização	0,10 a 0,15 mg/kg/dose. 1 gota para cada 2 kg de peso (peso/2). Máximo:10 gotas	Solução 0,5%
		Oral	0,10 a 0,15 mg/kg/dose. Máximo 2 mg	Solução 2 mg/5ml
Corticóides	Prednisona	Oral	1 a 2 mg/kg/dia dose única diária	Comprimidos 5 e 20 mg
	Prednisolona	Oral	1 a 2 mg/kg/dia dose única diária	Solução 1 mg/ml e 3 mg/ml
	Metilprednisolona	Venosa	1 a 2 mg/kg/dose 6/6 horas	Ampola 125 mg/2ml
	Hidrocortisona	Venosa	5 mg/kg/dose – 6/6 horas	Ampola 100 mg/2 ml

Abordagem da criança na intercrise

Durante o acompanhamento da criança asmática na UBS, é fundamental a compreensão da asma como uma doença crônica. Nesse sentido, a abordagem apenas durante a crise não é suficiente.

No período intercrítico, o profissional de saúde deve:

1. Promover a educação para a saúde;
2. Classificar a asma;
3. Indicar e orientar o tratamento profilático com corticóide por via inalatória.

Educação para a saúde

A educação para a saúde do paciente asmático e seus familiares deve enfatizar:

- A importância do início precoce do broncodilatador na pré-crise;
- A necessidade de medidas preventivas de controle de alérgenos ambientais (Quadro 3.;
- O esclarecimento de dúvidas e preocupações do paciente e seus familiares, principalmente quanto às medicações, à técnica inalatória e ao prognóstico da doença;
- A promoção do bem-estar físico, social e emocional da criança, evitando-se restrições desnecessárias e estimulando atividades físicas e lúdicas (MINAS GERAIS, 2004)9)

QUADRO 32 - MEDIDAS PREVENTIVAS DE CONTROLE DOS ALÉRGENOS AMBIENTAIS (MINAS GERAIS, 2004)0)

LOCAL ONDE O ASMÁTICO DORME:

Colocar capas protetoras nos colchões e travesseiros, idealmente de material próprio para alérgicos, impermeáveis à passagem de alérgenos e permeáveis à transpiração, que devem ser retiradas para lavar a cada 2 semanas. Alternativamente, podem ser usados tecidos como napa, courvim e plástico hospitalar. Quando não for possível, expô-los ao sol semanalmente.

Evitar beliches. Caso seja inevitável, o paciente deve ficar na parte de cima. Lavar semanalmente as roupas de cama, inclusive cobertores e acolchoados, preferencialmente em água quente (55oC) ou passá-los com ferro.

Evitar cobertores e roupas de lã. Preferir acolchoados ou fazer capas laváveis para os cobertores de lã.

AMBIENTE DOMICILIAR COMO UM TODO:

Não fumar dentro do domicílio, mesmo quando a criança está ausente.

Manter as superfícies livres de objetos que acumulem poeira: livros, revistas, brinquedos de pelúcia etc.

Preferir cortinas de tecido leve, passíveis de lavagem frequente (quinzenal), ou persianas.

Controlar a umidade dentro de casa: permitir a ventilação e insolação da casa e evitar coleções de água. Os vaporizadores podem ser fontes de bolor se utilizados por longos períodos.

Evitar tapetes e carpetes. Quando não for possível evitá-los, deve-se expô-los ao sol semanalmente.

Evitar estofados ou revesti-los com tecido impermeável (napa e courvim), que permita a limpeza diária com pano úmido, ou capa lavável.

Evitar produtos de limpeza e de higiene pessoal com odor forte.

Fazer a remoção da poeira com pano úmido. Não usar vassouras, espanadores e aspiradores comuns a vácuo. O aspirador que pode ser utilizado deve ter filtro adequado do tipo HEPA (High Efficiency Particulate

Air).

Recomendar que o paciente não permaneça dentro do mesmo ambiente durante os períodos de limpeza.

Remover o mofo do ambiente. Podem ser usados: água sanitária (diluída com água 1:1), ácido fênico 5% e lisofórmio (diluído com água 1:).

Remover pássaros, gatos e cães de dentro do domicílio.

Evitar baratas, mantendo os alimentos bem-acondicionados e os ralos tampados.

Evitar plantas dentro do domicílio.

Não usar inseticidas ou espiral e repelentes de ação contínua acoplados a tomadas elétricas.

Não usar fogareiros de querosene.

Não fazer reformas, pinturas e dedetizações na presença do asmático. Preferencialmente, ele deve ficar um período em outra casa até o desaparecimento do cheiro.

Estimular atividades ao ar livre.

Classificação da asma

A asma pode ser classificada como intermitente ou persistente (leve, moderada ou grave), de acordo com a frequência dos sintomas (principalmente tosse noturna), frequência das crises, limitação para atividades físicas e avaliações de função respiratória (Espirometria e Pico de Fluxo Expiratório – PFE) (Figura 3. (MINAS GERAIS, 2004)0)

FIGURA 34 - CLASSIFICAÇÃO DA ASMA (MINAS GERAIS, 2004)1)

	INTERMITENTE	PERSISTENTE		
		LEVE	MODERADA	GRAVE
Período intercrise	assintomático	sintomático (+)	sintomático (++)	sintomático (+++)
Intervalo médio entre as crises	> 4 semanas	< 4 semanas	< 4 semanas	< 4 semanas
Sintomas na intercrise (tosse, falta de ar e cheiro)	Menos de 1 x/semana	sintomas mais de 1x/semana e menos de 1 x/dia	sintomas diários, mas não contínuos	sintomas diários, contínuos
Atividade física	normal	limitação para grandes esforços	limitação para esforços moderados (subir escadas)	limitação para esforços leves (andar no plano)
Crises	crises leves e ocasionais	infrequentes, algumas requerendo corticóide	frequentes; algumas com idas à urgência e internação	frequentes e graves, com risco de vida
Sintomas noturnos	até 2 x/mês	3 a 4 x/mês	mais de 1 x/sem.	frequentes, mais de 2 x/semana
PFE	≥ 80%	≥ 80%	entre 60 e 80%	< 60%
Espirometria (entre as crises)	normal	normal	D.V.O* leve	D.V.O* moderado-grave
Proporção de casos	75%	20%	4%	1%
Evolução: sintomático aos 21 anos	40%	49%	80%	99%

Adaptado do III Consenso Brasileiro do Manejo da Asma, 2002.

*D.V.O. – distúrbio ventilatório obstrutivo.

Tratamento profilático com corticóide por via inalatória

O tratamento profilático com corticóide inalatório é indicado quando a asma é classificada como persistente (Figura 3). Nesse caso, algumas considerações são importantes:

- A beclometasona e a budesonida são os corticóides mais utilizados por via inalatória para a profilaxia da asma. A dosagem varia de acordo com a gravidade da doença (entre 200 a 1.000 mcg/dia) e deve ser dividida em 2 doses diárias;
- O tratamento profilático farmacológico deve ser contínuo e, em geral, dura de 6 a 18 meses. Deve-se diminuir a dose de corticóide inalado após 45 dias de controle dos sintomas. A seguir, a redução deve ser mensal, com suspensão após 3 meses sem sintomas;
- A criança deve ser reavaliada periodicamente, não apenas para avaliação do controle dos sintomas, mas também para a verificação da pressão arterial e do crescimento. O intervalo entre as consultas dependerá da gravidade do caso, da adesão e da resposta ao tratamento;
- Reavaliar a técnica de uso da medicação por via inalatória sempre que o paciente for ao serviço;
- Após a suspensão do corticóide inalado, acompanhar a criança por 6 meses, com intervalo de 3 meses;
- Garantir o acesso da criança à UBS a qualquer momento, se voltar a chiar;

O paciente refratário à profilaxia farmacológica deve ser referido ao pediatra ou pneumologista. Porém, deve-se lembrar que as causas mais comuns de falha terapêutica são técnica inalatória incorreta e não adesão ao tratamento.

FIGURA 35 - CLASSIFICAÇÃO E CONDUTA NA ASMA (MINAS GERAIS, 2004).

SINAIS	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
• Mais de 1 crise por mês ou mais de 10 crises por ano. • Tosse noturna freqüente (mais de 2 vezes por semana). • Incapacidade para exercício físico. • Hospitalizações prévias por crise de asma grave. • PFE basal < 60%.	Asma persistente grave	• Referir a um centro de maior complexidade. • Sendo impossível referir, iniciar tratamento como asma persistente moderada.
• Entre 5 a 10 crises por ano. • Tosse noturna ocasional (menos de 1 vez por semana). • Tosse ou fadiga diante de esforço moderado (ex: subir escadas). • PFE basal entre 60 e 80%.	Asma persistente moderada ou leve	• Iniciar corticóide inalatório. • β_2-agonista quando necessário. • Educação e controle de ambiente. • Explicar à mãe os cuidados no domicílio e informar quando voltar.
• Assintomático entre as crises. • Menos de 5 crises por ano. • Crises leves controladas com broncodilatador. • PFE basal $\geq$ 80%.	Asma intermitente	• β_2-agonista segundo a demanda. • Educação e controle de ambiente. • Explicar à mãe os cuidados no domicílio e informar quando voltar.

Adaptado de OPS/OMS. Asma en el contexto de aiepi. Série HCT/AIEPI-35E;1999.

A prevenção das doenças respiratórias na criança

Algumas medidas podem ser tomadas na tentativa de diminuir a ocorrência de problemas respiratórios na infância:

- Fornecer alimentação adequada, incluindo o aleitamento materno, cujos mecanismos de proteção envolvem o fornecimento de imunoglobulinas e o desenvolvimento da musculatura facial (permitindo melhor drenagem da tuba auditiva);
- Posicionar a criança assentada durante a mamada (ao peito ou com mamadeira), diminuindo o risco de refluxo de leite pela tuba auditiva;
- Manter em dia as vacinações;
- Evitar aglomerações. Se possível, não colocar a criança em creche no primeiro ano de vida;
- Evitar ambiente poluído por fumaça de cigarro, mofo, pêlos e penas de animais, baratas, inseticidas, pó doméstico etc (MINAS GERAIS, 2004).

D) A CRIANÇA COM PARASITOSE INTESTINAL

As parasitoses intestinais constituem importante problema de saúde pública no Brasil em decorrência de sua alta prevalência e por favorecer o aparecimento ou agravar a desnutrição. Representam enorme demanda nos serviços de saúde com dispêndio de recursos públicos desnecessários, incluindo atenção médica individual para problema que pode ser abordado de maneira coletiva e com participação de todos os profissionais da área de saúde (MINAS GERAIS, 2004).

No atendimento das crianças com parasitose intestinal, percebem-se facilmente as desigualdades na nossa sociedade. A doença parasitária acomete tanto crianças de meio social mais favorecido quanto as submetidas à privação social, mas, enquanto nas primeiras o comprometimento orgânico geralmente é discreto, nas outras as repercussões são muito mais importantes e, às vezes, graves. Exemplos disso são o prolapso retal e a enterorragia da tricocefaliase, a anemia da ancilostomíase, a obstrução intestinal da ascaridíase, complicações que ocorrem mais frequentemente em crianças desnutridas (MINAS GERAIS, 2004).

Além disso, a reinfestação é mais comum nas crianças socialmente desprotegidas e implica sucessivos tratamentos, quase sempre desanimadores porque não resolvem o problema, que está ligado às más condições sociais. Por isso, a abordagem social é fundamental, e o tratamento não deve visar somente aos parasitas, mas primordialmente ao hospedeiro e à comunidade (MINAS GERAIS, 2004).

O principal enfoque no controle das parasitoses deve estar centrado na conquista de melhores condições de vida da população, incluindo renda familiar adequada, acesso à educação e aos serviços de saúde de qualidade, lazer saudável, moradia digna e saneamento básico adequado. É necessário, ainda, que a população participe de programas de educação para a saúde e tenha condições de fazer o seu autocontrole. (MINAS GERAIS, 2004).

Quando suspeitar?

Alguns sinais ou sintomas são importantes para se suspeitar de que a criança esteja acometida de parasitose:

- Sintomas gastrintestinais: dor abdominal, náuseas, vômitos, Diarreia ou constipação intestinal, hiporexia, prurido anal, presença de sangue nas fezes, distensão abdominal, tumoração, prolapso retal, eliminação de parasitas etc.
- Outros sintomas: hiporexia, irritabilidade, alterações de sono, do comportamento e do humor, prurido vulvar, urticária, tosse e sibilância (Síndrome de Löffler) etc.

É importante lembrar que o achado de eosinofilia em leucograma de criança sem história de alergia reforça a suspeita de parasitose. A oxocaríase e a esquistossomose são parasitoses que apresentam quadro clínico com particularidades e que cursam também com intensa eosinofilia (MINAS GERAIS, 2004).

O atendimento da criança

Toda a equipe de saúde deve participar do atendimento à criança com parasitose intestinal, considerando as competências dos profissionais e a disponibilidade dos serviços de saúde.

Na UBS, o atendimento da criança é feito pelo médico ou pelo enfermeiro. Nesse atendimento deve-se:

- Fazer anamnese cuidadosa, pesquisando os sintomas sugestivos;
- Perguntar sobre realização de Exame Parasitológico de Fezes – EPF (época, resultado e tratamento);
- Fazer exame físico geral, avaliando especialmente o estado nutricional, incluindo sinais de anemia (palidez), e o abdômen:

Se houver suspeita de obstrução ou semi-obstrução intestinal por áscaris (dor abdominal,

que pode ser discreta, náuseas e vômitos, às vezes com eliminação de verme, distensão abdominal variável, palpação de bolo de áscaris etc.), encaminhar imediatamente a criança ao serviço de urgência;

Senão, passar à etapa seguinte;

Solicitação de EPF:

Se houver relato de eliminação de vermes, pode-se tratar a criança após identificação do parasita, sem pedir EPF, que será solicitado para controle de cura;

Se não houver relato, pedir o exame, que pode ser realizado a fresco (fezes colhidas a menos de uma hora) ou com conservantes (fezes coletadas em dias seguidos ou alternados – acondicionadas em recipiente, contendo líquido conservante – MIF, que tem na sua fórmula mercúrio, iodo e formol);

Se o EPF for positivo, encaminhar a criança para atendimento coletivo e tratar de acordo com as orientações da figura 36 (MINAS GERAIS, 2004)

A interconsulta

Em algumas situações, as crianças precisam ser encaminhadas para atenção especial:

- Encaminhar para serviço de urgência aquelas que apresentam quadro sugestivo de obstrução ou semi-obstrução intestinal;
- Referir para consulta especializada as crianças com suspeita de neurocisticercose (manifestações neurológicas em criança com teníase);

Após a contra-referência, agendar consulta médica para avaliação (MINAS GERAIS, 2004)6)

