

# *Atenção à Saúde da Criança*



**1ª Edição**

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte, 2005**

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

Governador

*Aécio Neves da Cunha*

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Secretário

*Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva*

**SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Superintendente

*Benedito Scaranci Fernandes*

**DIRETORIA DE NORMALIZAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Diretor

*Marco Antônio Bragança de Matos*

**PROGRAMA VIVA VIDA**

Coordenadora

*Marta Alice Venâncio Romanini*

**PRODUÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES**

Gutenberg Publicações

(31) 3423 3022

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Superintendência de Atenção à Saúde

Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde

Programa Viva Vida

**Aporte Financeiro:** Vigilância em Saúde/Superintendência de Epidemiologia/SESMG

**Endereço:**

Av. Afonso Pena, 2.300 – Funcionários

CEP 30130 007

Telefone (31) 3261 – 7742

FAX (31) 3261 – 6192

E-mail: [secre.ses@saude.mg.gov.br](mailto:secre.ses@saude.mg.gov.br)

Site: [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)

1ª Edição. 2005

Está publicação foi produzida com recursos da PPI

---

WA Minas Gerais.Secretaria de Estado da Saúde. Atenção  
320 à Saúde da Criança. Maria Regina Viana et al. Belo  
MI Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224p. : il.  
AT

1. Saúde da criança. 2. Criança vítima de violência -  
Atendimento. 3. Infância - Patologias. 4. Programa Viva  
Vida. I. Título

---

# *Atenção à Saúde da Criança*

## **AUTORES**

*Claudia Regina Lindgren Alves*

*Cristina Gonçalves Alvim*

*Heloísa Santos Junqueira*

*Lúcia Maria Horta Figueiredo Goulart*

*Luciano Soares Dias*

*Maria Elizabeth Neves Magalhães*

*Maria Regina de Almeida Viana*

*Rosilene Miranda Barroso da Cruz*

*Tatiana Mattos do Amaral*

*Zeína Soares Moulin*



## APRESENTAÇÃO

**M**inas Gerais vê nascer, a cada ano, 300 mil novos mineiros. Esse fato, por si só, já coloca para cada um de nós, profissionais ligados à saúde, uma grande responsabilidade: cuidar de cada gestante e de cada criança que nasce e começa a crescer.

Essa responsabilidade aumenta ainda mais diante do fato de que muitas dessas crianças morrem antes de completar um ano de idade. Os números relativos à mortalidade infantil e também à mortalidade materna, apesar de estarem em declínio nos últimos anos, são ainda preocupantes.

A taxa de mortalidade infantil, em 2000, chegou a 20,8 mortes de crianças menores de um ano para cada 1.000 nascidas vivas, sendo que, em algumas microrregiões, chegou a mais de 40. O diagnóstico dessa situação evidencia que as causas, de um lado, são relativas a agravos da gestação que levam ao nascimento prematuro e complicações no momento do parto e, de outro, a diarreias, pneumonias e desnutrição, todas elas, na maioria dos episódios, causas evitáveis.

A mortalidade materna é também considerada alta, segundo os parâmetros da Organização Mundial da Saúde. Em 2000, para cada 100.000 nascidos vivos, 42,5 mulheres morreram durante a gravidez, parto e puerpério também por causas consideradas evitáveis: hipertensão, hemorragias, infecções.

Falar de causas consideradas evitáveis é falar de um trabalho a ser realizado.

O Programa Viva Vida foi proposto exatamente para enfrentar esta situação. A meta prioritária de reduzir a mortalidade infantil em 25% nos próximos quatro anos e diminuir a mortalidade materna vai se desdobrar em uma série de ações voltadas à melhoria da assistência à gestante, ao recém-nascido e à criança no seu primeiro ano de vida.

Entre essas ações está o fortalecimento do Programa de Saúde da Família, através da ampliação do número de equipes em todos os municípios, a aquisição de equipamentos para a atenção básica e a capacitação de todos os profissionais em um sistema de educação permanente; o novo plano de regionalização da saúde, que identificará pólos microrregionais com maternidades, UTIs neonatais, ambulatórios de especialidades e serviços de exames complementares de referência equipados e capacitados para atendimento de mulheres e crianças com maior gravidade; e a instalação e funcionamento de Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil em todas as regiões e municípios do Estado, que se responsabilizarão pela investigação dos óbitos ocorridos, além do Comitê Estadual de Defesa da Vida, que reunirá várias instituições governamentais e a sociedade civil na realização de ações contínuas de promoção de saúde.

Para alcançar este objetivo, esse protocolo – *Atenção à Saúde da Criança* – reúne diretrizes e recomendações para que todos os profissionais de saúde possam realizar, com qualidade, as ações de assistência e cuidado para com a criança do nosso Estado.

*Dr. Marcus Vinícius Pestana*  
Secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais

## AGRADECIMENTOS

**A**gradecemos a todos os profissionais da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que participaram da elaboração deste Protocolo, de maneira especial à Dra Marta Alice Venâncio Romanini que, com grande empenho e dedicação, vem coordenando os trabalhos do Programa Viva Vida.

Agradecemos a todos os professores do Grupo de Pediatria Social do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG, autores deste protocolo. O trabalho realizado confirma e fortalece uma parceria que é de grande importância para o desenvolvimento de políticas públicas que respondam concretamente às necessidades da população.

## MENSAGEM

**A** Sociedade Mineira de Pediatria, através de seus departamentos científicos, valida este protocolo por reconhecer nele consistência científica e com possibilidade de se tornar um grande instrumento para melhorar a qualidade da assistência às crianças, através de uma gestão clínica eficiente.

*José Orleans da Costa*  
Presidente da Sociedade Mineira de Pediatria

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>SOBRE A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO.....</b>	<b>15</b>
<b>I. O ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA.....</b>	<b>17</b>
1.1 As Diretrizes para o Atendimento.....	19
1.2 O Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento.....	30
1.3 A Abordagem do Recém-nascido.....	44
1.4 O Aleitamento Materno e a Orientação Alimentar.....	58
1.5 A Vacinação.....	67
<b>II. A CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA.....</b>	<b>71</b>
2.1 O Atendimento da Criança.....	74
2.2 As Ações Preventivas.....	74
2.3 A Identificação do Problema.....	75
2.4 As Orientações Gerais.....	80
2.5 O Papel da Sociedade.....	81
<b>III. AS PATOLOGIAS NA INFÂNCIA.....</b>	<b>83</b>
3.1 A Criança com Desnutrição Energético-protéica.....	85
3.2 A Criança com Diarréia.....	95
3.3 A Criança com Tosse e/ou Dificuldade Respiratória.....	101
3.4 A Criança com Parasitose Intestinal.....	125
3.5 A Criança com Anemia Ferropriva.....	131
3.6 A Criança com Tuberculose.....	136
3.7 A Triagem Neonatal Positiva.....	146
3.8 As Doenças de Transmissão Vertical.....	157
<b>IV. A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.....</b>	<b>173</b>
4.1 A Competência da Unidade de Saúde.....	175
4.2 Os Cuidados Básicos para o Acompanhamento da Criança.....	177
4.3 A Organização da Rede Integrada de Serviços de Saúde.....	182
<b>V. O SISTEMA DE INFORMAÇÃO.....</b>	<b>185</b>
5.1 Os Sistemas Informatizados do Ministério da Saúde.....	187
5.2 Os Endereços Eletrônicos.....	188
5.3 O Sistema de Informação Gerencial.....	189
<b>ANEXOS.....</b>	<b>195</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>219</b>



## INTRODUÇÃO

A elaboração deste protocolo pelo Grupo de Pediatria Social do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG é fruto da parceria desse grupo com a Secretaria de Estado de Saúde (SES), tendo contado com a colaboração de diferentes áreas dessa instituição.

Nos últimos anos, o Grupo de Pediatria Social tem se dedicado a refletir sobre o Programa de Saúde da Família (PSF), suas possibilidades, suas limitações e suas implicações, especialmente para a saúde da criança e do adolescente. A participação do grupo nos diversos programas do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFMG, bem como a prática cotidiana em atenção básica, norteou a produção deste material.

Este protocolo faz parte de uma proposta mais ampla de educação permanente e destina-se às equipes de saúde, visando oferecer aos profissionais que trabalham com atenção básica instrumentos que possam orientar o seu desempenho.

A humanização é um enfoque que perpassa toda a proposta, é prioridade da Secretaria de Saúde e pode ser resumida em duas palavras: acolhimento e respeito. Humanizar, na maioria das vezes, é adotar soluções simples e criativas que se traduzem em um atendimento acolhedor, digno e solidário, mantendo sempre a qualidade da atenção.

O protocolo trata do acompanhamento da criança com ênfase ao crescimento e desenvolvimento nos seus múltiplos aspectos e diferentes atenções, distinguindo as peculiaridades do recém-nascido, o incentivo ao aleitamento materno, a vacinação e a atenção à criança vítima da violência.

Para o atendimento às doenças prevalentes na infância, que, na maior parte, são resolvidas no nível primário de atenção, os profissionais devem ter o conhecimento que lhes permita reconhecer situações que requeiram atendimento nos níveis de atenção de maior complexidade. São abordadas: desnutrição energética protéica, diarreia aguda, tosse/dificuldade respiratória, parasitoses intestinais, anemia ferropriva, tuberculose, triagem neonatal positiva e doenças de transmissão vertical.

A organização de sistemas integrados de serviços de saúde nas microrregiões é uma das propostas centrais da SES. A articulação entre municípios para estruturação de redes de atenção constitui-se em condição essencial para melhorar o acesso, a continuidade e a resolubilidade dos serviços de saúde. Da mesma forma, um sistema de informação de qualidade é peça fundamental no acompanhamento dos indicadores propostos.

O protocolo foi elaborado com competência e com idealismo e se propõe a contribuir para melhoria da qualidade da atenção à saúde das crianças do Estado de Minas Gerais, o que implica garantia de acesso e efetividade dos princípios da universalidade e da equidade.



## **SOBRE A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO**

**T**rabalhar em uma instituição de saúde com diversos profissionais de categorias e especialidades diferentes nos leva a pensar em um trabalho coletivo em saúde.

Como é trabalhar com o outro? De que maneira o trabalho do outro interfere no meu? Ajuda, acrescenta ou possibilita algo?

A interdisciplinaridade é construída com conhecimentos diferentes, olhares diferentes no nosso trabalho diário, no cotidiano, através da nossa prática, da comunicação clara e democrática em que todos podem e devem participar e através de parcerias. Não se trabalha mais isolado e sim integrado. Então o outro é meu parceiro.

Para isso, precisamos estar abertos a ouvir e aprender algo novo, respeitando as diferenças, reconhecendo os limites, a identidade e as particularidades de cada disciplina.

A interdisciplinaridade permitirá a troca de conhecimentos diferentes e um enriquecimento dos profissionais, possibilitando uma visão mais ampla do paciente, diante da qual poderemos oferecer uma assistência mais qualitativa e eficaz.

Na verdade, estamos falando de uma humanização para as relações interpessoais, envolvendo profissionais, pacientes, família e instituição.

Um ambiente de trabalho humanizado vai permitir ao profissional dar significado ao que faz, ser reconhecido e considerado como sujeito. Um ambiente humanizado para a criança vai favorecer o seu desenvolvimento inicial proporcionando a integração mãe-filho, fortalecendo o vínculo afetivo e minimizando os efeitos negativos da doença e da separação dos pais. Um espaço humanizado para a família permite que ela possa receber as informações sobre os procedimentos realizados com o seu filho e as condições do seu estado de saúde, dialogar, expressar e elaborar sentimentos.

É importante que o profissional que trabalha na equipe de saúde da família internalize esses conceitos de forma sistematizada e cotidiana.

Esperam-se profissionais mais satisfeitos e integrados, uma redução de conflitos, um baixo índice de infecções, diminuição do tempo de internação e uma economia em medicamentos, impactando positivamente a atenção à saúde.

Não queremos aqui negar as dificuldades que esse tipo de trabalho implica, mas queremos afirmar que ele é possível.

*A equipe de humanização*



## **I. O acompanhamento da criança**



## 1.1 AS DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO

### 1.1.1 O acolhimento

A assistência à criança se baseia na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. O acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento, complementado por atividades de controle das doenças prevalentes, como diarreia e afecções respiratórias agudas, e pelas ações básicas, como o estímulo ao aleitamento materno, orientação alimentar e imunizações, contribui para a promoção de uma boa qualidade de vida. Para isso, torna-se imprescindível o esforço conjunto da família, da equipe e das diversas organizações, governamentais ou não.

A organização da assistência, que se inicia pela captação precoce, deve, portanto, contemplar uma série de atividades programadas – atendimentos individuais e coletivos e atividades educativas e promocionais com as famílias – e também prever o acolhimento e o atendimento da criança doente. Em qualquer circunstância, o acesso ao serviço de saúde deve estar plenamente garantido.

Todas as atividades devem estar centradas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que é o eixo da assistência à criança. O Cartão da Criança é o principal instrumento utilizado nacionalmente para esse acompanhamento e deve ser interpretado como um “cartão de identidade” da criança até cinco anos. Nele são registrados alguns dos eventos importantes para a sua saúde: condições de nascimento, os valores do peso, as habilidades desenvolvidas nas diversas idades e as vacinas já realizadas e programadas.

#### *A captação precoce*

- ✓ A captação das crianças para um programa de acompanhamento deve acontecer o mais cedo possível, ainda na vida intra-uterina.
- ✓ Toda oportunidade de contato com a família e a criança, seja por visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), seja por demanda espontânea à Unidade Básica de Saúde (UBS), deve ser aproveitada para a inscrição no programa e o engajamento nas atividades previstas.

#### *A captação na gestação e parto*

- ✓ O acompanhamento da criança se inicia na gravidez com a monitorização do seu crescimento intra-útero e das condições gerais de saúde. Para isso, é fundamental a captação precoce das gestantes para o pré-natal e a identificação das situações de risco para a saúde da criança, que impõem a necessidade de uma atenção mais cuidadosa.
- ✓ São consideradas situações de risco as gestantes que apresentarem:
  - Baixa escolaridade;
  - Adolescência;

- Deficiência mental;
  - Hipertensão arterial;
  - Diabetes;
  - História positiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis;
  - História de óbito de menores de um ano na família;
  - Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis;
  - Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas.
- ✓ A captação dessas gestantes é feita através de visitas domiciliares. Outras oportunidades de captação, como demanda espontânea à Unidade Básica de Saúde, atendimento médico e de enfermagem, devem ser aproveitadas para o encaminhamento ao pré-natal.
  - ✓ Ainda no pré-natal, a família deve estar informada sobre a maternidade de referência onde o parto será realizado.
  - ✓ As gestações de alto risco devem ser encaminhadas para os serviços de referência.
  - ✓ Em qualquer situação, as mães devem ter a garantia de atendimento imediato para a assistência ao parto em maternidades que tenham o sistema de alojamento conjunto e um atendimento humanizado.
  - ✓ Os procedimentos específicos do pré-natal e parto podem ser consultados no Protocolo *Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério*.

### *A captação do recém-nascido*

---

- ✓ Logo após o nascimento, a maternidade deverá notificar a UBS através de telefonema ou telegrama, informando as condições de saúde da mãe e da criança e, assim, possibilitando a captação precoce do recém-nascido.
- ✓ O preenchimento adequado da Declaração de Nascidos Vivos (DN) e a agilização no seu envio à UBS são procedimentos de extrema importância para a identificação das situações de risco.
- ✓ Uma vez no domicílio, a puérpera e o recém-nascido devem receber a visita do ACS nas primeiras 24 horas após a alta, com o objetivo de:
  - Verificar condições gerais da criança e da mãe;
  - Estimular o aleitamento materno;
  - Avaliar as condições de higiene;
  - Perguntar se há sinais de infecção no umbigo;
  - Avaliar a existência de situações de risco;
  - Encaminhar para as Ações do 5º dia;
  - Orientar a mãe sobre a consulta do puerpério;
  - Orientar a mãe sobre a importância do acompanhamento da saúde da criança.
- ✓ No caso de alguma dúvida ou frente a alguma alteração, o ACS deverá solicitar ajuda da auxiliar de enfermagem na visita ou encaminhar a mãe e a criança para a UBS.

### *A captação de lactentes e pré-escolares*

---

- ✓ Todas as crianças da área de abrangência da UBS devem estar cadastradas e incluídas no programa de acompanhamento.
- ✓ Novos moradores devem ser visitados pelo ACS o mais rápido possível. Quaisquer outras oportunidades de captação devem ser aproveitadas, programando o acompanhamento.



### 1.1.2 As ações do 5º dia

- ✓ No 5º dia de vida, a criança deverá ser levada à UBS para as *Ações do 5º dia*.
- ✓ Sendo essa a primeira visita da criança ao serviço, inicia-se o programa de acompanhamento, e é fundamental que a criança seja bem acolhida e a família bem-orientada.
- ✓ São ações previstas para esse primeiro encontro:
  - Preencher o Cartão da Criança com orientações à família sobre o seu objetivo e importância;
  - Verificar o estado geral da criança e presença de sinais de perigo (Quadro 1);
  - Coletar o material para a triagem neonatal (Teste do Pezinho), orientando a família sobre quais são as doenças triadas, qual a importância do diagnóstico precoce e como será informada do resultado;
  - Aplicar a primeira dose de BCG e da hepatite B, com preenchimento do Cartão da Criança, e orientar a família sobre reações vacinais e retorno para as próximas vacinas;
  - Orientar sobre o aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical e cuidados de higiene;
  - Verificar a presença de icterícia. Se esta for detectável abaixo da cintura, a criança deve ser imediatamente encaminhada à consulta médica ou de enfermagem;
  - Agendar a primeira consulta;
  - Verificar o estado geral da mãe;
  - Aplicar a vacina anti-rubéola na mãe;
  - Agendar a consulta do pós-parto para a mãe.
- ✓ O Ministério da Saúde, através de documento do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, estará lançando o programa "Primeira Semana: Saúde Integral", serão propostas essas mesmas ações.

#### QUADRO 1 - SINAIS GERAIS DE PERIGO

##### Crianças de até 2 meses de idade:

- Convulsões;
- A criança não consegue mamar;
- Vomita tudo que ingere;
- Frequência respiratória  $> 60$  irpm (contados em 1 minuto, com a criança tranquila);
- Tiragem subcostal;
- Batimento de asas do nariz;
- Gemido;
- Fontanela abaulada;
- Secreção purulenta no ouvido;
- Eritema ou secreção purulenta no umbigo;
- Pústulas na pele;
- A criança está letárgica ou inconsciente;
- A criança se movimenta menos do que o normal;
- Sinais de dor á manipulação;
- Febre (temperatura axilar  $> 37,5^\circ$ );
- Hipotermia (temperatura axilar  $< 35,5^\circ$ ).



## QUADRO 1 - SINAIS GERAIS DE PERIGO (continuação)

### Crianças de 2 meses até 5 anos de idade:

- Convulsões;
- A criança não consegue beber nem mamar;
- Vomita tudo que ingere;
- A criança está letárgica ou inconsciente.
- Tiragem subcostal e/ou estridor;
- Frequência respiratória  $> 50$  irpm até 1 ano e  $> 40$  de 1 a 5 anos (contados em 1 minuto com a criança tranqüila);
- Sinal da prega (a pele volta lentamente ou muito lentamente ao estado anterior);
- Olhos fundos;
- Palidez palmar acentuada;
- Emagrecimento acentuado;
- Edema em ambos os pés.

### 1.1.3 O calendário de acompanhamento

- ✓ O acompanhamento da criança – que se inicia com a visita domiciliar nas primeiras 24 horas após a alta hospitalar e as Ações do 5º Dia – 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.
- ✓ 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, 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.

- ✓ Sendo o primeiro ano de vida uma etapa de extrema vulnerabilidade, recomenda-se um menor intervalo entre os atendimentos:
  - Total de 7 consultas individuais;
  - Participação em 4 sessões de grupos educativos;
  - 12 visitas domiciliares pelo ACS.
- ✓ No segundo ano, são recomendadas:
  - 2 consultas individuais;
  - 12 visitas domiciliares.
- ✓ A partir de 2 anos, até os 5 anos, recomenda-se:
  - 1 consulta individual anual;
  - 12 visitas domiciliares anuais.

- ✓ O Quadro 2 mostra o calendário de acompanhamento até 5 anos de idade.

## QUADRO 2 - Calendário de acompanhamento da criança de 0 a 5 anos

ATIVIDADE	IDADE DA CRIANÇA																								
	DIAS			MESES																			ANOS		
	24h após alta	5º	15-21	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	17	18	20	24	3	4	5		
Visitas domiciliares pelo ACS				Mensais																					
Ações do 5º dia																									
Consulta médica																									
Consulta enfermagem																									
Grupo educativo																									

### 1.1.4 A primeira consulta

#### Roteiro para a anamnese

**IDENTIFICAÇÃO:** nome, naturalidade, procedência, endereço de referência, data de nascimento, idade, sexo, cor.

**INFORMANTE:** relatar o nome e a ligação com a criança (pais, tios, vizinhos etc.).

**QP:** “Qual o motivo da consulta?” (anotar nas palavras do paciente).

**HMA:** (anotar usando termos mais técnicos, se possível). Quando, como e onde começou? Evolução até a consulta e como está no dia da consulta. Fatores agravantes e atenuantes. Tratamentos efetuados (nome do medicamento, dose, tempo de uso e resposta). Se teve contato com pessoas doentes. Investigar sintomas associados (negar aquilo que é importante). Dados epidemiológicos relativos à queixa.

**AE:** além desse, algum outro problema?

**COONG, AR, ACV, AD:** indagar sobre hábito intestinal, digestão, se escova os dentes.

**AGU:** indagar sobre diurese e jato urinário.

**AL:** dificuldade na deambulação, pé torto, acidentes prévios.

**SN:** já teve convulsão, dor de cabeça, tremores.

**HP: Gestação:** GPA, se foi planejada, como foi a aceitação, se fez pré-natal (quantas consultas), quando iniciou o pré-natal e se teve intercorrências, saúde materna durante a gravidez, se a mãe fez sorologia, uso de medicamentos, grupo sanguíneo e fator Rh da mãe. Mês de aparecimento dos movimentos fetais. Quantidade de líquido amniótico. Parto: idade gestacional (37 a 42 semanas; se foi a termo ou prematuro) – RNT – AIG, tipo de parto (se cesárea, por quê?).

**Condições de nascimento:** Apgar (primeiro e quinto minuto, se não tiver cartão, perguntar se nasceu bem), peso, estatura, perímetro craniano e torácico e se ficou em alojamento conjunto.

**Período neonatal** (até um mês): ficou na estufa, uso de oxigênio, transfusões, icterícia, medicamentos e se fez teste do pezinho.

**Doenças anteriores:** doenças da infância (catapora, sarampo, rubéola, coqueluche, varicela, otites etc.). Internações (onde, por que e permanência).

**Desenvolvimento neuropsicomotor:** quando firmou a cabeça, sentou, andou, falou (consultar Denver), indagar sobre sono, lazer e vida escolar (gosta de ir à escola, gosta da professora, aprovações, reprovações etc.).

**Alimentação:** uso de leite materno (até quando foi exclusivo, quando parou totalmente e idade do desmame); pregressa e atual (relatório do dia-alimentar).

**Vacinação:** BCG (tuberculose), tetravalente (difteria, hemófilo, coqueluche e tétano), Sabin (poliomielite), anti-sarampo, anti-hepatite e febre amarela. Anotar número de doses.

**Medicamentos:** se está em uso de algum e sobre suplementação alimentar (vitaminas, sulfato ferroso etc.).

**HF:** Pai (idade e saúde). Mãe (idade e saúde). Consangüinidade.

Irmãos (nº, sexo, idade, saúde).

Saúde dos avós e parentes (diabetes, hipertensão, asma, epilepsia, alergias etc.).

Abordar relações familiares (aspectos psicológicos).

**HS:** Pai (profissão e escolaridade). Mãe (profissão e escolaridade).

Renda familiar (em salários mínimos), número de habitantes.

Habitação (tipo, nº de cômodos, água tratada, luz, rede de esgoto, casa própria ou alugada).

Saber se tem filtro em casa. A família sempre morou na cidade?

## Roteiro para o exame físico

<b>INSPEÇÃO GERAL</b> (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	
<b>CABEÇA</b>	Inspeção	fácies implantação do cabelo implantação do pavilhão auricular grau de palidez na conjuntiva e na mão pêlos pescoço: tumorações
	Palpação	crânio: conformação, fontanelas, <i>craneotabes</i> perímetro cefálico (opcional neste momento) olhos: mucosa conjuntival (coloração, umidade, lesões), presença de nistagma, 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
<b>MEMBROS SUPERIORES</b>	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

<b>TÓRAX</b>	Inspeção	forma, simetria, mobilidade, rosário costal lesões de pele respiração: tipo, ritmo, amplitude, frequência, esforço respiratório <i>ictus cordis</i> : 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
	Ausculta	ruídos respiratórios audíveis sem estetoscópio caracterização dos sons respiratórios, ruídos adventícios focos de ausculta de precórdio: bulhas, sopros
<b>ABDOME</b>	Inspeção	forma: plano, abaulado, escavado distensão, massas visíveis, cicatrizes movimentos e alterações de parede, circulação colateral lesões de pele
	Ausculta	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
<b>MEMBROS INFERIORES</b>	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)
<b>GENITÁLIA E REGIÃO ANO-RETAL</b>	Inspeção	lesões de pele
	Palpação	pulso femoral linfonodos inguinais exame da genitália região anal: prolapso, fissuras, fístulas, pregas
<b>REGIÃO POSTERIOR DO TÓRAX</b> (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
<b>COLUNA VERTEBRAL, JOELHOS E PÉS</b>	Parada	escoliose cifose lordose
	Andando	varismo e valgismo do joelho e pés movimento da cintura escapular movimento da cintura pélvica movimento dos braços
<b>MEDIDAS E OTOSCOPIA</b>		pressão arterial temperatura axilar otoscopia peso altura perímetro cefálico

### 1.1.5 As consultas subseqüentes

#### Roteiro para a consulta subseqüente do acompanhamento

##### 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;
- Verificar a evolução do peso, altura e perímetro cefálico;
- Verificar as vacinas e orientar sobre o calendário vacinal;
- Investigar a alimentação detalhadamente;
- Avaliar os principais marcos do desenvolvimento infantil (desenvolvimento motor, comunicação expressiva e receptiva, percepção visual e auditiva);
- Avaliar os sinais de perigo e situações de risco;
- Registrar os dados no prontuário e no Cartão da Criança.

##### 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;
- 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.

##### 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;
- 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.

Fonte: Adaptado da *Consulta da Criança*, PROQUALI, SESA – Ceará, 2000.

### 1.1.6 As situações de risco

- ✓ 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. Essas crianças deverão ser encaminhadas a um serviço de referência, mantendo-se o acompanhamento concomitante pela equipe de saúde.
- ✓ O Quadro 3 lista as principais situações de risco para a saúde da criança.

### Quadro 3 - Situações de risco para a saúde da criança

#### Grupo I: acompanhadas pela equipe 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.

### 1.1.7 A organização dos registros e do prontuário

- ✓ Para o registro do atendimento da criança em situação de risco 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 em 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.
- ✓ 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.

- ✓ 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.

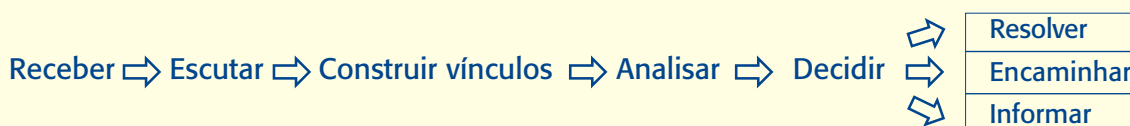
### 1.1.8 A busca de faltosos

- ✓ 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.
- ✓ 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.

### 1.1.9 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.
- ✓ O fluxo do acolhimento está representado na Figura 1.