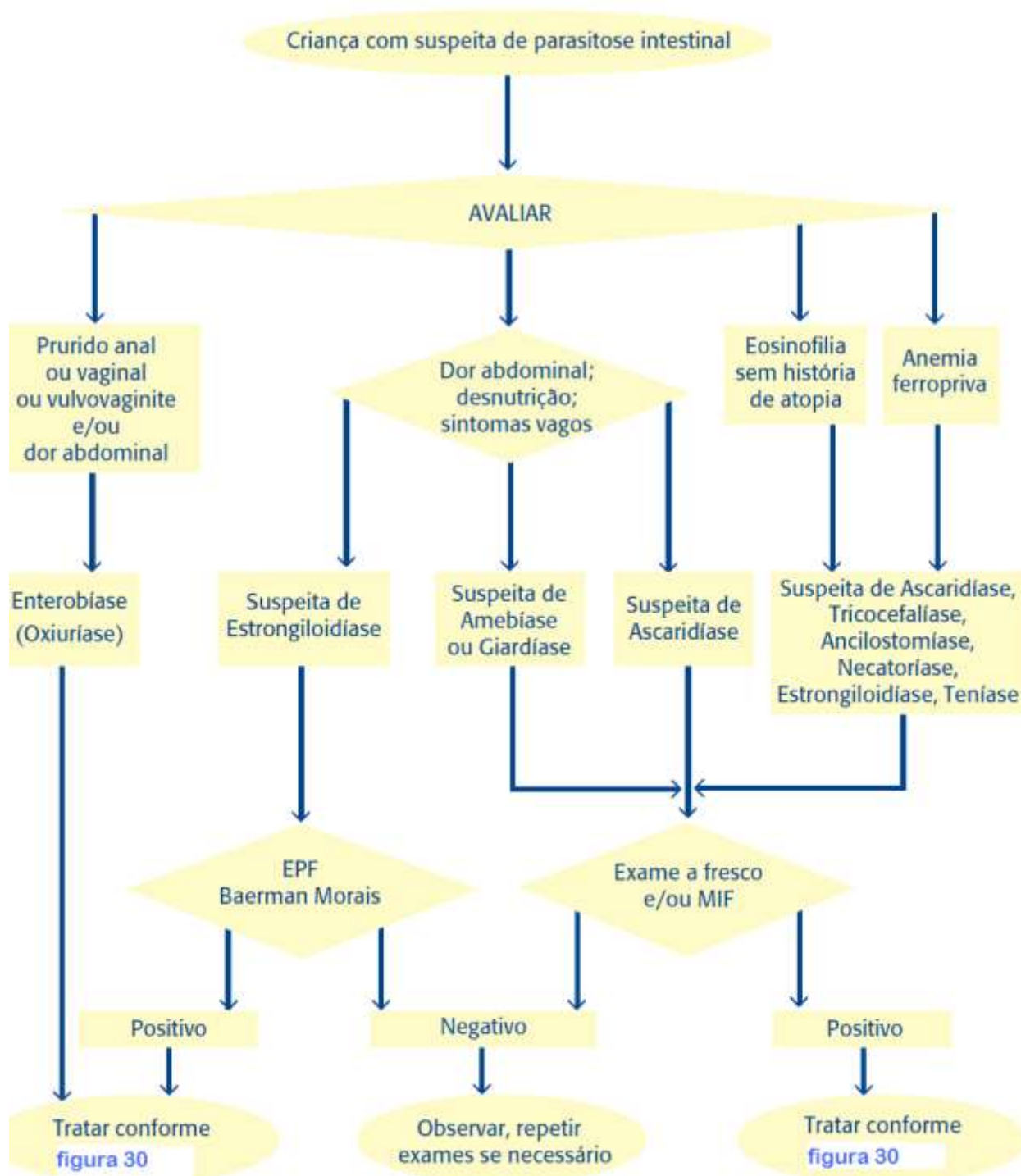
O tratamento

O tratamento das parasitoses deve ser feito com medicamentos eficazes, que não apresentem efeitos colaterais importantes e que estejam disponíveis na UBS. Em crianças acometidas por dois ou mais parasitas, tratar inicialmente aqueles que apresentem risco de migração (âscaris e strongilóides) ou os que estejam provocando maior repercussão clínica. Se for diagnosticada enterobíase (oxiuríase), tratar também os contatos domiciliares. A figura 36 apresenta as drogas de escolha e posologia para tratamento das principais parasitoses intestinais (MINAS GERAIS, 2004)6)

FIGURA 36 - DROGAS USADAS NO TRATAMENTO DAS PARASITOSES (MINAS GERAIS, 2004)6)

PARASITOSE	DROGA	DOSAGEM
Amebíase	Metronidazol	30 a 40 mg/kg/dia, por 7 dias
Ancilostomíase Ascaridíase Tricocefalíase	Mebendazol	100 mg, 2 x/dia, por 3 dias; repetir 15 dias depois
	Albendazol	400 mg/dia, dose única
	Levamisol (apenas para ascaridíase)	< 2 anos: 20 a 40 mg, dose única
		2 a 8 anos: 40 a 80 mg, dose única > 8 anos: 80 a 150 mg, dose única
Estrongiloidíase	Tiabendazol	25 mg/kg/dia, 2 x/dia, por 3 dias
Giardíase	Metronidazol	30 a 40 mg/kg/dia, por 7 dias
Himenolepíase	Praziquantel	20 mg/kg, dose única
Enterobíase (Oxiuríase)	Mebendazol	100 mg, dose única Tratar todos os contatos domiciliares Repetir depois de 15 dias
	Albendazol	400 mg/dia, dose única
Teníase	Mebendazol	200 mg/dose, 2 x/dia, por 3 a 5 dias
	Albendazol	400 mg/dia, dose única
	Praziquantel	20 mg/kg, dose única

FIGURA 37 - ABORDAGEM DA CRIANÇA COM PARASITOSE INTESTINAL (MINAS GERAIS, 2004)0)



E) A CRIANÇA COM ANEMIA FERROPRIVA

A anemia é definida como um processo patológico no qual a concentração da hemoglobina está abaixo dos valores considerados normais para os indivíduos saudáveis do mesmo sexo e faixa etária. Quando ela é resultante da deficiência de ferro, o diagnóstico é de Anemia Ferropriva. A deficiência de ferro é a carência nutricional mais comum e a causa mais frequente de anemia em todo o mundo (MINAS GERAIS, 2004).

É muito comum nos primeiros anos de vida devido a aspectos peculiares do metabolismo do ferro e da alimentação nessa faixa etária. Após o nascimento, a criança precisa absorver grande quantidade de ferro diariamente para manter um nível adequado do mineral, e sua alimentação supre marginalmente as necessidades de ferro nos primeiros anos de vida. Além disso, devem ser consideradas as perdas normais que ocorrem na excreção e as anormais de causas variadas, como nas micro-hemorragias pela alimentação com leite de vaca ou na espoliação parasitária (MINAS GERAIS, 2004).

Apesar de acometer principalmente as crianças de baixo nível socioeconômico, a carência de ferro está presente em todas as categorias sociais e, se não tratada, provocará repercussões importantes no organismo da criança, desde diminuição da imunidade e da resistência às infecções até alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e baixo rendimento escolar. Representa, portanto, importante problema de saúde pública (MINAS GERAIS, 2004).

A anemia ferropriva tem distribuição universal. Cerca de 25% da população mundial é atingida pela carência de ferro, e as crianças de quatro a 24 meses estão entre os grupos mais acometidos. Não existem, no Brasil, dados nacionais sobre a prevalência de anemia ferropriva, mas estudos localizados mostram percentagem variando entre 50 e 83% nos lactentes. Apesar dessa alta prevalência, o tratamento é relativamente simples e apresenta bons resultados, sem efeitos colaterais importantes (MINAS GERAIS, 2004).

Quando suspeitar?

Fatores de risco:

- Prematuros e recém-nascidos de baixo peso;

- Lactentes a termo em aleitamento artificial;
- Lactentes em aleitamento materno por mais de seis meses, sem aporte adequado de
- ferro dietético;
- Adolescentes de ambos os sexos;
- Gestantes e nutrízes;
- Crianças com quadros diarreicos frequentes e prolongados e com infestação parasitária.

Sintomatologia: palidez, irritabilidade, anorexia, falta de interesse, falta de atenção, perversão do apetite etc (MINAS GERAIS, 2004).

Exame físico: o achado mais frequente é a palidez. Podem ocorrer também alterações cardiocirculatórias (sopros e taquicardia), mas, em geral, são manifestações mais tardias. Deve-se considerar a hipótese de anemia ferropriva ou de ferropenia nos lactentes com ganho insuficiente de peso ou queda na curva de crescimento, especialmente naqueles que não receberam suplementação de ferro e/ou não receberam leite materno (MINAS GERAIS, 2004).

Para a pesquisa de palidez, a avaliação da região palmar é considerada uma opção melhor do que as conjuntivas por estar menos sujeita a alterações provocadas pelo choro e estados gripais. Pode-se comparar a cor da palma da mão da criança com a da mãe ou de pessoa da mesma raça. Considerar também outros fatores de confusão como as diferenças raciais, a vasoconstrição periférica causada pelo frio ou por patologias graves, a hiper胡萝卜素emia e a icterícia (MINAS GERAIS, 2004)1)

Como confirmar?

O diagnóstico definitivo de anemia é dado pelo hemograma, e o da ferropenia, pelos testes de cinética do ferro, que nem sempre são necessários. O hematócrito e/ou a concentração de hemoglobina abaixo do mínimo indicado para a idade e sexo, associados à microcitose e à hipocromia, são fortemente sugestivos de anemia ferropriva em nosso meio (MINAS GERAIS, 2004).

A figura 38 mostra os valores mínimos da hemoglobina, do hematócrito e dos índices hematimétricos por idade, ao nível do mar.

FIGURA 38 - VALORES MÍNIMOS DA HEMOGLOBINA, DO HEMATÓCRITO E DOS ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS POR IDADE, AO NÍVEL DO MAR (MINAS GERAIS, 2004).

IDADE	HEMOGLOBINA (mínimo)	HEMATÓCRITO (mínimo)	VOLUME CORPUSCULAR MÉDIO (mínimo)	HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MÉDIA (mínimo)
Sangue do cordão	13,5	42	98	31
1 semana	13,5	42	88	28
2 semanas	12,5	39	86	28
1 mês	10,0	31	85	28
2 meses	9,0	28	77	56
3 a 6 meses	9,5	29	74	25
6 meses a 2 anos	10,5	33	70	23
2 a 6 anos	11,5	34	75	24
6 a 12 anos	11,5	35	77	25
12 a 18 anos, fem.	12,0	36	78	25
12 a 18 anos, masc.	13,0	37	78	25
18 a 49 anos, fem.	12,0	36	80	26
18 a 49 anos, masc.	13,5	41	80	26

Adaptado de: DALLMAN, P.R. In: RUDOLPH, A. Ed. Pediatrics. 16.ed. New York: Appleton-Century-Crofts, 1977:111.

Plaquetose e eosinofilia são achados frequentes no hemograma de pacientes com anemia ferropriva. A plaquetose deve-se a um estímulo inespecífico de precursores hematopoiéticos da medula óssea pela elevação da eritropoietina na anemia. A eosinofilia está relacionada à presença de parasitoses intestinais, comumente associadas à anemia ferropriva (MINAS GERAIS, 2004).

O RDW ("Red Cell Distribution Width") é um novo índice hematimétrico que vem sendo disponibilizado pelos equipamentos mais modernos e que indica o grau de anisocitose da amostra de sangue. Na anemia ferropriva, esse índice encontra-se habitualmente elevado ($> 15\%$), refletindo a heterogeneidade do volume das hemácias. A anemia falciforme também provoca elevação do RDW, geralmente levando a resultados entre 15 e 20%, o que pode gerar dúvidas no diagnóstico. Valores do RDW acima de 20% são fortemente sugestivos de anemia ferropriva (MINAS GERAIS, 2004).

A ferropenia é comprovada pelos testes de cinética do ferro, que não devem ser solicitados de rotina, sendo reservados para os casos em que a criança está anêmica, mas não apresenta fatores de risco para a doença, ou naqueles em

que esses fatores estão presentes, mas a anemia não é microcítica nem hipocrômica (MINAS GERAIS, 2004 p. 13).

A cinética de ferro consiste na quantificação do ferro presente no organismo, sob a forma livre, em estoque ou ligado a proteínas; por isso, faz-se necessária a solicitação dos seguintes exames:

- Dosagem de ferro sérico (valor de referência: > 50 mg/dl) – altera-se apenas depois que as reservas de ferro se esgotam;
- Ferritina (valor de referência: > 10 mg/ml) – é muito útil na detecção da deficiência de ferro, pois altera-se precocemente na vigência de ferropenia;
- Índice de saturação de transferrina (valor de referência: > 20%) – a transferrina é a proteína transportadora do ferro no sangue, e a diminuição do índice de saturação indica esgotamento das reservas;
- Capacidade total de ligação do ferro (valor de referência: 250 - 400 mg/dl) – é a soma do ferro sérico mais a quantidade ligada à transferrina.

A figura 39 sintetiza os valores de referência para os principais exames complementares que, além do hemograma, auxiliam no diagnóstico e controle da anemia ferropriva (MINAS GERAIS, 2004).

FIGURA 39 - VALORES DE REFERÊNCIA PARA O RDW E A CINÉTICA DE FERRO (MINAS GERAIS, 2004).

EXAME LABORATORIAL	VALOR DE REFERÊNCIA
RDW	11,5 a 14,5%
Dosagem de ferro sérico	> 50 mg/dl
Ferritina	> 10 mg/ml
Índice de saturação de transferrina	> 20%
Capacidade total de ligação do ferro	250 - 400 mg/dl

O atendimento na UBS

TRATAMENTO:

Administração do ferro:

- A via de escolha é a oral;
- Dar preferência a sais ferrosos, especialmente sulfato (contém 20% de ferro elementar);

- Dose: 3 mg/kg/dia, de ferro elementar (25 mg/ml), em 1 ou 2 tomadas, 30 a 60 minutos antes de 1 refeição ou 2 horas após a anterior, durante 3 a 4 meses para que as reservas de ferro sejam repostas;
- Oferecer, junto ou logo após a administração do medicamento, suco de fruta, pois a vitamina C facilita a absorção do ferro;
- Informar e orientar as mães sobre o escurecimento dos dentes, das fezes e alterações do hábito intestinal (Diarreia ou constipação)
- Ao término do tratamento, manter dose profilática como descrito a seguir, se a criança tiver menos de 24 meses de vida. A desnutrição protéico-calórica e as parasitoses devem ser abordadas simultaneamente para o sucesso do tratamento da anemia ferropriva;
- Se houver parasitas e/ou outras doenças associadas, fazer o tratamento indicado (MINAS GERAIS, 2004).

Orientações dietéticas:

- Estimular o consumo de alimentos ricos em ferro, especialmente carnes;
- Estimular o consumo de alimentos ricos em vitamina C nas refeições de sal;
- Evitar o uso de chás ou leite de vaca durante ou logo após a ingestão do medicamento, bem como a administração conjunta com outros minerais (cálcio, fosfato, zinco etc.), por serem inibidores da absorção (MINAS GERAIS, 2004)

Controle de cura:

Em geral, não é necessário solicitar exames hematológicos para controle de cura. Se não houver resposta adequada, rever o diagnóstico e o tratamento. A contagem de reticulócitos após 7 dias pode ser solicitada, e o aumento no número dessas células sugere que o tratamento está adequado. (MINAS GERAIS, 2004)

Profilaxia:

Prevenção de partos prematuros e de nascimentos de crianças de baixo peso através do

acompanhamento adequado da gestante; Estímulo ao aleitamento materno, com orientações para o desmame e para o uso de alimentos ricos em ferro; Melhoria das condições de vida, incluindo saneamento básico adequado, com controle de infecções e de parasitoses;

Instituir **obrigatoriamente** o uso do ferro profilático nas seguintes situações:

- Recém-nascidos a termo, com peso adequado para a idade gestacional: 1 mg/kg/dia
- Prematuros e recém-nascidos a termo de baixo peso: 2 mg/kg/dia, durante 2 meses. A seguir, 1 mg/kg/dia até o 24º mês;
- Observação: avaliar a necessidade de complementação medicamentosa se a criança estiver usando alimentos fortificados com ferro. (MINAS GERAIS, 2004)

A interconsulta

Encaminhar as crianças:

- Que, apesar de terem fatores de risco para anemia ferropriva, apresentam achados clínicos que sugerem outras patologias;
- Com falha no tratamento medicamentoso, após afastar todos os fatores relacionados à adesão ao tratamento e mantenedores da ferropenia;
- Aquelas com anemia microcítica e hipocrômica, ou não, e com cinética de ferro normal;
- Com hemoglobina baixa e sinais de descompensação cardíaca, necessitando transfusão de sangue.