**Figura 1- O fluxo do acolhimento a criança**

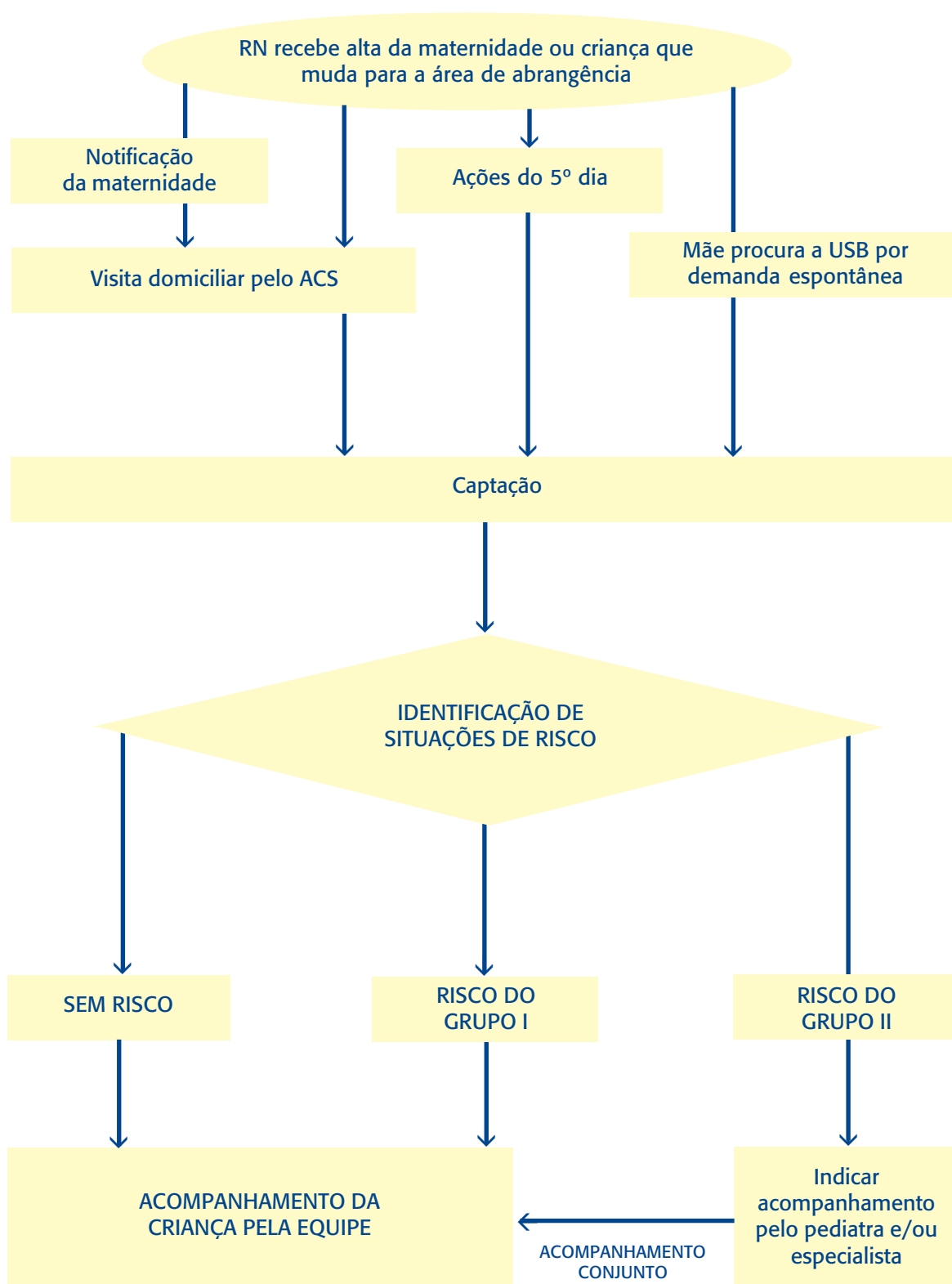


- ✓ Assim, o acolhimento significa o esforço e o compromisso da equipe para resolver o problema que motivou a procura ao serviço, podendo resultar numa simples informação para a família, agendamento, consulta não-programada imediata ou até encaminhamento para serviço de urgência.
- ✓ Na organização da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

- ✓ A presença de algum dos sinais de perigo apresentados no Quadro 1 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.



## Fluxograma 1 - Assistência à criança





## 1.2 O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

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.

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.

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.

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.

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 do Programa de Saúde da Família.

### 1.2.1 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.
- ✓ 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 1.1.3 “O calendário de acompanhamento”). No entanto, a equipe deverá acolher essas crianças sempre que apresentarem intercorrências e necessitarem de atendimento fora do calendário previsto.
- ✓ Cada contato entre a criança e a equipe, independentemente do motivo, deve ser tratado como uma oportunidade para a análise integrada e uma ação resolutive 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.
- ✓ 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.

- ✓ 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.

### **1.2.2 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.

### 1.2.3 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ O Anexo 2 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 4. Todo esforço deve ser feito no sentido de garantir medidas fidedignas.

#### Quadro 4 - Erros comuns na obtenção de dados antropométricos

<b>Todas as dimensões</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Instrumento inadequado</li><li>• Criança agitada: a medição deve ser adiada</li><li>• Instrumento desregulado no momento do exame</li><li>• Leitura</li><li>• Erros de anotação</li></ul>
<b>Comprimento (criança com menos de 2 anos de idade – deitada)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idade inadequada para o instrumento</li><li>• Não remoção de calçados e roupas</li><li>• Plano incorreto da cabeça</li><li>• A cabeça não está firmemente encostada à tábua</li><li>• A criança não está em posição reta, ao lado da tábua</li><li>• Corpo arqueado</li><li>• Joelhos dobrados</li><li>• Os pés não estão na vertical, em relação à tábua móvel</li><li>• A tábua não está firme contra os calcanhares</li></ul>
<b>Altura (criança de pé)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idade inadequada para o instrumento</li><li>• Não remoção de calçados e roupas</li><li>• Os pés não estão retos, com as plantas no solo, junto ao quadro vertical ou parede</li><li>• Joelhos dobrados</li><li>• Corpo arqueado ou nádega para a frente (corpo encurvado)</li><li>• Ombros não estão retos, junto ao quadro</li><li>• Cabeça em plano incorreto</li><li>• A parte superior da régua não está firmemente adaptada à cabeça da criança</li></ul>
<b>Peso</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Balança não calibrada em zero</li><li>• Criança vestida</li><li>• Criança movendo-se</li></ul>

Fonte: ZERFAS, SHORR, NEUMAN, 1977, p. 259

#### A interpretação das curvas de crescimento

- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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). ( Ver capítulo 3.1 “A criança com desnutrição energético-protéica”)
- ✓ Na avaliação longitudinal, além da posição do ponto, considera-se também a inclinação da curva de crescimento da criança conforme mostrado no Quadro 5.

### Quadro 5 - Condutas recomendadas de acordo com a inclinação da curva peso-idade de crianças até 5 anos de idade

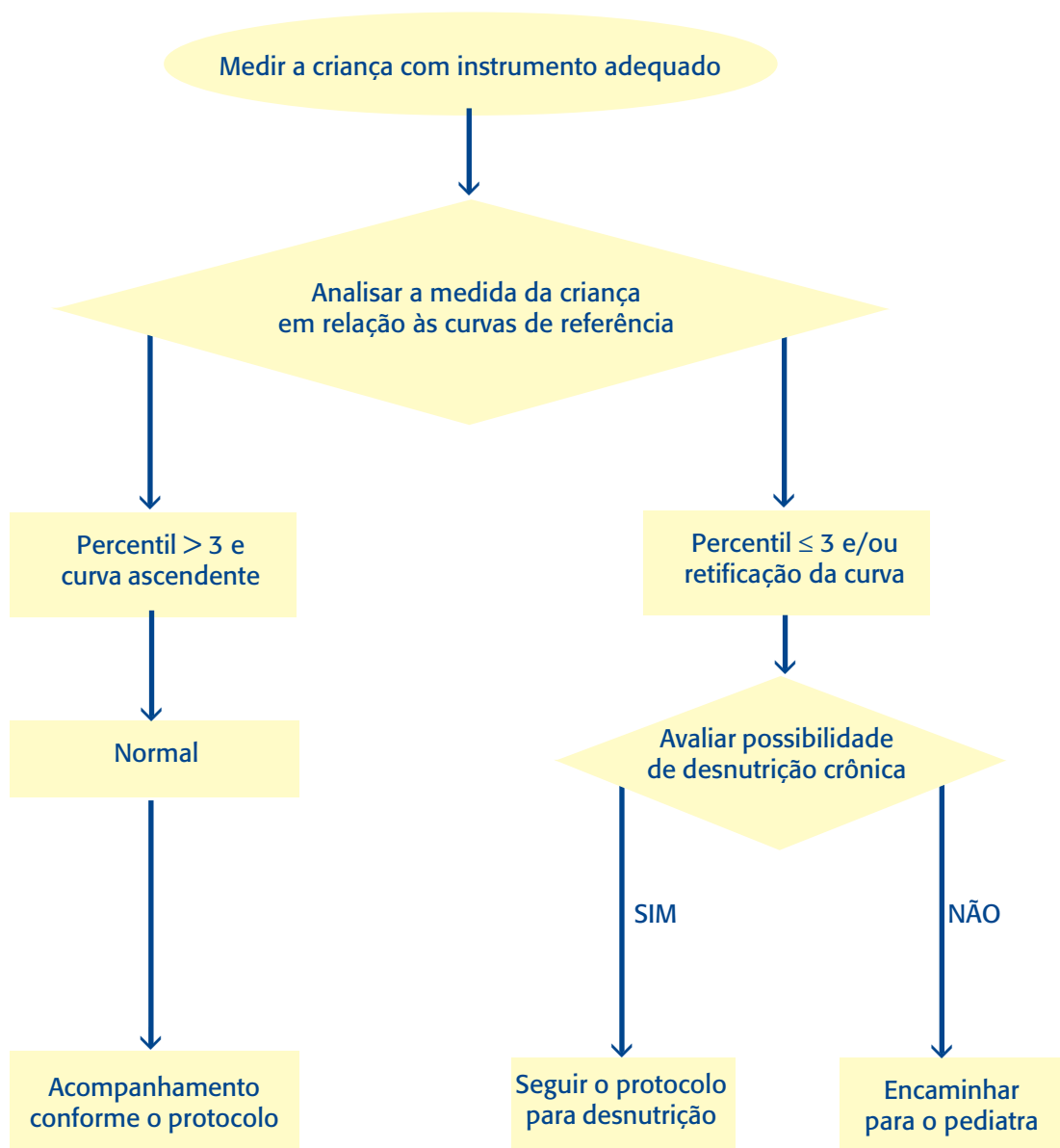
POSIÇÃO DO PESO	INCLINAÇÃO DA CURVA	CONDIÇÃO DE CRESCIMENTO	CONDUTA
> P97	Ascendente	Alerta: risco de sobrepeso ou obesidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar a existência de erros alimentares e orientar sua correção*.</li> <li>• Verificar e estimular a atividade física regular.</li> <li>• Marcar retorno em 30 dias.</li> </ul>
ENTRE P97 E P10	Ascendente	Satisfatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parabenizar a mãe pelo crescimento satisfatório da criança.</li> <li>• Marcar retorno de acordo com o calendário mínimo.</li> </ul>
ENTRE P97 E P10	Horizontal ou descendente	Alerta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar possíveis intercorrências que possam justificar a diminuição da velocidade de crescimento e registrá-las no Cartão.</li> <li>• Tratar as intercorrências presentes.</li> <li>• Marcar retorno com 30 dias.</li> </ul>
ENTRE P10 E P3	Ascendente	Alerta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar possíveis causas com atenção especial para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado e afeto com a criança e informar à mãe.</li> <li>• Tratar intercorrências clínicas, registrando-as no Cartão.</li> <li>• Marcar retorno com 30 dias.</li> </ul>
ENTRE P10 E P3	Horizontal ou descendente	Insatisfatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Tratar intercorrências clínicas, registrando-as no Cartão.</li> <li>• Orientar a mãe sobre alimentação especial visando ao ganho de peso.</li> <li>• Discutir intervenção conjunta da equipe de saúde.</li> <li>• Realizar nova consulta em intervalo máximo de 15 dias.</li> </ul>
< P3	Qualquer inclinação	Desnutrição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SEGUIR O PROTOCOLO PARA DESNUTRIÇÃO.</li> </ul>

\* 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.

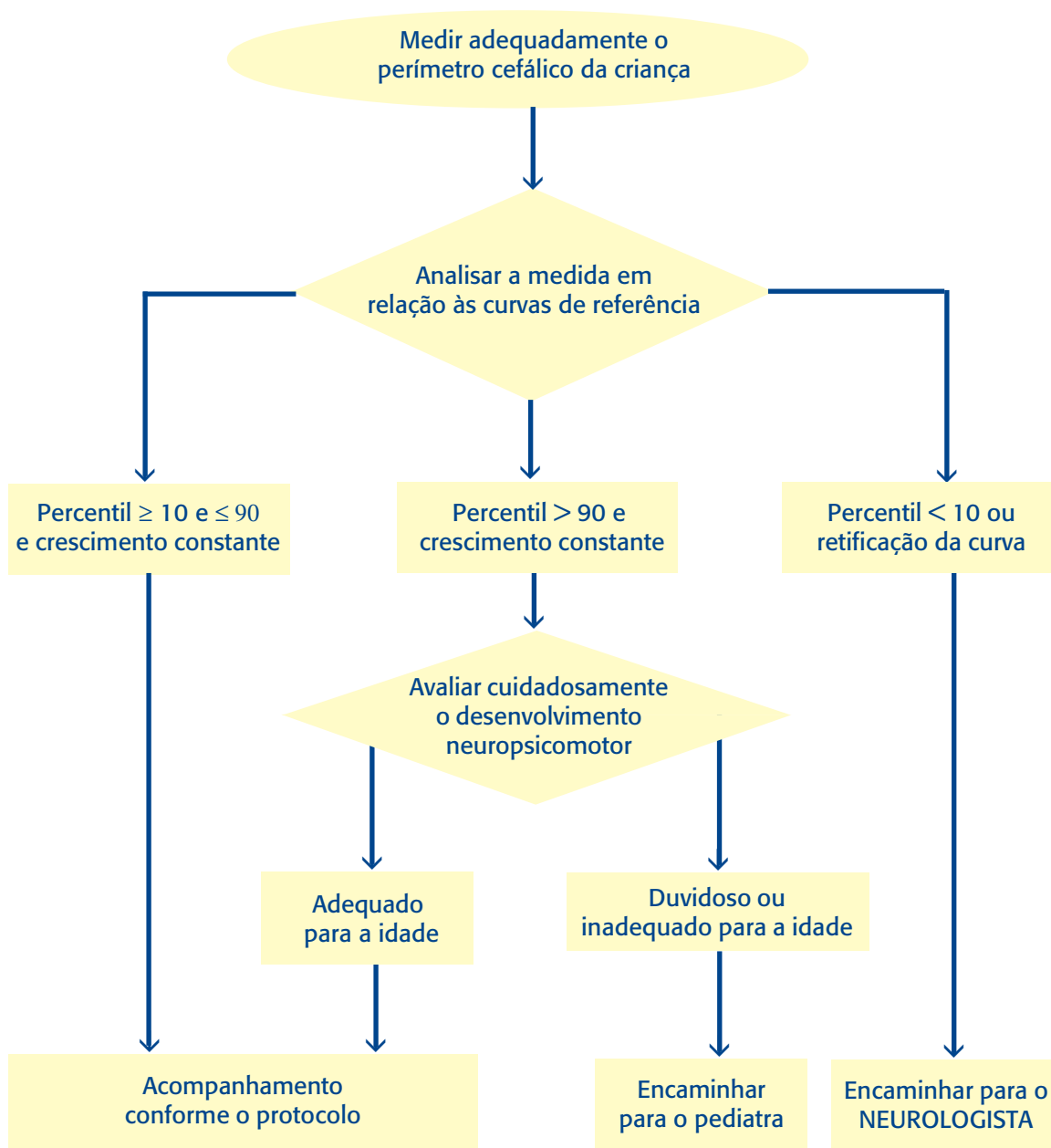
Adaptado de *Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Infantil: fundamentos e orientações para profissionais de saúde*, Ministério da Saúde. Brasília, 2001.

- ✓ 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.
- ✓ O Fluxograma 2 mostra os passos para avaliação e acompanhamento da estatura de crianças menores de cinco anos.
- ✓ 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.
- ✓ O Fluxograma 3 mostra como avaliar o crescimento do perímetro cefálico de crianças até dois anos de idade.

## Fluxograma 2 - A abordagem da criança de acordo com a curva estatura-idade



### Fluxograma 3 - A abordagem da criança de acordo com a curva perímetro cefálico-idade



### 1.2.4 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.

O desenvolvimento segue uma seqüência 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**.

- ✓ 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.
- ✓ Nas consultas de rotina, o registro da seqüência 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 tranqüila.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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. 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). Os Quadros 6 e 7 mostram como avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças segundo essa proposta.

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).

- ✓ Os Quadros 7 a 14 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.



## Quadro 6 - Vigilância do desenvolvimento da criança de 0 a 9 anos

PERGUNTAR E OBSERVAR	
Até 2 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• observa rosto da mãe/observador</li> <li>• segue objeto na linha média</li> <li>• reage ao som</li> <li>• eleva a cabeça</li> </ul>
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• olha sua própria mão</li> <li>• segura objetos</li> <li>• ri, emitindo sons</li> <li>• sentado, sustenta a cabeça</li> <li>• tenta alcançar brinquedo</li> </ul>
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• leva objetos à boca</li> <li>• volta-se para o som</li> <li>• vira-se sozinho</li> <li>• brinca de escondeu-achou</li> </ul>
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• transfere objetos de uma mão para outra</li> <li>• duplica sílabas (mama, papa)</li> <li>• senta sem apoio</li> </ul>
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mostra o que quer</li> <li>• segura objetos pequenos com "pinça"</li> <li>• imita sons de fala</li> <li>• anda com apoio</li> <li>• joga bola com observador ou pessoa</li> </ul>
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rabisca espontaneamente</li> <li>• diz uma palavra</li> <li>• anda sem apoio</li> <li>• pega objeto quando solicitado</li> </ul>
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• retira e coloca objeto pequeno em caixa</li> <li>• diz três palavras</li> <li>• anda para trás</li> <li>• retira uma vestimenta</li> </ul>
2 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• constrói torre com três cubos</li> <li>• aponta partes do corpo</li> <li>• chuta a bola</li> <li>• lava e seca as mãos</li> </ul>
3 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• imita uma linha vertical</li> <li>• compreende duas ações</li> <li>• sobe escada</li> <li>• veste-se sozinho</li> </ul>
4 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• copia um círculo</li> <li>• define três objetos pelo uso</li> <li>• equilibra em um pé por 2 segundos</li> <li>• escova os dentes sem ajuda</li> </ul>
5 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• copia uma cruz</li> <li>• define 5 objetos</li> <li>• agarra uma bola</li> <li>• canta músicas</li> </ul>
6 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• copia quadrado</li> <li>• define 7 objetos</li> <li>• ultrapassa obstáculos</li> <li>• conhece manhã e tarde</li> </ul>
7 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• copia losango</li> <li>• desenha homem com 12 detalhes</li> <li>• amarra sapatos</li> <li>• lê bem (veja escolaridade)</li> </ul>
8 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• descreve bem as palavras, além do uso</li> <li>• não troca letras</li> <li>• diz o dia, mês e ano</li> </ul>
9 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• diz ordem dos meses</li> <li>• faz sentença com três palavras dadas</li> <li>• faz contas complexas</li> </ul>

### CLASSIFICAR O DESENVOLVIMENTO

Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes.

Desenvolvimento normal.

Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária.

Possível atraso no desenvolvimento.

Ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária anterior.

Atraso no desenvolvimento.

### DECIDIR

Elogiar a mãe e orientar para continuar estimulando seu filho.

Orientar a mãe sobre a estimulação do filho.  
Marcar retorno com 30 dias.

Referir para avaliação neuropsicomotora.

Fonte: Escala de Denver II – adaptada e Publicação da Secretaria Municipal de Saúde de Belém, *Manual para Vigilância do Desenvolvimento da Criança de 0 a 2 anos de Idade na Atenção Primária à Saúde*, 2000.



## Quadro 7 - Estimulação adequada às etapas do desenvolvimento 0 a 3 meses de idade

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (reflexo de Moro).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a mãe a tocar na criança ou colocá-la no colo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>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).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Olhar para a pessoa que a observa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acariciar, brincar e falar carinhosamente com a criança no momento do banho, de trocar de roupa ou de alimentar.</li> <li>Abrir e fechar suas mãozinhas e movimentar os pés em todas as direções.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocada de bruços, eleva a cabeça momentaneamente. Mais tarde sustenta em 45° e, posteriormente, em 90°.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar o dedo na mão da criança. Caso ela não consiga segurar, ajudá-la, executando com ela o movimento de preensão.</li> <li>Estender suavemente os braços e as pernas da criança.</li> <li>Usar estímulos visuais: fitas coloridas, objetos brilhantes.</li> <li>Colocar a criança de bruços e mover suavemente sua cabeça de um lado para o outro.</li> <li>Agitar um objeto sonoro ou colorido (chocalho, latinhas etc.) em frente ao rosto da criança, para estimulá-la a levantar a cabeça.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sorrir em resposta. Emite sons e vocaliza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chamar a atenção da criança, sorrindo e conversando carinhosamente.</li> <li>Tocar as bochechas, fazer gestos para chamar sua atenção.</li> <li>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.</li> <li>Repetir os sons que a criança emite; se não os emitir, falar-lhe em sons guturais (sons que saem da garganta) ou vocalizando.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fixa e acompanha objetos em seu campo visual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deitada ou no colo, mostre-lhe objetos em movimentos lentos, as pessoas e atividades do ambiente.</li> </ul>

## Quadro 8 - Estimulação adequada às etapas do desenvolvimento 3 a 6 meses de idade

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>Levantar a criança ainda de bruços, a pouca distância do colchão, estimulando-a a erguer a cabeça e os ombros.</li> <li>Promover situações agradáveis (passeios, brincadeiras etc.), para que observe o ambiente, sustentando a cabeça.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rola sobre o próprio corpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deitada de barriga para cima, cruzar uma perninha sobre a outra, para facilitar-lhe o movimento de virar de bruços.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alcança e pega objetos pequenos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Colocar objetos a curta distância e deixar a criança fazer esforços para alcançá-los com as duas mãos.</li> <li>Permitir à criança brincar com as mãos e levá-las à boca. Oferecer argola de borracha para morder.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconhecimento corporal e de objetos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lalismo (emite sons repetitivos produzidos por ela própria).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usar brinquedos que produzem sons.</li> <li>Repetir os sons que a criança emite.</li> <li>Falar-lhe freqüentemente.</li> </ul>

## Quadro 9 - Estimulação adequada às etapas do desenvolvimento 6 a 9 meses de idade

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Puxada para sentar, mantém a cabeça firme; ajuda com o corpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deitada, pegar suas mãos e levantá-la levemente até ficar assentada. Depois, voltar para a posição inicial.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Segura e transfere objetos de uma das mãos para a outra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oferecer objetos com textura e formas diferentes, para que a criança brinque com eles.</li> <li>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.</li> <li>Se a criança não conseguir passar o objeto de uma das mãos para a outra, oferecer-lhe vários objetos, demonstrando como fazer.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vira a cabeça em direção a uma voz ou fonte sonora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a criança, imitando os seus balbucios.</li> <li>Combinar sons, formando palavras de duas sílabas.</li> <li>Entregar objetos sonoros e demonstrar como obter o som.</li> <li>Ligar e desligar o rádio, até a criança iniciar a busca do som.</li> <li>Chamá-la pelo nome, a distância.</li> <li>Bater palma até que a criança busque a fonte do ruído.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fica sentada sem apoio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deitada de costas, pegar sua mão e levantá-la até ficar assentada, permitindo-lhe recostar sobre um apoio (almofada), para que permaneça nessa posição.</li> <li>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.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Responde diferentemente a pessoas diferentes (familiares ou estranhos).</li> <li>Estranha as pessoas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explique para os familiares que é normal e saudável a reação de estranhar.</li> <li>Estimule a mãe a ficar próximo da criança. Evitar separações longas (viagem).</li> </ul>

## Quadro 10 - Estimulação adequada às etapas do desenvolvimento 9 a 12 meses de idade

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Arrasta-se ou engatinha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar-lhe oportunidade e espaço para se arrastar e engatinhar.</li> <li>De bruços, estimular seus movimentos: colocar objetos fora de seu alcance para que se desloque, arrastando-se ou engatinhando.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pega objetos com o polegar e o indicador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oferecer pequenos objetos, biscoito, migalhas de alimentos, para aprimorar a apreensão.</li> <li>Ajudar a empilhar objetos, colocando-os em caixa. Oferecer objetos que possam ser encaixados uns nos outros. Ensinar a bater objetos com as mãos.</li> <li>Sustentá-la pelas mãos e dar passos com apoio.</li> <li>Proporcionar à criança situações em que ela possa apoiar-se e manter-se de pé sozinha.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Faz, com a mão e a cabeça, gestos de "não", "sim", "adeus", bater palmas, dar beijo etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brincar com a criança, batendo palmas; mover sua cabeça para dizer "sim" ou "não".</li> <li>Bater palmas e "dar adeus"; se a criança não imitar, tomar-lhe as mãos e ensiná-la, deixando depois que ela o faça.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Repete sons de fala ou produzidos pelo meio ambiente (ecolalia). Fala pelo menos uma palavra com significação simbólica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pronunciar palavras simples de duas sílabas e estimular a repetição das mesmas (dadá, mamã, papá etc.).</li> <li>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.</li> <li>Fazer a criança responder a ordens verbais: ficar de pé, sentar.</li> <li>Fazer brincadeiras de esconder, dar e receber, jogar objetos.</li> </ul>

## Quadro 11 - Estimulação adequada às etapas do desenvolvimento 1 a 2 anos de idade

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anda sozinha, raramente cai.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimulá-la a dar passos.</li> <li>Motivá-la a andar sozinha.</li> <li>Amarrar um carrinho ou uma caixa com barbante e ajudar a criança a puxá-lo. Ensinar a empurrar carrinho de boneca, de feira etc.</li> <li>Ensinar a chutar bola.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Obedecer a ordens simples.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar-lhe ordens curtas para que as realize (abrir uma caixa, guardar um brinquedo).</li> <li>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.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Combinar pelo menos duas palavras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Empilha cubos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a empilhar objetos e colocá-los em caixa.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rabiscar espontaneamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permitir que a criança manipule revistas livremente (rasgar, passar folhas). Oferecer lápis cera, giz ou pauzinho para rabiscar no chão ou na areia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifica e nomeia figuras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tira peças simples do vestuário (short, calcinha).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensinar-lhe a tirar meias, sapatos e roupas simples (shorts, calcinha).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminui a ansiedade de separação. Maior independência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>

## Quadro 12 - Estimulação adequada às etapas do desenvolvimento 2 a 3 anos de idade

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Corre (corrida com braços fletidos; depois, com sincinesia dos braços).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular e reforçar atividades motoras: correr, saltar, ajoelhar, dançar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sobe escadas com apoio (coloca um pé no degrau, depois o outro no mesmo degrau e assim por diante).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajudá-la a subir e descer escadas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Constrói torre, manipula lápis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajudá-la a empilhar vários objetos ou cubos.</li> <li>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).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tem independência para usar a colher sozinha, para alimentar-se.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Já não deve usar mamadeira. Estimular o uso de copo, xícara e colher para alimentar-se e servir-se.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diz seu próprio nome e sobrenome.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mostrar gravuras e pedir que a criança nomeie as figuras.</li> <li>Perguntar-lhe como se chama. Chamá-la por seu nome. Mostrar gravuras e pedir para nomear. Dar telefone de brinquedo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estabelece controle esfincteriano.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perguntar-lhe se deseja ir ao banheiro, fazer cocô, fazer xixi.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Em companhia de outras crianças, brinca sozinha (não estabelece jogos com outras crianças da mesma idade).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular atividade extrafamiliar (passeios, excursões etc.) em grupo de mesma idade; procurar distribuir objetos suficientes para todos, coordenando as atividades.</li> </ul>

### Quadro 13 - Estimulação adequada às etapas do desenvolvimento 3 a 4 anos de idade

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sobe escadas sem apoio, colocando um pé no degrau, depois o outro no mesmo degrau, sem alternância.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permitir-lhe que se mova independentemente pela casa (subir e descer escadas, pular obstáculos etc).</li> <li>Ajudá-la a empilhar*+-r (6 a 8 objetos).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pega com a mão em pronação, podendo usar um lápis. Desenha um círculo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimulá-la a desenhar na areia, no papel, no quadro-negro.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Usar frase gramatical. Superada dislalia de troca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular e corrigir (repetir de maneira correta) a enunciação de frases gramaticais.</li> <li>Ler, contar histórias e poesias infantis para a criança.</li> <li>Encorajá-la a repetir canções, dançar, contar histórias, falar poesias, repetir números.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconhece as cores (branco e preto).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Levá-la a identificar os objetos pelas cores branco e preto.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desaparecimento da ansiedade de separação materna. Socialização familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a usar o banheiro corretamente.</li> <li>Estimular a tomar banho, vestir-se sozinha.</li> <li>Estimular a ida à escola infantil.</li> </ul>

### Quadro 14 - Estimulação adequada às etapas do desenvolvimento 4 a 5 anos de idade

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ESTIMULAÇÃO ADEQUADA À ETAPA FUNCIONAL OU AO DESENVOLVIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pula com os pés juntos. Sobe escadas sem apoio, alternando os pés em cada degrau.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a pular corda, saltar obstáculos, subir e descer escadas, andar nas pontas dos pés e calcanhares.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Independência e boa coordenação. Desenha cruz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimulá-la a atar e desatar cordões, dar laços, abotoar e desabotoar roupas, imitar movimentos de corpo, caminhar seguindo ritmo de dança ou música.</li> <li>Estimulá-la a trabalhar com tintas, papel, colagem, desenhos e pinturas de ponta de dedo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estabelece jogos com outras crianças.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover situações de passeios e brincadeiras com outras crianças. Comentar e estimular suas perguntas. Estimular a frequência à pré-escola.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconhece as cores básicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reforçar a identificação de cores básicas (vermelho, azul, amarelo) em objetos, animais e plantas. Oferecer jogos de combinação de cores.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Inicia a orientação espacial e temporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ajudá-la a identificar objetos colocados em várias situações no espaço: perto e longe, em cima e embaixo etc.</li> <li>Habitua-la a organizar roupas e armários e a ajudar nas tarefas domésticas simples.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Superada a dislalia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular frases gramaticais. Estimular verbalização: canções, poesias etc.</li> </ul>

#### 1.2.5 A 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 15).
- ✓ 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.

## Quadro 15 - Acidentes mais comuns na infância por faixa etária

IDADE	Estágio do desenvolvimento	Acidentes	Prevenção
<b>0 a 3 meses</b>	Dependência completa do adulto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Queimaduras (banho)</li> <li>• Sufocações</li> <li>• Intoxicações medicamentosas</li> <li>• Aspiração alimentar (uso inadequado de mamadeiras)</li> <li>• Quedas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar a temperatura da água do banho.</li> <li>• Evitar exposição excessiva ao sol.</li> <li>• Nunca deixar a criança sozinha na banheira ou em locais altos.</li> <li>• Ler atentamente os rótulos dos medicamentos antes de oferecê-los à criança.</li> <li>• Não oferecer medicamentos no escuro.</li> </ul>
<b>4 a 6 meses</b>	Dependência completa do adulto. Rápido desenvolvimento motor. Mínima capacidade de discernimento. Curiosidade muito aguçada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedas (cama)</li> <li>• Queimaduras</li> <li>• Ingestão e aspiração de pequenos objetos</li> <li>• Enforcamento no berço</li> <li>• Intoxicações</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O ambiente doméstico deve ser organizado em função da criança.</li> <li>• O berço deve ter grades altas e com pequenos intervalos.</li> <li>• Nunca deixar a criança sozinha na banheira, sobre a cama, sofá, assento do carro etc.</li> <li>• Os brinquedos devem ser grandes e de borracha e não devem soltar partes pequenas e nem tinta.</li> <li>• Não deixar objetos pequenos, pontiagudos, cortantes e fios de eletrodomésticos ao alcance da criança.</li> </ul>
<b>7 a 12 meses</b>	Dependência completa do adulto. Autonomia progressiva. Mínima capacidade de discernimento. Curiosidade muito aguçada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedas (camas, cadeiras)</li> <li>• Queimaduras (cozinha)</li> <li>• Intoxicações</li> <li>• Ingestão e aspiração de pequenos objetos</li> <li>• Acidentes de trânsito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guardar remédios e material de limpeza em local seguro.</li> <li>• Usar o banco traseiro dos carros e assentos adequados para transportar a criança.</li> <li>• Proteger as tomadas elétricas.</li> <li>• Não deixar objetos pequenos, pontiagudos, cortantes e fios de eletrodomésticos ao alcance da criança.</li> <li>• Não permitir a presença da criança na cozinha.</li> </ul>
<b>1 a 2 anos</b>	Autonomia progressivamente maior. Capacidade de discernimento em progressão. Curiosidade muito aguçada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedas (escadas, janelas)</li> <li>• Queimaduras (tomadas, aparelhos eletrodomésticos, panelas quentes)</li> <li>• Intoxicações por produtos químicos domiciliares, medicamentosos e plantas</li> <li>• Afogamentos</li> <li>• Ferimentos por objetos pontiagudos e cortantes</li> <li>• Acidentes por animais peçonhentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter sempre distância que permita controlar os movimentos da criança</li> <li>• Proteger as janelas e escadas com grades ou telas</li> <li>• Não deixar a criança sozinha perto de piscinas, tanques e banheiras</li> <li>• Desenvolver na criança a noção de perigo</li> <li>• Substituir as plantas venenosas</li> <li>• Eliminar possíveis criadouros de animais peçonhentos no peridomicílio.</li> </ul>
<b>2 a 5 anos</b>	Desenvolvimento motor cada vez mais complexo. Autonomia bem desenvolvida. Capacidade de discernimento melhor desenvolvida Aumenta o raio de exploração para além do domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intoxicações (plantas, produtos de limpeza e medicamentos)</li> <li>• Quedas (árvores, cercas, bicicletas)</li> <li>• Queimaduras (ambiente da cozinha, fósforos, álcool)</li> <li>• Acidentes de trânsito</li> <li>• Afogamento</li> <li>• Acidentes por animais peçonhentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os locais de brincar devem ficar distantes do trânsito.</li> <li>• Ensinar as regras de trânsito e para andar de bicicleta.</li> <li>• Ensinar a nadar.</li> </ul>

### 1.2.6 A saúde bucal e higiene oral

- ✓ As orientações de saúde bucal devem ser dadas à família da criança pela equipe de saúde desde o pré-natal, independentemente de uma avaliação de profissionais da odontologia.
- ✓ Deve-se estimular o aleitamento materno que, além de todos os benefícios já conhecidos, tem um papel importante na prevenção de doenças ortodônticas.
- ✓ Os restos alimentares, inclusive do leite materno, depositam-se sobre a gengiva formando a placa bacteriana.
- ✓ As bactérias causadoras das cáries podem ser facilmente transmitidas para a criança através de objetos como colher, copo, chupeta, bico de mamadeira, que, muitas vezes, o adulto coloca na própria boca, ou pelo contato direto através do beijo na boca do bebê, ou através de fômites ao assoprar a comida, por exemplo. Os pais devem ser orientados a evitar essas atitudes para diminuir o risco de contaminação da cavidade oral da criança.
- ✓ A limpeza da cavidade oral deve ser iniciada precocemente.
- ✓ Deve ser feita com gaze ou fralda envolvida no dedo e umedecida em água filtrada ou fervida, principalmente à noite, após a última mamada.
- ✓ Esse procedimento, feito de maneira cotidiana, colabora para a formação do hábito do cuidado com os dentes e torna o meio bucal mais adequado para a erupção dos primeiros dentes.
- ✓ A cárie poderá ser evitada modificando-se o hábito alimentar da criança e através da higiene oral.
- ✓ A partir da erupção do primeiro dente poderá ser utilizada uma escova dental macia. No entanto, não é necessário o uso de qualquer dentífrico, devido à possibilidade de ingestão pelo bebê, o que é contra-indicado.
- ✓ A higiene oral de crianças maiores consiste principalmente na remoção mecânica da placa bacteriana através da escovação e uso do fio dental. Essa deve ser associada à redução do consumo de carboidratos fermentáveis.
- ✓ A orientação alimentar deve ser dirigida à mãe e à própria criança:
  - A dieta deve ser equilibrada e variada;
  - Evitar açúcares, como doces, chocolates e refrigerantes;
  - Favorecer a ingestão de fibras e água.



## 1.3 A ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO

Recém-nascido (RN) é a designação de toda criança do nascer até o 28º dia de vida. Durante essa fase, o ser humano encontra-se vulnerável, biológica e emocionalmente, necessitando, pois, 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.

A construção da relação mãe-filho não é um processo instintivo. O vínculo entre mãe e filho inicia-se antes do nascimento da criança. A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve representar um espaço de escuta das necessidades afetivas da mãe/família nesse momento e ajudar na construção de referenciais essenciais para uma relação familiar de qualidade.

A assistência prestada ao binômio mãe-filho no pré-natal, parto e puerpério imediato tem grande impacto na evolução da criança e deve incluir:

- ✓ Pré-natal de qualidade, com controle de patologias maternas;
- ✓ Humanização da atenção ao pré-natal, parto e puerpério;
- ✓ Assistência adequada em sala de parto, evitando sofrimento fetal agudo;
- ✓ Cuidados adequados aos recém-nascidos de alto risco;
- ✓ Assistência adequada em alojamento conjunto, valorizando o estabelecimento do aleitamento materno, contornando as suas dificuldades;
- ✓ Método Mãe-Canguru no cuidado de recém-nascidos prematuros;
- ✓ Rotinas hospitalares e ambulatoriais que valorizem o vínculo RN-família;
- ✓ Programas específicos de acompanhamento das famílias dos RN baixo-peso, prematuros e com patologias que necessitem de cuidados especiais.

### 1.3.1 A captação do RN e visita domiciliar

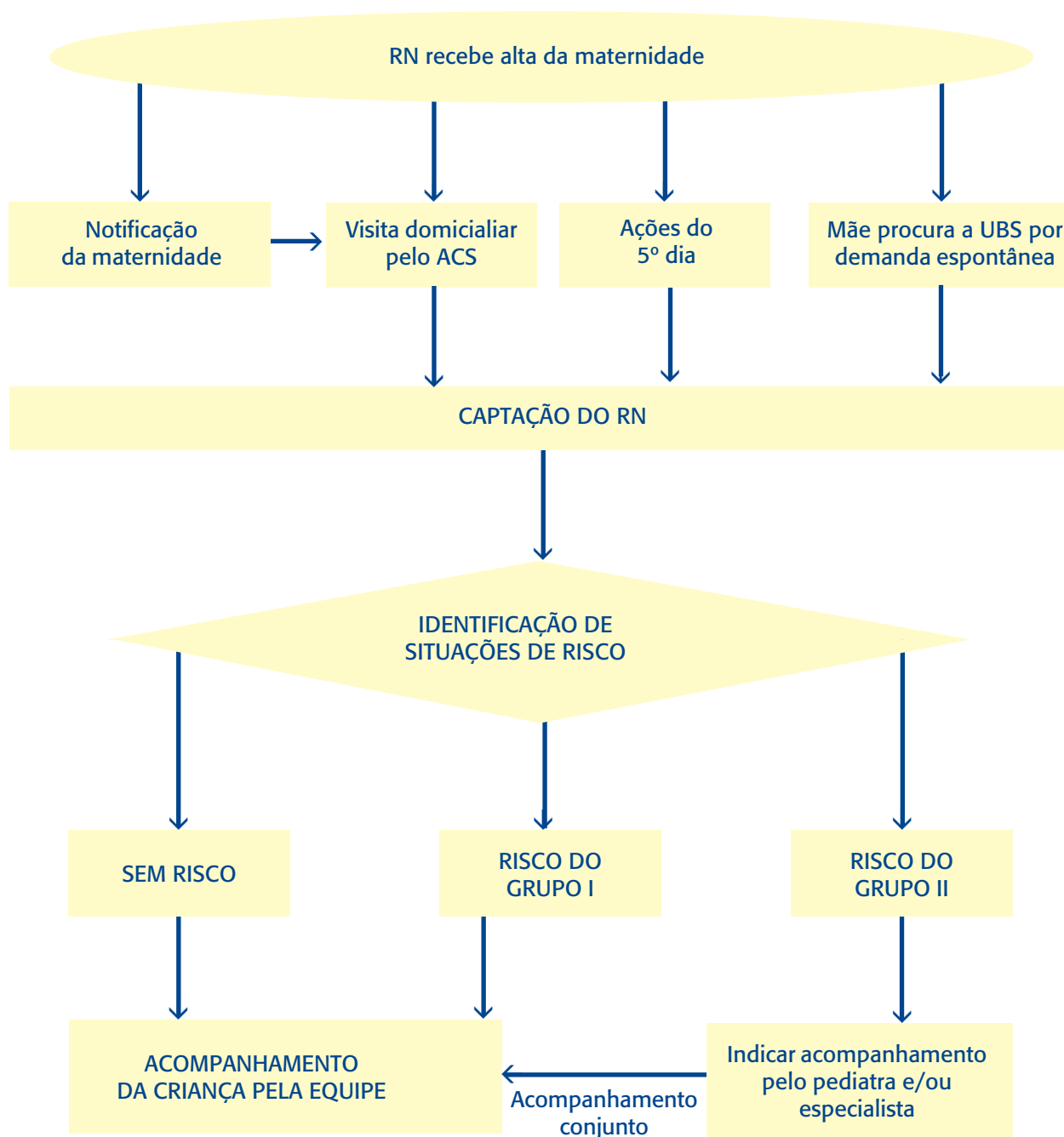
O acompanhamento do RN deve iniciar-se durante a gravidez, orientado pela tarefa comum de fazer com que a gestação evolua nas melhores condições biofísicas e psicológicas e que o desenvolvimento do feto ocorra em condições favoráveis.

A assistência ao RN na UBS deve iniciar-se logo após a alta da maternidade. A equipe da UBS poderá captar essas crianças através:

- ✓ da visita domiciliar à puérpera e ao RN nas primeiras 24 horas após a alta hospitalar;
- ✓ da notificação das maternidades pela DN (Declaração dos Nascidos Vivos) e/ou por telefone;
- ✓ do atendimento do RN durante as “Ações do 5º dia”.

Após esse primeiro contato, a equipe definirá o tipo de acompanhamento que o RN necessita receber, levando em conta sua classificação – sem risco, risco do Grupo I ou risco do Grupo II – conforme discutido no capítulo “As Diretrizes para o Atendimento”.

## Fluxograma 4 - A assistência ao recém-nascido



O ACS deverá fazer visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido nas primeiras 24 horas após a alta. São objetivos dessa visita:

- ✓ Orientar os pais sobre as melhores atitudes e comportamentos em relação aos cuidados com o RN;
- ✓ Identificar precocemente os RN com sinais gerais de perigo.

Além de orientar os pais quanto aos cuidados com o RN (Quadro 16), cabe ao ACS verificar se a mãe está seguindo as recomendações recebidas na maternidade, como o uso de medicações e a técnica de amamentação (ver capítulo “O Aleitamento Materno e a Orientação Alimentar”) e se tem tido qualquer problema de saúde, como sangramento excessivo e/ou com odor fétido e febre.



## Quadro 16 - Cuidados com o RN – Orientações durante as visitas domiciliares

### 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 deve 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: Quadro adaptado do *Manual de Condutas para Agentes Comunitários de Saúde*, AIDPI – MS, 2001.

O ACS deverá observar o RN e perguntar aos familiares sobre a presença dos sinais de perigo descritos no Quadro 17. 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 as “Ações do 5º dia”. Se neste intervalo for observada qualquer alteração na mãe ou no RN, deve-se procurar a UBS imediatamente.

## Quadro 17 - 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)
- Diarréia
- Umbigo vermelho e/ou com pus
- Pústulas na pele
- Pele amarelada
- Placas brancas persistentes na boca

Fonte: Quadro adaptado do *Manual de Condutas para Agentes Comunitários de Saúde*, AIDPI – MS, 2001.

### 1.3.2 O primeiro atendimento médico

- ✓ 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 no 5º dia de vida.

- ✓ Para estabelecer grupos de risco, prognóstico e ações profiláticas específicas, o RN deve ser classificado de acordo com a idade gestacional (IG) e o peso de nascimento (PN). O RN pode ser classificado como:
  - 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;
  - 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.
- ✓ As impressões maternas e de familiares quanto à adaptação da mãe e do RN ao novo ambiente devem fazer parte da anamnese.
- ✓ 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.
- ✓ Atenção especial deve ser dada à amamentação. A amamentação do RN no consultório proporcionará uma visão da adaptação entre mãe e RN e criará espaço para intervenção.
- ✓ Após anamnese completa, com informações sobre o pré-natal, parto e período neonatal, o médico irá realizar o exame físico do RN.

### *Particularidades do exame físico*

---

- ✓ A antropometria (peso, comprimento e perímetro encefálico) deve ser realizada a cada atendimento, anotada no Cartão da Criança e analisada em curvas de crescimento adequadas (ver capítulo “O Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento”).
- ✓ Idealmente, o exame não deve ser realizado quando o RN estiver com fome e irritado, nem imediatamente após a amamentação. 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.
- ✓ O RN tolera pouco a exposição ao frio, com risco de hipotermia; por isso, o exame deve ser rápido e completo.
- ✓ Inicia-se pela avaliação da 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.
- ✓ Na sequência do exame, 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).
- ✓ Na pele e mucosas, verificar se há cianose, icterícia, pletora ou palidez.
- ✓ Na cabeça, pesquisar assimetrias, cavalgamento de suturas e tumefações (bossa serossangüínea 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 hipospádia ou epispádia.
- ✓ Pesquisar tocotraumatismos, como fraturas (clavícula, fêmur e úmero) e paralisia braquial, além da displasia coxo femoral.

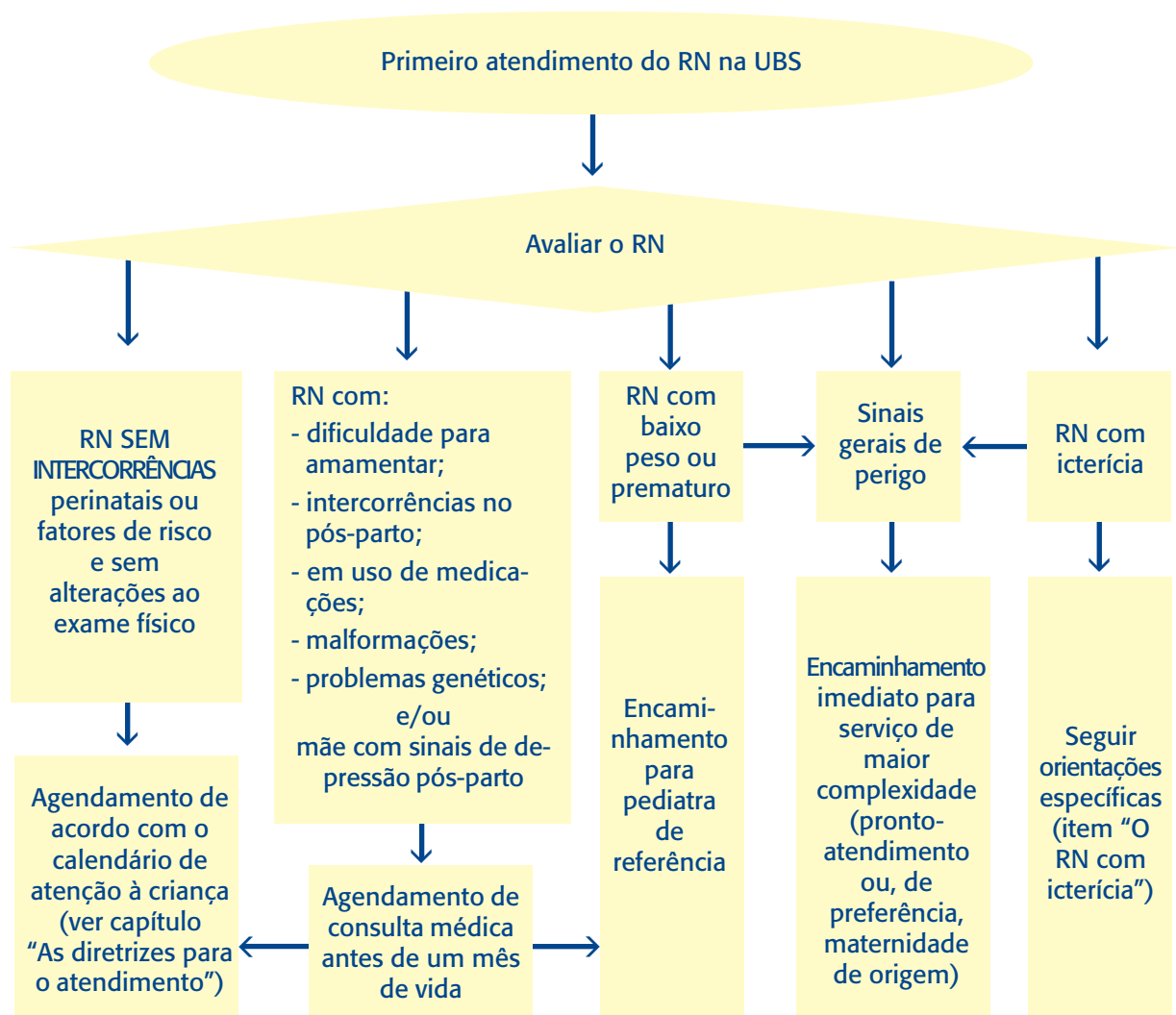
### 1.3.3 O plano de atendimento

- ✓ 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 capítulo “As Diretrizes do Atendimento”).
- ✓ Nesse processo de decisão (Fluxograma 5), 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 item 1.3.5, “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?
- ✓ 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.
- ✓ 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 receberá um atendimento de enfermagem entre 15 e 21 dias de vida, ficando a consulta médica para o primeiro mês.
- ✓ 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.
- ✓ O RN ictérico deverá ser avaliado de acordo com o Fluxograma 6. 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.

- ✓ 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.
- ✓ 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 18).
- ✓ O plano de cuidados definido pela unidade neonatal deve ser verificado e seguido com precisão.

### Fluxograma 5 - Plano de atendimento do RN na UBS



- ✓ É bem reconhecida a relação entre transtorno do humor e o período puerperal. Estima-se que 80% das mulheres vivenciam flutuações de humor nas fases de pré ou pós-parto, enquanto 10 a 20% delas irão desenvolver, de fato, algum transtorno do humor, de acordo com os critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

- ✓ São sintomas da depressão materna: insônia, transtornos alimentares, humor deprimido, irritabilidade, falta de energia e incapacidade funcional, isolamento social, dificuldades de interpretação dos desejos do RN, problemas de memória, concentração ou pensamentos recorrentes, além de confusão, desorientação e angústia. Identificados esses fatores, a mãe deve ser encaminhada para atendimento especializado.
- ✓ Em 0,1% a 0,2% dos quadros depressivos, pode haver associação com sintomas psicóticos. Nesses casos, pode existir, de fato, risco de vida para o RN e para a mãe, e a internação materna em caráter de urgência deve ser realizada, mesmo se involuntária.

### 1.3.4 O RN com sinais gerais de perigo

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.
- ✓ No Quadro 18, estão 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.
- ✓ O Quadro 19 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.

#### Quadro 18 - Sinais gerais de perigo na criança de 1 semana a 2 meses, segundo a AIDPI

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convulsões</li> <li>• O RN não consegue alimentar-se</li> <li>• O RN vomita tudo o que ingere</li> <li>• Respiração rápida (&gt; 60 irpm)</li> <li>• Tiragem subcostal grave</li> <li>• Batimento de aletas nasais</li> <li>• Gemência</li> <li>• Abaulamento de fontanela</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreção purulenta no ouvido</li> <li>• Eritema umbilical que se estende à pele</li> <li>• Hipertermia ou hipotermia</li> <li>• Pústulas na pele</li> <li>• Letargia ou inconsciência</li> <li>• Hipoatividade e hiporreflexia</li> <li>• Secreção purulenta no umbigo</li> <li>• Dor à manipulação</li> </ul> |
|--|---|

Fonte: Quadro adaptado do *Manual de Condutas para Agentes Comunitários de Saúde*, AIDPI – MS, 2001.

## Quadro 19 - Manifestações clínicas da SEPSE neonatal

	SINAIS PRECOCES	SINAIS TARDIOS
<b>Temperatura</b>	Instabilidade térmica	Hipertermia ou hipotermia
<b>Estado geral</b>	Piora do estado geral Hipoatividade Pele mosqueada	Hipoatividade intensa Hipotonia Letargia
<b>Cardiovascular</b>	Taquicardia Hipotensão	Choque (perfusão lenta, extremidades frias, pulsos finos e oligúria) Bradicardia
<b>Sistema nervoso</b>	Irritabilidade Hipoatividade Tremores Dificuldade de mamar	Letargia Convulsões Hiper-reflexia Hipotonia Abaulamento de fontanela
<b>Hematológicos</b>	Palidez cutânea	Petéquias Icterícia Hemorragias
<b>Digestivos</b>	Intolerância às dietas Vômito	Diarréia Distensão abdominal Coletase
<b>Metabólicos</b>	Hiperglicemia Acidose metabólica	Acidose grave
<b>Respiração</b>	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: *Black Book, Manual de Referências em Pediatria*, 2002.

- ✓ 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.
- ✓ Logo que receber alta do hospital, o RN deverá reiniciar seu acompanhamento na UBS, de acordo com suas novas necessidades.

### 1.3.5 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.

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 coletase neonatal. A encefalopatia bilirrubínica, às custas da bilirrubina indireta, tem conseqüências irreversíveis, como o retardo mental, as paralisias e a surdez. A hiperbilirrubinemia indireta é tratada pela fototerapia e, em alguns casos, também por exsangüinotransfusão. Essas intervenções são feitas em hospitais, na maioria das vezes, na maternidade de origem.

O aumento da bilirrubina direta sugere a presença de coletase 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.

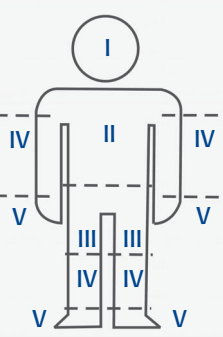


A icterícia pode ser **precoce** ou **tardia**. A precoce é aquela que se apresenta clinicamente nas primeiras 24 horas de vida e será abordada nas maternidades. A icterícia tardia é aquela de aparecimento após 24 horas de vida.

### 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 icterício;
  - 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 exsanguinotransusão, 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.
- ✓ A icterícia apresenta uma distribuição crânio-caudal 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.
- ✓ 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 (Quadro 20).

**Quadro 20 - Concentração de bilirrubinas (mg/dl) e correspondência clínica (Segundo Kramer)**

ZONAS DÉRMICAS			RNT		RNPT	
			Variação	Média $\pm$ 1dp	Variação	Média $\pm$ 1dp
	Cabeça e pescoço	I	4,3 – 7,8	5,9 $\pm$ 0,3	4,1 – 7,6	---
	Tronco acima do umbigo	II	5,4 – 12,2	8,9 $\pm$ 1,7	5,6 – 12,1	9,4 $\pm$ 1,9
	Região hipogástrica e coxas	III	8,1 – 16,5	11,8 $\pm$ 1,8	7,1 – 14,8	11,4 $\pm$ 2,3
	Joelhos e cotovelos até tornozelos e punhos	IV	11,1 – 18,3	15,0 $\pm$ 1,7	9,3 – 18,4	13,3 $\pm$ 2,1
	Mãos e pés, palmas e plantas	V	> 15	---	> 10,5	---

*Am J Dis Child – Vol 118, Sept 1969*

- ✓ 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.
- ✓ 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.

- ✓ 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.
- ✓ 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 21 e o Fluxograma 6.