Após o retorno da interconsulta, marcar consulta médica para avaliação (MINAS GERAIS, 2004)5)

ANEXOS

ANEXO 1 - PARÂMETROS DA CRIANÇA SAUDÁVEL

QUADRO 33 - PARÂMETROS VITAIS E HEMATOLÓGICOS DA CRIANÇA SAUDÁVEL E ALTERAÇÕES DOS SISTEMAS ORGÂNICOS NA CRIANÇA ENFERMA (KRUCZEWSKI; SANTOS, 2008)												
Variável	RN	1-2 meses	3-4 meses	5-6 meses	9-12 ms	1-3 anos	4 anos	6 anos	8 anos	10 anos	12 anos	
Temperatura (°C)	37,5-37,7	37,5-37,7	37,5-37,7	37,5-37,7	37,5-37,7	37-37,2	37-37,2	36,7-36,8	36,7-36,8	36,6	36,6	
Frequência respiratória (mm)	30 a 40	25 a 35	25 a 35	25 a 35	25 a 35	20 a 30	20 a 30	12 a 25	12 a 25	12 a 18	16 a 20	
Frequência cardíaca (bpm)	100 a 170	100 a 170	100 a 170	100 a 170	100 a 160	100 a 140	80 a 130	70 a 115	70 a 110	60 a 105	60 a 100	
Pressão arterial (mmHg)	75/50	75/50	85/65	85/65	90/70	90/65	95/60	95/60	95/60	100/60	110/70	
Parâmetros Hematológicos												
	RN	1-2 meses	3-4 meses	5-6 meses	9-12 mes	1-3 anos	4 anos	6 anos	8 anos	10 anos	12 anos	
Hematócrito	42 a 70%	30 a 41%	30 a 41%	30 a 41%	30 a 41%	33 a 43%	33 a 43%	33 a 43%	33 a 43%	33 a 43%	36 a 47%	
Leucócitos Totais x10 ³ /L	9-32	5-13,0	5-13,0	5-13,0	5-13,0	4-12,0	4-12,0	4-12,0	4-12,0	4-12,0	4-10,5	
Neutrófilos	6-23,5	1,1-6,6	1,1-6,6	1,1-6,6	1,1-6,6	1,4-6,6	1,4-6,6	1,4-6,6	1,4-6,6	1,4-6,6	1,5-6,6	
Linfócitos	2,5-10,5	1,8-9,0	1,8-9,0	1,8-9,0	1,8-9,0	1,0-5,5	1,0-5,5	1,0-5,5	1,0-5,5	1,0-5,5	1,0-3,5	
Monócitos	< 2,0	< 1,0	< 1,0	< 1,0	< 1,0	< 1,0	< 1,0	< 1,0	< 1,0	< 1,0	< 1,0	
Eosinófilos	< 2,0	< 0,7	< 0,7	< 0,7	< 0,7	< 0,7	< 0,7	< 0,7	< 0,7	< 0,3	< 0,3	
Parâmetros da criança enferma												
Sistema motor	Sistema nervoso	Sistema respiratório	Sistema circulatório	Sistema digestivo	Sistema genito-urinário	Sistema tegumentar e anexos						
Paresias, Paralisias. Dor em membros. Alterações de marcha, incoordenação. Atentar-se para sorriso social, sustentação da cabeça, engatinhar, ficar em pé com apoio e sem apoio, controle de esfínteres. Tremores, coreia, movimentos mioclônicos ou tônicos, tiques.	Estado de consciência: - Aleita - Sonolento - Obnubilado - Comatoso Pupilas: - anisocoria, midriase, miase. Sensibilidade e integridade dos pares cranianos. Sinais de irritação meníngea: rigidez de nuca, sinal do tripé. Cefaléia. Agitado Confuso Convulsão Imitação. Anencefalia, microcefalia, macrocefalia.	Gemidos expiratórios. Taquipnéia, bradipnéia, apnéia. Decréscimo ou ausência de sons respiratórios. Batimentos das alças nasi (narinas). Retração intercostal, subcostal e supraesternal, <i>pectus excavatum</i> (peito escavado). Cianose.	Bradicardia, ou taquicardia. Hipotensão ou hipertensão. Palpações. Dor pré-cordial. Perfusão periférica alterada.	Ruidos hidroaéreos ausentes ou diminuídos. Abdômen em pêndulo; Abdome escafoide ou em canoa (depressão); Abdome volumoso, mole, não contrai com o choro, percebe o relevo das alças intestinais. Dor abdominal. Vômito, Regurgitação. Constipação, Diarreia.	Palpabilidade renal alterada. Dor. Frequência urinária alterada. Coloração da urina alterada.	Atentar-se para: Cor (pálida, cianótica, icterícia) textura, turgor, presença de rash, marcas de nascença, lesões. Anormalidades das unhas. Quantidade e textura do cabelo. Glândulas: presença de adenomegalias, localização, consistência, tamanho, dor, coalescência, aderência.						
ESCALA DE GLASGLOW												
ABERTURA OCULAR			< 1 ano 4 - Espontânea 3 - Comando verbal (Grito/Barulho) 2 - Estimulo doloroso 1 - Nenhum				> 1 ano 4 - Espontânea 3 - Comando verbal 2 - Estimulo doloroso 1 - Não abre					
MELHOR RESPOSTA MOTORA			< 1 ano 6 - Obedece a comando 5 - Localiza dor 4 - Retirada à dor 3 - Flexão (decorticação) 2 - Extensão (descerebração) 1 - Nenhum				> 1 ano 6 - Obedece a comando 5 - Localiza dor 4 - Retirada à dor 3 - Flexão (decorticação) 2 - Extensão (descerebração) 1 - Nenhum					
MELHOR RESPOSTA VERBAL			< 2 anos 5 - Sont 4 - Choro consolável 3 - Choro persistente/gritos 2 - Gemido/agitação 1 - Nenhum				2 a 5 anos 5 - Palavras e frases apropriadas 4 - Palavras inapropriadas 3 - Choro persistente/gritos 2 - Gemido 1 - Nenhum				> 5 anos 5 - Conversa apropriada 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Sons incompreensíveis 1 - Nenhum	

ANEXO 2**CURVAS DE CRESCIMENTO PARA O RECÉM-NASCIDO PREMATURO****1. Peso x Idade Gestacional Corrigida****2. Comprimento x Idade Gestacional Corrigida****3. Perímetro Cefálico x Idade Gestacional Corrigida**

As curvas de peso, comprimento e perímetro cefálico por idade gestacional corrigida, elaboradas por Xavier e colaboradores, possibilitam um acompanhamento mais preciso do crescimento do recém-nascido prematuro. O uso correto destas curvas baseia-se no cálculo da Idade Gestacional Corrigida:

- A cada semana de vida pós-natal acrescentar uma semana à sua idade gestacional;
- Por exemplo, um RNPT de 32 semanas, após 7 dias de vida (ou 1 semana de idade cronológica) teria 33 semanas de IGC e, assim, se procederia até a 40ª semana, quando deveria nascer.

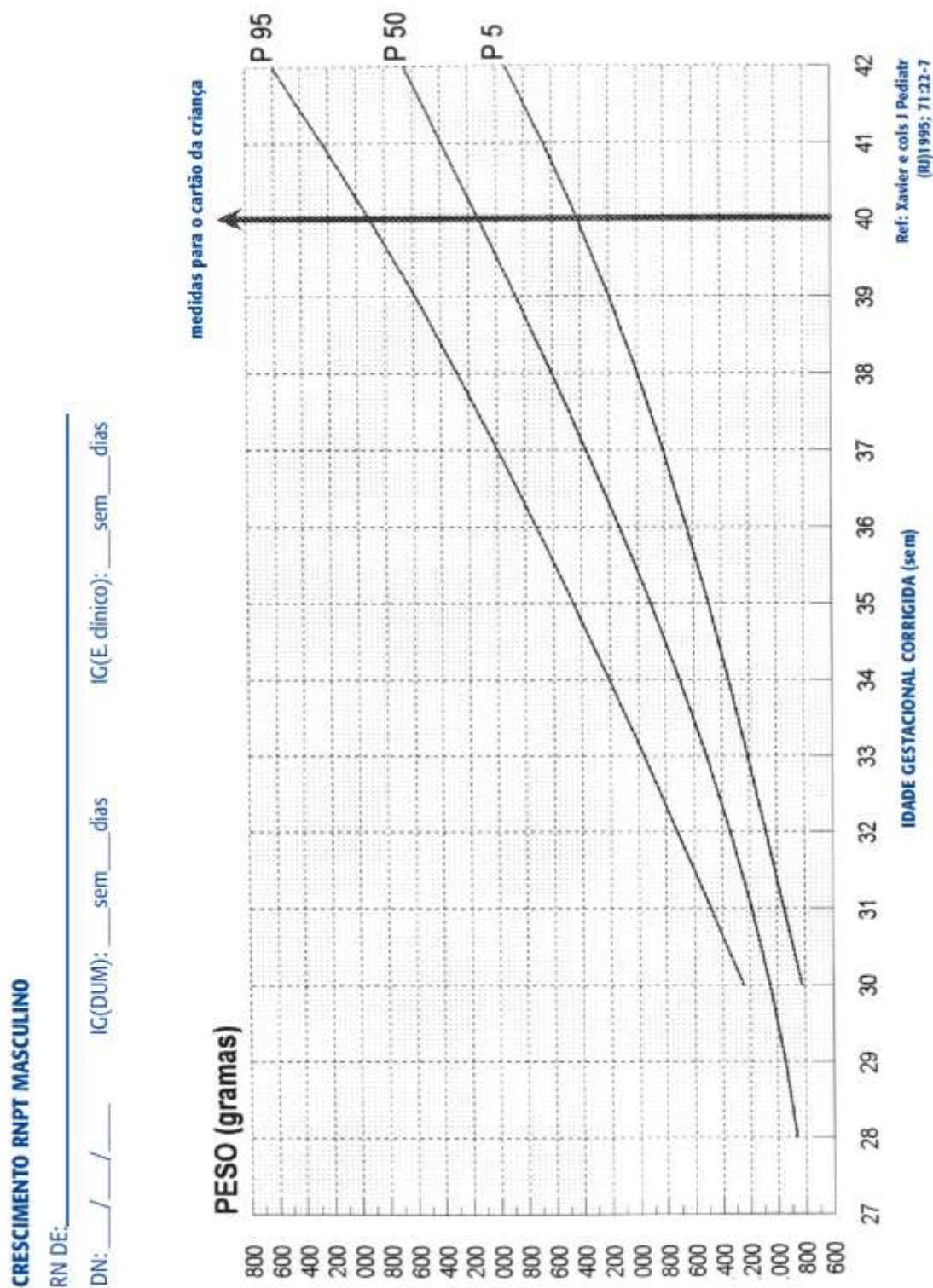
Após a 40ª semana a correção é realizada em meses, o que possibilita a continuidade da avaliação do crescimento e desenvolvimento de forma adequada nos primeiros 1 a 2 anos de vida. A avaliação antropométrica deverá ser realizada e as medidas anotadas semanalmente no gráfico de acordo com a IGC calculada, até que o RN alcance a 40ª semana de IGC (MINAS GERAIS, 2004)1.

A partir deste momento, as medidas deverão ser lançadas nos gráficos para crianças a termo, sendo que as medidas da 40ª semana corresponderão ao ponto zero do eixo idade do gráfico para crianças a termo, independente de sua idade cronológica. A diferença entre a Idade Corrigida e a Idade Cronológica deixa de ser significativa:

- Aos 18 meses para o crescimento do perímetro cefálico;
- Aos 24 meses para o peso;
- Aos 3 anos e meio para a estatura.

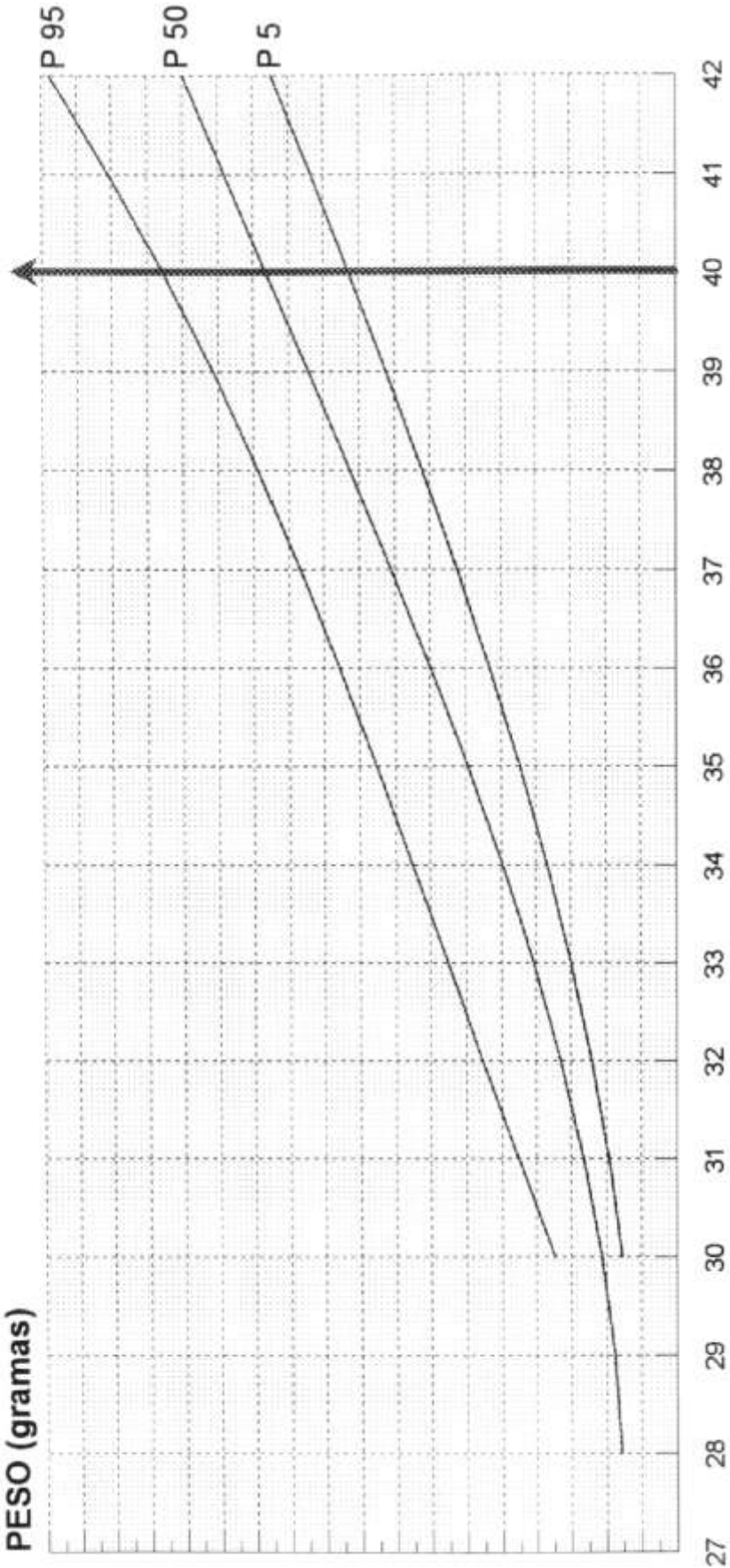
A partir deste momento, deve-se usar a Idade Cronológica para o acompanhamento e, conseqüentemente, os gráficos de crescimento usuais (MINAS GERAIS, 2004)1.

FIGURAS 40 E 41 – CRESCIMENTO RNPT MASCULINO E FEMININO (MINAS GERAIS, 2004)14-215)



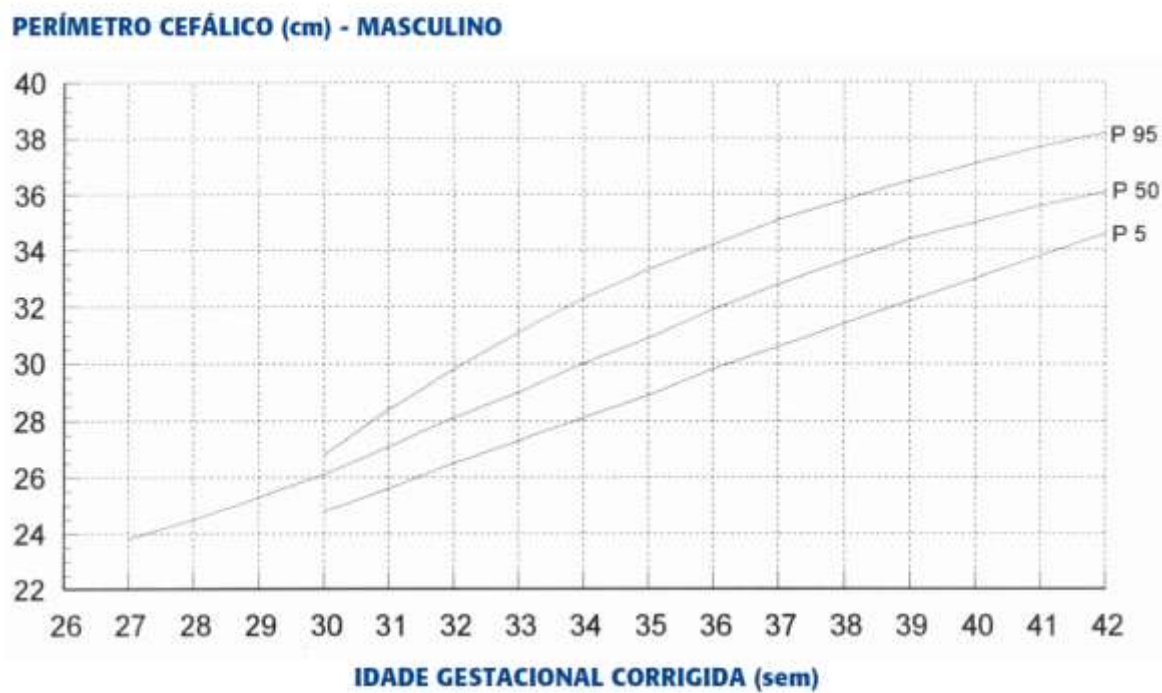
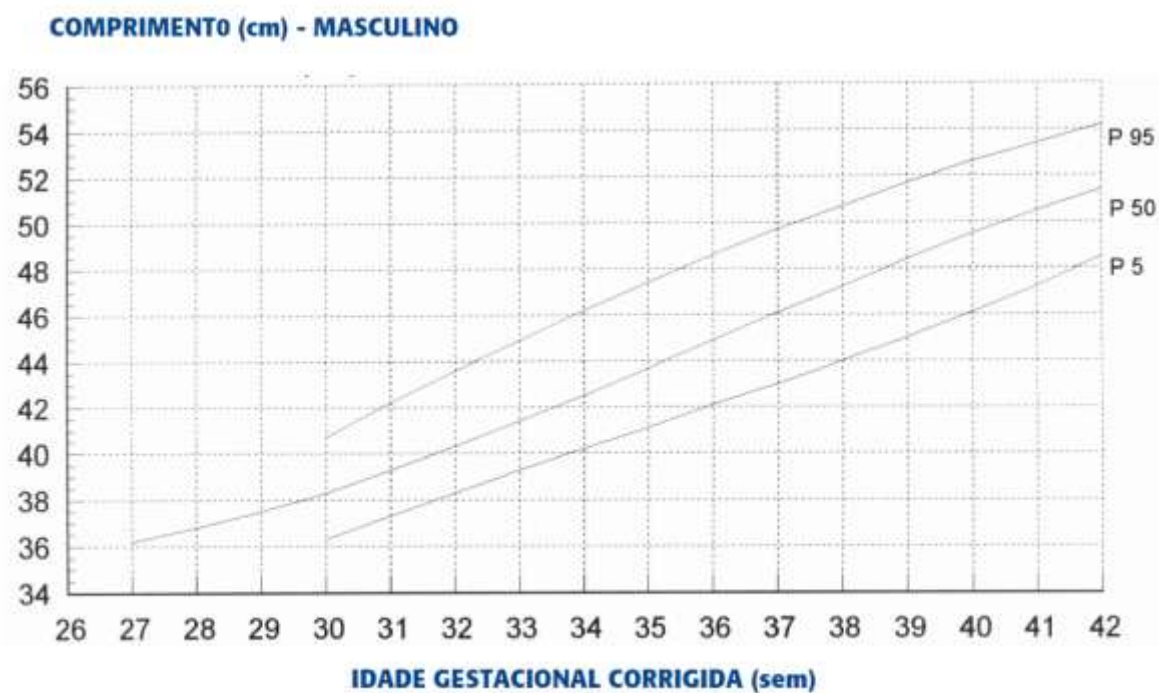
CRESCIMENTO RNPT FEMININO