### Quadro 21 - 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	RN termo clinicamente ictericos < 24 horas não são considerados saudáveis e requerem investigação	
25 a 48	≥ 12	≤ 20
49 a 72	≥ 15	≤ 25
> 72	≥ 17	≤ 25

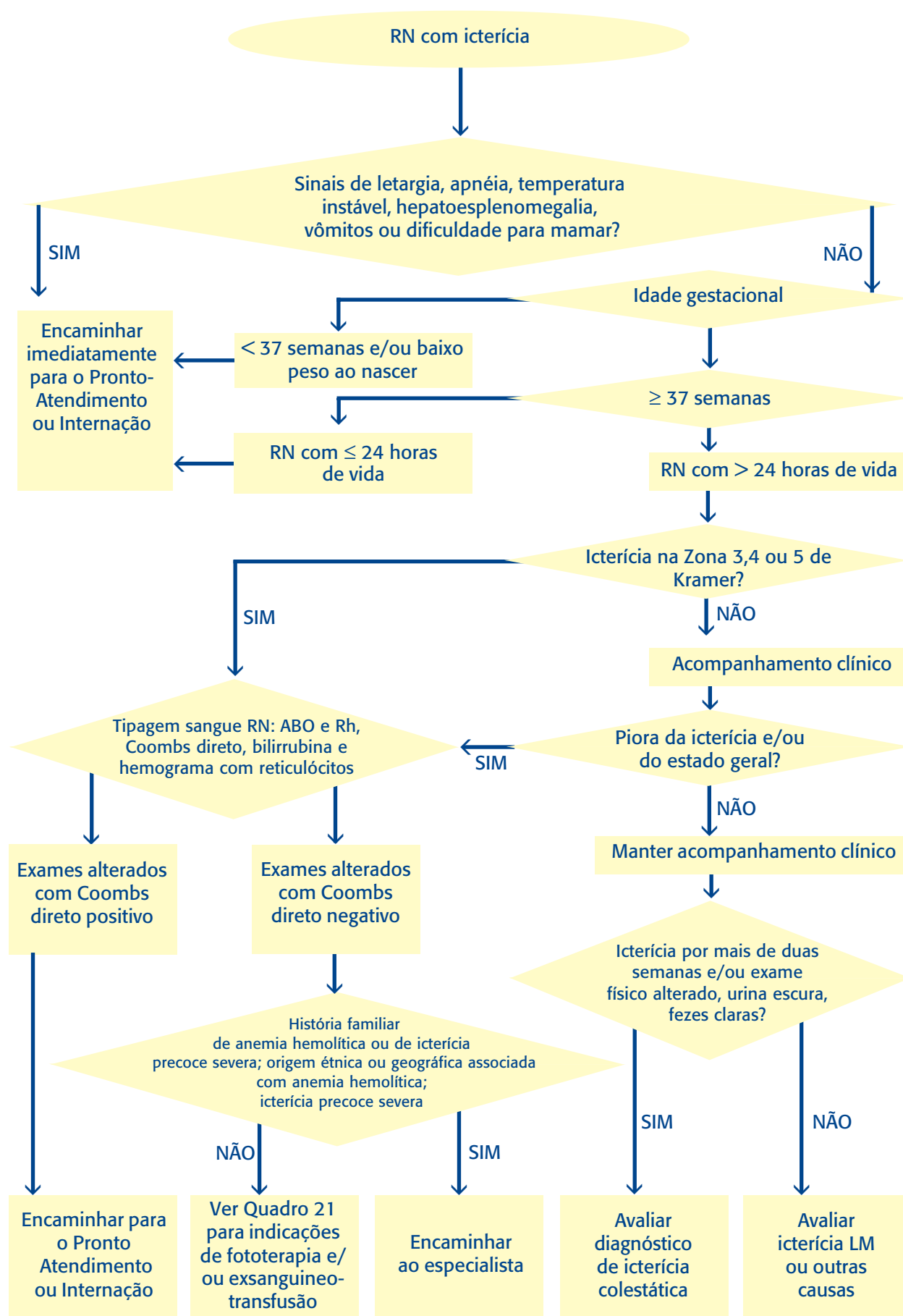
\*Utilizar fototerapia dupla quando houver aumentos significativos dos níveis de bilirrubina com risco aumentado de exsanguineotransfusão.

Fonte: AAP/ PEDIATRICS 94:558

- ✓ 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 19);
  - Os casos com Coombs direto positivo (icterícia hemolítica);
  - O RN for prematuro e/ou baixo peso ao nascer (maior risco de Kernicterus).
- ✓ 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 ictericos, deverão ser avaliados com rigor, idealmente duas vezes por dia. 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.



## Fluxograma 6 - Abordagem do recém-nascido com icterícia



### 1.3.6 Os problemas mais comuns do RN

Algumas situações clínicas são problemas comuns no período neonatal e que serão abordados no Quadro 22.

**Quadro 22 - Problemas comuns do RN e a conduta a ser tomada**

PROBLEMA	QUADRO CLÍNICO	CONDUTA
Obstrução nasal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode estar presente a partir dos primeiros dias do nascimento; causa freqüente de atendimento.</li> <li>• Obstrução pode ser intensa a ponto de causar esforço respiratório (ver item 1.3.4 "RN com sinais gerais de perigo").</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar exame físico detalhado.</li> <li>• Na ausência de outras alterações, orientar a mãe quanto à benignidade do quadro.</li> <li>• Prescrever o soro fisiológico nasal para lavar as narinas. Modo de usar: meio contagotas em cada narina sempre que necessário.</li> <li>• Contra-indicar o uso de qualquer tipo de vasoconstritor nasal.</li> </ul>
Conjuntivite química neonatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperemia conjuntival, edema palpebral e secreção ocular geralmente bilateral, secundária ao uso do nitrato de prata utilizado para prevenção da conjuntivite gonocócica.</li> <li>• Pode evoluir para conjuntivite bacteriana com secreção purulenta franca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a limpeza dos olhos com soro fisiológico várias vezes ao dia.</li> <li>• Na presença de contaminação bacteriana secundária, o tratamento pode ser feito com colírio à base de aminoglicosídeos (gentamicina ou tobramicina). Posologia: 1 gota 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.</li> </ul>
Refluxo gastroesofágico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode ser fisiológico ou patológico.</li> <li>• Refluxo Fisiológico: resultante da imaturidade dos mecanismos naturais de defesa anti-refluxo. Grande freqüência do refluxo nessa idade, com redução das regurgitações e vômitos em torno de 4 a 6 meses de vida.</li> <li>• Refluxo Patológico: as regurgitações são acompanhadas de ganho insuficiente de peso, sinais sugestivos de esofagite, otites, sinusites, broncoespasmo e apnéia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Na presença de sinais e sintomas sugestivos de refluxo patológico, deve-se realizar a propedêutica específica e iniciar medicação anti-refluxo.</li> </ul>
Cólicas do RN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As cólicas são resultantes da imaturidade do funcionamento intestinal.</li> <li>• 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar quanto ao caráter benigno do fato, que pode ocorrer nos 3 ou 4 primeiros meses de vida.</li> <li>• Medicações que diminuem o peristaltismo intestinal são contra-indicadas.</li> <li>• Na presença de dor e distensão abdominal, acompanhada de fezes com sangue, a criança deve ser encaminhada imediatamente para um serviço de referência.</li> </ul>
Granuloma umbilical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tecido de granulação com secreção serosa e hemorrágica que aparece após a queda do cordão no fundo da cicatriz umbilical.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Avaliar a possibilidade de persistência do ducto onfalomesentérico ou do úraco se, após a regressão do granuloma for observada presença de líquido no umbigo.</li> </ul>
Hérnia umbilical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumoração umbilical, redutível e indolor, determinada pela falta de fechamento do anel umbilical em grau variável.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
Hérnia inguinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 freqüentes. O estrangulamento é mais comum em RN, prematuros e lactentes jovens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
Onfalite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema, hiperemia e secreção fétida na região peri-umbilical.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>

## Quadro 22 - Problemas comuns do RN e a conduta a ser tomada (continuação)

PROBLEMA	QUADRO CLÍNICO	CONDUTA
Impetigo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesões vesiculosas com secreção purulenta e base hiperemiada. A extensão do acometimento pode ser variada.</li> <li>O RN com impetigo de pequena extensão e sem nenhuma outra alteração pode ser tratado ambulatorialmente com antibiótico oral.</li> <li>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 de maior complexidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>A avaliação deve ser diária para detectar sinais de sepse em tempo hábil.</li> </ul>
Monilíase oral e perineal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Placas esbranquiçadas na mucosa oral, que, ao serem removidas, deixam base eritematosa sangrante.</li> <li>Normalmente há monilíase perineal associada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamento da monilíase oral: nistatina solução oral, 50.000 a 100.000 unidades nos cantos da boca de 6/6 horas por 10 dias.</li> <li>Se em uso de mamadeira ou bico, lavar com água e sabão e ferver mais vezes.</li> <li>Tratamento da monilíase perineal: nistatina tópica na região das fraldas após cada troca.</li> </ul>
Cefalohematoma	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemorragia subperiosteal de caráter benigno, secundária a trauma durante o trabalho de parto. A tumefação se limita ao osso acometido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conduta conservadora.</li> <li>Orientar a mãe sobre a involução em semanas ou meses.</li> <li>Normalmente é fator de sobrecarga para icterícia, devido à reabsorção do sangue.</li> </ul>
Bossa sero-sangüínea	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tumefação de limites imprecisos, edematosa, localizada no subcutâneo do couro cabeludo, secundária a trauma durante o trabalho de parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conduta conservadora.</li> <li>Orientar a mãe sobre a involução em semanas ou meses.</li> </ul>
Fratura de clavícula	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fratura em "galho verde", resultante de partos distócicos.</li> <li>O diagnóstico é, na maioria das vezes, realizado na maternidade, a partir da crepitação, edema e dor à palpação da clavícula.</li> <li>A resolução se dá com a formação de calo ósseo.</li> <li>Não há necessidade de propeidêutica adicional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O membro do lado afetado deve ser colocado em posição de repouso, para conforto do paciente.</li> </ul>
Paralisia braquial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lesão das fibras do plexo braquial de C5 a T1 em decorrência de partos distócicos e prolongados.</li> <li>A movimentação do membro acometido está diminuída, e há assimetria do reflexo de Moro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamento: deve ser precoce e conduzido pelo fisioterapeuta e ortopedista.</li> </ul>

### 1.3.7 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.

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

- ✓ 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 de saúde da família 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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 4.
- ✓ A avaliação do desenvolvimento deve ser feita levando-se em consideração a idade gestacional corrigida até dois anos de idade.

## 1.4 O ALEITAMENTO MATERNO E A ORIENTAÇÃO ALIMENTAR

A amamentação tem se mostrado uma importante ação de promoção da saúde e prevenção de uma série de agravos para a criança, mãe e família. É uma ferramenta das mais úteis e de mais baixo custo que se pode utilizar para o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças.

Considera-se em **aleitamento materno exclusivo** o bebê que se alimenta apenas de leite humano, sem qualquer outro complemento, inclusive chás ou sucos. Atualmente é preconizado até os seis meses de vida. Ao se introduzir qualquer outro alimento, inicia-se o processo de **desmame**. O conceito de **aleitamento materno predominante**, também reconhecido internacionalmente, é utilizado quando a fonte predominante da nutrição da criança é o leite humano, mas recebe também sucos de frutas, chás ou outros líquidos. A criança que suga o seio apenas uma vez ao dia é, ainda assim, considerada em aleitamento materno.

As evidências epidemiológicas demonstram os efeitos benéficos do aleitamento materno para a criança, a mãe, a família e mesmo para a sociedade. A dimensão desses benefícios é modificada por diversos fatores, como o socioeconômico, o ambiental e o dietético.

Os efeitos positivos do aleitamento materno proporcionam:

- Redução da mortalidade infantil, principalmente por diarreia e por infecções respiratórias. Lactentes menores, exclusivamente amamentados, que residem em locais de pobreza, sem acesso à água potável, e que recebem alimentos de má qualidade são os que mais se beneficiam;
- Redução do número de internações hospitalares. O aleitamento materno, além de proteger, também diminui a incidência e a gravidade das doenças. Nos prematuros, em que a imaturidade imunológica é maior, essa função é essencial, especialmente contra a enterocolite necrosante;
- Redução de manifestações alérgicas, especialmente durante a amamentação exclusiva;
- Redução da incidência de doenças crônicas, tais como aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes, doença de Crohn, colite ulcerativa, doença celíaca, doenças auto-imunes e linfoma;
- Melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, especialmente nos prematuros, tendo uma relação direta com o tempo de amamentação;
- Proteção à nutriz contra o câncer de mama pré-menopausa e de ovário em qualquer idade. Na amamentação exclusiva, ocorre o rápido retorno ao peso pré-gestacional e há um efeito contraceptivo, principalmente na que se mantém amenorréica;
- Promoção da vinculação afetiva entre mãe e filho;
- Proteção contra problemas de oclusão dentária, síndrome do respirador bucal e distúrbios dos órgãos fono-articulatórios;
- Economia familiar, pois a alimentação artificial é onerosa para a maioria da população;
- Benefício para a sociedade como um todo, pois a criança, ao adoecer menos, reduz o número de faltas dos pais ao trabalho, necessita de menos atendimento médico, medicações e hospitalizações e se torna mais saudável nos aspectos psíquico e social.

Nesses últimos anos, têm ocorrido várias ações de incentivo à amamentação exclusiva até os seis meses de vida e com outros alimentos até dois anos de idade ou mais, se possível, tais como investimento nos profissionais da saúde e a veiculação de informações ao público pelos diferentes meios de comunicação: revistas leigas, rádio e televisão. Entretanto, os índices de aleitamento ainda estão bem aquém do desejado.

Para a saúde pública, o incentivo ao aleitamento materno continua sendo um grande desafio, considerando o elevado índice de desmame precoce e o grande número de mortes infantis por causas evitáveis.

### 1.4.1 A técnica adequada da amamentação

- ✓ A posição deve ser confortável para a mãe, observando que é o bebê que vai à mama e não a mama que vai ao bebê.
- ✓ Mostrar à mãe como segurar a criança:
  - Alinhar a cabeça da criança e o corpo em direção ao peito;
  - O nariz da criança em frente ao bico do seio;
  - O corpo da criança perto do corpo da mãe (estômago do bebê ? barriga da mãe);
  - A mãe deve sustentar todo o corpo da criança, não somente o pescoço e ombro.
- ✓ Mostrar à mãe como ajudar a criança na pega. Ela deve:
  - Antes de dar o peito, tentar esvaziar a aréola para amolecer o bico e facilitar a saída do leite;
  - Tocar os lábios da criança no bico do peito;
  - Esperar que a boca da criança esteja completamente aberta;
  - Mover rapidamente a criança em direção à mama, colocando seu lábio inferior bem abaixo do bico do peito.



### 1.4.2 As orientações à nutriz

As ações sistematizadas de incentivo ao aleitamento materno devem estar incorporadas às atividades de rotina das Unidades Básicas de Saúde e maternidades. Essa abordagem deve abranger o pré-natal, o parto e o primeiro ano de vida.

Além dos conhecimentos técnicos e científicos, o profissional de saúde precisa ter habilidades clínicas e sensibilidade para promover, apoiar e aconselhar gestantes e nutrizas. O reconhecimento e a valorização dos aspectos culturais e emocionais dessas mulheres podem ser o ponto de partida para uma abordagem mais eficiente.

Algumas ações são capazes de promover o início e a manutenção da amamentação.

#### *No Pré-natal*

- ✓ Sensibilizar e incentivar a gestante para o desejo de amamentar. O pré-natal é um momento importante, pois, geralmente, a gestante está mais sensível à escuta das orientações;
- ✓ Orientar como preparar a mama e aspectos da técnica de amamentação;
- ✓ Repassar informações sobre os benefícios da amamentação, as leis de proteção à nutriz e esclarecer as dúvidas e preconceitos, respeitando os aspectos culturais e emocionais da gestante;
- ✓ Orientar sobre o uso de medicações e drogas durante a gestação e lactação.

#### *No Parto e Puerpério*

- ✓ Estimular a escolha de maternidades com alojamento conjunto, onde a mãe e a criança permaneçam juntas desde o parto até a alta;



- ✓ Incentivar o parto natural, pois favorece o contato pele a pele da mãe com o filho;
- ✓ Propiciar o início precoce da sucção ainda na sala de parto;
- ✓ Avaliar e, se necessário, ensinar à puérpera a técnica correta de amamentação;
- ✓ Estimular a livre demanda, informando que faz parte da natureza do bebê mamar com frequência, observando a alternância das mamas em cada mamada e o tempo mínimo de 15 a 20 minutos em cada peito para que seja retirado o leite final, mais rico em gorduras;
- ✓ Incentivar a participação do pai no processo, permitindo-o como acompanhante ou mesmo com horários de visita mais flexíveis;
- ✓ Estimular um ambiente familiar propício para a amamentação, com apoio do pai, avós e outros familiares e amigos.
- ✓ A iniciativa do *Hospital Amigo da Criança* tem conseguido um bom impacto no incentivo à amamentação. Seu objetivo é mobilizar os profissionais de saúde em maternidades e hospitais para mudanças de rotinas e condutas, visando incentivar a amamentação e prevenir o desmame precoce.

### *No Primeiro Ano de Vida*

---

- ✓ A visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) logo após a alta da maternidade é o primeiro contato da equipe de saúde com o recém-nascido. Nessa oportunidade:
  - Perguntar sobre a condição de saúde da mãe e do bebê;
  - Perguntar sobre a amamentação;
  - Orientar sobre a ida à unidade de saúde no quinto dia para as cinco ações.
- ✓ A primeira visita da criança à UBS deve ocorrer no quinto dia de vida, para o teste de triagem neonatal, momento propício para avaliar a amamentação:
  - O profissional de saúde deve solicitar à mãe que amamente seu filho e certificar se estão corretas a posição e a pega no peito;
  - A técnica de sucção inadequada é fator importante de desmame precoce por causar desconforto na criança e escoriações e fissuras mamárias na mãe;
  - A aréola deve estar macia para que a criança consiga uma boa pega, às vezes, necessitando de um esvaziamento inicial no período de maior ingurgitamento mamário.
- ✓ Se, nessa avaliação, for detectada alguma dificuldade, perguntar se a mãe necessita de ajuda, mas evitando fazer por ela. Observar em uma mamada se:
  - O corpo da criança está alinhado com o da mãe;
  - O queixo da criança toca o seio;
  - A boca está bem aberta;
  - O lábio inferior está voltado para fora;
  - Há mais aréola visível acima da boca do que abaixo;
  - A criança está sugando bem, com movimentos lentos, profundos e pausas ocasionais.
- ✓ Quando a criança estiver mamando bem, orientar a livre demanda, o tempo de sucção em cada seio, alternando-os para um melhor esvaziamento, e a importância de não usar qualquer outro líquido ou alimento.
- ✓ Desaconselhar o uso de bicos e chupetas.
- ✓ Agendar uma consulta de enfermagem quando a criança tiver 15 dias de vida e recomendar que volte em qualquer oportunidade, se houver dúvidas ou dificuldades na amamentação.

- ✓ Ficar atentos às crianças em situação de risco, principalmente as do Grupo II: o retorno deve ser agendado em intervalos menores para monitorização do crescimento, do desenvolvimento neuropsicomotor e do aleitamento materno. Seguir o protocolo específico.
- ✓ Orientar sobre as leis de proteção à nutriz.

### 1.4.3 As dificuldades na amamentação

#### *O Ingurgitamento Mamário e Apojadura Dolorosa*

Toda lactante tem um ingurgitamento fisiológico na descida do leite. A mama pode ficar tensa, brilhante, com pontos avermelhados, além de muito dolorosa, dificultando a sucção do bebê. A lactante relata que a mama “empedrou” e pode ter febre.

- ✓ Orientar a retirada do excesso de leite até o amaciamento da região areolar, para facilitar a pega. Ensinar a técnica da ordenha manual.
- ✓ A criança deve sugar em intervalos pequenos, sendo mudada de posição a cada mamada com o objetivo de esvaziar alvéolos diferentes.
- ✓ A mãe deve usar sutiã com boa sustentação da mama e não usar compressas quentes.

#### *As Escoriações e Fissuras*

- ✓ Na gravidez, a prevenção é feita usando óleos, massagem leve dos mamilos com uma toalha após o banho e exposição das mamas ao sol por 10 a 15 minutos, uma a duas vezes ao dia.
- ✓ Após o nascimento, prevenir a pega incorreta da região mamilo-areolar.
- ✓ No tratamento das escoriações e fissuras, além das orientações anteriores, é importante:
  - Manter a sucção e ordenhar a mama até o amolecimento da mesma;
  - Deixar o mamilo exposto ao ar e ao sol. Na impossibilidade de exposição das mamas ao sol, a luz infravermelha pode ser indicada;
  - Não lavar ou usar anti-séptico;
  - Limitar o tempo da mamada oferecendo o peito mais freqüentemente e retirar o mamilo da boca da criança com o uso do dedo mínimo;
  - O uso tópico da calêndula a 2% em solução não-alcoólica ou da lanolina hidratada, de manipulação farmacêutica, pode ajudar.
- ✓ Se houver dor e trauma acentuados, indicar a suspensão parcial ou temporária da sucção direta da mama, mas é importante manter a ordenha.
- ✓ Devem servir de parâmetros para reiniciar a amamentação: a condição emocional da nutriz, a drenagem do leite e a melhora da fissura e dos sintomas.

#### *Mastite*

Geralmente, é uma complicação do ingurgitamento mamário não-resolvido; parte da mama fica vermelha, quente, edemaciada, dolorosa sendo acompanhada de febre e mal-estar. Seu tratamento inclui:

- ✓ Todas as medidas de suporte do ingurgitamento.
- ✓ O uso de antibióticos. Os antimicrobianos mais indicados são a amoxicilina, (500 mg de 8/8 horas), cefalosporinas ou eritromicina (500 mg de 6/6 horas) por dez dias. Se possível, realizar cultura e antibiograma do leite da mama afetada antes do início de antibiótico, para orientação da sensibilidade em casos em que a resposta não for adequada.



- ✓ O uso de antitérmicos e analgésicos, de acordo com o grau de comprometimento da mama.
- ✓ Para maior conforto e diminuição da produção de leite, orientar o enfaixamento das mamas.
- ✓ Acompanhar diariamente a paciente, para avaliar a resolução do processo e identificação precoce de complicações como abscesso.
- ✓ Se a mãe suportar, a criança deve continuar amamentando, pois ela já está seguramente colonizada pelas bactérias maternas, e, nessa fase do processo infeccioso, os fatores imunológicos do leite humano a protegem. Se não for possível amamentar do lado infectado, orientar para fazer a expressão manual e, após um a três dias de tratamento, reiniciar a amamentação.

### *O Choro da Criança*

---

- ✓ É uma expressão de vida e da capacidade de comunicação do bebê.
- ✓ Nem sempre significa algo errado ou desconfortável. Nos primeiros dias, o ar deglutido, as roupas, a temperatura, a posição para arrotar, dormir, a luminosidade e os ruídos podem ser fatores que contribuem para o choro.
- ✓ Quando o choro é excessivo, devem-se procurar alguns problemas mais comuns como:
  - Sucção inadequada ou sinais de pega incorreta. São sinais sugestivos: bochechas encoadas, sucção ruidosa (a deglutição pode ser barulhenta) e mama aparentemente deformada ou muito dolorosa;
  - Tempo de sucção inadequado: verificar se a criança mama o leite posterior ou do fim, mais rico em gorduras, em ambos os peitos;
  - Leite materno insuficiente: o melhor sinal de suficiência de leite é o ganho ponderal com curva de peso adequada. O número de micções (6 a 8 por dia) e as evacuações freqüentes são sinais indiretos de leite suficiente;
  - Reconhecer o significado do choro pelo seu tipo e timbre: é possível, através da observação da mãe ou familiares que vão relacionando os desejos do bebê, como mudar de posição, sono, carinho etc., com os diferentes tipos de choro. É importante não interpretá-lo inicialmente e sistematicamente como devido à fome;
  - Lembrar que algumas crianças choram mais do que outras e que a ansiedade da mãe pode contribuir para isso. Mais colo e mais carinho podem ser necessários;
  - Alguns bebês apresentam um choro freqüente nos mesmos horários, acompanhado de uma expressão de dor, traduzido como “cólicas”. A mãe deve ser orientada sobre o seu significado, duração e benignidade. É importante posicionar adequadamente a criança para facilitar o esvaziamento gástrico e a eliminação de ar. Após as mamadas, colocá-la em posição supina (de pé) no colo da mãe e deitá-la na posição de bruços ou decúbito lateral direito. O leite de vaca e alguns alimentos ingeridos pela mãe (café, chocolate, mamão, condimentos etc.) podem ser o motivo das “cólicas”. Antiespasmódicos são contra-indicados. Drogas contra flatulência e soluções caseiras têm sua eficácia pouco comprovada;
  - Todas as drogas ingeridas pela mãe podem passar para o leite, devendo-se evitar o seu uso sempre que possível.

### *O Uso de Bicos ou Chupetas*

---

- ✓ Nas primeiras duas a quatro semanas de vida, não é necessário nem recomendável. Nesse período, seu uso pode interferir no estabelecimento da apojadura e no sucesso do aleitamento materno.

- ✓ Deve-se sempre ouvir da mãe as suas razões de uso e discutir a possibilidade de não oferecer o bico antes desse tempo.
- ✓ Na suspeita de pouca produção de leite, sugerir à mãe que dê prioridade à amamentação nesse momento da vida. Incentivar a:
  - Aumentar o tempo e a frequência das mamadas em livre demanda;
  - Oferecer os dois seios em cada mamada;
  - Procurar descansar durante o dia;
  - Beber bastante líquido;
  - Alimentar-se com uma dieta balanceada;
  - Evitar bicos e protetores de mamilos;
  - Se necessário, solicitar mais apoio do marido e dos familiares;
  - O retorno e/ou a visita domiciliar em poucos dias são importantes para o acompanhamento do ganho de peso da criança, para ouvir como a mãe está se sentindo e o que conseguiu mudar;
  - O uso de medicamentos, como a metoclopramida para a mãe, pode ser útil em poucos casos.

#### **1.4.4 As drogas e a lactação**

- ✓ Em geral, lactantes devem evitar o uso de quaisquer medicamentos. Entretanto, se for imperativo, deve-se optar por uma droga que seja pouco excretada no leite materno ou que não tenha risco aparente para a saúde da criança.
- ✓ Drogas de uso contínuo pela mãe são potencialmente de maior risco para o lactente pelos níveis que poderiam alcançar no leite materno.
- ✓ Drogas usadas por um período curto, por exemplo, durante uma doença aguda, são menos perigosas.
- ✓ Critérios para prescrição de drogas em mães durante a lactação:
  - Avaliar se a terapêutica é necessária e indispensável;
  - Utilizar drogas sabidamente seguras para a criança, de menor efeito colateral. Em geral, drogas usadas em pediatria são aceitáveis para o uso materno durante a lactação;
  - Em caso de risco para o lactente, fazer avaliação clínica e dosagens laboratoriais para determinar os níveis plasmáticos no lactente;
  - Programar o horário de administração da droga à mãe, evitando que o pico do medicamento no sangue e no leite materno coincida com o horário da amamentação;
  - Evitar drogas de ação prolongada pela maior dificuldade de serem excretadas pelo lactente. Também, se possível, devem ser escolhidos medicamentos que possam atingir níveis menores no leite materno;
  - Observar, na criança, o aparecimento de quaisquer sinais ou sintomas, tais como alteração do padrão alimentar, hábitos de sono, agitação, tônus muscular, distúrbios gastrointestinais.

#### ***Medicamentos de Menor Risco***

- ✓ ANALGÉSICOS: acetaminofen, dipirona, ibuprofen, sumatriptan; morfina e meperidina quando utilizadas por curto tempo.

- ✓ **ANTIDEPRESSIVOS:** clomipramina, sertralina e fluoxetina (as duas últimas concentram-se no leite: observar); amitriptilina e imipramina (sonolência e efeito anticolinérgico com uso prolongado).
- ✓ **ANTI-HISTAMÍNICOS:** loratadina, triprolidina.
- ✓ **ANTIESPASMÓDICOS:** hioscina, atropina (observar o lactente; pode diminuir produção de leite).
- ✓ **ANTIEPILÉPTICOS:** carbamazepina, fenitoína, ácido valpróico.
- ✓ **ANTIEMÉTICOS:** bromoprida (curto tempo), dimenidrinato, metoclopramida (curtos períodos e doses baixas; risco de reação extrapiramidal e sedação).
- ✓ **ANTIMICROBIANOS:** penicilinas, cefalosporinas (algumas mais novas exigem cautela), aminoglicosídeos, macrolídeos.
- ✓ **ANTICOAGULANTES:** warfarin, dicumarol.
- ✓ **ANTICONCEPCIONAIS:** preferir os que têm apenas progestógenos. Medroxiprogesterona somente seis semanas após o parto.
- ✓ **ANTAGONISTAS BETAADRENÉRGICOS:** propranolol, labetalol, inibidores da ECA, bloqueadores do canal de cálcio.
- ✓ **HORMÔNIOS:** propiltiuracil, insulina, levotiroxina, prednisona, prednisolona.
- ✓ **LAXANTES:** óleo mineral ou os formadores de massa como farelos, fibras, metilcelulose, psílio.
- ✓ **AÇÃO NO APARELHO RESPIRATÓRIO:** pseudo-efedrina (pode concentrar-se no leite); codeína (sedação); epinefrina, terbutalina, salbutamol (preferir inalação).
- ✓ **VITAMINAS E MINERAIS:** não usar dose que exceda as cotas diárias recomendadas.

### *Medicamentos Contra-indicados*

---

- ✓ Imunossupressores e citotóxicos, amiodarona, androgênios, anticoncepcional hormonal combinado (seu efeito é menor após o sexto mês), sais de ouro e drogas de abuso ou de vício.
- ✓ Compostos radioativos exigem suspensão da lactação por um determinado período (consultar referências).