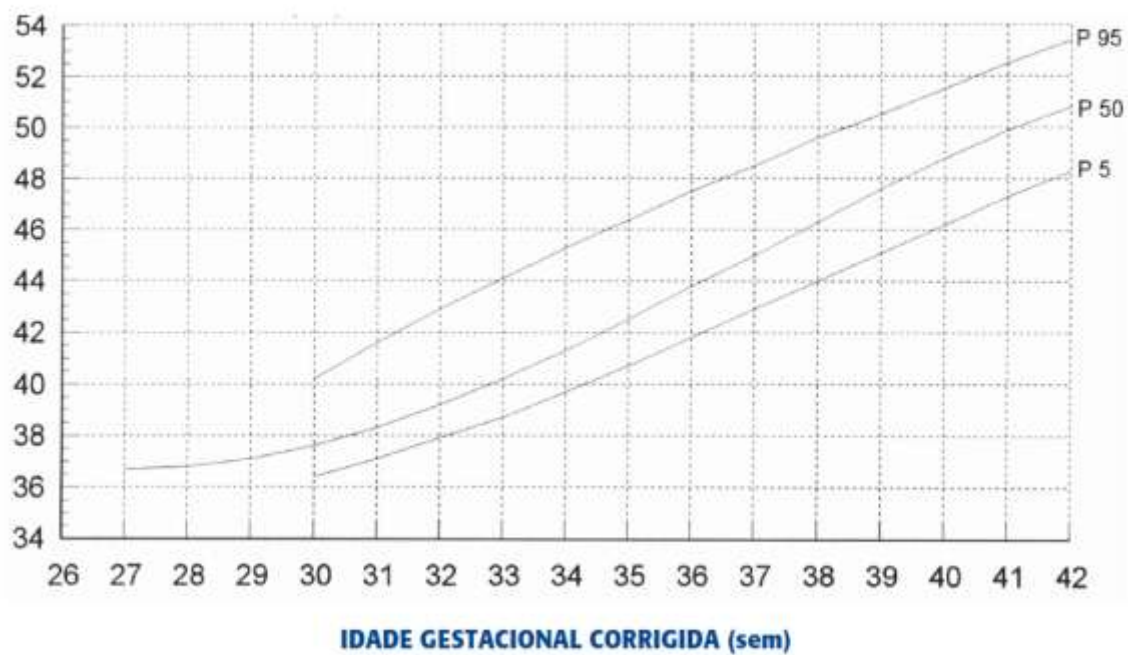
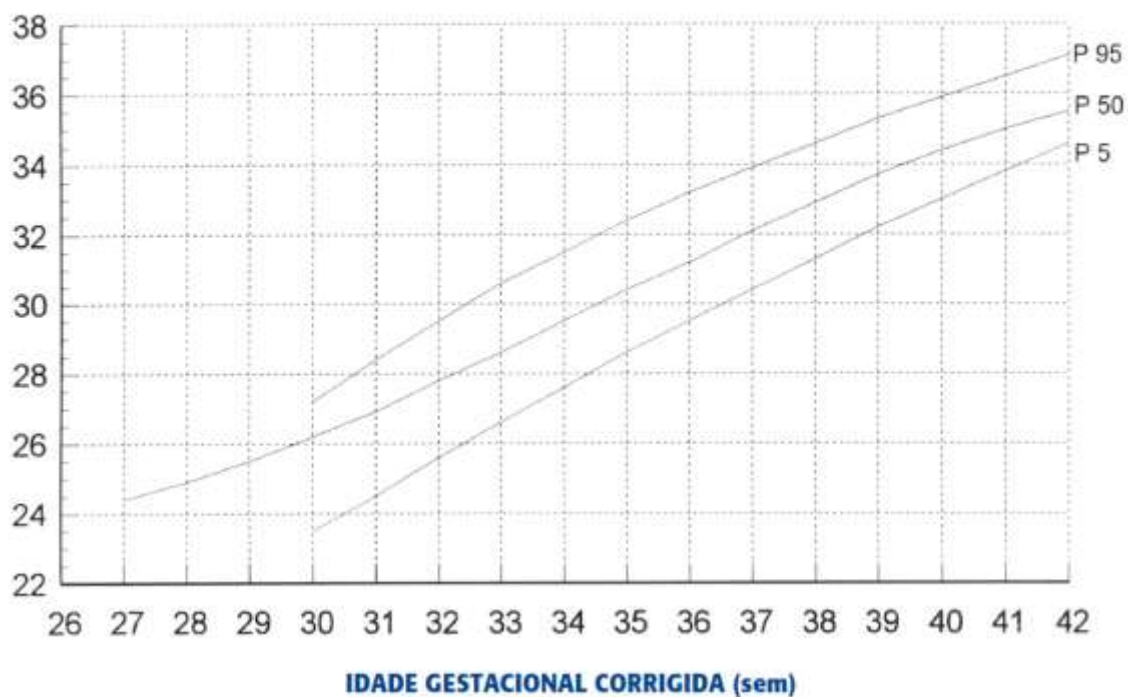
RN DE: _____
DN: ____/____/____ IG(DUM): ____ sem ____ dias IG(E. clínico): ____ sem ____ dias



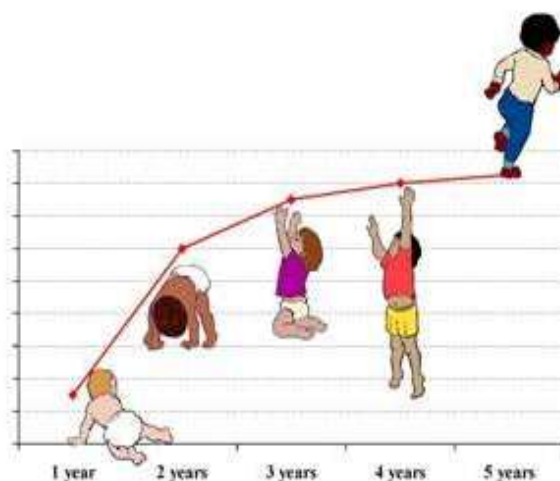
Ref: Xavier e cols J Pediatr (RJ) 1995; 71:22-7

FIGURAS 42 E 43 - COMPRIMENTO X IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA, PERÍMETRO CEFÁLICO X IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA MASCULINO E FEMININO (MINAS GERAIS, 2004 p. 216,218)



COMPRIMENTO (cm) - FEMININO**PERÍMETRO CEFÁLICO (cm) - FEMININO**

ANEXO 3 - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS



➤ PASSOS PARA O DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DA CRIANÇA SÃO:

1º PASSO: Calcular a idade em meses, fazendo as aproximações necessárias.

2º PASSO: Pesar a criança usando a técnica e os instrumentos adequados (ver pág. 154)

3º PASSO: Anotar os dados

4º PASSO: Marcar no gráfico de crescimento do Cartão da Criança, o ponto de interseção entre a idade e o peso da criança para os menores de 7 anos.

5º PASSO: Fazer o diagnóstico nutricional por meio do percentil.

6º PASSO: Verificar a inclinação da curva de crescimento para complementar o diagnóstico nutricional.

7º PASSO: Compartilhar com a mãe/responsável o diagnóstico nutricional da criança.

8º PASSO: Fazer a intervenção adequada, para cada situação.

9º PASSO: Realizar ações de promoção da saúde.

(BRASIL, 2008)

➤ INSTRUMENTOS PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

- Equipamentos antropométricos: balança pediátrica e de plataforma; estadiômetro infantil ou horizontal e estadiômetro vertical;
- Calculadora, planilha ou disco para a identificação do Índice de Massa Corporal (IMC);
- Declaração de nascido vivo e/ou Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde;

- Gráficos ou tabelas de crescimento infantil (OMS 2006/2007);
(BRASIL, 2008)

➤ **COMO AFERIR O PESO**

A) CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

As crianças menores de 2 anos devem ser pesadas e medidas sempre completamente despidas e na presença da mãe ou do responsável, pois estas devem auxiliar na retirada da roupa da criança e na tomada da medida. Lembre-se que uma fralda molhada pode representar até 20% do peso de uma criança (BRASIL, 2008 p.4).

A1) Como utilizar balança pediátrica (mecânica e digital) ou “tipo bebê”:

A balança pediátrica ou “tipo bebê” é o equipamento apropriado para crianças menores de 2 anos que ainda não ficam de pé com segurança. É preciso ter muito cuidado para pesar crianças pequenas, a fim de se evitar acidentes. Certificar-se de que a balança está apoiada sobre uma superfície plana, lisa e firme. Forrar o prato com uma proteção (papel descartável ou fralda) antes de calibrar a balança para evitar erros na pesagem (BRASIL, 2008 p.4).

A. Como utilizar balança suspensa tipo pêndulo

Para o uso de balanças suspensas (tipo pêndulo), observar que devem ser penduradas em local seguro e em altura que permita uma boa visualização da escala, normalmente na altura dos olhos do profissional de saúde. As orientações descritas para o uso da balança mecânica pediátrica podem ser adaptadas para a técnica de pesagem com balanças suspensas (BRASIL, 2008 p.4).

FIGURA 44 - PASSO A PASSO: PESAGEM DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS (BRASIL, 2008 p.46)



1º Passo

Destravar a balança.

2º Passo

Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, calibrá-la, girando lentamente o calibrador.

3º Passo

Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.

4º Passo

Após constatar que a balança está calibrada, ela deve ser travada.

5º Passo

Despir a criança com o auxílio da mãe/responsável.

6º Passo

Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, de modo a distribuir o peso igualmente. Destravar a balança mantendo a criança parada o máximo possível nessa posição. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento.

7º Passo

Mover o cursor maior sobre a escala numérica para marcar os quilos.

8º Passo

Depois mover o cursor menor para marcar os gramas.

9º Passo

Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.

10º Passo

Travar a balança, evitando, assim, que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento.

11º Passo

Realizar a leitura de frente para o equipamento com os olhos no mesmo nível da escala a fim de visualizar melhor os valores apontados pelos cursores.

12º Passo

Anotar o peso na ficha da Vigilância Alimentar e Nutricional/prontuário.



7º passo

8º passo



9º passo

10º passo



11º passo

12º passo



4º Passo

Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura.

5º Passo

Anotar o peso na ficha da Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/prontuário. Retirar a criança.

6º Passo

Marcar o peso no Cartão da Criança.

4º passo >



< 5º passo



6º passo >



2. CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS

As crianças maiores de 2 anos devem ser pesadas descalças e com roupas bem leves. Idealmente, devem usar apenas calcinha, short ou cueca, na presença da mãe ou do responsável. Devem ser orientados a retirarem objetos pesados tais como chaves, cintos, óculos, telefones celulares e quaisquer outros objetos que possam interferir no peso total.

4º Passo

Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura.

4º passo >**5º Passo**

Anotar o peso na ficha da Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/prontuário. Retirar a criança.

< **5º passo****6º Passo**

Marcar o peso no Cartão da Criança.

6º passo >

FIGURA 45 – PASSO A PASSO: PESAGEM DE CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS (BRASIL, 2008 p.50)



1º Passo

Destravar a balança.

2º Passo

Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, calibrá-la, girando lentamente o calibrador,

3º Passo

Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.

4º Passo

Após a calibração da balança, ela deve ser travada e só então a criança, adolescente e adulto subirá na plataforma para ser pesado.

5º Passo

Posicionar a criança, adolescente e adulto de costas para a balança, descalço, com o mínimo de roupa possível, no centro do equipamento, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição.

6º Passo

Destravar a balança.

7º Passo

Mover o cursor maior sobre a escala numérica, para marcar os quilos.

8º Passo

Depois mover o cursor menor para marcar os gramas.

9º Passo

Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.

10º Passo

Travar a balança, evitando, assim que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento.

11º Passo

Realizar a leitura de frente para o equipamento, a fim de visualizar melhor os valores apontados pelos cursores.

6º passo >



< 7º passo



8º passo >



< 9º passo



10º passo >



< 11º passo



Se for utilizar balança eletrônica (digital):

1º Passo

A balança deve estar ligada antes da criança, adolescente ou adulto ser colocado sobre ela. Esperar que a balança chegue ao zero.



1º passo

2º Passo

Colocar a criança, adolescente ou adulto, no centro do equipamento, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nessa posição.

2º passo



3º passo

3º Passo

Realizar a leitura após o valor do peso estar fixado no visor.

4º Passo

Anotar o peso na ficha da Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/prontuário. Retirar a criança, adolescente ou adulto da balança.

4º passo



5º Passo

Para crianças menores de 7 anos de idade anotar o peso no Cartão da Criança.



5º passo

➤ COMO AFERIR O COMPRIMENTO E ALTURA

3. CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

O comprimento é a distância que vai da sola (planta) dos pés descalços, ao topo da cabeça, comprimindo os cabelos, com a criança deitada em superfície horizontal, firme e lisa. Deve-se retirar os sapatos da criança. Deve-se, também, retirar toucas, fivelas ou enfeites de cabelo que possam interferir na tomada da medida. (BRASIL, 2008)

FIGURA 46 - PASSO A PASSO – COMO AFERIR O COMPRIMENTO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS (BRASIL, 2008 p.55)

1º Passo

Deitar a criança no centro do antropômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços.

2º Passo

Manter, com a ajuda da mãe/responsável:

- a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;
- os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;
- os braços estendidos ao longo do corpo.

3º Passo

As nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o antropômetro.

4º Passo

Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam.



**5º Passo**

Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada.

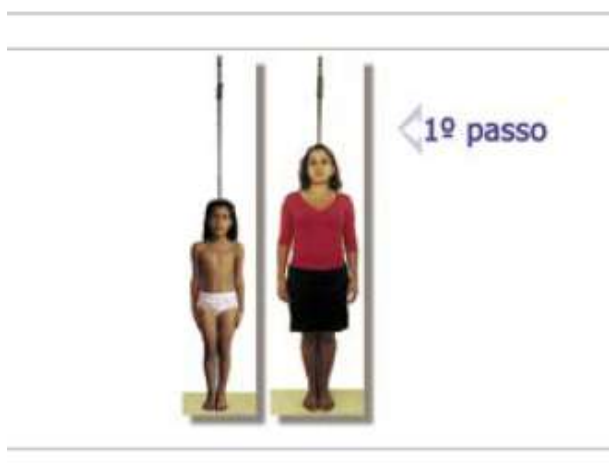
6º Passo

Anotar o resultado na ficha da Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN e no prontuário. Retirar a criança.

4. CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS

A estatura é a medida do indivíduo na posição de pé, encostado numa parede ou antropômetro vertical. Deve-se retirar os sapatos da criança. Deve-se, também, retirar toucas, fivelas ou enfeites de cabelo que possam interferir na tomada da medida. (BRASIL, 2008)

FIGURA 47 - PASSO A PASSO: COMO AFERIR A ALTURA DE CRIANÇAS MAIORES DE 2 ANOS (BRASIL, 2008 p.56)



1º Passo

Posicionar a criança, adolescente ou adulto descalço e com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento. Mantê-lo de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.