### *Outras substâncias*

---

- ✓ Nicotina e álcool devem ser evitados.
- ✓ Chocolate em grandes quantidades (mais de 450 g por dia) pode levar a efeitos secundários no lactente.
- ✓ Café, chá mate ou preto em grandes quantidades.
- ✓ Aspartame não deve ser usado em fenilcetonúricos (mãe ou lactente).

## **1.4.5 A introdução de outros alimentos**

- ✓ O processo de desmame começa quando se introduz qualquer tipo de alimento complementar e termina quando a criança não suga a mama em nenhum horário.
- ✓ Aos seis meses de vida, para as crianças amamentadas exclusivamente ao seio, introduz-se:
  - Inicialmente, o suco de fruta natural no copo, no intervalo das mamadas;
  - A fruta amassada na colher, substituindo uma mamada;

- Assim que a criança se adaptar com alimentos mais sólidos e o uso da colher, iniciar a primeira refeição de sal. Oferecer num horário adequado à mãe e próximo do horário de almoço da família. Deve substituir uma mamada.
- ✓ Aos sete meses de idade, introduzir a segunda refeição de sal, próximo do horário do jantar, substituindo outra mamada.
- ✓ A partir da erupção dentária, incentivar o uso de uma dieta com mais resíduos para estimular a mastigação.
- ✓ Orientar a maneira de fazer a higiene oral da criança.
- ✓ A refeição de sal consiste de cereais e legumes de cores variadas (branco ou amarelo claro + vermelho + verde), carne ou ovo e verdura de folha. A consistência deve ser semipastosa no início, sendo aumentada aos poucos, até chegar à refeição habitual da família, com um ano de vida. É importante variar sua composição, utilizando os produtos da época e da região.
- ✓ Nos primeiros anos de vida da criança, deve-se evitar qualquer tipo de guloseimas, doces, chocolates, refrigerantes, frituras e alimentos industrializados contendo corantes.
- ✓ Incentivar o uso de alimentos naturais, para que o lactente reconheça e aprecie os alimentos pelo seu gosto original; isso é um importante passo para a educação alimentar. Dessa forma, a criança poderá se tornar um adolescente ou adulto que tenha prazer em comer uma dieta saudável, fator preventivo de várias doenças como a obesidade, hipercolesterolemia e hipertensão arterial.
- ✓ A partir do segundo ano de vida, o ritmo de crescimento é menor, levando a uma aparente “falta de apetite” da criança. Isso deve ser discutido com a família, para evitar apreensões e chantagens. A criança deve participar das refeições familiares e, após os 18 meses de idade, ser treinada para utilizar a colher sem ajuda.

### *A Suplementação de Vitaminas e Minerais*

- ✓ VITAMINA K<sub>1</sub>: ao nascer, na dose de 0,5 a 1mg intramuscular;
- ✓ VITAMINA D: banho de sol por 30 minutos/semana despido ou 2 horas/semana parcialmente vestido;
- ✓ FERRO: indicar o uso:
  - no RN a termo, do início do desmame até 2 anos, na dose de 1mg/Kg/dia;
  - no RN pré-termo e/ou baixo peso, do 30º dia de vida até 4 meses na dose de 2 mg/Kg/dia e, a partir de então, até 2 anos, na dose de 1mg/Kg/dia;
- ✓ POLIVITAMÍNICOS: indicar o uso
  - no RN a termo, do início do desmame até 2 anos, sempre que a dieta for carente;
  - no RN pré-termo e/ou baixo peso, a partir de 1 semana até 2 anos.

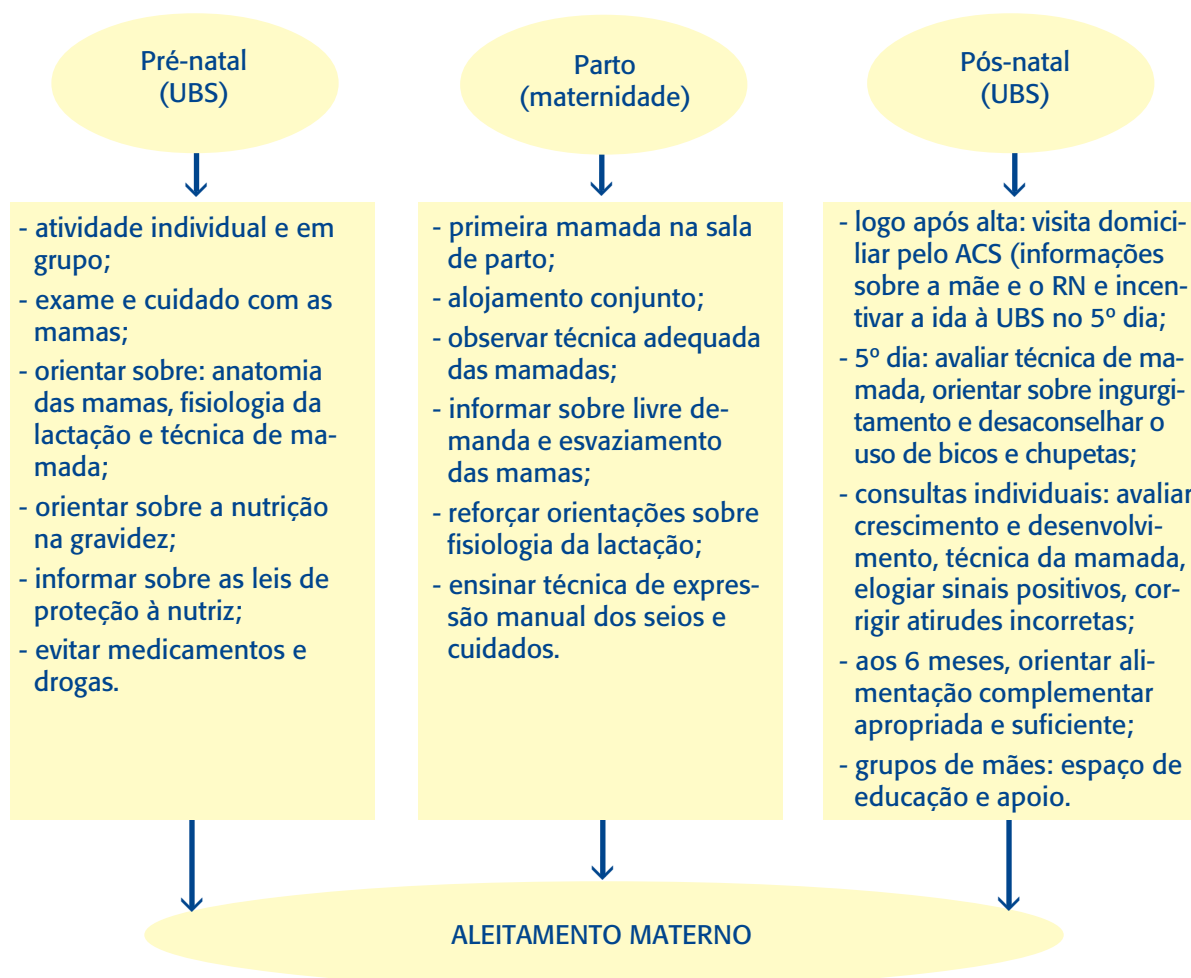
### *Roteiro*

ao acordar	meio da manhã	fim da manhã	meio da tarde	fim da tarde	ao deitar
↓	↓	↓	↓	↓	↓
leite materno	suco	refeição de sal	fruta	refeição de sal	leite materno

### 1.4.6 As leis de proteção à nutriz

- ✓ As mães precisam estar cientes de seus direitos, e, muitas vezes, são os profissionais de saúde quem as orientam nesse sentido.
- ✓ A legislação brasileira – Constituição do Brasil de 1988 e Consolidação das Leis do Trabalho – prevê:
  - Licença após o parto de 120 dias (Art 7º, inciso XVII da CF e Art 395 da CLT);
  - Licença paternidade de cinco dias (Art 7º, inciso XIX da CF), a partir do dia do nascimento do filho;
  - Ao retornar ao trabalho, a nutriz tem direito a uma hora a menos em sua jornada de oito horas de trabalho para a amamentação, até a criança completar seis meses, sob a forma de dois intervalos de meia hora em cada turno ou, opcionalmente, uma hora a menos na entrada ou saída do expediente (Art 396 da CLT);
  - Garantia do emprego à gestante, desde a confirmação da gravidez até o quinto mês após o parto, incluindo aviso prévio (Art 10, inciso II do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – CF);
  - Toda a empresa que empregar mais de 30 mulheres deve garantir a creche para a criança até os seis anos de vida (Art. 389, 397 e 400 da CLT).

#### Fluxograma 7 - Aleitamento materno



## 1.5 A VACINAÇÃO

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. 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.

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.

### Calendário básico de vacinações em Minas Gerais

IDADE	VACINAS
Ao nascer	BCG intradérmico
	Vacina contra hepatite B (VHB)
2 meses	VHB
	Tetravalente (DPT+ contra <i>H.influenzae</i> b)
	Vacina oral contra pólio (VOP)
4 meses	VOP
	Tetravalente
6 meses	VOP
	VHB
	Tetravalente
9 meses	Vacina contra febre amarela
12 meses	Vacina Tríplice Viral
15 meses	DPT
	VOP
4 a 6 anos	DPT
	VOP
	Vacina Tríplice Viral
10 anos	BCG
15 anos	Dupla tipo adulto (dT)

#### Observações

- ✓ **Vacina contra Hepatite B:** o intervalo mínimo entre a 1ª e a 2ª dose é de 30 dias, entre a 2ª e a 3ª doses é de 60 dias, e entre a 1ª e a 3ª é de 6 meses. Não existe intervalo máximo entre as doses.
- ✓ **Vacina contra *H. influenzae* b:** se aplicada acima de 1 ano de idade, deve ser em dose única.
- ✓ **DPT:** a idade máxima para sua aplicação é de 6 anos, 11 meses e 29 dias. O reforço com dupla adulto (dT) deve ser feito de 10 em 10 anos, a partir do segundo reforço da DPT.
- ✓ **Tríplice ou Dupla viral:** uma nova dose deverá ser aplicada em campanhas antes dos 5 anos de idade.
- ✓ **Vacina contra Febre Amarela:** pode ser aplicada a partir de 6 meses de vida em área de circulação de risco.
- ✓ 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](http://www.saude.gov.br/svs).



### 1.5.1 As contra-indicações gerais

- ✓ A evolução do conhecimento dos efeitos adversos das vacinas e o aprimoramento dos métodos de produção têm reduzido o número de fatores que as contra-indica.
- ✓ São contra-indicações:
  - 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;
  - Vacinas de bactérias ou vírus vivos não devem ser administradas em pessoas:
    - 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 (ver capítulo *As Doenças de Transmissão Vertical*);
    - Com neoplasias;
    - 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;
    - Em tratamento com outras terapêuticas imunodepressoras, como quimioterapia e radioterapia.
- ✓ 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, o mesmo ocorrendo com a vacina contra hepatite B, caso a mãe não seja HbsAg positiva.

### 1.5.2 O adiamento da vacinação

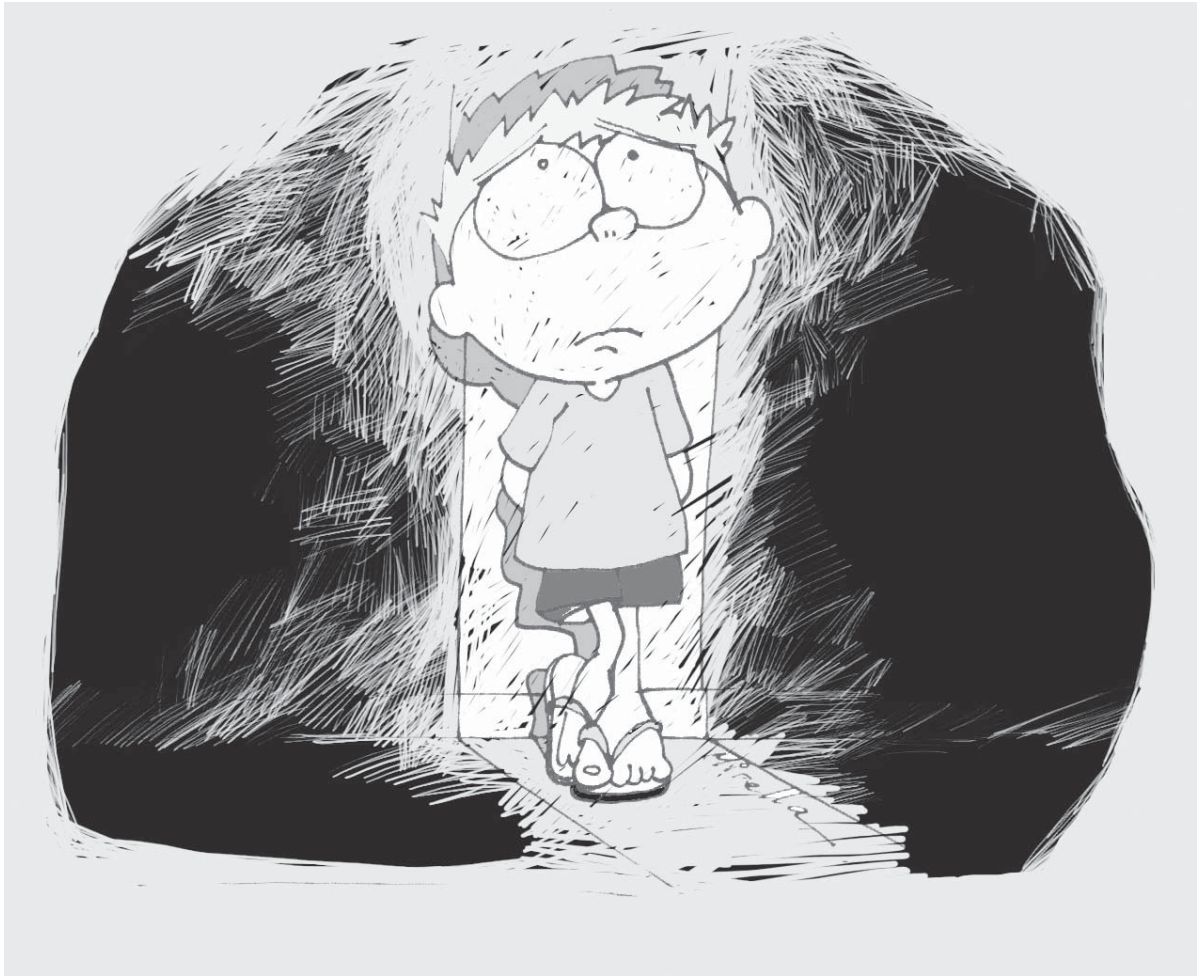
- ✓ As vacinas devem ser adiadas:
  - Até a recuperação de doenças agudas graves;
  - Um mês após o término de corticoterapia em dose imunossupressora;
  - Três meses após suspensão de outros medicamentos imunossupressores;
  - Após transplante de medula óssea, as vacinas vivas devem ser adiadas por 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. 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.

### 1.5.3 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.
- ✓ 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, tais como as vacinas antime-ningocócicas, antipneumocócicas, antiinfluenza e outras.
- ✓ 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.





## **II. A criança vítima de violência doméstica**



**V**iolência, segundo Costa (1986), é definida como força carregada de desejo, consciente ou inconsciente, que tem caráter de coerção, de penetração, de destruição. É qualquer situação na qual uma pessoa é submetida a uma coerção e a um desprazer absolutamente desnecessários ao crescimento, desenvolvimento e manutenção do seu bem-estar, enquanto ser psíquico.

A violência contra crianças e adolescentes no âmbito doméstico é o conceito relativo a atos violentos que acontecem em casa. Considerada crime pelo Código Penal Brasileiro – artigo 36 –, apresenta-se sob várias formas e, em geral, é praticada por mães, pais biológicos ou outro adulto responsável pela criança ou adolescente.

### *As formas de violência*

A literatura registra quatro formas: a física, a sexual, a psicológica e a negligência. Cada uma envolve problemas conceituais específicos e requer abordagem diferenciada.

- ✓ A **violência física** consiste no uso da força física de forma intencional, não-acidental ou de atos de omissão intencionais, não-acidentais, praticados pelos pais ou responsáveis com o objetivo de ferir, danificar ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes.
- ✓ Por **violência sexual** entende-se todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual entre adultos e crianças ou adolescentes menores de 18 anos, tendo por finalidade estimulá-los sexualmente ou utilizá-los para obter estimulação sexual.
- ✓ A **vitimização psicológica** pode assumir formas diferenciadas, mas está presente em todo e qualquer tipo de violência. Ocorre quando crianças e adolescentes são constantemente depreciados, bloqueados em seus esforços de auto-aceitação ou ameaçados de perdas de entes queridos ou de serem abandonados.
- ✓ A **negligência** ocorre quando os pais ou responsáveis falham ao suprir as necessidades das crianças ou adolescentes, e essa falta não é o resultado das condições de vida além de seu controle.
- ✓ A **Síndrome de Munchausen** é considerada por alguns autores como outra modalidade de violência perpetrada por familiares. Caracteriza-se como situação em que pais, mediante a simulação de uma sintomatologia, logram que em seus filhos sejam realizadas inúmeras investigações médicas.

### *A Relevância do Problema*

- ✓ De uma maneira geral, pode-se dizer que grande parte dos problemas que atinge a criança e o adolescente, hoje, deriva, em primeiro lugar, da pobreza e, em segundo, da violação de seus direitos pela própria família.
- ✓ Grave problema de saúde pública, o fenômeno da violência cometida contra crianças e adolescentes dentro da própria família tem recebido, nos últimos anos, atenção especializada por parte da imprensa, operadores do Direito, conselhos de direitos ou tutelares e profissionais das áreas de saúde e sociais.

- ✓ A violência doméstica é processo de vitimização que pode se prolongar por meses ou anos. Geralmente, exige a cumplicidade do responsável não-agressor e da vítima e, como acontece no espaço privado da família, reveste-se da característica do sigilo, e às crianças e adolescentes, não é permitido sequer expressar sua dor. Além disso, crianças e adolescentes maltratados podem facilmente transformar-se em adultos agressores, segundo inúmeras pesquisas sobre o fenômeno.
- ✓ Crianças e adolescentes que procuram os centros de saúde ou hospitais em decorrência de violência possivelmente já sofreram maus-tratos menos severos, sem que a comunidade agisse; freqüentaram a escola, com visíveis sinais de maus-tratos, sem que nada fosse feito; foram atendidos por serviços de saúde, sem que as providências necessárias fossem tomadas.

- ✓ Identificar maus-tratos e notificá-los às autoridades são obrigações dos profissionais de atenção à infância e adolescência e, em especial, dos profissionais da saúde.
- ✓ Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais, conforme os artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e Adolescente, Lei 8069, de 13/07/1990.

## 2.1 O ATENDIMENTO DA CRIANÇA

- ✓ Proteger crianças e adolescentes da violência é objetivo que requer sensibilidade, habilidade e conhecimento sobre os sinais e sintomas, os indícios de que possa estar ocorrendo.
- ✓ O Quadro 23 resume os principais indicadores de violência doméstica contra crianças e adolescentes.

**Quadro 23 - Indicadores de violência doméstica**

FORMA	INDÍCIOS	SINAIS
ABUSO SEXUAL	Desconforto genital e anal	Relato de incesto, assédio, exploração, estupro
VIOLÊNCIA FÍSICA	Relato verbal de agressões	Cicatrizes, fraturas, queimaduras
NEGLIGÊNCIA	Trajes inadequados Higiene insuficiente	Má nutrição, problemas de saúde, abandono
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	Humilhação, rejeição, degradação, terrorismo	Insegurança excessiva, baixa de tônus vital, hostilidade, agressividade

- ✓ A confirmação do diagnóstico pressupõe um trabalho no qual é imprescindível a presença de vários profissionais de diferentes áreas, devendo ser realizada pela equipe de saúde da família e equipe de apoio disponível (psicólogo, assistente social, enfermeiro).

## 2.2 AS AÇÕES PREVENTIVAS

- ✓ É importante que os profissionais da saúde conheçam e considerem a realidade de vida de seus pacientes, orientando os pais ou responsáveis sobre os direitos das crianças e

adolescentes antes mesmo de seu nascimento. Aos sujeitos em situação de risco (Quadro 24) deve ser dada atenção especial.

### Quadro 24 - Fatores de risco

CARACTERÍSTICAS DO AGRESSOR	CARACTERÍSTICAS FAMILIARES	RELAÇÕES SOCIAIS	CARACTERÍSTICAS CULTURAIS
Histórico de abuso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress familiar</li> <li>• Ausência de um dos responsáveis</li> <li>• Relacionamentos conflituosos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desemprego</li> <li>• Relações sociais pobres</li> </ul>	Aceitação de punição corporal
Baixa auto-estima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de comunicação</li> <li>• Distância intergeracional dissolvida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolamento da rede social</li> </ul>	Visão de posse dos filhos
Deficiência física ou intelectual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcoolismo</li> <li>• Uso de drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimento de não pertencer à comunidade</li> </ul>	Ausência de compromisso com os tratamentos propostos
Habilidades interpessoais pobres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pais solteiros</li> <li>• Gravidez na adolescência</li> <li>• Presença de crianças com deficiência física ou mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fanatismo religioso</li> </ul>	Ausência de políticas para saúde

## 2.3 A IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

- ✓ A identificação dos casos de violência, que pode mais facilmente ser alcançada com a inclusão na abordagem diagnóstica de profissionais de outras áreas de conhecimento, visa responder:
  - A violência ocorreu?
  - Qual a gravidade e o risco que oferece tanto para a vítima, quanto para as outras crianças da família?
  - Quais as medidas mais adequadas de intervenção nos planos médico, social e psicológico e quais as instâncias de proteção à infância e adolescência devem ser acionadas?
- ✓ O tipo de diagnóstico mais importante é o da criança abaixo de dois anos, tendo em vista o risco de vida, pela fragilidade corporal e dificuldade de autodefesa.
- ✓ Durante a anamnese, é freqüente o acompanhante, ao repetir a história, cair em contradições, sendo, portanto, muito importante a atenção a dados aparentemente sem importância ou sem a menor relação com as lesões encontradas.

### A violência doméstica física

- ✓ O local do corpo mais acometido pela violência física é a **pele**, e os tipos de lesões incluem desde escoriações, equimoses e hematomas até queimaduras de 1º a 3º graus. A determinação da idade da equimose contribui para a confirmação do diagnóstico, pois são comuns lesões de idades diferentes.

Quando a agressão for por meio de instrumento, este pode ser identificado por sua forma.

Queimaduras por imersão em líquido fervente são utilizadas como forma de castigo e deixam marcas de luvas ou botas. O períneo queimado pode ser consequência de banhos de assento em água fervente como treino de controle de esfínteres.

Marcas de cigarro obrigam ao diagnóstico diferencial com impetigo.

- ✓ O segundo local do corpo mais acometido é o **esqueleto**.

Os ossos cranianos são os ossos mais comprometidos. A fratura pode ser do tipo linear (mais comum), deprimida (*ping-pong*), diastática ou cominutiva. Em caso de suspeita, deve-se radiografar o crânio e todos os ossos longos da criança.

Os ossos longos são também bastante comprometidos em suas diáfises. Porém, quando ocorre uma lesão em metáfise ou epífise, há fortes suspeitas de maus-tratos, pois, para isso, é necessária uma força maior que a de um simples acidente.

A fratura de costela em crianças de menos de dois anos de idade e fratura avulsiva da clavícula ou do processo acromial são consideradas de origem não-acidental. Pode ser do tipo espiral – agressão por torção – ou transversa – lesão direta.

Múltiplas fraturas, fraturas de idades diferentes ou fraturas diagnosticadas como achado radiológico sugerem fortemente o diagnóstico de maus-tratos.

- ✓ O terceiro local mais acometido é o **sistema nervoso central**.

As lesões de crânio são reconhecidas como principal causa de morbidade e mortalidade. Os lactentes somam o maior risco, com 90% das lesões antes dos dois anos de idade.

- ✓ Outra modalidade de violência física é a **Síndrome do Bebê Sacudido**. Caracteriza-se, muitas vezes, pela ausência de fratura na calota craniana, porém com a presença de hemorragia retiniana ou outras hemorragias do sistema nervoso central, acompanhando outros sinais de maus-tratos. Além da tomografia, pode ser necessária a ressonância magnética para diagnosticar micro-hemorragias cerebrais, conseqüentes das sacudidas.
- ✓ Os **órgãos intra-abdominais** estão em quarto lugar de acometimento, e, neste caso, não são os lactentes os mais afetados. A lesão que predomina é o hematoma do duodeno e jejuno, e pode haver ruptura de órgãos maciços como fígado e baço.

### **Indicadores de maus-tratos físicos:**

- ✓ Lesões físicas;
- ✓ Aparência descuidada e suja;
- ✓ Desnutrição;
- ✓ Doenças não tratadas;
- ✓ Distúrbios do sono ou da alimentação;
- ✓ Problemas de aprendizagem;
- ✓ Enurese noturna;
- ✓ Comportamento muito agressivo ou muito apático;
- ✓ Estado de alerta constante (assusta-se facilmente com movimentos bruscos);
- ✓ Afastamento, isolamento;
- ✓ Regressão a estágios anteriores de desenvolvimento;
- ✓ Tristeza, abatimento profundos;



- ✓ Excessiva preocupação em agradar;
- ✓ Relutância em voltar para casa;
- ✓ Faltas constantes à escola por decisão dos pais;
- ✓ Falta de confiança em adultos;
- ✓ Idéias e tentativas de suicídio e autoflagelação;
- ✓ Fugas de casa;
- ✓ Hiperatividade.

#### **Indicadores da conduta dos pais:**

- ✓ Pouca preocupação com a criança/adolescente;
- ✓ Culpabilização dos filhos por problemas no lar;
- ✓ Referência à criança/adolescente como má/mau;
- ✓ Exigência de perfeição;
- ✓ Idealização da criança/adolescente como um ser que deve satisfazer suas necessidades emocionais;
- ✓ Ter sido vítima de qualquer forma de violência em sua história pregressa;
- ✓ Explicações contraditórias, não convincentes;
- ✓ Utilização de castigo corporal severo;
- ✓ O vínculo com a criança/adolescente é de afetividade rasa.

#### **Indicadores do vínculo pai-filho:**

- ✓ Raramente se tocam ou se olham;
- ✓ Consideram seu relacionamento totalmente negativo;
- ✓ Afirmam que não se apreciam.

#### **Características de crianças/adolescentes com maiores probabilidades de serem vitimizados:**

- ✓ Crianças nascidas de gravidez indesejada e/ou precoce;
- ✓ Recém-nascidos, lactentes ou deficientes físicos por não serem aceitos ou por não poderem se defender;
- ✓ Doentes crônicos e crianças deficientes considerados como problema para os responsáveis;
- ✓ Recém-nascidos prematuros ou que permaneceram longe da mãe nos primeiros dias de vida;
- ✓ Crianças adotadas apenas para atender às necessidades de seus pais.

#### ***Violência sexual***

- ✓ Crianças ou adolescentes raramente inventam histórias de vitimização sexual.
- ✓ Geralmente, falam a partir de sua própria experiência, e seus relatos devem ser analisados a partir dessa premissa. Não costumam também esquecer. Podem tentar ocultar seu sofrimento, sua confusão e seu ódio porque rapidamente compreendem a extensão do dano e são introduzidos na “lei do silêncio”, única atitude permitida pelo grupo familiar.
- ✓ Inúmeros são os relatos de crianças ou adolescentes que, em suas declarações na justiça, informam que tentaram, por várias vezes, falar sobre o fato e foram desencorajados, inclusive pelo medo de serem responsabilizados.

**Indicadores na criança/adolescente:**

- ✓ Dificuldade em caminhar;
- ✓ Gravidez precoce, aborto;
- ✓ Dor, inchaço ou sangramento nas áreas genitais ou anais;
- ✓ Infecções urinárias, secreções vaginais ou penianas;
- ✓ Inadequado controle dos esfíncteres;
- ✓ Enfermidades psicossomáticas;
- ✓ Queixa de violência sexual;
- ✓ Presença de doenças sexualmente transmissíveis ou HIV;
- ✓ Problemas digestivos, dores abdominais difusas e recorrentes;
- ✓ Retardo no desenvolvimento;
- ✓ Limpeza compulsiva.

**Indicadores na conduta dos pais abusadores:**

- ✓ Possessivos com a criança/adolescente, negando-lhe contatos sociais normais;
- ✓ Acusam a criança/adolescente de promiscuidade ou sedução sexual;
- ✓ Vítimas de violência doméstica na sua infância;
- ✓ Acreditam que a criança/adolescente tem atividade sexual fora de casa;
- ✓ Crêem que o contato sexual é forma de amor familiar;
- ✓ Elegem outro agressor para manter a proteção a membros da família.