2º Passo

Encostar os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/parede.

2º passo >



3º Passo

Os ossos internos dos calcanhares devem se tocar, bem como a parte interna de ambos os joelhos. Unir os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas.

3º passo >



4º Passo

Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo. Retirar a criança, adolescente e adulto, quando tiver certeza de que o mesmo não se moveu.

< 4º passo



5º passo >



< 6º passo

5º Passo

Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.

6º Passo

Anotar o resultado na ficha da Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN e no prontuário.

5º passo >



< 6º passo

5º Passo

Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.

6º Passo

Anotar o resultado na ficha da Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN e no prontuário.

PERÍMETRO CEFÁLICO DE CRIANÇAS DE 0 A 2 ANOS DE IDADE (MINAS GERAIS, 2004)0.

EQUIPAMENTO:

Fita métrica com divisões em cm e subdivisões em mm.

TÉCNICA:

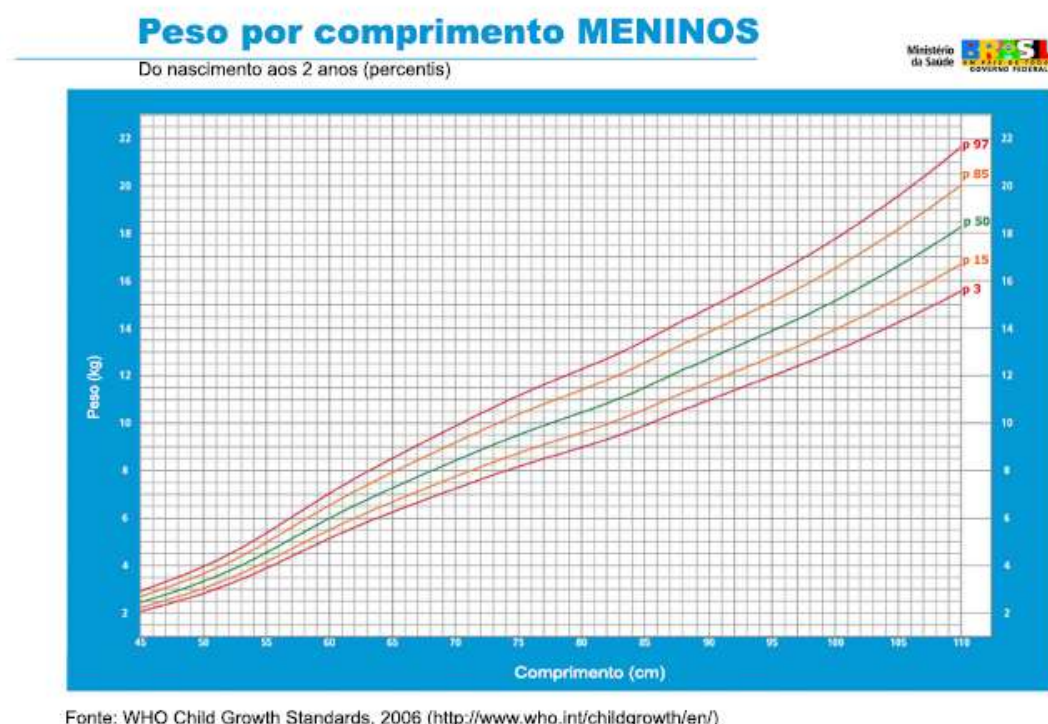
- A criança deve estar deitada ou sentada;
- Pedir auxílio para a mãe da criança para mantê-la na posição correta;
- Passar a fita métrica em torno da cabeça da criança, fixando-a nos pontos mais salientes da região frontal e da região occipital;
- Tomar a medida e anotá-la imediatamente;
- Registrar a medida no gráfico.

(BRASIL, 2008)

COMO AVALIAR O PESO E ESTATURA NAS CURVAS DE CRESCIMENTO DA OMS 2006/2007 (BRASIL, 2008)

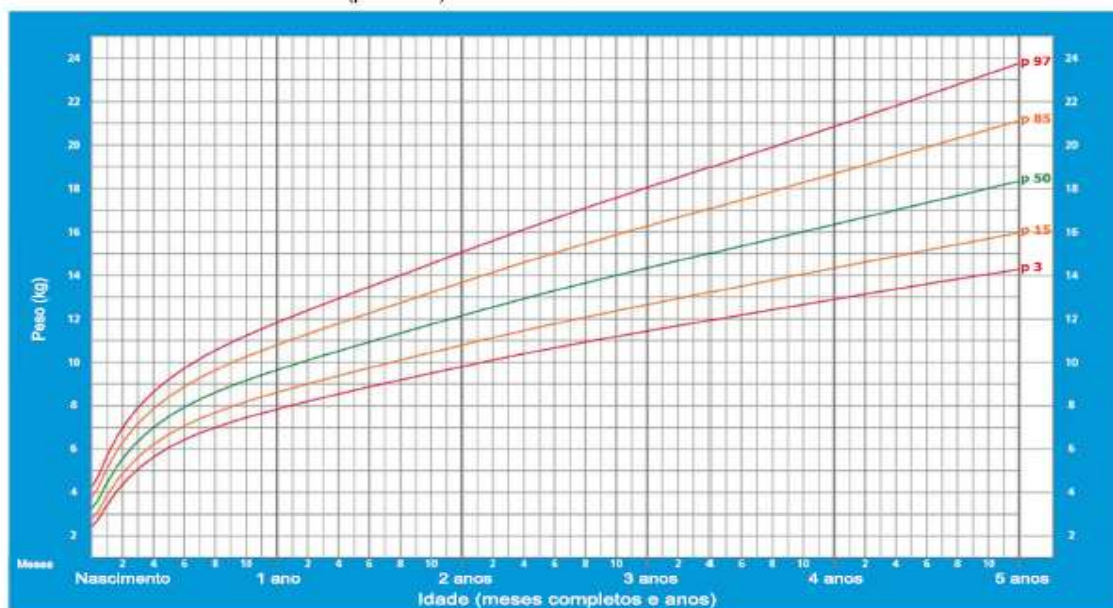
Marcar no gráfico de crescimento, o ponto de interseção entre a idade e o peso/estatura/IMC da criança.

FIGURA 48 – GRAFICOS DE PESO, ESTATURA, IMC – MENINOS (BRASIL, 2008)



Peso por Idade MENINOS

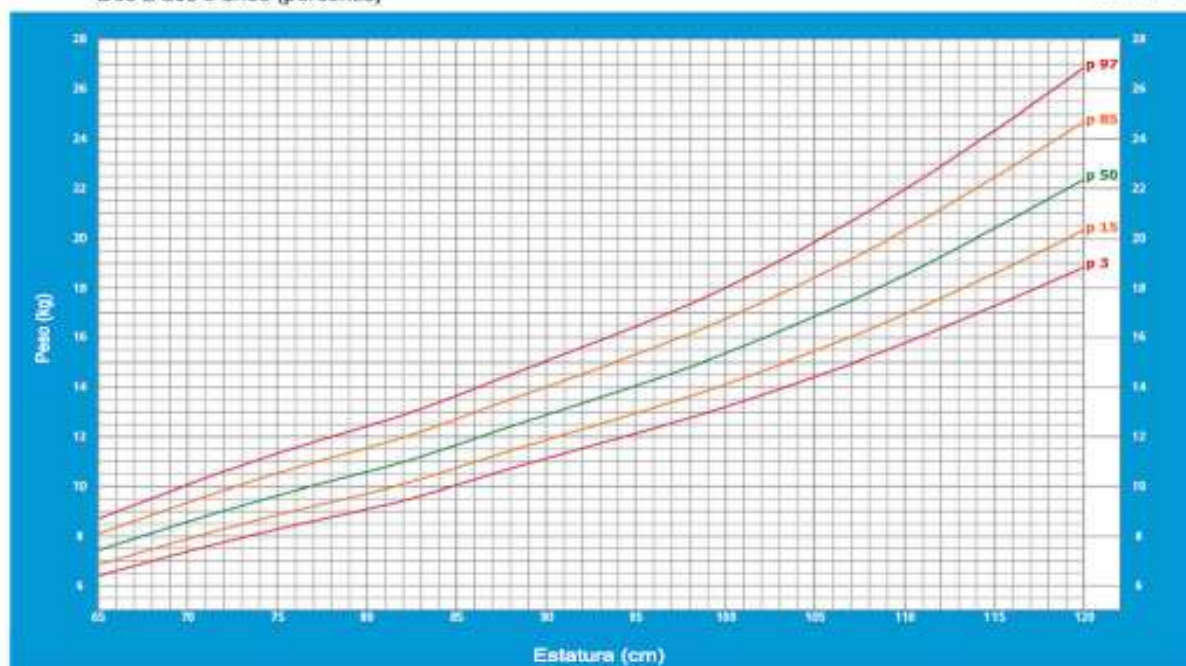
Do nascimento aos 5 anos (percentis)



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

Peso por estatura MENINOS

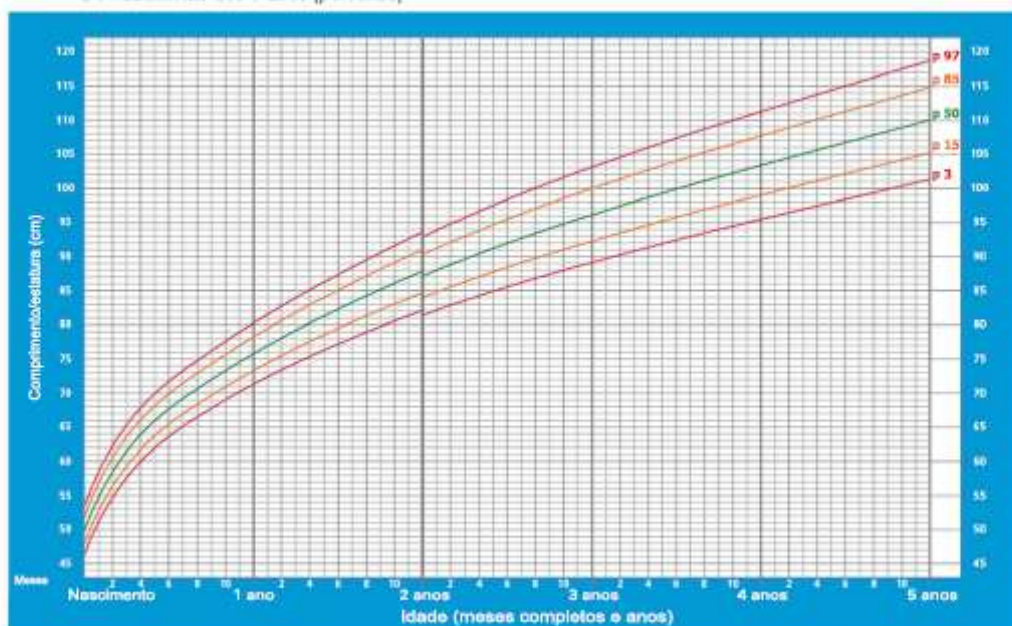
Dos 2 aos 5 anos (percentis)



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

Comprimento/estatura por idade MENINOS

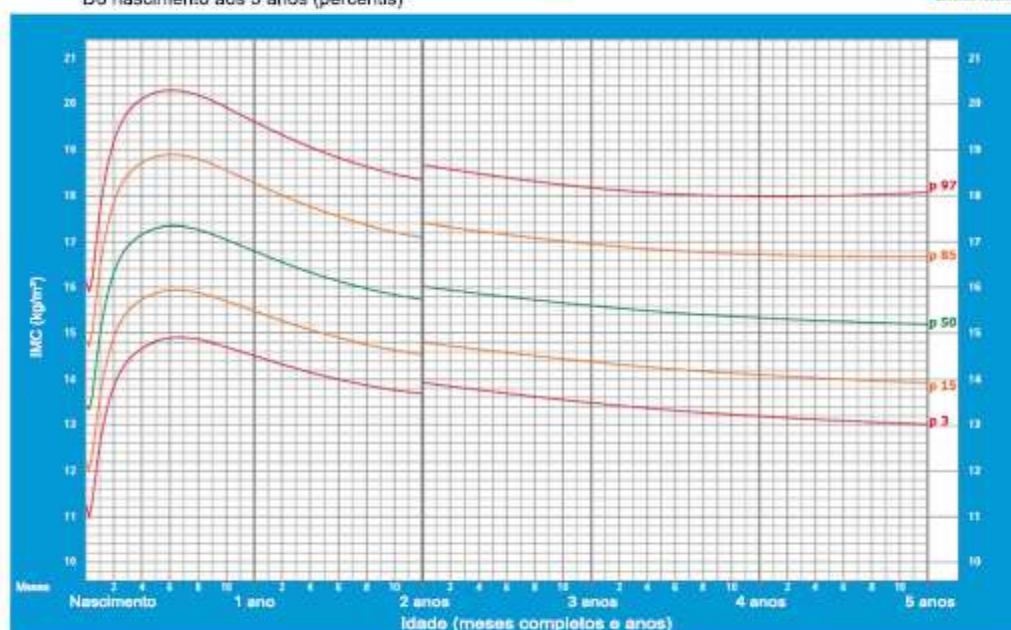
Do nascimento aos 5 anos (percentis)



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

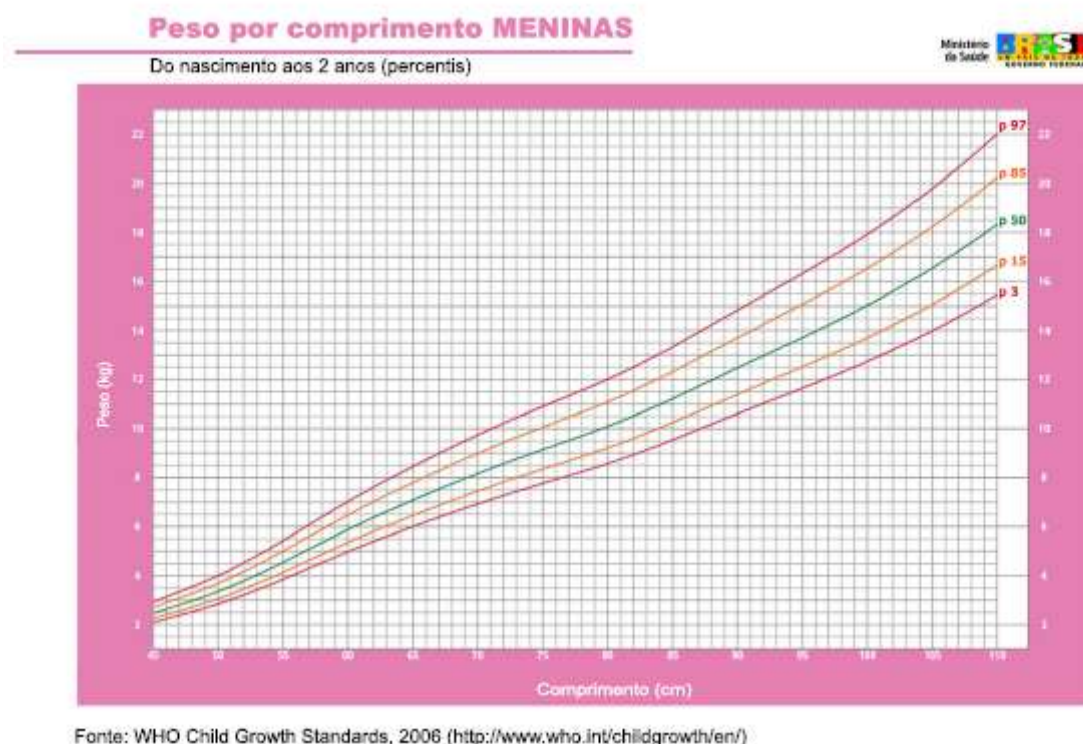
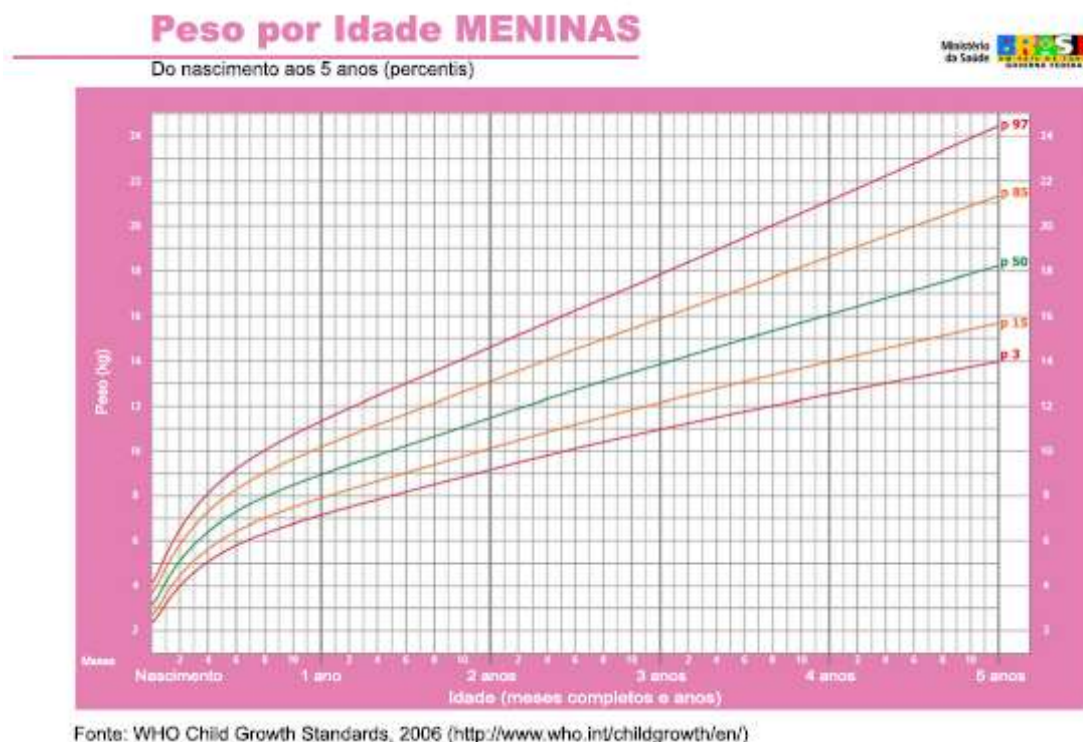
IMC por Idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (percentis)



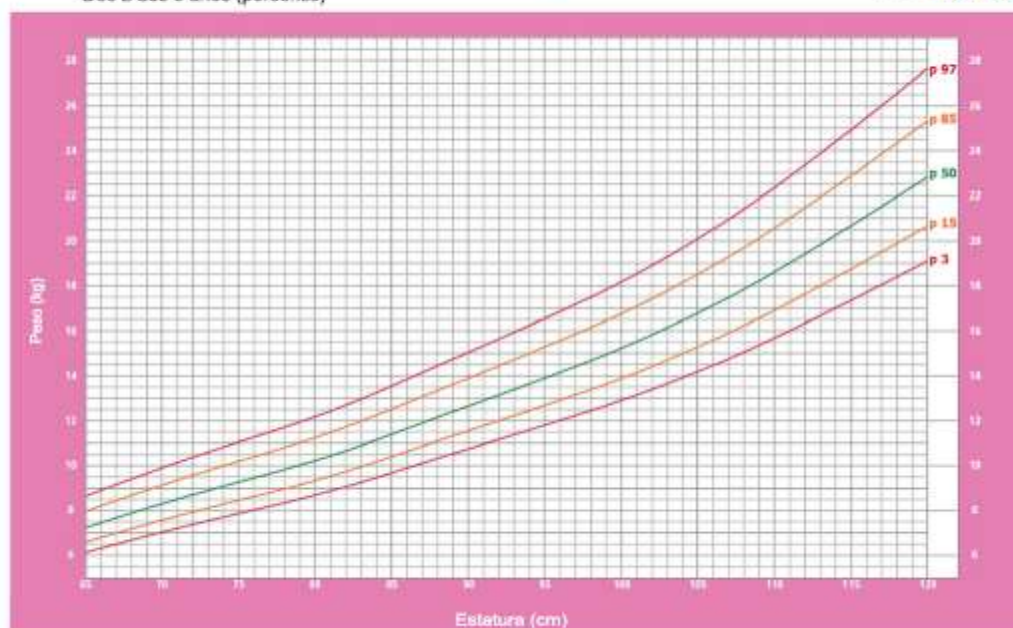
Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

FIGURA 49 – GRAFICOS DE PESO, ESTATURA, IMC – MENINAS (BRASIL, 2008)



Peso por estatura MENINAS

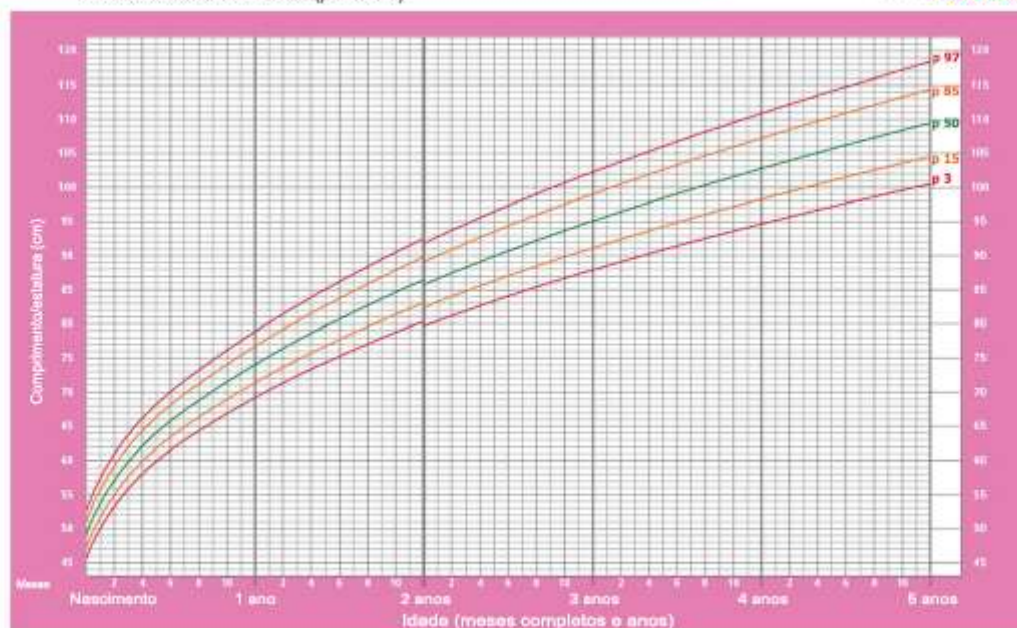
Dos 2 aos 5 anos (percentis)



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

Comprimento/estatura por idade MENINAS

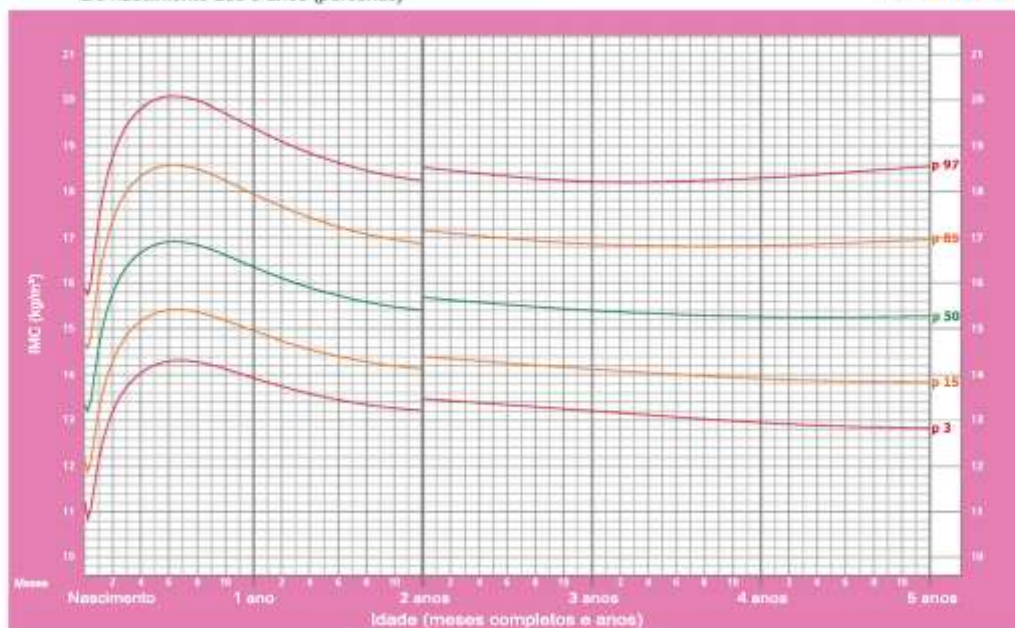
Do nascimento aos 5 anos (percentis)



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

IMC por Idade MENINAS

Do nascimento aos 5 anos (percentis)



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

ANEXO 4 – POPULAÇÃO INFANTIL DE COLOMBO (COLOMBO, 2012).

Quadro 34 –População infantil de Colombo, segundo o Censo 2010 (Colombo, 2012).

UBS	0 ANO	1 ANO	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS	6 ANOS	< 1 ANO	< 2 ANOS	< 5 ANOS	< 7 ANOS
US BACAETAVA	2	0	1	1	0	0	1	2	2	4	5
US CAIC	361	338	277	309	353	336	299	361	699	1638	2273
US CAPIVARI	32	24	19	24	26	32	17	32	56	125	174
US OSASCO	324	292	317	309	308	350	330	324	616	1550	2230
US SANTA TEREZA	110	111	120	131	119	109	125	110	221	591	825
US SÃO DOMINGOS	245	208	200	232	225	228	237	245	453	1110	1575
US SEDE	245	213	217	233	245	249	236	245	458	1153	1638
DS SEDE	1319	1186	1151	1239	1276	1304	1245	1319	2505	6171	8720
US ALEXANDRE NADOLNY	200	231	220	228	241	229	235	200	431	1120	1584
US ALTO MARACANÁ	234	236	258	271	247	279	270	234	470	1246	1795
US ATUBA	149	117	150	162	150	157	142	149	266	728	1027
US JD. GRAÇAS	117	120	110	110	102	111	117	117	237	559	787
US N.S.FATIMA	165	168	164	194	193	170	188	165	333	884	1242
US QUITANDINHA	186	154	166	173	185	197	178	186	340	864	1239
DS MARACANÃ	1051	1026	1068	1138	1118	1143	1130	1051	2077	5401	7674
US GUARAITUBA	258	206	222	222	236	247	225	258	464	1144	1616
US JD. CRISTINA	115	126	127	123	131	133	126	115	241	622	881
US ELIS SBRISSIA	70	41	53	38	52	50	47	70	111	254	351
US LIBERDADE	142	145	96	126	115	125	99	142	287	624	848
US MAUÁ	136	164	168	150	140	182	166	136	300	758	1106
US MONTE CASTELO	188	175	169	194	173	175	210	188	363	899	1284
US SÃO DIMAS	60	77	67	81	65	73	71	60	137	350	494
US SÃO JOSÉ	137	147	128	131	136	135	158	137	284	679	972
DS GUARAITUBA	1106	1081	1030	1065	1048	1120	1102	1106	2187	5330	7552
MUNICIPIO DE COLOMBO	3476	3293	3249	3442	3442	3567	3477	3476	6769	16902	23946

ANEXO 5 – PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO À CRIANÇA DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

O sistema de informação deve possibilitar o gerenciamento da atenção à saúde, através do monitoramento do atendimento da criança ao longo de toda a rede e da retroalimentação das equipes de saúde, através de um processo dinâmico de comunicação. Para viabilizar o monitoramento, é de fundamental importância que, em todos os atendimentos da criança, os profissionais preencham adequadamente os registros (MINAS GERAIS, 2004 p.187)

5.1 OS SISTEMAS INFORMATIZADOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

É importante destacar os sistemas informatizados do Ministério da Saúde como fontes para informações:

SIAB

O Sistema de Informação da Atenção Básica fornece o número e percentual de:

- Crianças cadastradas no serviço;
- Crianças menores de cinco anos com vacinação em dia;
- Crianças menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo;
- Crianças menores de dois anos com desnutrição;
- Crianças menores de dois anos internadas com desidratação;
- Crianças menores de dois anos internadas com pneumonia;
- Número médio de visitas domiciliares realizadas por família por mês.

SINASC

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos disponibiliza o número e percentual de:

- Nascidos vivos;
- Nascidos vivos de baixo peso (< 2.500 g);
- Nascidos vivos prematuros;
- Mães de RN, por faixa etária;
- Mães de RN, por escolaridade.

SIM

O Sistema de Informação sobre a Mortalidade disponibiliza:

- Óbitos de crianças menores de um ano e de um a quatro anos;
- Causa básica do óbito;
- Mães de crianças falecidas por faixa etária;
- Mães de crianças falecidas por escolaridade.

API

O Subsistema de Avaliação do Programa de Imunização disponibiliza:

- Cobertura vacinal em rotina e em campanhas;
- Taxa de abandono.

SINAN O Sistema de Informações de Agravos de Notificação disponibiliza:

- Faixa etária;
- Taxa de morbidade;
- Taxa de mortalidade proporcional;
- Boletim de acompanhamento de casos de TBC;
- Resultado do tratamento de TBC;
- Categoria e exposição dos casos de Aids.

AIH

A Autorização para Internamento Hospitalar disponibiliza:

- O número de procedimentos realizados;
- O tempo de permanência;
- O valor médio do procedimento.

O cruzamento de dados permite analisar:

- A mortalidade hospitalar;
- A taxa de infecção hospitalar;
- O perfil dos hospitais;
- A morbidade hospitalar;
- A internação por condição sensível de atenção ambulatorial.

(MINAS GERAIS, 2004 p.187)

CONSTRUÇÃO DA PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO

_ Cada equipe de saúde deve construir a Planilha de Programação da atenção à saúde da criança na sua área de abrangência, de acordo com os seguintes passos descritos a seguir:

PASSO 1:

- _ Calcular a população alvo da atenção:
- _ Número esperado de crianças da área de abrangência:
- _ Recém-nascidos;
- _ Crianças de 0 a 1 ano;
- _ Crianças de 1 a 5 anos.

Número esperado de crianças com fatores de risco:

Recém-nascidos Prematuros;

Recém-nascidos com Baixo Peso;

Recém-nascidos filhos de mães analfabetas.

O cadastro das famílias da área de abrangência da UBS fornecerá o número de crianças

das várias faixas etárias.

Cada UBS deve utilizar a 3ª via (via rosa) das Declarações de Nascidos Vivos (DNV).

As DNV fornecerão o número de RN, tempo de gestação, peso ao nascer e escolaridade da mãe.

(MINAS GERAIS, 2004 p.189)

PASSO 2:

Definir os resultados esperados no acompanhamento das crianças da área de abrangência, com atenção especial para aquelas com fatores de risco.

Exemplo: espera-se uma cobertura do acompanhamento de todas as crianças da área de abrangência no seu primeiro ano de vida.

Cobertura 100% = acompanhamento de nº RN + nº de crianças de 0 a 1 ano (MINAS GERAIS, 2004 p.190)

PASSO 3:

Programar as principais atividades para alcançar os resultados definidos no Passo 2.

Exemplo: para que a criança seja acompanhada de maneira adequada, conforme definido no protocolo, ela deverá fazer pelo menos sete consultas médicas e de enfermagem no primeiro ano de vida. (MINAS GERAIS, 2004 p.190)

PASSO 4:

Para cada uma das atividades, deve-se chegar a um parâmetro de 100% de atendimento, a partir de etapas intermediárias com metas progressivas.

Exemplo: 100% das crianças de 0 a 1 ano deverão fazer 7 consultas de acompanhamento no primeiro ano de vida.

Para cumprir essa meta, conhecendo o número total de crianças de 0 a 1 ano, incluindo os RN novos, a equipe pode calcular o número de consultas médicas e de enfermagem necessárias para o acompanhamento dessas crianças e, assim, organizar a sua agenda.

Se, por exemplo, em determinada área de abrangência, for constatado que apenas 50% das crianças estão fazendo acompanhamento do primeiro ano e que, destas, a maioria faz menos de 7 consultas, deverão ser definidas metas para aumentar progressivamente o número de crianças acompanhadas e o número de consultas realizadas, até chegar a 100%.

(MINAS GERAIS, 2004 p.190)

PASSO 5:

Monitorar a realização das atividades.

Exemplo: tendo definido a meta de acompanhamento da criança e conhecendo o número de crianças nascidas na área de abrangência, a equipe deverá verificar mensalmente o número de RN que iniciaram o acompanhamento do primeiro ano e quantas consultas de crianças de 0 a 1 ano foram realizadas. Esse vai ser o resultado alcançado pela equipe naquele mês. (MINAS GERAIS, 2004)

PASSO 6:

Avaliar a realização das atividades e os resultados alcançados.

Exemplo: monitorando as consultas realizadas pela equipe, os resultados alcançados devem ser comparados com os resultados esperados. Toda a equipe deve participar desse momento de avaliação mensal. (MINAS GERAIS, 2004 p.191)

PASSO 7:

Avaliar os resultados alcançados com os parâmetros da Programação Anual de Saúde da SMS.

Exemplo: deve-se comparar o número de crianças desnutridas encontradas na área de abrangência com a taxa de prevalência da desnutrição no Estado. Caso esse número seja menor do que o esperado, deverá ser intensificada a vigilância da área.

(MINAS GERAIS, 2004 p.191)

PASSO 8:

Corrigir a programação.