**A reação da criança/adolescente:**

- ✓ Costumam adotar o “muro do silêncio” que pode ser provocado por medo, vergonha ou culpa;
- ✓ Podem não apresentar nenhuma evidência do abuso: estatisticamente apenas 40% dos abusos estão ligados à violência;
- ✓ Agitação noturna;
- ✓ Autoflagelação;
- ✓ Regressão a estágios anteriores de desenvolvimento psicossocial;
- ✓ Toxicomania/alcoolismo;
- ✓ Os abusos seguidos de violência podem ser identificados por lesões físicas como hematomas, marcas de mordidas, ruptura do hímen etc.

**As conseqüências:**

- ✓ Suicídio;
- ✓ Gravidez precoce;
- ✓ Doenças sexualmente transmissíveis;
- ✓ Sangramento vaginal;
- ✓ Relaxamento do esfíncter anal, levando à incontinência fecal;
- ✓ Corrimento vaginal;
- ✓ Comportamento sexualmente explícito;
- ✓ Masturbação visível e contínua;
- ✓ Dificuldades nas áreas afetiva, social e sexual.



## *Violência psicológica*

---

- ✓ Todas as formas de violência doméstica contra as crianças e os adolescentes trazem, em sua essência, uma violência psicológica.
- ✓ Qualquer ato ou omissão capazes de produzir dano emocional a crianças e/ou adolescentes são também negação do direito que têm de ser tratados como sujeitos e ser respeitados em suas necessidades de desenvolvimento.
- ✓ Pode ocorrer isoladamente, e, no caso de não se tratar de episódio esporádico, seus efeitos podem ser muito mais devastadores pela persistência do estado de pressão.

### **Indicadores na criança:**

- ✓ Problemas alimentares, obesidade ou anorexia;
- ✓ Tartamudez;
- ✓ Baixa auto-estima;
- ✓ Timidez excessiva;
- ✓ Conduta arredia e defensiva;
- ✓ Atrasos no desenvolvimento psicomotor;
- ✓ Autoflagelação;
- ✓ Depressão.

### **Comportamentos da família:**

- ✓ Ignora a criança;
- ✓ Rejeita suas tentativas de aproximação afetiva;
- ✓ Aterroriza a criança ou adolescente;
- ✓ Tenta impedir seus contatos fora do ambiente familiar.

## *Negligência*

---

- ✓ A negligência no espaço familiar pode se configurar de várias formas, desde o não-provimento das necessidades físicas e materiais de uma criança ou adolescente até uma insuficiência crônica de natureza quantitativa e qualitativa de respostas dadas às suas necessidades emocionais, chegando à exclusão do lar através do abandono.

### **A negligência quanto à integridade física:**

- ✓ Pode se configurar quando há omissão quanto a monitorar o comportamento, prover as necessidades básicas ou assegurar a proteção contra acidentes às crianças ou adolescentes.
- ✓ Pode significar omissão em termos de cuidados, privação de medicamentos, displicência quanto à saúde e higiene, proteção quanto às variações climáticas, frequência à escola etc.
- ✓ A privação sensorial, o cárcere privado, os acorrentamentos são outras formas de negligência aos direitos fundamentais identificados.

## *Síndrome de Munchausen por procuração*

---

Tipos de ações:

- ✓ Adulteração dos espécimes coletados para exames;
- ✓ Trocas de amostras laboratoriais;

- ✓ Administração excessiva de laxantes;
- ✓ Indução de bacteremia por infusão de líquido contaminado;
- ✓ Administração de doses elevadas de drogas;
- ✓ Troca de medicamentos mantendo o frasco original;
- ✓ Sufocação com parada cardiorrespiratória;
- ✓ Adulteração de dados de termômetro.

O agressor, na maioria dos casos, é do sexo feminino e demonstra conduta de apego à criança e profundo interesse pela evolução do quadro hospitalar. Mostra-se também cooperativo com a equipe e atencioso e disponível com outros pacientes.

- ✓ Quando o diagnóstico é estabelecido, nega a participação e, se pressente que está prestes a ser descoberto, pode transferir a criança ou adolescente para outro hospital ou até outra cidade.

## 2.4 AS ORIENTAÇÕES GERAIS

Orientação geral:

- ✓ Ouça;
- ✓ Não demonstre reações emocionais;
- ✓ Não se prenda a detalhes;
- ✓ Proteja a criança/adolescente e reitere que esta/este não tem culpa;
- ✓ Faça anotações;
- ✓ Procure apoio e interlocutor;
- ✓ Ouça atentamente, dedique toda sua atenção;
- ✓ Leve a sério tudo o que disserem;
- ✓ Fique calmo; reações extremas poderão aumentar a sensação de culpa na criança;
- ✓ Procure não perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida, nem fazê-la repetir sua história várias vezes, o que pode perturbá-la e aumentar seu sofrimento;
- ✓ Se você não estiver certo de como conduzir a conversa, procure orientação;
- ✓ Proteja a criança ou o adolescente e explique que, seja qual for a situação, ele/ela não tem culpa; é comum a criança ou o adolescente se sentirem responsável por tudo o que está acontecendo;
- ✓ Anote, o mais cedo possível, tudo o que for dito;
- ✓ Diga que agiu corretamente ao decidir relatar o ocorrido;
- ✓ É importante anotar também como se comportou durante o relato e seus sentimentos expressos.

**Lembre-se:**

- ✓ É preciso coragem e determinação para se contar a um adulto que se está sofrendo violência;
- ✓ Geralmente as crianças estão sob ameaça de violência contra elas mesmas ou contra membros de suas famílias, ou ainda temem ser levadas para longe do lar;
- ✓ Ouvir relatos de abuso ou violência poderá ser difícil sem uma equipe de trabalho;
- ✓ A confiança da criança/adolescente poderá aumentar o peso da sua responsabilidade, especialmente se esta pede sigilo;

- ✓ Você deverá informar que, se ela está sofrendo violência, contará isso a outras pessoas e só assim poderá protegê-la;
- ✓ É essencial não fazer promessas que você não possa cumprir nem prometer guardar segredo antes de saber o que será revelado;
- ✓ Nesta fase, a criança/adolescente, muitas vezes, está testando sua confiança nos adultos, e mentir só vai piorar a situação;
- ✓ Facilite a conversa; se puder, use palavras utilizadas pela criança ou adolescente. Se perceber que você reluta em utilizar certas palavras, poderá adotar a mesma conduta;
- ✓ Poderá estar se sentindo confusa, deprimida, culpada ou assustada e ficará aliviada ao dividir sua dor;
- ✓ Confirme que está sendo compreendida;
- ✓ Não conduza o que ela diz; perguntas sugestivas podem invalidar a escuta.

O Quadro 25 resume as características do grupo familiar que tornam o prognóstico favorável.

### Quadro 25 - Indicadores de um prognóstico favorável

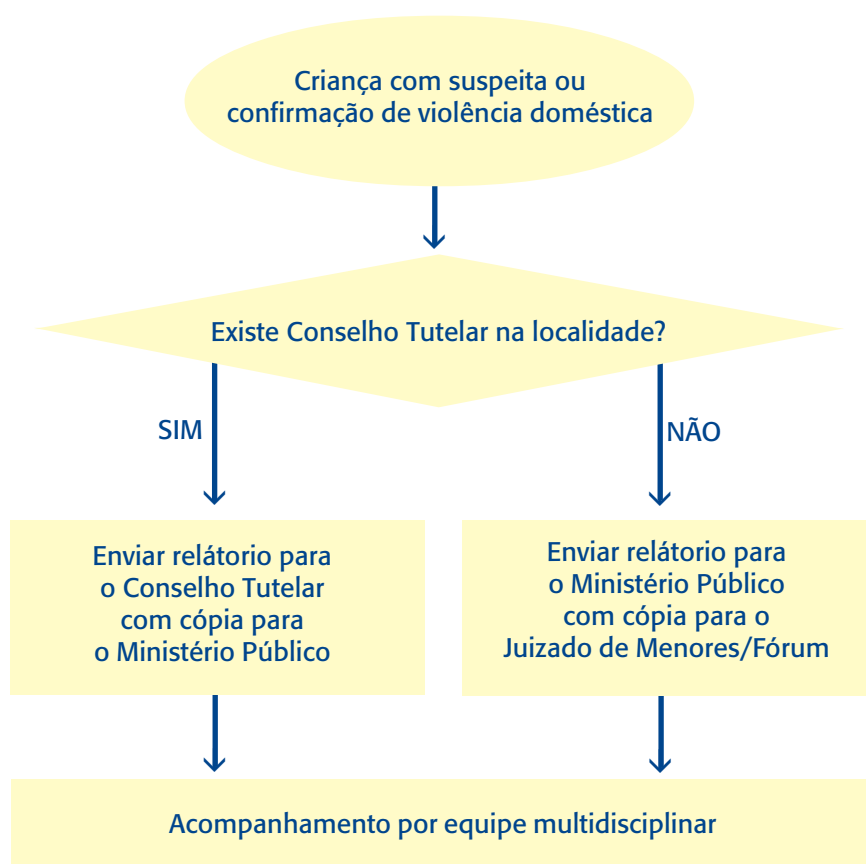
CARACTERÍSTICAS DO AGRESSOR	CARACTERÍSTICAS FAMILIARES	RELAÇÕES SOCIAIS	CARACTERÍSTICAS CULTURAIS
Consciência sobre as conseqüências de ter sofrido abuso	Estabilidade familiar quanto a relacionamentos, saúde e questões financeiras	Satisfação no trabalho	Interesse em promover e compartilhar responsabilidades e cuidado
Auto-estima	Configuração familiar que valorize as relações entre todos os membros	Pertencimento e utilização da rede social	Cultura que rechaça qualquer forma de violência
Bom nível intelectual	Casamentos/relações afetivas estáveis	Afiliação religiosa	Punição corporal não é vista como único método educativo
Talentos especiais	Práticas disciplinares de conscientização	Poucos eventos estressantes	Prosperidade econômica

## 2.5 O PAPEL DA SOCIEDADE

- ✓ O profissional que suspeitar da ocorrência de vitimização de crianças ou adolescentes sob seus cuidados deverá comunicar o fato às autoridades competentes, que se encarregarão de avaliar o caso.
- ✓ Essa comunicação deverá ser feita, nas localidades onde existir, ao Conselho Tutelar. Caso contrário, a denúncia deverá ser feita ao Ministério Público, com cópia para a Justiça ou Fórum local. A denúncia poderá ser anônima ou vir acompanhada de dados que os profissionais considerarem relevantes para a melhor compreensão do fato.
- ✓ Recebendo a denúncia, o Conselho Tutelar entrará em contato com o grupo familiar para realizar a avaliação do caso. A intervenção do Conselho Tutelar não exige a interrupção do atendimento iniciado pelo profissional de saúde que encaminhou seu caso. Seu trabalho pode ser continuado desde que a intervenção seja planejada e avaliada em conjunto pelos profissionais envolvidos.
- ✓ O Conselho Tutelar poderá optar pela medida protetora de abrigo sempre que constatar a impossibilidade de permanência dessa criança ou adolescente na família. A garantia de sua segurança será o fator decisivo. Além do encaminhamento obrigatório da criança ou adolescente a tratamento especializado, poderá também, isolada ou simultaneamente, aplicar medidas pertinentes aos pais ou responsáveis:

- encaminhamento a programa oficial ou comunitário de promoção à família;
  - auxílio, orientação e tratamento a alcoólicos ou toxicômanos;
  - encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;
  - encaminhamento a cursos ou programa de orientação;
  - advertência.
- ✓ O Conselho Tutelar deverá, se abrigar a criança ou adolescente, comunicar imediatamente à autoridade judiciária. No caso de descumprimento injustificado de suas deliberações, o Conselho Tutelar encaminhará o caso à autoridade judiciária, solicitando as providências cabíveis. Dessa forma, o encaminhamento se transforma em um processo legal no Juizado da Infância e da Juventude, e a autoridade judiciária determinará a melhor forma de preservar os direitos da criança ou adolescente.
- ✓ O Fluxograma 8 mostra os procedimentos no caso de violência doméstica contra crianças e adolescentes.

### Fluxograma 8 - Procedimentos no caso de violência doméstica contra criança/adolescente





### **III. As patologias na infância**



### 3.1 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.

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.

A desnutrição pode ser:

- **Primária:** é conseqüente 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.

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.

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.



### 3.1.1 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).

#### *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.

### **Quadro 26 - Situações de risco para desnutrição**

- 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.
- ✓ Nesse atendimento inicial, é fundamental buscar resposta para as seguintes questões:
  1. Há desnutrição?
  2. Como classificá-la?
  3. Trata-se de desnutrição primária?
- ✓ Os quadros a seguir enfatizam os passos mais importantes para essa abordagem.

## Quadro 27 - Há 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.

## Quadro 28 - Como classificá-la?

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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curva horizontalizada: peso estacionário, sinal de perigo;</li> <li>• Curva descendente: perda de peso, sinal de grande perigo.</li> </ul>

## Quadro 29 - Trata-se de desnutrição primária?

- ✓ **Verificar a presença de situações de risco para desnutrição** (ver Quadro 26).
- ✓ **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.

### 3.1.2 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.

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.

#### *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 lípides, 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.

## *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.
- ✓ 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 capítulo 1.1 *As Diretrizes para o Atendimento*.

## *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.

## *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.

### **3.1.3 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.

- ✓ Os Quadros 30 e 31 mostram, respectivamente, os pontos importantes da rotina do atendimento individual e coletivo da criança desnutrida.

### Quadro 30 - Pontos importantes da rotina do atendimento individual do desnutrido

#### ✓ 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 capítulo - *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.

### Quadro 31 - Pontos importantes nas atividades em grupo

- ✓ Perguntar sobre o estado geral da criança; encaminhar para atendimento individual se há relato de sinais de doença.
- ✓ Pesar e medir as crianças.
- ✓ Registrar peso e estatura no prontuário.
- ✓ Registrar o peso no cartão e informar à família.
- ✓ O que é recomendado:
  - Reuniões rápidas, lúdicas, em local agradável, horários decididos em comum acordo com as participantes;
  - Mãe ensina mãe, todos participam – a equipe dá suporte, coordena, informa, questiona, direciona, apóia;
  - Participação do pai, avó ou outros familiares que ajudam a cuidar da criança;
  - Temas de discussão definidos pelos participantes, ainda que sugeridos pelo profissional de saúde;
  - Atividades que reforcem o vínculo da mãe com a criança: massagem para bebês, construção de brinquedos com sucata, canções de ninar, histórias infantis etc.;
  - Atividades que promovam auto-estima da mãe: brincadeiras, dramatizações etc.;
  - Oficinas de cozinha para preparo de alimentos;
  - Atividades com a participação ampliada: horta comunitária, eventos festivos etc.;

## Quadro 31 - Pontos importantes nas atividades em grupo (continuação)

- Participação de toda equipe e dos profissionais de apoio.
- “A equipe e a família vão trabalhar juntas para buscar as melhores soluções para a saúde da criança desnutrida.”
- ✓ **O que não deve ser feito:**
  - Reuniões longas, em locais desconfortáveis, horários inadequados para as participantes;
  - Proferir palestras, “dar aula”;
  - Usar linguagem inacessível ou demasiadamente simplificada;
  - Menosprezar a capacidade de entendimento das mães/familiares;
  - Definir temas para discussão sem consultar os participantes;
  - Adotar postura autoritária;
  - Criticar e ou culpar as mães/famílias pelo estado da criança.
  - “A equipe é que sabe o que é melhor para a saúde da criança desnutrida”.

### Organização dos registros

- ✓ Para o registro do atendimento ao desnutrido, devem ser utilizados: o Cartão da Criança, o prontuário, as curvas de peso-idade e estatura-idade, a ficha de controle do desnutrido (arquivo próprio) e o livro de inscrição da criança.
- ✓ Os prontuários das crianças desnutridas devem ser marcados com um identificador (por exemplo, fita adesiva vermelha) para facilitar seu rápido reconhecimento por qualquer profissional do serviço de saúde.
- ✓ Os gráficos de peso-idade e estatura-idade do *National Center of Health Statistics* (NCHS) deverão fazer parte do prontuário. O peso e a estatura deverão ser anotados no prontuário e plotados nesses gráficos.
- ✓ As fichas de controle do desnutrido 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.
- ✓ 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.

### Busca dos faltosos

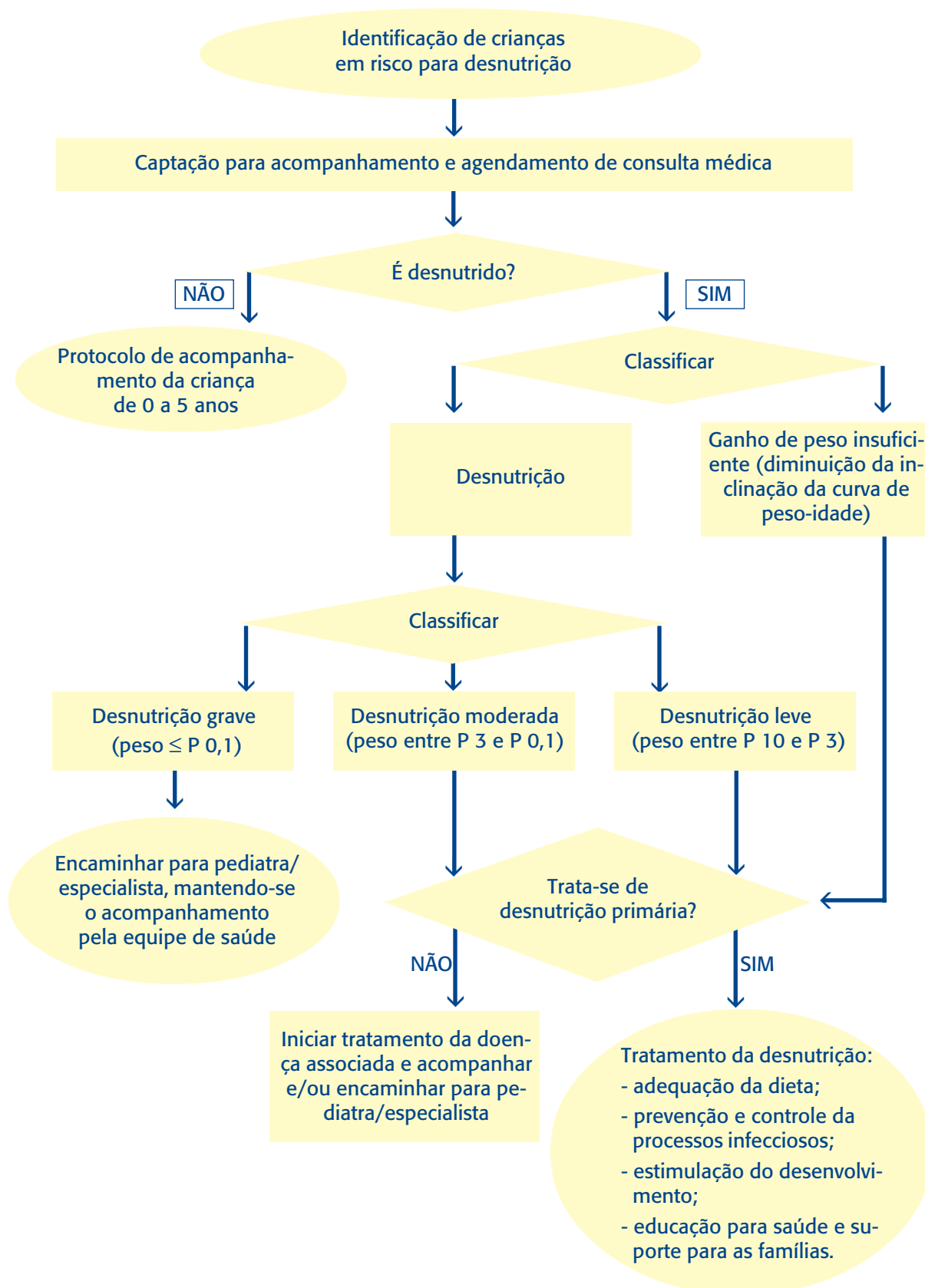
- ✓ As famílias das crianças faltosas às atividades programadas deverão ser visitadas pelo ACS para identificação dos motivos da sua ausência e orientação aos familiares.
- ✓ As consultas perdidas deverão ser agendadas novamente.
- ✓ Em caso de internação da criança, a equipe deverá entrar em contato com o hospital para informações e assim programar uma consulta imediatamente após a alta.

### 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.

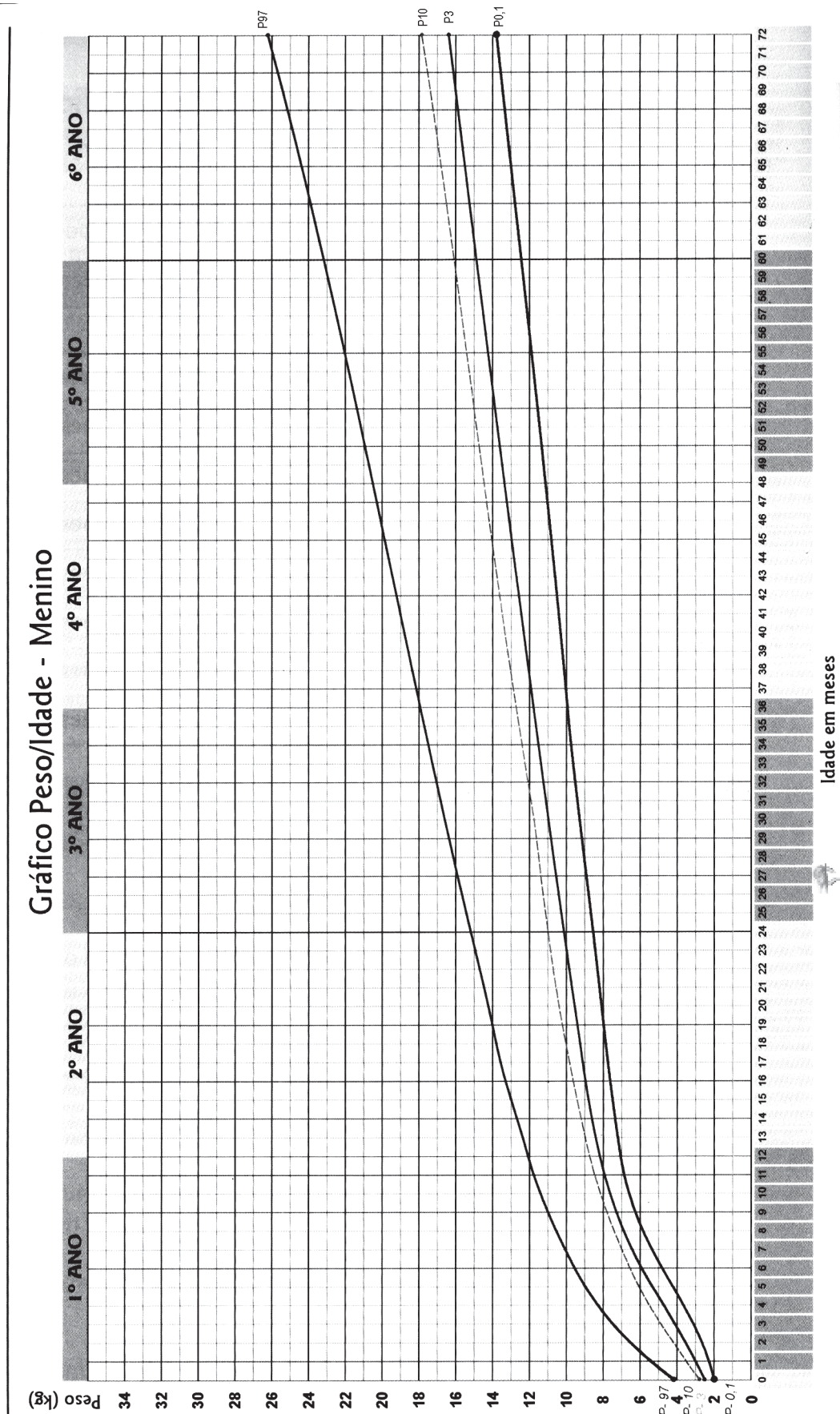
- ✓ Após esse período, não havendo intercorrências e o peso permanecendo acima do percentil 10, a criança receberá alta e continuará sendo acompanhada pela equipe conforme o calendário normal de acompanhamento.

## Fluxograma 9 - Atenção à criança com desnutrição

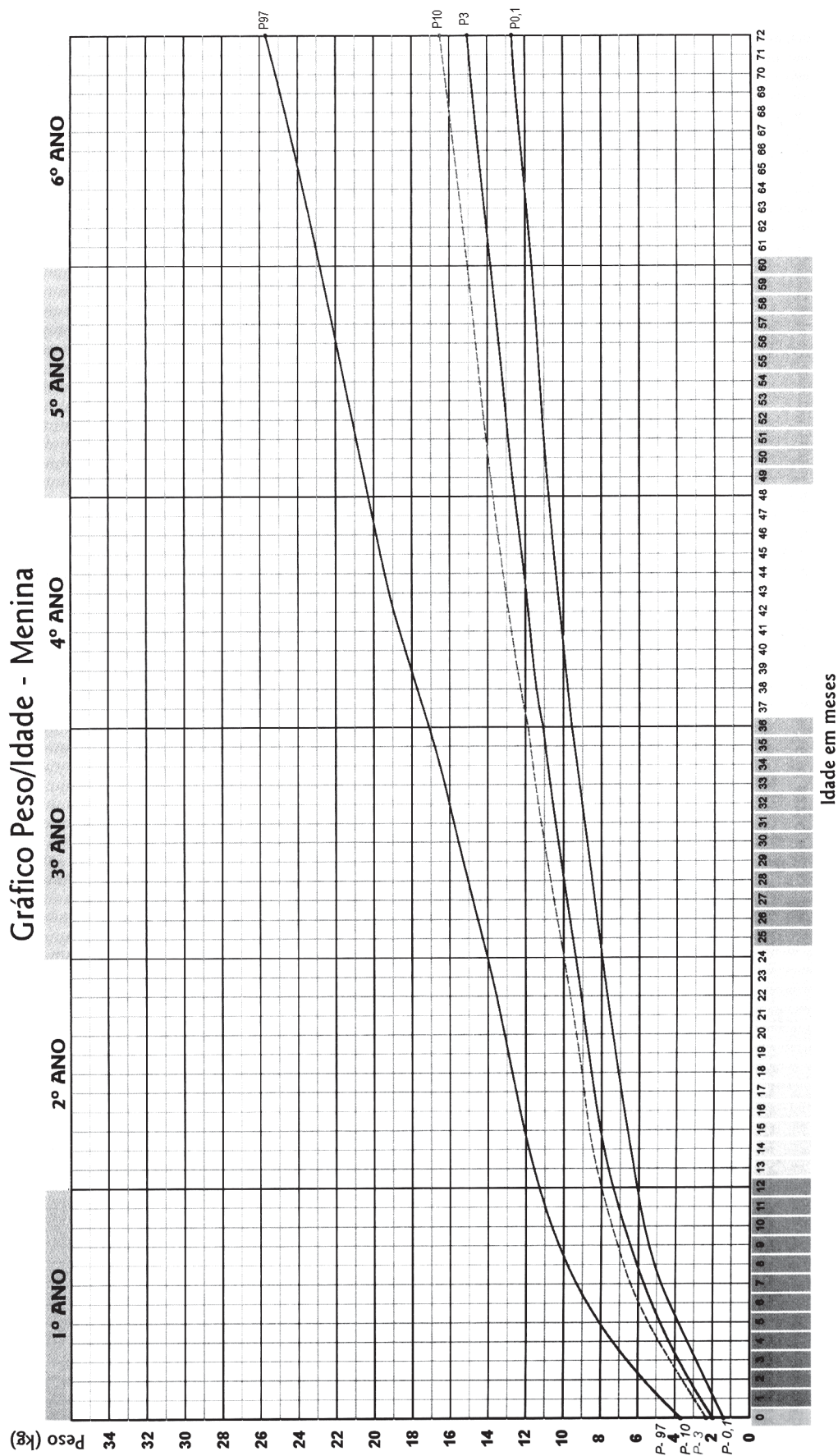




- ✓ As curvas de crescimento Peso/Idade para meninos e meninas de 0 a 6 anos, propostas pelo Ministério da Saúde (*Saúde da Criança – Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*, MS 2002), apresentam o percentil 0,1, sendo úteis para a classificação das formas moderada e grave da desnutrição.