A partir da avaliação dos resultados alcançados, se estes ficaram abaixo da meta esperada, a equipe poderá corrigir as ações programadas para tentar alcançá-los. Se a meta foi alcançada, a equipe poderá definir metas ainda maiores, o que vai significar uma melhoria significativa das condições de vida e saúde da população atendida.

A Planilha de Atenção à Criança da Área de Abrangência da Unidade de Saúde Básica apresentada a seguir resume os principais resultados e atividades definidas neste protocolo.

A Programação Anual de Saúde da SMS é útil tanto para definir o número de crianças a serem identificadas na área de abrangência para cada situação apontada e o cálculo do número de procedimentos a serem realizados quanto para servir como ponto de comparação para os resultados alcançados (MINAS GERAIS, 2004 p.19).

(*) A seguir serão apresentados os valores e metas definidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

QUADRO 35 - PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA 2010-2013 (COLOMBO, 2010)				
LINHA DE AÇÃO	RESPONSÁVEL	AÇÕES	PARÂMETROS	METAS
	Coordenação de Saúde da Criança	Realizar ações de Vigilância do Recém-nascido na Maternidade Alto Maracanã – com a captação dos nascidos vivos e puérperas para o segmento nas Unidades Básicas de Saúde	Nº de Nascidos vivos na Maternidade Alto Maracanã, com consulta de seguimento agendada (Puericultura e Pós-parto)	80% dos NV

VIGILÂNCIA DO RECÉM NASCIDO	Maternidade	Garantir a alta do RN com no mínimo de 48 horas de permanência	Nº Nascidos vivos na Maternidade Alto Maracanã com alta após 48 hs	100% dos NV
	Unidade Básica de Saúde	Realizar busca ativa de nascidos vivos nas Unidades Básicas de Saúde, com estratificação de risco	Recém nascidos na área de abrangência da UBS	1 v.d./RN/ano
	Unidade Básica de Saúde	Realizar a 1ª consulta do recém nascido com o prazo de 7 á 10- dias,	Nº de Consultas realizadas em Recém nascido da área de abrangência da UBS em até 10 dias	90% dos NV
	Maternidade	Garantir a realização da Triagem Neonatal para todos recém nascidos em período superior à 48 horas.	Nº de Nascidos vivos na Maternidade Alto Maracanã com PKu realizado	100%
	Maternidade	Realizar a realização de triagem auditiva nos recém nascidos de risco para deficiência auditiva na Maternidade Alto Maracanã	Nº de Nascidos vivos de risco para deficiência auditiva na Maternidade Alto Maracanã com triagem auditiva realizada	100%
	Unidade Básica de Saúde	Encaminhar os recém nascidos de risco para avaliação e acompanhamento especializado quando necessário	Nº de encaminhamentos de Recém nascido de risco para avaliação de especialista	100%
	Maternidade	Garantir reavaliação do recém nascido na maternidade, até 10 dias de vida, conforme demanda de urgência	Nº de Nascidos vivos na Maternidade Alto Maracanã que apresentarem intercorrência em até 10 dias	100%
ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	Unidade Básica de Saúde	Realizar ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nos RN c/ peso >= 2.500g	Nº de Consultas realizadas em Recém nascido normal da área de abrangência da UBS	Cons. médica 3 cons/pop coberta/ano Cons. enfermagem 4 cons/pop coberta/ano
	Unidade Básica de Saúde	Realizar ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nos RN c/ peso < 2.500g	Nº de Consultas realizadas em Recém nascido normal da área de abrangência da UBS	Cons. médica 7 cons/pop coberta/ano Cons. enfermagem 6 cons/pop coberta/ano
	Unidade Básica de Saúde	Atingir metas de cobertura de imunização nas crianças conforme programação da Vigilância em Saúde	Cobertura vacinal sobre as crianças menores de 1 anos <u>Nº doses aplicadas*</u> População alvo 100	95% de cobertura para vacina contra tetravalente (DTP+Hib); 95% de cobertura para vacina contra poliomielite

				(VOP); 85% de cobertura de vacina contra hepatite B, 95% de cobertura de vacina contra BCG e 65% de cobertura de vacina contra rotavírus (VORH).
	Unidade Básica de Saúde	Garantir, determinar e priorizar número de vagas de consulta odontológica às crianças nas Unidades de Saúde	Nº de vagas destinadas às crianças da área de abrangência na programação da UBS	A ser definido pela Coordenação de Saúde Bucal
VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	Unidade Básica de Saúde	Realizar ações de vigilância alimentar e nutricional em crianças e adolescentes.	Crianças atendidas na UBS nos programas de puericultura, bolsa família, leite das crianças, dietas especiais, etc. Dentro da faixa etária (0-10 anos)	Cobrir 45 % das crianças da área de abrangência
	Unidade Básica de Saúde	Acompanhar os beneficiários do Programa Leite das Crianças	Realização de avaliação nutricional, em crianças de 6 meses á 3 anos e 6 meses	70% dos cadastrados da área de abrangência
	Unidade Básica de Saúde	Inclusão e acompanhamento de pacientes no programa nacional de suplementação de ferro	Realização de cadastro e entrega de sulfato ferroso e acido fólico para crianças e gestantes com risco nutricional	25% das crianças e gestantes com risco nutricional da área da abrangência
	Unidade Básica de Saúde	Ampliar a prevalência do aleitamento materno em lactantes nas Unidades Básicas de Saúde	Número de puérperas com aleitamento exclusivo na área de abrangência da UBS	80 % das puérperas com AME até o 6º mês
	Coordenação de Saúde da Criança	Realizar treinamento à equipe sobre aleitamento materno, visando sensibilizar os profissionais e fortalecer as ações na rede básica.	Treinamento na área de aleitamento materno	1 evento por ano
	Coordenação de Saúde da Criança	Iniciar a implantação da Rede Amamenta nas Unidades Básicas de Saúde, formando tutores para articular as ações de aleitamento materno.	Atividades da Rede Amamenta nas UBS	3 oficinas da Rede Amamenta no ano

ATENÇÃO DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA	Unidade Básica de Saúde	Garantir o acolhimento e atendimento de demanda espontânea às crianças em todas Unidades Básicas de Saúde	Nº de acolhimentos e consultas de urgência realizadas em crianças da área de abrangência da UBS	A ser definido pela diretoria clínica
	Pronto Atendimento	Garantir o o acolhimento e atendimento de urgência e emergência às crianças nos Pronto Atendimentos (Alto Maracanã e Osasco) no período de 24 horas	Nº de acolhimentos e consultas de urgência realizadas nos PA	A ser definido pela diretoria clínica
	Unidade Básica de Saúde e Pronto Atendimento	Acolher e priorizar o atendimento das crianças com sinais e sintomas de infecções respiratórias agudas	Nº de acolhimentos e consultas de urgência realizadas na UBS	40 % das crianças atendidas menores de 5 anos
	Unidade Básica de Saúde e Pronto Atendimento	Acolher e priorizar o atendimento das crianças com sinais e sintomas de doenças diarreicas agudas	Nº de acolhimentos e consultas de urgência realizadas na UBS	40 % das crianças atendidas menores de 5 anos
	Coordenação de Saúde da Criança	Implantar o atendimento referenciado de médico pediatra nas Unidades de Saúde da Família	Serviço de Pediatria de Referência da ESF	No mínimo 1 profissional para atender as referências
	Secretaria Municipal de Saúde	Implantar “Clínica da Mulher e da Criança” com assistência pediátrica, ginecológica e obstétrica, a fim de melhorar a referência e contra-referência na rede de atenção básica á saúde.	Construção, equipagem e implantação do Equipamento	A ser definido pela Atenção Básica
REDE PROTEÇÃO CRIANÇA E ADOLESCENTE	Coordenação de Saúde da Criança	Manter e fortalecer a participação dos equipamentos de saúde na Rede Municipal de Proteção á Criança e Adolescente, vítimas de violência.	Participação das UBS, PA e outros equipamentos na Rede	Frequência de 75 % nas reuniões das redes locais
	Coordenação de Saúde da Criança	Fortalecer a notificação de violência nos equipamentos de saúde	Preenchimento correto de notificação de violência contra a criança	1 notificação por mês
FORTELECIMENTO	Coordenação de Saúde da Criança	Realizar ações de educação permanente na área de Saúde da Criança para os profissionais da	Treinamento na área de saúde da criança	1 evento por ano

DOS RECURSOS HUMANOS		atenção básica		
	Coordenação de Saúde da Criança	Implantar Protocolo da Saúde da Criança	Ações implantadas nas unidades, em suas rotinas.	100 % das Ações executadas na UBS
PREVENÇÃO E REDUÇÃO DOS ÓBITOS INFANTIS	Coordenação de Saúde da Criança	Implantar Comitês locais de redução da mortalidade materno-Infantil, através do estabelecimento de parcerias com organizações sociais e utilização de equipamentos públicos.	Vínculo dos conselhos locais de saúde com as ações de prevenção à mortalidade	100 % dos conselhos locais em ação
	Maternidade e Pronto Atendimento	Reduzir a proporção de óbitos em menores de 1 ano, por causas mal definidas, de acordo com os indicadores específicos.	Melhor preenchimento das DO com CID e causas definidas	100% das DO preenchidas corretamente pelo serviço (PA ou hospital)
	Secretaria Municipal de Saúde	Manter o Comitê de Mortalidade Materno Infantil	Reuniões ordinárias mensais	12 reuniões anuais
SAÚDE DO ADOLESCENTE	Unidade Básica de Saúde	Garantir o atendimento de demanda espontânea aos adolescentes em todas Unidades Básicas de Saúde	Assistência á população > 10 anos e < 20 anos da área de abrangência	Cons. Médicas 1 consulta/pop coberta/ano Cons. Enfermagem 2 consulta/pop coberta/ano
	Pronto Atendimento	Garantir o atendimento de urgência e emergência aos adolescentes nos Pronto Atendimentos (Alto Maracanã e Osasco) no período de 24 horas	Assistência á população > 10 anos e < 20 anos do município	Até 35 % da população atendida nesta faixa etária Definir
	Unidade Básica de Saúde	Realizar ações educativas visando a prevenção e a promoção da saúde dos adolescentes	Atividades Educativas na comunidade	2 atividades/pop coberta/ano
	Unidade Básica de Saúde	Garantir a cobertura vacinal para a população adolescente, conforme programação da Vigilância em Saúde	Cobertura vacinal sobre as adolescentes <u>Nº doses aplicadas*</u> População alvo 100	A ser definido pela Vigilância
SAÚDE NA ESCOLA	Coordenação de Saúde da Criança	Implantar e garantir a realização das ações do Programa Saúde na Escola (PSE) pelas Equipes de Saúde da Família nas escolas municipais	Ações de avaliação clínica, nutricional e de saúde bucal nas escolas Municipais	1 ação por ESF cadastrada no PSE

ANEXO 6 – ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

A Unidade de Saúde deve ser a porta de entrada da criança para o sistema de saúde.

É o ponto de atenção estratégico e tem como atributos: garantir a acessibilidade, responsabilizando-se pelos problemas de saúde das crianças do seu território e pelo monitoramento dos mesmos. É importante compreender que os serviços de saúde não se restringem ao que acontece dentro da UBS. As ações da equipe devem atingir a totalidade da sua área de abrangência, procurando conhecer toda a sua população infantil, com todas as suas necessidades, e identificando os problemas e fatores de risco mais frequentes naquela área (MINAS GERAIS, 2004 p.175)

O **acompanhamento da criança** deve prever ações para todos os seus ciclos de vida: recém-nascido, primeiro ano de vida, pré-escolar e escolar (MINAS GERAIS, 2004 p.175)

A **equipe de saúde** tem responsabilidade integral sobre todas as crianças da sua área de abrangência. No caso de a criança ser encaminhada a um serviço de especialidade ou ser internada, por exemplo, a equipe deve seguir cada passo feito no atendimento, monitorando as consultas de retorno, a medicação e os cuidados básicos e atendendo a possíveis intercorrências.

Por isso, uma outra competência importante da equipe de saúde é a de coordenar a rede de serviços necessários ao acompanhamento adequado da criança. Ela deve identificar todos os serviços dos quais as crianças possam ter necessidade – centros de referência, especialidades, exames complementares, internação ou outros serviços – e manter um relacionamento ativo com os profissionais e a gerência desses serviços, fazendo um encaminhamento adequado e se comprometendo com um acompanhamento conjunto (MINAS GERAIS, 2004 p.175)

A **família** deve ser reconhecida como o lugar privilegiado para a educação e cuidado da criança e, portanto, deve ser envolvida como sujeito no cuidado de saúde. Da mesma maneira, a equipe de saúde deve identificar na comunidade todos os atores, instituições, grupos, associações e pessoas que possam contribuir na educação

e vigilância à saúde, propondo um trabalho conjunto dentro da sua área de abrangência (MINAS GERAIS, 2004 p.175)

Quadro 36 - Atribuições dos profissionais de saúde no acompanhamento da criança (MINAS GERAIS, 2004 p.176)	
ATRIBUIÇÕES	PROFISSIONAIS
1. Captar para o acompanhamento	1. Equipe de saúde, com ênfase para o ACS
2. Verificar condições gerais da mãe e da criança no domicílio	2. Equipe de saúde, com ênfase para o ACS
3. Verificar presença de situações de risco	3. Equipe de saúde
4. Fornecer e preencher o Cartão da Criança	4. Equipe de saúde
5. Ações de Vigilância do Recém Nascido	5. Auxiliar de enfermagem
6. Verificar o Cartão da Criança	6. Equipe de saúde
7. Orientar sobre o uso adequado da medicação	7. Equipe de saúde
8. Verificar o entendimento e adesão às orientações	8. Equipe de saúde
9. Orientar sobre o aleitamento materno e cuidado de higiene	9. Equipe de saúde
10. Buscar faltosos	10. Agente comunitário de saúde
11. Agendar consulta	11. Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem
12. Realizar atendimento individual	12. Médico, enfermeiro
13. Visita domiciliar	13. Equipe de saúde
14. Avaliar crescimento, desenvolvimento e dieta	14. Médico, enfermeiro
15. Orientar a estimulação psicomotora e atividade física adequada a cada faixa etária	15. Médico, enfermeiro
16. Orientar sobre os riscos e as formas de prevenção de acidentes em cada faixa etária	16. Equipe de saúde

17. Indicar aplicação de vacinas em atraso	17. Médico, enfermeiro
18. Solicitar exames complementares	18. Médico, enfermeiro, dentista
19. Prescrever medicamentos	19. Médico, enfermeiro
20. Orientar: alimentação, vacinação, estimulação, higiene, prevenção de acidentes e doenças, uso correto de medicamentos prescritos	20. Equipe de saúde
21. Registrar os achados do exame, diagnósticos e condutas	21. Médico, enfermeiro
22. Encaminhar para especialista e/ou pediatra	22. Médico, enfermeiro, dentista
23. Encaminhar para o serviço de urgência	23. Médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem
24. Desenvolver atividades de educação para saúde em grupos, com a participação dos pais ou responsáveis pela criança	24. Equipe de saúde
25. Fazer avaliação da criança vítima de violência e orientar a sua família	25. Médico, enfermeiro
26. Realizar ações educativas em saúde bucal	26. Equipe de saúde bucal
27. Realizar atendimento clínico odontológico para as crianças	27. Cirurgião dentista

Os cuidados básicos para o acompanhamento da criança

Captação

- Avaliação da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) enviada à UBS.
- Visita domiciliar nas primeiras 24 horas após a alta.
- Verificação das condições gerais da criança e da mãe.
- Estimulação para o aleitamento materno.
- Avaliação e orientações sobre higiene.
- Encaminhamento para a 1ª consulta.

1ª Consulta em 7-10 dias

- Preencher o Cartão da Criança.
- Verificação do estado geral da criança e da presença de sinais de perigo.
- Coleta de material para a triagem neonatal (Teste do Pezinho).
- Aplicação da primeira dose de vacina BCG e contra Hepatite B.
- Orientação sobre o aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical e cuidados de higiene.
- Verificação da icterícia.
- Agendamento da primeira consulta.
- Aplicação da vacina anti-rubéola na mãe.
- Agendamento da consulta do pós-parto para a mãe.

Aleitamento materno

- Sensibilizar e incentivar a gestante para a amamentação durante o pré-natal, parto e puerpério.
- Orientar a nutriz sobre a amamentação na primeira visita domiciliar, nas consultas e qualquer outra oportunidade.
- Estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.
- Orientar sobre a introdução de novos alimentos.

Imunização

- Realizar ações educativas junto à comunidade sobre a importância da vacinação.
- Identificar as crianças com vacinas em atraso.
- Encaminhar para a vacinação na UBS.
- Conferir o Cartão da Criança mensalmente.
- Avaliar o paciente, verificando possíveis contra-indicações ou situações especiais.
- Informar à mãe ou responsável quais as vacinas que a criança vai receber, as possíveis reações e sobre o retorno, se necessário.
- Registrar no Cartão da Criança as vacinas a serem aplicadas, com o lote, data de vencimento, data de aplicação e rubrica do profissional.

- Aplicar as vacinas conforme as normas técnicas.
- Preencher o cartão espelho.
- Observar os efeitos adversos das vacinas.
- Avaliar a gravidade dos efeitos colaterais e orientar.
- Notificar os efeitos colaterais mais graves.
- Controlar a temperatura da geladeira, validade e aspectos técnicos das vacinas.
- Manter o arquivo em ordem e a limpeza da sala.

Acompanhamento da criança

- Captar a criança no primeiro mês de vida.
- Identificar fatores de risco desde a primeira consulta.
- Monitorar as crianças do Grupo II de risco.
- Realizar visitas domiciliares.
- Verificar o Cartão da Criança.
- Realizar consultas médicas e de enfermagem.
- Avaliar o crescimento e desenvolvimento.
- Avaliar dietas e vacinação.
- Solicitar os exames laboratoriais.
- Tratar as doenças prevalentes.
- Garantir os medicamentos básicos.
- Verificar o uso correto de medicamentos.
- Verificar a compreensão e adesão às orientações.
- Realizar atendimento odontológico.
- Abordar adequadamente a criança vítima de violência.
- Buscar faltosos.
- Realizar as atividades educativas.
- Registrar os achados do exame, diagnóstico e condutas no prontuário.
- Alimentar e analisar os sistemas de informação.

Atendimento em saúde bucal

- Realizar ações de educação em saúde bucal.

- Realizar atendimento clínico odontológico.
- Diagnosticar e tratar as doenças e intercorrências.
- Encaminhar a criança para os serviços de referência quando necessário.
- Orientar: alimentação e higiene.
- Realizar os registros necessários (MINAS GERAIS, 2004 p. 177-178)

O atendimento da equipe de saúde

Consulta médica

- Realizar anamnese e exame clínico.
- Analisar o resultado dos exames laboratoriais.
- Avaliar presença de fatores de risco.
- Avaliar: crescimento, desenvolvimento e estado nutricional.
- Avaliar e orientar quanto à imunização.
- Preencher: gráfico de peso, estatura e perímetro cefálico, Cartão da Criança e prontuário.
- Diagnosticar e tratar as doenças e intercorrências.
- Encaminhar a criança para os serviços de referência quando necessário.
- Orientar: alimentação e higiene.

Consulta de enfermagem

- Realizar anamnese e exame clínico.
- Avaliar presença de fatores de risco.
- Avaliar: crescimento, desenvolvimento e estado nutricional.
- Avaliar e orientar quanto à imunização.
- Preencher: gráfico de peso, estatura e perímetro cefálico, Cartão da Criança e prontuário.
- Orientar sobre as doenças e intercorrências.
- Orientar: alimentação e higiene.

Atendimento do Auxiliar e Técnico de Enfermagem

- Aplicar vacinas.
- Coletar os exames laboratoriais.

- Realizar os procedimentos solicitados na consulta médica ou de enfermagem.
- Realizar as ações educativas.
- Realizar a busca ativa das crianças faltosas.
- Preencher os registros necessários.

Atendimento pelo Agente Comunitário de Saúde

- Captar precocemente as crianças para o acompanhamento.
- Realizar visita domiciliar para monitoramento das crianças.
- Realizar as ações educativas.
- Realizar a busca ativa das crianças faltosas (MINAS GERAIS, 2004 p.178-179)

O atendimento da criança doente

Atendimento da criança com desnutrição

- Realizar ações educativas preventivas junto à comunidade.
- Aferir peso e estatura de todas as crianças atendidas.
- Realizar avaliação nutricional e identificar as crianças desnutridas.
- Orientar sobre a adequação da dieta.
- Orientar sobre prevenção e o controle de processos infecciosos.

Atendimento da criança com Diarreia

- Realizar ações educativas preventivas junto à comunidade.
- Identificar, nas visitas domiciliares, as crianças com Diarreia.
- Orientar, em casa, para o aumento da ingestão de líquidos.
- Encaminhar para a UBS para consulta.
- Realizar visita domiciliar após a alta nas crianças desidratadas.
- Conferir o preparo adequado do SRO e sua oferta no domicílio.
- Identificar no acolhimento as crianças com Diarreia e/ou desidratação.
- Realizar consulta.
- Indicar observação/internação para hidratação oral, venosa ou SNG.
- Pesquisar, medir temperatura, contar frequência respiratória e cardíaca das crianças com Diarreia e/ou desidratadas.

- Preparar o SRO para ser administrado na UBS.
- Capacitar os familiares para a oferta de líquidos para a criança após as evacuações.
- Orientar sobre a alimentação, preparo e oferta do SRO em casa e avaliação dos sinais de desidratação, evolução da Diarreia e sinais de piora.
- Orientar retorno.
- Acompanhar a criança e familiares durante a internação.

Atendimento da criança com doença respiratória

- Levantamento de informações locais sobre problemas respiratórios na população e situação de moradia dos pacientes.
- Atendimento e tratamento da criança com afecção.
- Levantamento de informações sobre prevalência, internações hospitalares e mortalidade por doenças respiratórias.
- Acolhimento e reconhecimento do paciente com tosse e/ou dificuldade respiratória.
- Reconhecimento de sinais e sintomas de alerta e/ou situações de risco.
- Atendimento e tratamento da criança com afecção respiratória.
- Atividades de educação e prevenção dos agravos à saúde.

Atendimento da criança com parasitose intestinal

- Avaliar corretamente a criança com suspeita de parasitose.
- Estar atentos a situações de urgência.
- Solicitar EPF, se necessário.
- Realizar o tratamento adequadamente.
- Orientar sobre a higiene corporal, higiene alimentar e destino adequado das fezes.

Atendimento da criança com anemia

- Avaliar corretamente a criança com fatores de risco e sintomas sugestivos de anemia.
- Realizar os exames necessários à confirmação diagnóstica.

- Realizar o tratamento adequadamente.
- Orientar sobre a alimentação.
- Estimular o aleitamento materno.
- Realizar a profilaxia medicamentosa para os casos indicados (MINAS GERAIS, 2004 p.179)

A organização dos serviços

Calendário de acompanhamento das crianças

- Realizar visita domiciliar nos primeiros 7 dias após a alta.
- Realizar, no mínimo, 7 consultas individuais no 1º ano de vida, sendo 3 consultas médicas e 4 de enfermagem.
- Participar de grupos educativos, no mínimo por 4 vezes no primeiro ano de vida.
- Realizar, no mínimo, 2 consultas individuais no segundo ano de vida.
- Realizar, no mínimo, 1 consulta individual do terceiro ao quinto ano de vida.
- Realizar visitas domiciliares mensais até os cinco anos de vida.
- Realizar consultas mais frequentes para crianças do Grupo II de risco.

Grupos educativos

- Realizar atividade de educação para saúde com a participação dos pais ou responsáveis pela criança.
- Dar ênfase para: prevenção de doenças e acidentes, higiene, aspectos da educação infantil ou outros temas sugeridos pelos participantes.

Coordenação

A coordenação da equipe de saúde da família deve garantir as seguintes atividades:

- Reuniões semanais com a equipe para avaliar avanços, dificuldades e encaminhamentos em geral.
- Treinamento e acompanhamento das ações desenvolvidas pelas auxiliares de enfermagem.
- Treinamento e acompanhamento das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde.

- Fechamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).
- Participação em reuniões com a Secretaria Municipal de Saúde e/ou Coordenação Municipal de ACS/ESF.
- Promover oportunidades de capacitação da equipe de ESF, estimulando o estudo de caso e a troca de experiências.
- Manter a logística de medicamentos e outros insumos necessários ao funcionamento da equipe.
- Promover avaliação periódica do impacto das ações da ESF com relação à qualidade de vida e saúde da população adscrita (MINAS GERAIS, 2004 p.18).

FLUXOGRAMA - SAÚDE DA CRIANÇA

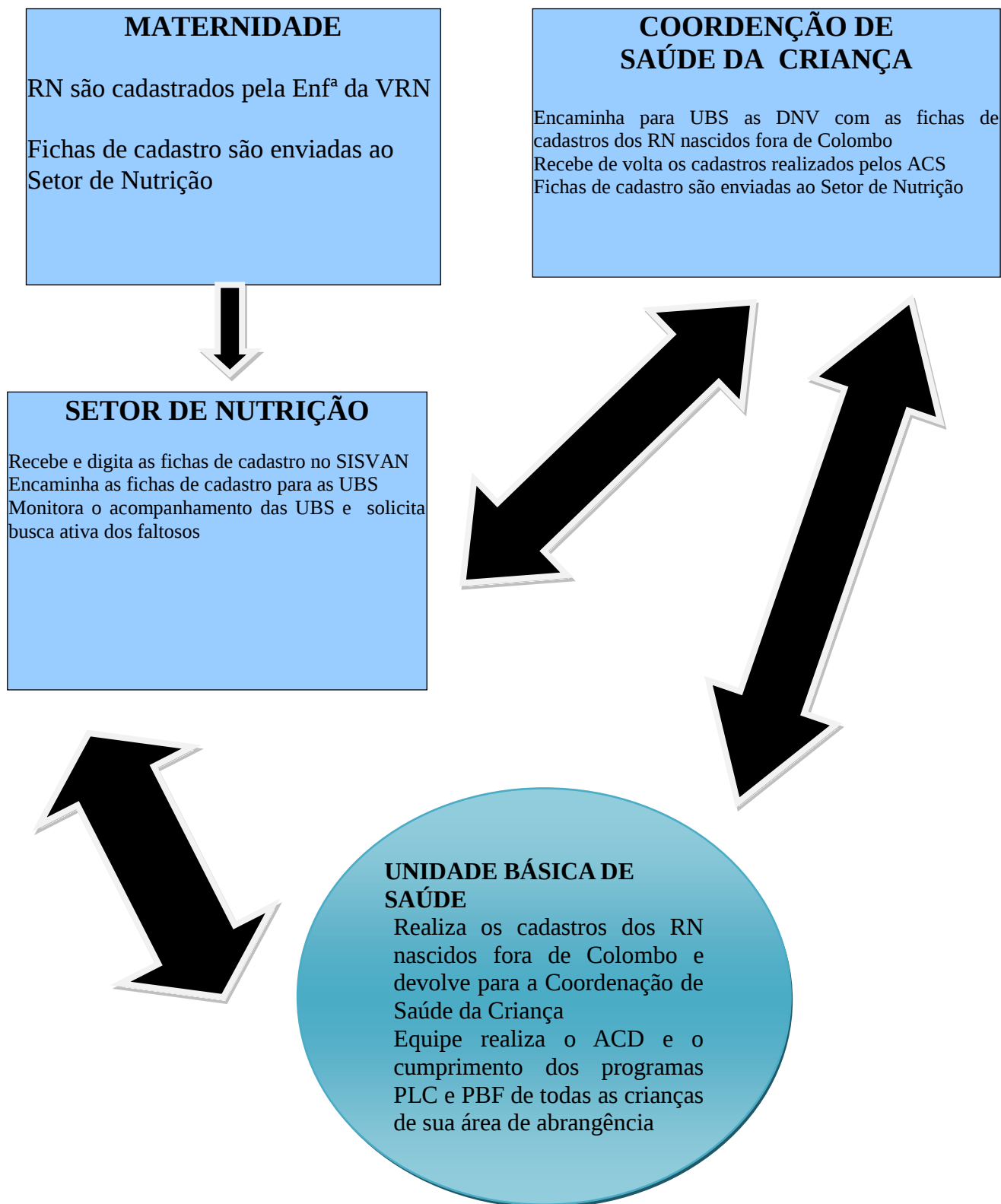


Figura 50 - Relatório de busca ativa do agente comunitário

	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
Via Única Secretaria de Saúde	
RELATÓRIO DE BUSCA ATIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	
(favor preencher todos os campos)	
Unidade de Saúde: _____	Data da Chegada da DNV na U.S.: ____/____/____
Declaração de Nascido Vivo Nº _____	Data do Nascimento: ____/____/____
Mãe:	
Nome da Mãe: _____	
Criança:	
Nome da Criança: _____	
Endereço: _____	
Data da Visita: ____/____/____	
Data da 1ª consulta de Puericultura com o médico na U.S.: ____/____/____	
U.S. que fez a consulta: _____	
Peso atual da criança: _____ em gramas	
Aleitamento materno exclusivo? ☐ Sim ☐ Não Qual _____	
Alguma alimentação complementar? Qual _____	
Condições gerais da criança e da mãe? _____	
Condições de higiene do RN são satisfatórias? _____	
Presença de sinais de infecção no umbigo? _____	
Orientou a Mãe sobre a consulta do puerpério e sobre a importância do acompanhamento da saúde da criança? _____	
Orientou sobre a participação no programa de Puericultura da UBS? _____	
Data da vacina BCG ____/____/____	Data da coleta do teste do pezinho ____/____/____
Encaminhado para a Coordenação do Programa Saúde Materno Infantil ____/____/____	
OBSERVAÇÃO INTERCORRÊNCIA _____	

Nome do ACS que fez a Busca Ativa _____	

Figura 51 - Ficha de acompanhamento da Saúde da Criança estabelecida em Colombo



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA**

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE DA CRIANÇA

1. U.B.S.: _____ 2. Área: _____ 3. Micro área: _____ 4. N° Família: _____

2. Nome: _____

3. Data de nascimento: ____/____/____ 4. Naturalidade: _____ UF: _____ 5. Idade em meses: _____

6. Raça cor: _____ 7. Sexo: _____ 8. Escolaridade: _____ 9. Data de cadastro: ____/____/____

10. Cartão SUS: _____ 11. NIS: _____

12. Endereço: _____ N°: _____

13. Bairro: _____ 14. Proximidade: _____

15. Dados do nascimento: Peso _____ Est. _____ PC. _____ Data do teste do pezinho: ____/____/____

16. Nome do Responsável: _____

17. Idade do responsável _____ 18. Identidade n°: _____ 19. Orgão: _____ UF: _____

20. Suplementação de ferro: sim () não () data de inclusão: ____/____/____

21. Suplementação de Vit A: sim () não () data de inclusão: ____/____/____

22. Bolsa família: sim () não () data de inclusão: ____/____/____

23. Programa do Leite das Crianças: sim () não () data de inclusão: ____/____/____

Data	Idade	PLC	PBF	Peso	Est.	PC	E.N *	Alim **	Vacinas	Intercorrências/Condutas
	7-10 d		☉							
	30 d									
	2 m									
	4 m									
	6 m	☉	☉							
	9 m	☉								
	12 m	☉	☉							
	15 m	☉								
	18 m	☉	☉							
	21 m	☉								
	24 m	☉	☉							
	27 m	☉								
	30 m	☉	☉							
	33 m	☉								
	36 m	☉	☉							
	42 m		☉							
	48 m		☉							
	54 m		☉							
	60 m		☉							
	66 m		☉							
	72 m		☉							
	78 m		☉							
	84 m		☉							

☉ Cumprir exigência do Programa Social - PLC: Programa Leite das Crianças PBF: Programa Bolsa Família

* Estado Nutricional : A: adequado RN: risco nutricional BP: baixo peso SP: sobrepeso

** Alimentação - AME: Aleitamento materno Exclusivo AMP: Aleitamento Materno Predominante AP: Alimentação Predominante SI: Sem informação

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional- SISVAN: orientações básicas para coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático de preparo de alimentar para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas**. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 80 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional -SISVAN na assistência à saúde**. Brasília, 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. - **Saúde da criança: nutrição infantil**. Cadernos de atenção básica. Brasília, 2009.
- CASTRO, Lilian Mara C. Poli de; ARAÚJO, Lylian Dalete Soares de. **Aleitamento Materno manual prático**, 2ª edição, Athalaia Gráfica e Editora: Londrina, 2006.
- COLOMBO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Colombo:Secretaria de Saúde. 2010.
- COLOMBO, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de distritalização de Colombo**. Colombo: Secretaria de Saúde. 2012.
- COLOMBO, Secretaria Municipal de Saúde. Juliana Bertolin Gonçalves. **Cartilha de Dietas do Setor de Nutrição**. Colombo: Secretaria de Saúde. 2010
- CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Alimentação infantil: Cartilha de orientação aos pais**. Curitiba: Secretaria de Saúde. 2007.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Maria Regina Viana et al. **Atenção à saúde da criança**. Belo horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224 p.
- KRUCZEWSKI, Bruna.; SANTOS, Marieta Fernandes. **Parâmetros Vitais e Hematológicos da Criança Saudável e Alterações dos Sistemas Orgânicos na Criança Enferma em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**. Material extraído do Relatório de Estágio Curricular Supervisionado. Curso de enfermagem. Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), 2008.