Fonte: Saúde da Criança, MS 2000.



Fonte: Saúde da Criança, MS 2000.

## 3.2 A CRIANÇA COM DIARRÉIA

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.

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*.

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. 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.

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 (Datusus).

### 3.2.1 Os objetivos do tratamento

- ✓ Os objetivos da abordagem da criança com diarreia são a manutenção ou recuperação da homeostase hidroeletrólítica e da nutrição adequada.
- ✓ 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?

### 3.2.2 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.

## Quadro 32 - Sinais para a classificação do estado de hidratação

<b>Presença de 2 dos sinais abaixo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letárgica ou inconsciente;</li> <li>• Olhos fundos;</li> <li>• Não consegue beber ou bebe muito mal;</li> <li>• Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior.</li> </ul>	DESIDRATAÇÃO GRAVE
<b>Presença de 2 dos sinais abaixo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquieta, irritada;</li> <li>• Olhos fundos;</li> <li>• Bebe avidamente, com sede;</li> <li>• Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior.</li> </ul>	DESIDRATAÇÃO
<b>Não há sinais de desidratação.</b>	SEM DESIDRATAÇÃO

Fonte: Adaptado do *Manual de quadros do AIDPI*, Ministério da Saúde, 2002.

### 3.2.3 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.

#### *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.
- ✓ 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.

#### *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



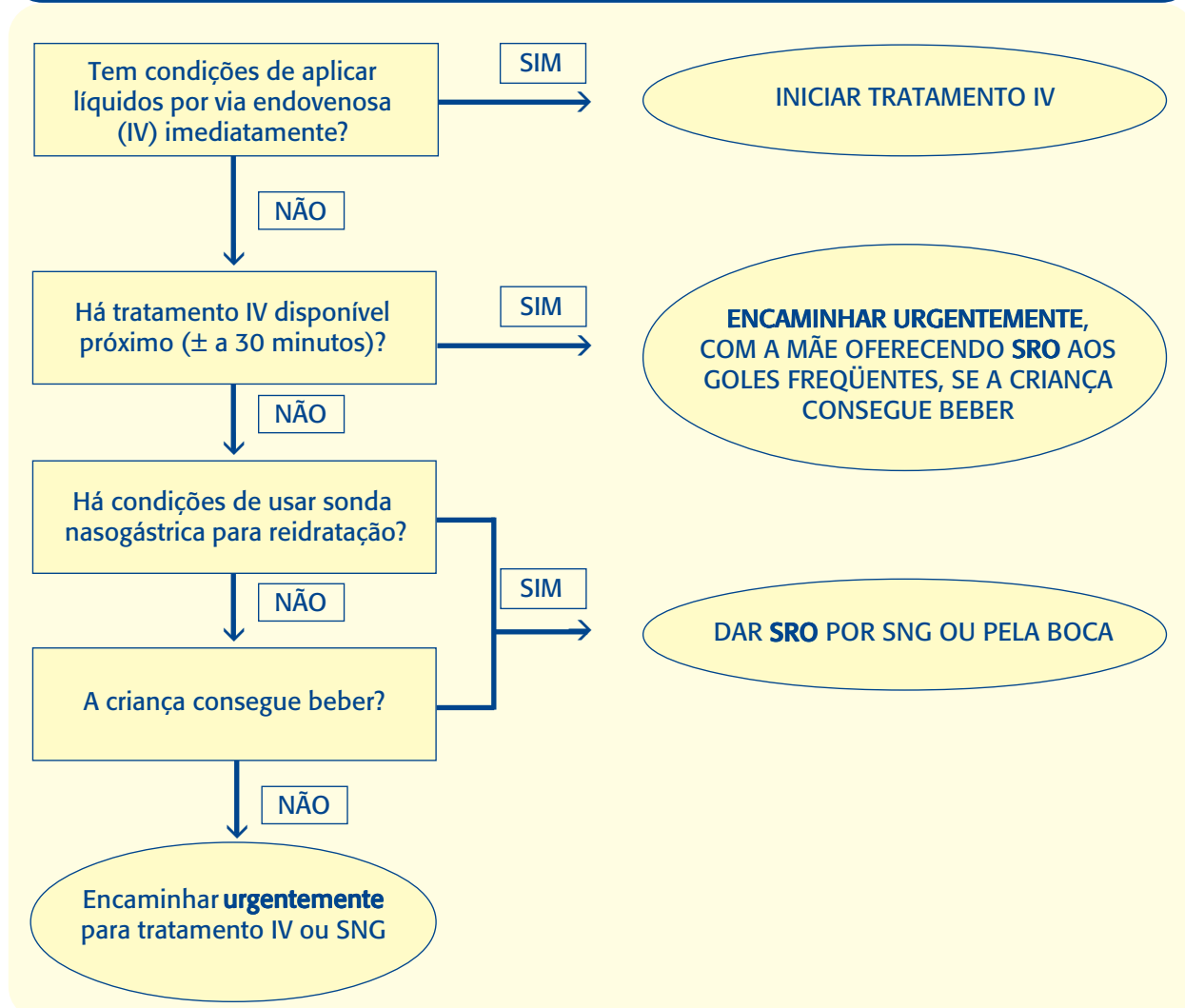
retornarão ao esquema alimentar habitual somente ao receber alta para ir para casa, com as correções necessárias para que não haja piora da diarreia. Durante a reidratação, deverão ser mantidas em jejum.

- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ A observação pela equipe de saúde deve ser freqüente, 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 freqüência de oferta do soro.
- ✓ Os antieméticos não estão indicados, pois costumam sedar a criança, dificultando a ingestão do soro.
- ✓ 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).
- ✓ 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/vomitar 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.

### *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 33 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.
- ✓ No Quadro 33, estão resumidas as principais decisões a serem tomadas para as crianças com diarreia e desidratação grave.

### Quadro 33 - Decisões envolvidas no tratamento rápido da desidratação grave – Plano C



Fonte: Adaptado do *Manual de quadros do AIDPI*, Ministério da Saúde, 2002.

#### 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.

### *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.
- ✓ O líquido a ser administrado pela sonda nasogástrica será o SRO, 20 a 30 ml/kg/hora.
- ✓ Reavaliar a criança 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.
- ✓ 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.

### **3.2.4 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.

### **3.2.5 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.

### **3.2.6 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.
- ✓ 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.

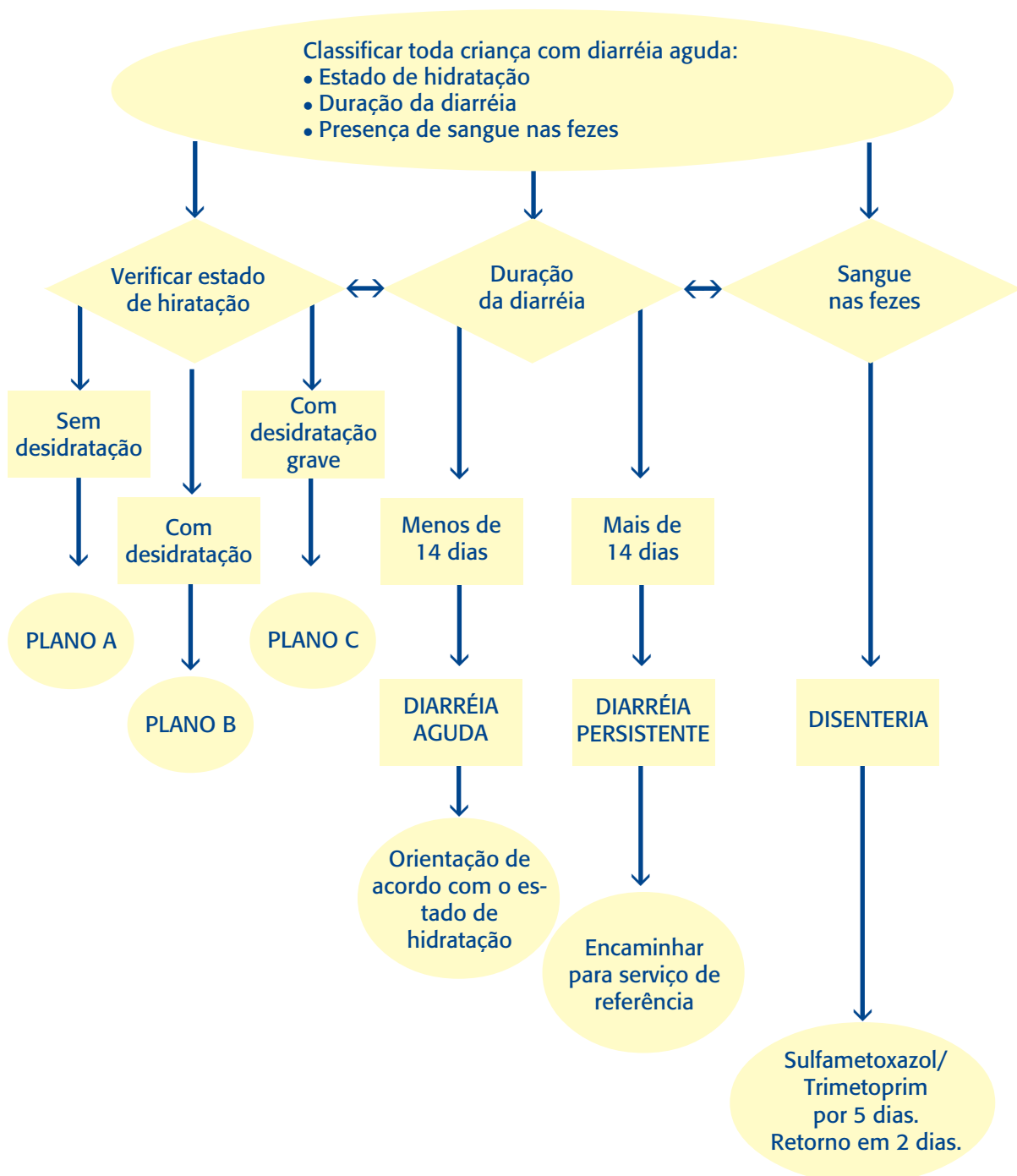
### **3.2.7 A prevenção**

- ✓ 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.
- ✓ 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.

## Fluxograma 10 - Criança com diarreia



Adaptado do *Manual de quadros do AIDPI*, Ministério da Saúde, 2002.

### 3.3 A CRIANÇA COM TOSSE E/OU DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

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.

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.

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.

A asma, apesar de não ter origem infecciosa, é abordada em conjunto pela importância do diagnóstico diferencial.

#### *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.

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.

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.

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.

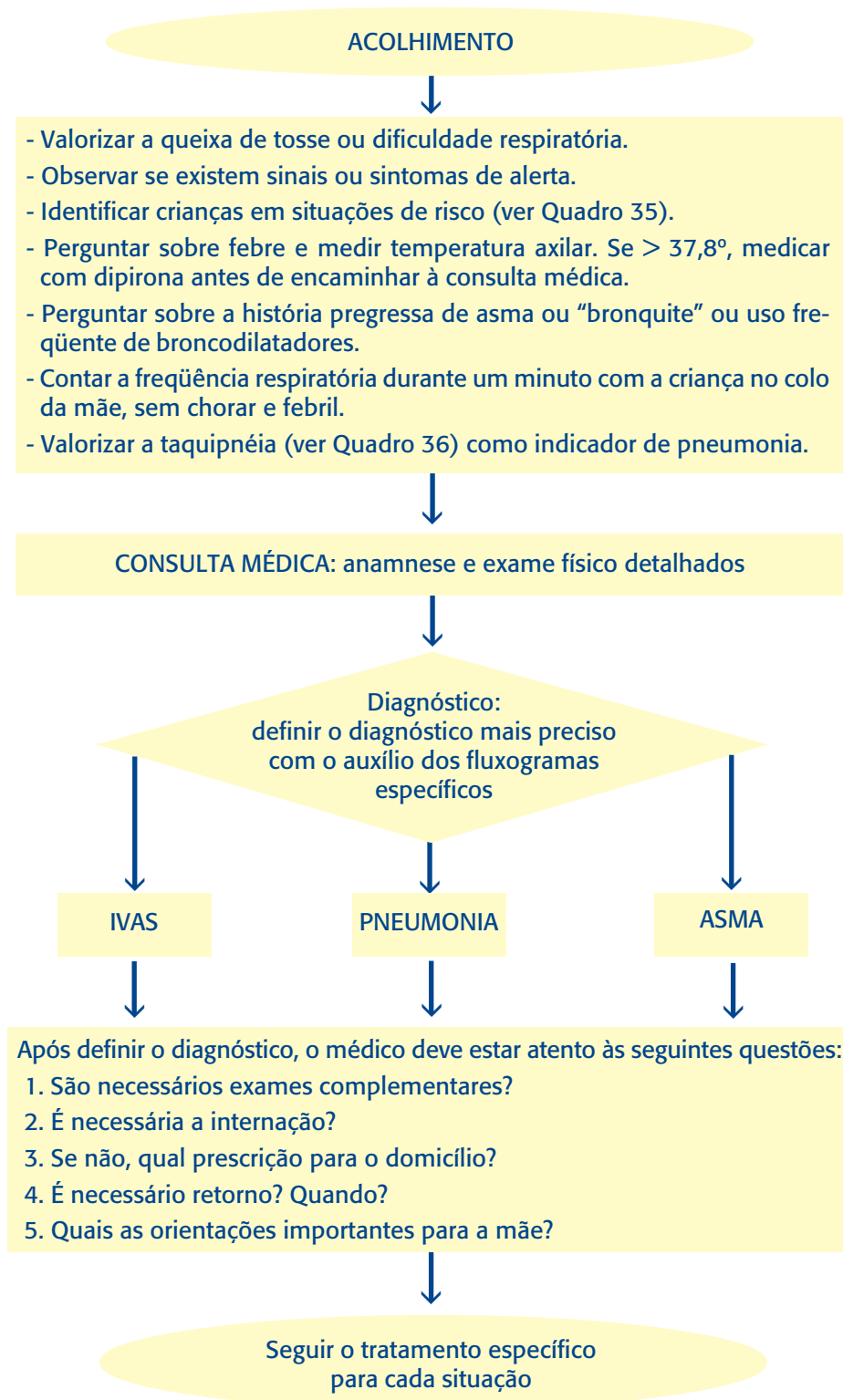
Outro problema significativo em relação às Infecções Respiratórias Agudas (IRA) é o uso indiscriminado de antibióticos, incluindo a automedicação. Como a maioria dos casos tem etiologia virótica, o abuso de antimicrobianos, além de inadequado, pode ser perigoso porque eles expõem a criança ao risco de 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.

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.

### 3.3.1 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.

#### Fluxograma 11 - Sistematização do atendimento à criança com tosse e/ou dificuldade respiratória



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).

### 3.3.2 A avaliação clínica

- ✓ O Fluxograma 12 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.
- ✓ O Quadro 34 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.
- ✓ No Quadro 35, 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.

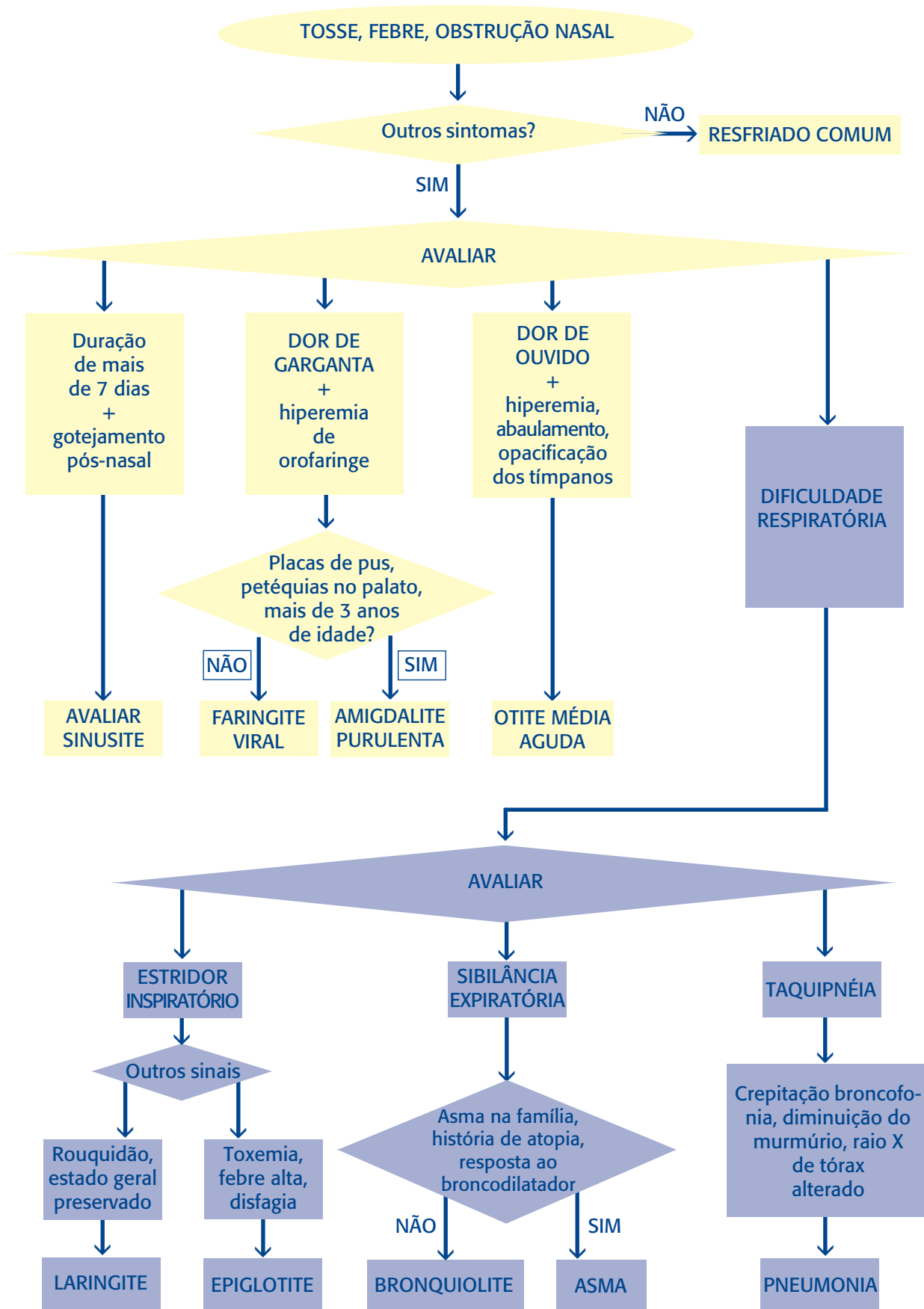
#### Quadro 34 - Sinais e sintomas de alerta

- 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 35 - Situações de risco

- 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).

## Fluxograma 12 - Avaliação da criança com tosse e/ou dificuldade para respirar



## 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, tranqüila, contada durante 1 minuto, de preferência por duas vezes;
  - Os valores de referência para taquipnéia variam de acordo com a faixa etária (ver Quadro 36);
  - 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 freqüentes;
  - 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.

### Quadro 36 - Taquipnéia na infância

≤ 2 meses	FR ≥ 60 irpm
3 a 12 meses	FR ≥ 50 irpm
13 meses a 5 anos	FR ≥ 40 irpm
≥ 6 anos	FR ≥ 30 irpm

FR: frequência respiratória

- ✓ As pneumonias podem ser divididas, de acordo com as características clínicas, em típicas e atípicas (Quadro 37). Essa divisão orienta o raciocínio quanto à etiologia mais provável e, por consequência, ao tratamento mais adequado.
- ✓ A pneumonia considerada típica é a pneumonia bacteriana clássica, que cursa com febre alta, prostração, taquipnéia, dispnéia, com evolução rápida e alterações radiológicas evidentes.

- ✓ 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.

### Quadro 37 - Diagnóstico diferencial entre pneumonia viral e bacteriana

	PNEUMONIA VIRAL	PNEUMONIA BACTERIANA
<b>CLÍNICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade mais freqüente: até 6 - 7 meses</li> <li>• Febre mais baixa, &lt; 38,5° C</li> <li>• Tosse importante, paroxística</li> <li>• Ausculta: presença de sibilos, crepitações difusas</li> <li>• História de contato com IVAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade: qualquer</li> <li>• Febre mais alta, &gt; 38,5° C</li> <li>• Tosse menos importante</li> <li>• Ausculta normal em 30%, crepitações localizadas, broncofonia</li> </ul>
<b>RADIOGRAFIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infiltrados intersticiais difusos, mal definidos</li> <li>• Presença de atelectasia e/ou hiperinsuflação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidações homogêneas lobares ou padrão broncopneumônico</li> <li>• Presença de pneumatoceles ou comprometimento pleural</li> </ul>

- ✓ 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.
- ✓ É importante ressaltar, porém, que a dificuldade para sua realização não deve atrasar o início do tratamento adequado.
- ✓ Existem dois padrões radiológicos principais nas pneumonias:
  - Intersticial: caracteriza-se por espessamento peribrônquico 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/mm<sup>3</sup>, mais de 10.000/mm<sup>3</sup> neutrófilos e 500/mm<sup>3</sup> 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.

### Asma

- ✓ A anamnese do paciente asmático tem algumas especificidades que merecem ser destacadas.
- ✓ **Sintomatologia:**
  - Tosse: época de início, duração, freqüência, 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.

✓ **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.

✓ **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.

✓ **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, rinossinusopatia, processos infecciosos de vias aéreas;
- História perinatal: prematuridade, baixo peso, doença da membrana hialina, sepses, aspiração meconial, uso de oxigênio e/ou ventilação mecânica.

✓ **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;
- **Aspectos socioeconômicos:**
  - Características do ambiente domiciliar;

- Características do ambiente peridomiciliar;
- Composição da família;
- Recursos econômicos;
- **Aspectos psicossociais:**
  - Nível de conhecimento do paciente e da família sobre a doença: reconhecimento das crises;
  - Identificação dos fatores desencadeantes;
  - Identificação das medicações utilizadas;
- **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.

O Quadro 38 sumariza os principais achados do exame físico da criança com asma, fora e durante a crise.

### Quadro 38 - Exame físico da criança asmática

#### 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 freqüente 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 roncospiratórios.

### 3.3.3 O tratamento

#### *Infeções 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.
- ✓ 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.

#### 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 Quadro 43 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.
- ✓ 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.

#### 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.
- ✓ 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.

#### 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.

#### LARINGITE

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

#### 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.

#### 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.
- ✓ 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).

- ✓ 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.

#### 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.
- ✓ 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).
- ✓ 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.

#### 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?

#### **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 39).

#### **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 (Quadro 37).
- ✓ As pneumonias por micoplasma e por clamídia geralmente são semelhantes às pneumonias virais, mas requerem o uso de antimicrobianos.

### Quadro 39 - Indicações de internação

- ✓ Idade inferior a 6 meses (principalmente < 2 meses);
- ✓ 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 sensório (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.

### 3. 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 Quadro 40. Para doses de medicamentos, ver quadro no final deste item.

### Quadro 40 - Antibioticoterapia ambulatorial de acordo com a idade da criança e apresentação clínica

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 <sup>(1)</sup> Cefalosporina 2ª geração <sup>(1)</sup>
	3 a 5 anos	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i>	Penicilina procaína Penicilina benzatina <sup>(2)</sup> Amoxicilina	Amoxicilina + clavulanato <sup>(1)</sup> Cefalosporina 2ª geração <sup>(1)</sup>
	≥ 6 anos	<i>S. pneumoniae</i>	Penicilina benzatina <sup>(2)</sup> Penicilina procaína	Azitromicina Amoxicilina + clavulanato <sup>(1)</sup> Cefalosporina 2ª geração <sup>(1)</sup>
ATÍPICA	1 a 3 meses	<i>C. trachomatis</i> <i>B. pertussis</i>	Eritromicina	Claritromicina <sup>(1)</sup>
	> 2 anos <sup>(3)</sup>	<i>Mycoplasma</i> <i>C. pneumoniae</i>	Eritromicina	Azitromicina Claritromicina <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Custo elevado;

<sup>(2)</sup> Usa-se penicilina benzatina, em dose única, para crianças com três anos ou mais, com pneumonia unilobar, sem complicações;

<sup>(3)</sup> 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 (Quadro 41).
- ✓ Durante essa reavaliação, deve-se atentar para sinais de complicações, como derrame pleural e insuficiência respiratória, e rever as indicações de internação (Quadro 39).
- ✓ 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.
- ✓ 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.

### Quadro 41 - Reavaliação e conduta na consulta de retorno (48 horas depois)

<b>CASOS DE PIORA:</b> Presença de algum dos critérios de internação ou falha no seguimento da prescrição.	Encaminhar ao Hospital: <ul style="list-style-type: none"><li>• Observar as condições de transporte – aquecimento, acesso venoso, oxigenoterapia.</li></ul>
<b>CASOS INALTERADOS:</b> 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.
<b>CASOS DE MELHORA:</b> Ausência de febre e de taquipnéia, melhora da ausculta respiratória e do estado geral da criança.	Manter o antibiótico: <ul style="list-style-type: none"><li>• Penicilina procaína: 7 a 10 dias</li><li>• Penicilina benzatina: dose única</li><li>• Azitromicina: 5 dias</li><li>• Outros: 10 dias</li></ul>

- ✓ 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 (Quadro 42). Uma das causas mais comuns de diagnóstico equivocado de pneumonias de repetição em nosso meio é a asma, subdiagnosticada e subtratada.

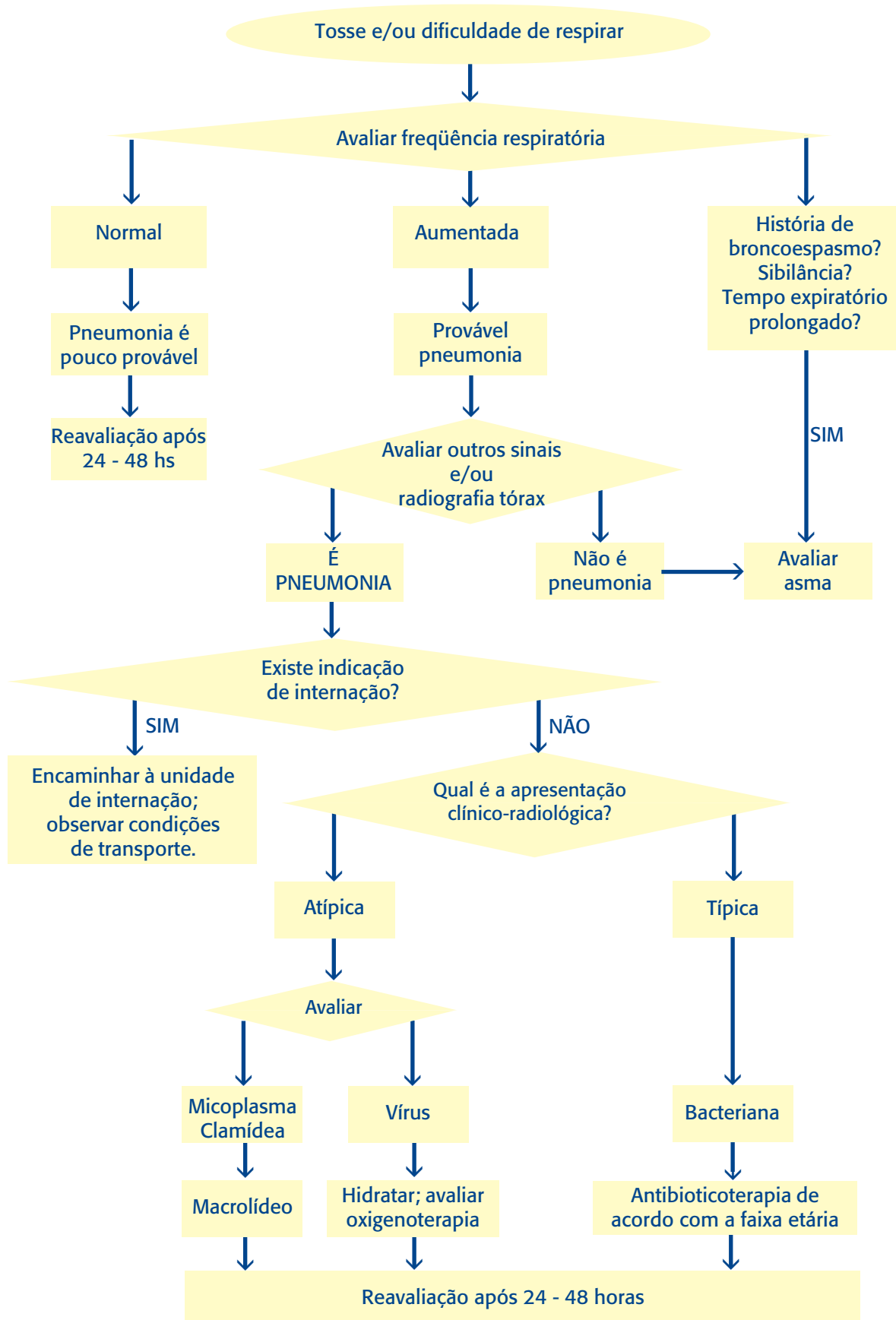
### Quadro 42 - Causas de pneumonias ou pseudopneumonias de repetição ou que não respondem ao tratamento

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

- ✓ O Fluxograma 13 resume a abordagem da criança com suspeita de pneumonia.



## Fluxograma 13 - Abordagem da criança com suspeita de pneumonia



### Quadro 43 - Medicamentos utilizados no tratamento das IRA

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 <sup>(1)</sup>	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

<sup>(1)</sup> 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.

### 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) (Quadro 44).
- ✓ 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.
- ✓ O Quadro 45 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 o Fluxograma 14.
- ✓ 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.

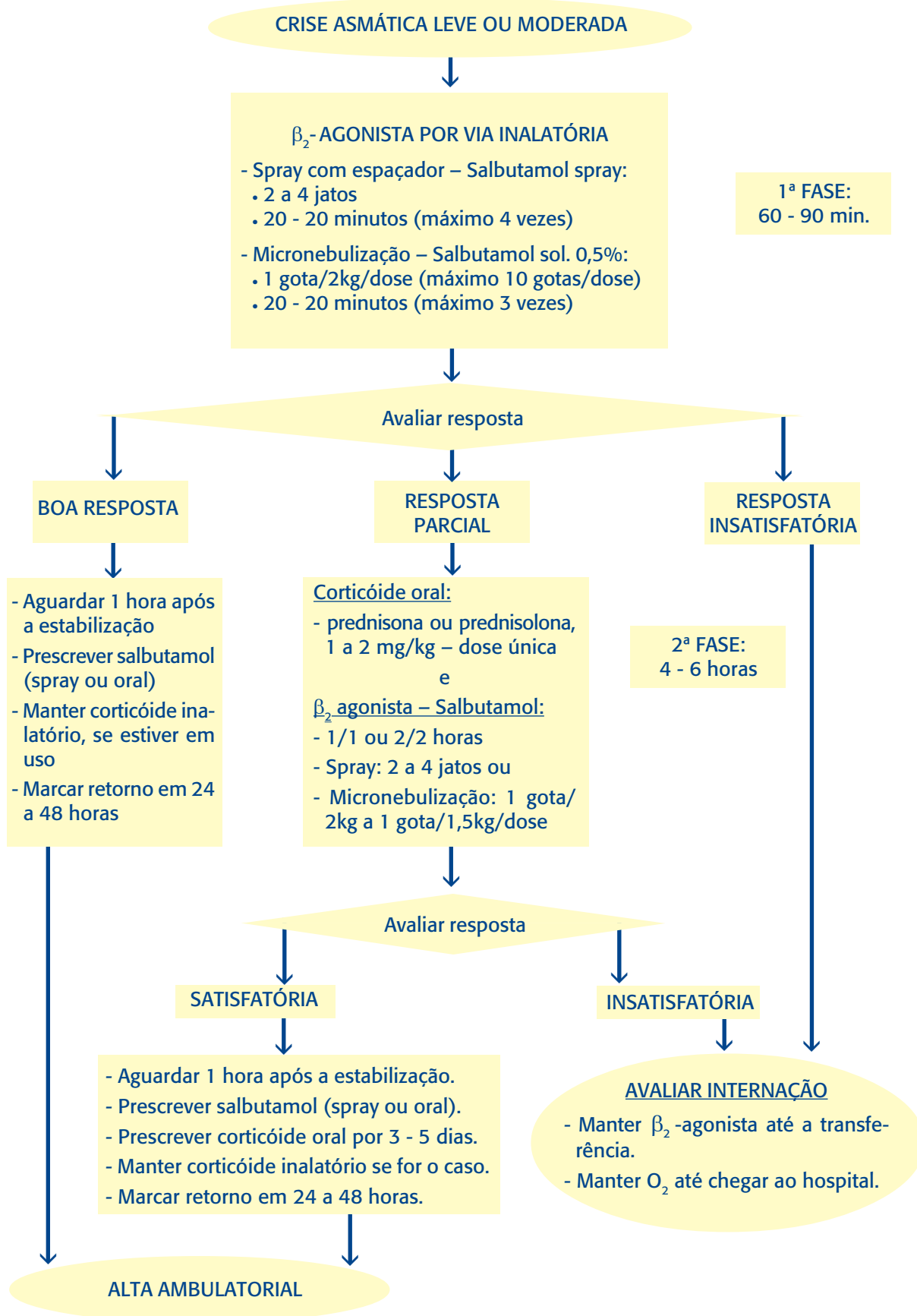
**Quadro 44 - Classificação da crise aguda de asma**

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

<sup>(1)</sup> Se houver disponibilidade de realização da gasometria arterial ou de medir a saturação de O<sub>2</sub> no sangue periférico.

<sup>(2)</sup> Não é necessário realizar o teste.

## Fluxograma 14 - Abordagem da criança com crise asmática leve ou moderada



## Quadro 45 - Condições de alerta na crise aguda de asma

HISTÓRIA	EXAME FÍSICO	LABORATÓRIO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crise atual prolongada;</li> <li>• Piora súbita;</li> <li>• Recidivas em curto prazo;</li> <li>• Internamentos prévios por asma/pneumonia;</li> <li>• Passagem anterior por CTI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispnéia/esforço grave;</li> <li>• Fala pausada;</li> <li>• Silêncio respiratório;</li> <li>• Cianose;</li> <li>• Estado de consciência alterado;</li> <li>• Fadiga muscular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturação de O<sub>2</sub> &lt; 90%;</li> <li>• Pa O<sub>2</sub> &lt; 60mmHg;</li> <li>• Pa CO<sub>2</sub> &gt; 45mmHg;</li> <li>• PFE &lt; 30% do predito;</li> <li>• Radiografia do tórax com complicações da asma (pneumotórax, atelectasia, pneumonia).</li> </ul>

- ✓ O tratamento da crise aguda de asma inclui medidas gerais, uso de broncodilatadores e corticóide.
- ✓ 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.
- ✓ Broncodilatadores  $\beta_2$ -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.
- ✓ 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  $\beta_2$ -agonistas (conforme Fluxograma 14);
    - Crise grave;
    - Relato de crises prévias com risco de vida e/ou uso freqüente 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.

### 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  $\beta_2$ -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).

#### Quadro 46 - Medicamentos utilizados na crise asmática

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 47);
  - 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.

## Quadro 47 - Medidas preventivas de controle dos alérgenos ambientais

### 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 (55°C) 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 freqüente (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 1:9).
- 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 freqüência dos sintomas (principalmente tosse noturna), freqüência das crises, limitação para atividades físicas e avaliações de função respiratória (Espiro-metria e Pico de Fluxo Expiratório – PFE) (Quadro 48).



## Quadro 48 - Classificação da asma

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

### Quadro 49 - Classificação e conduta na asma

SINAIS	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais de 1 crise por mês ou mais de 10 crises por ano.</li> <li>• Tosse noturna freqüente (mais de 2 vezes por semana).</li> <li>• Incapacidade para exercício físico.</li> <li>• Hospitalizações prévias por crise de asma grave.</li> <li>• PFE basal &lt; 60%.</li> </ul>	<b>Asma persistente grave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir a um centro de maior complexidade.</li> <li>• Sendo impossível referir, iniciar tratamento como asma persistente moderada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre 5 a 10 crises por ano.</li> <li>• Tosse noturna ocasional (menos de 1 vez por semana).</li> <li>• Tosse ou fadiga diante de esforço moderado (ex: subir escadas).</li> <li>• PFE basal entre 60 e 80%.</li> </ul>	<b>Asma persistente moderada ou leve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar corticóide inalatório.</li> <li>• <math>\beta_2</math>-agonista quando necessário.</li> <li>• Educação e controle de ambiente.</li> <li>• Explicar à mãe os cuidados no domicílio e informar quando voltar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assintomático entre as crises.</li> <li>• Menos de 5 crises por ano.</li> <li>• Crises leves controladas com broncodilatador.</li> <li>• PFE basal <math>\geq</math> 80%.</li> </ul>	<b>Asma intermitente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\beta_2</math>-agonista segundo a demanda.</li> <li>• Educação e controle de ambiente.</li> <li>• Explicar à mãe os cuidados no domicílio e informar quando voltar.</li> </ul>

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

### Técnica de realização da medida do pico de fluxo expiratório (PFE)

1. Coloque o adaptador bucal no aparelho de pico de fluxo expiratório;
2. Certifique-se de que as ponteiros estão no ponto zero;
3. Peça ao paciente que fique de pé e em posição relaxada;
4. Adapte a boca do paciente no aparelho, de modo que a entrada de ar fique completamente ocluída pelos lábios do paciente;
5. Peça ao paciente que faça uma inspiração profunda;
6. Peça ao paciente para fazer uma expiração forte e rápida (sopro explosivo);
7. Marque ou anote o valor encontrado;
8. Repita a manobra por, pelo menos, 3 vezes, depois que considerar que a técnica está sendo devidamente realizada;
9. Marque ou anote as 3 medidas feitas com a melhor técnica e escolha a melhor delas;
10. Se esta medida tiver sido feita fora da crise aguda de asma, poderá ser tomada como o padrão de referência para aquele paciente;
11. Se tiver sido feita durante a crise, repita a medida do PFE após cada administração do broncodilatador, quantas vezes for necessário, até que o paciente atinja, pelo menos, 70% do seu valor de referência ou do valor predito para a altura (Quadro 50).

### Quadro 50 - Valores de pico de fluxo expiratório (l/min) preditos para crianças normais

ESTATURA	VALOR MÉDIO DO PFE
109	145
112	169
114	180
117	196
119	207
122	222
124	233
127	249
130	265
135	291
137	302
140	318
142	328
145	344
147	355
150	370
152	381
155	397
157	407
160	423
163	439
165	450
168	466
170	476

Fonte: GODFREY, S. *et al.* British J Dis Chest, 64:14-15, 1970.

#### Técnica de utilização da via inalatória

- ✓ A **via inalatória** deve ser, sempre que possível, a preferida para a administração de drogas sintomáticas (broncodilatadores) e profiláticas (corticóides) na asma por reduzir seus efeitos colaterais e propiciar maior rapidez de ação dos medicamentos.
- ✓ A administração de drogas pela via inalatória pode ser feita sob a forma de aerossol (*spray* dosificado) ou de micronebulização.
- ✓ A técnica de utilização do aerossol dosificado é simples, mas exige treinamento dos profissionais, familiares e pacientes para que seja feita de maneira adequada.
- ✓ O uso de espaçadores é sempre recomendado para o melhor aproveitamento da droga utilizada.
- ✓ Os **espaçadores não-valvulados** ou prolongadores exigem controle adequado da respiração para garantir a absorção do medicamento.
  - O paciente deve posicionar o espaçador, ocluindo toda a boca, e, ao iniciar inspiração lenta e profunda, aplicar 1 jato da medicação.

- Manter pausa inspiratória de aproximadamente 10 segundos antes de retomar a respiração normal.
  - Aguardar 1 minuto antes de aplicar a próxima dose.
  - Sempre agitar vigorosamente o frasco antes de aplicar a dose.
- ✓ As crianças menores de 8 anos devem fazer uso de **espaçadores valvulados**, que permitem que a droga seja utilizada através da respiração normal. Observar os seguintes passos:
- Agitar o *spray* antes de aplicar o jato;
  - Verificar se o espaçador está corretamente montado;
  - Observar se a máscara está bem-adaptada no rosto da criança (ou, no caso do bucal, se a criança não respira pelo nariz);
  - Aplicar o jato e contar entre 10 a 20 incursões respiratórias (ou 20 segundos);
  - Enquanto a criança respira, observar o abrir e fechar da válvula.
- ✓ A **micronebulização** é um método passivo de administrar drogas, que dispensa a coordenação da respiração pelo paciente.
- Pode ser feita em pacientes de qualquer idade e deve ser a preferida em pacientes com grande dificuldade respiratória por permitir a oferta simultânea de oxigênio.
  - Necessita de fluxo gasoso (ar ou oxigênio) de, pelo menos, 6 l/min.
  - O diluente recomendado é o soro fisiológico 0,9% (3 ml).
  - As principais desvantagens desse método são: demora da realização e utilização de doses maiores quando comparadas ao *spray*.

### Quadro 51 - Terapia inalatória – dispositivos auxiliares

DISPOSITIVO	FAIXA ETÁRIA INDICADA	TÉCNICA
Nebulizador	Qualquer idade	Respiração normal
Aerossol dosificado	> 8 anos	À distância de 4-5cm da boca, ou com prolongador
Aerossol dosificado + espaçador valvulado com bucal	3 a 8 anos	Respiração normal (10 a 20 movimentos respiratórios por jato)
Aerossol dosificado + espaçador valvulado + máscara facial	RN até 3 anos	Respiração normal (10 a 20 movimentos respiratórios por jato)

### 3.3.4 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.

### 3.4 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.

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 tricocéfaliase, a anemia da ancilostomíase, a obstrução intestinal da ascaridíase, complicações que ocorrem mais freqüentemente em crianças desnutridas.

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.

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.

#### 3.4.1 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 oxocariase e a esquistossomose são parasitoses que apresentam quadro clínico com particularidades e que cursam também com intensa eosinofilia.

#### 3.4.2 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 do Quadro 52.

### **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.

### **3.4.3 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 (áscaris e strongilóides) ou os que estejam provocando maior repercussão clínica.
- ✓ Se for diagnosticada enterobíase (oxiúriase), tratar também os contatos domiciliares.
- ✓ O Quadro 52 apresenta as drogas de escolha e posologia para tratamento das principais parasitoses intestinais.

### **3.4.4 A toxocaríase**

- ✓ A Toxocaríase ou Síndrome da *Larva migrans* visceral é provocada pela migração e persistência de larvas vivas em tecidos de hospedeiro não-habitual.
- ✓ O agente mais comum é o *Toxocara canis*, que tem como reservatório os cães com menos de 10 semanas de idade, quase todos infectados por transmissão larvária transplacentária.

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

- ✓ São variáveis, podendo haver desde casos assintomáticos até outros muito graves, com evolução fatal.
- ✓ A forma de apresentação clínica mais importante é a visceral, que ocorre especialmente na criança de 1 a 5 anos, faixa etária em que há mais facilidade de contaminação por meio da ingestão de terra (geofagia) ou pelo contato domiciliar com filhotes de cães.
- ✓ Nos casos característicos, as manifestações clínicas mais freqüentes são: anemia, febre, hepatomegalia e manifestações pulmonares (tosse espasmódica e dispnéia).
- ✓ Podem estar presentes, ainda, manifestações neurológicas (convulsões, meningoencefalite, distúrbio de comportamento etc.), artrite, eritemas fugazes e nódulos subcutâneos.

### DIAGNÓSTICO:

- ✓ É dado pelo teste imunoenzimático (Elisa), com títulos a partir de 1/540.
- ✓ No hemograma, pode-se encontrar leucocitose e eosinofilia de 20% ou mais.
- ✓ O EPF é caracteristicamente negativo.

### TRATAMENTO:

- ✓ Tiabendazol na dose de 25 - 50mg/kg/dia, durante 10 dias.
- ✓ Os casos assintomáticos não devem ser tratados.

### PROFILAXIA:

- ✓ Realizar o tratamento precoce dos filhotes de cães.
- ✓ Evitar o contato das crianças com as fezes caninas.

## Quadro 52 - Drogas usadas no tratamento das parasitoses

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 (Oxiuriase)	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



### 3.4.5 A esquistossomose mansônica

- ✓ A Esquistossomose Mansônica é doença endêmica em franca expansão no Brasil, e estima-se que cerca de 10 a 12 milhões de pessoas estão contaminadas, das quais 4 milhões são crianças.
- ✓ A criança pequena se infecta principalmente em atividades recreativas em águas contaminadas.
- ✓ Em Minas Gerais as zonas mais atingidas são: Médio São Francisco, Mucuri, Rio Doce, Alto Jequitinhonha, Metalúrgica, Mata e Alto Paranaíba.

#### CLASSIFICAÇÃO:

- ✓ Dependendo dos dados clínicos, anatômicos e evolutivos, a Esquistossomose Mansônica pode ser classificada em duas fases: aguda e crônica.

#### Fase Aguda

- ✓ É freqüente na criança em idade pré-escolar e apresenta sintomatologia variada:
  - No período pré-postural, que dura de 4 a 6 semanas após o banho infectante, a criança apresenta apenas sintomas semelhantes aos de quadro gripal e, às vezes, prurido e manifestações urticariformes;
  - No período postural, também chamado de estado, ocorrem febre alta, cólicas, diarreia, com ou sem sangue, hepatomegalia dolorosa e esplenomegalia em 60% dos casos. Tem duração variável desde poucos dias até 4 meses e pode ser benigno, de média ou de alta gravidade.
- ✓ A fase aguda, normalmente, é de resolução espontânea, e o paciente evolui lentamente para a cronicidade.
- ✓ O **diagnóstico** é baseado:
  - Na epidemiologia (procedência e história do contato infectante);
  - No quadro clínico;
  - Nos exames laboratoriais: EPF e leucograma, que mostra leucocitose com intensa eosinofilia.
- ✓ O **tratamento** dos casos de média e alta gravidade será feito em regime de internação.
- ✓ Nos quadros benignos, será ambulatorial, utilizando-se:
  - Oxamniquine (15-20 mg/kg em dose única ou divididos em 2 tomadas, após as principais refeições) ou,
  - Praziquantel (40 mg/kg em dose única ou 60 mg/kg divididos em 2 tomadas, com intervalo de seis horas).
- ✓ Observações:
  - A eficácia do tratamento é de 40 a 50% para as 2 drogas, podendo-se repeti-lo se necessário.
  - O praziquantel apresenta efeitos colaterais menos importantes que a oxamniquine.
  - São contra-indicações para o tratamento:
    - Desnutrição grave;
    - Anemia com hemoglobina inferior a 8 g/dl;
    - Doenças agudas febris;
    - Insuficiência cardíaca ou hepática descompensada.

## Fase Crônica

- ✓ Pode se apresentar sob várias formas:
  - Intestinal: é a mais comum. Nessa forma as crianças podem ser assintomáticas ou apresentarem manifestações digestivas discretas, tais como diarreia ou disenteria e dores abdominais vagas, além de fraqueza;
  - Hepatointestinal: apresenta os mesmos sintomas da forma intestinal, acrescidos de hepatomegalia;
  - Outras (mais raras na criança): hepatoesplênica e pulmonar.
- ✓ O **diagnóstico** é baseado nos mesmos dados relatados para a fase aguda, e o **tratamento** é feito com as mesmas drogas.

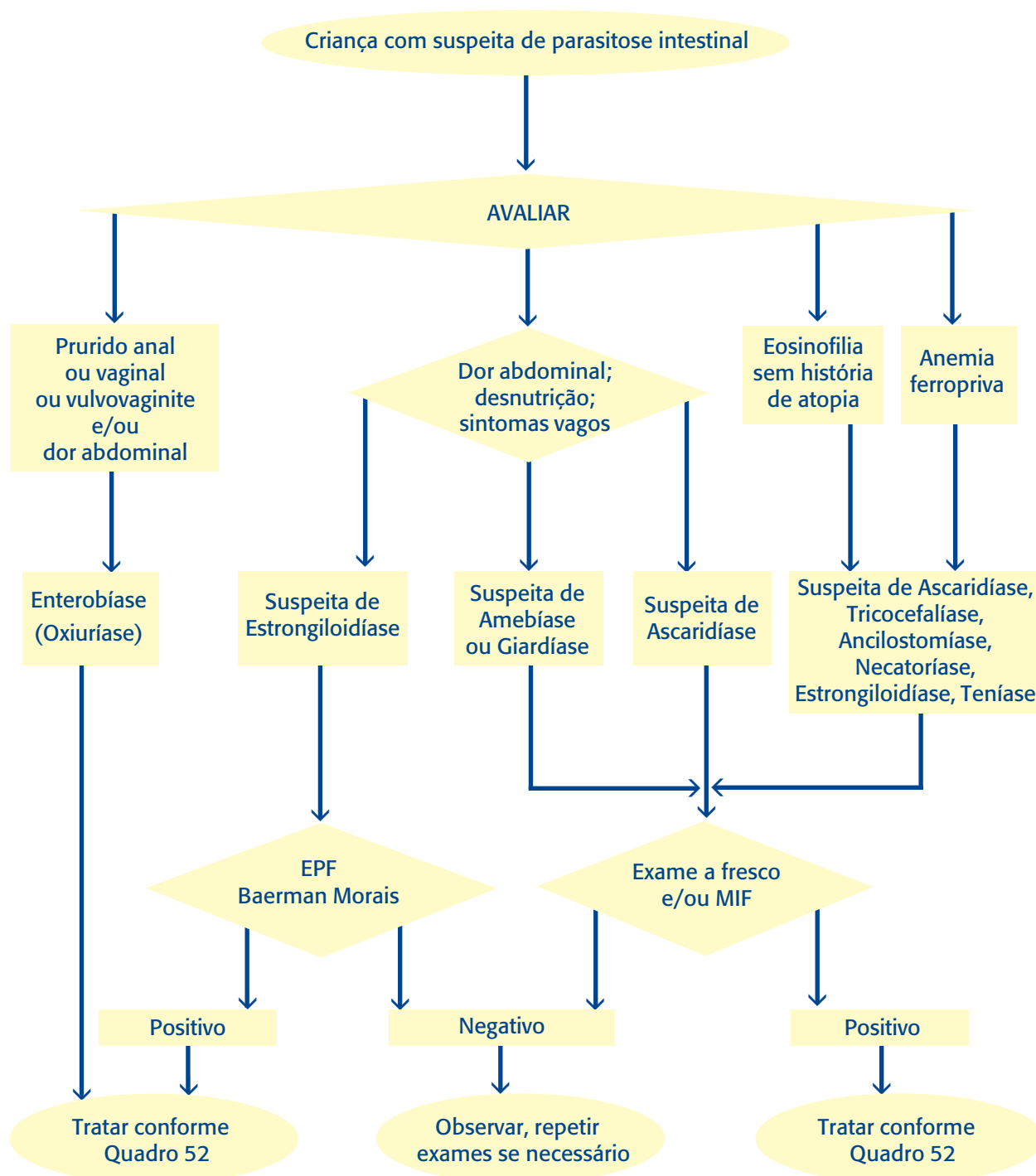
## Controle de cura

- ✓ É feito com a realização de 6 exames parasitológicos de fezes consecutivos, com intervalos mensais, sendo o primeiro 30 dias após o tratamento.

## Profilaxia

- ✓ É baseada em:
  - Tratamento dos pacientes;
  - Combate aos moluscos, que são os hospedeiros intermediários;
  - Medidas de saneamento básico;
  - Educação para a saúde e proteção individual.

## Fluxograma 15 - Abordagem da criança com parasitose intestinal



## 3.5 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 sadios 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 freqüente de anemia em todo o mundo.

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.

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.

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 (YIP, citado por QUEIROZ e TORRES, 2000). Não existem, no Brasil, dados nacionais sobre a prevalência de anemia ferropriva, mas estudos localizados mostram percentagem variando entre 50 e 83% nos lactentes (QUEIROZ; TORRES, 2000).

Apesar dessa alta prevalência, o tratamento é relativamente simples e apresenta bons resultados, sem efeitos colaterais importantes.

### 3.5.1 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 freqüentes e prolongados e com infestação parasitária.

✓ Sintomatologia: palidez, irritabilidade, anorexia, falta de interesse, falta de atenção, perversão do apetite etc.

✓ Exame físico: o achado mais freqüente 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.

✓ 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.

### 3.5.2 Como confirmar

- ✓ O diagnóstico definitivo de anemia é dado pelo hemograma, e o da ferropriva, 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.
- ✓ O Quadro 53 mostra os valores mínimos da hemoglobina, do hematócrito e dos índices hematimétricos por idade, ao nível do mar.

**Quadro 53 - Valores mínimos da hemoglobina, do hematócrito e dos índices hematimétricos por idade, ao nível do mar**

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 freqüentes 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.
- ✓ 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.

- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ O Quadro 54 sintetiza os valores de referência para os principais exames complementares que, além do hemograma, auxiliam no diagnóstico e controle da anemia ferropriva.

#### Quadro 54 - Valores de referência para o RDW e a cinética de ferro

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

### 3.5.3 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 (diarréia 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.

#### 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.

#### 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.

#### PROFILAXIA:

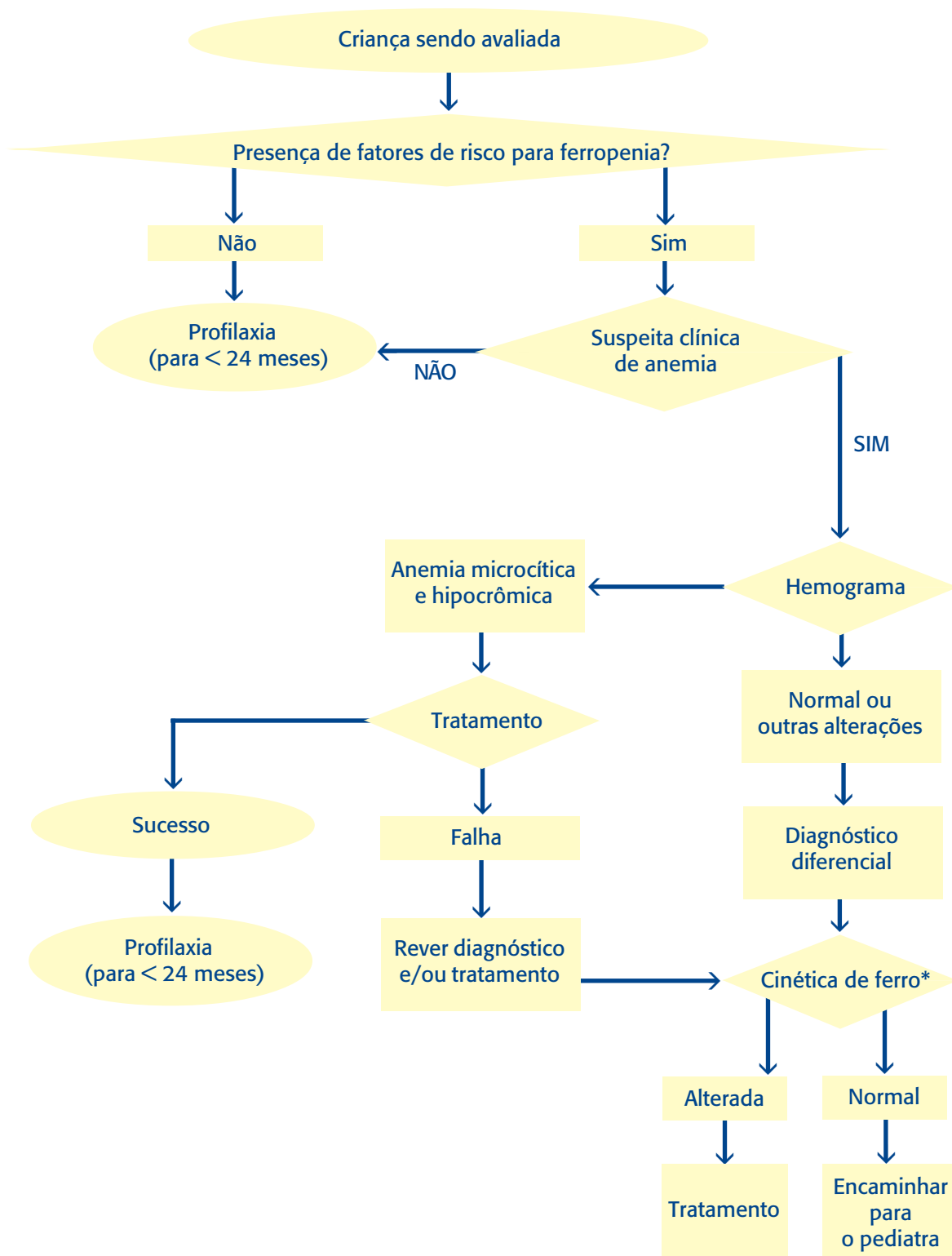
- ✓ Prevenção de partos prematuros e de nascimentos de crianças de baixo peso através do acompanhamento adequado da gestante;
- ✓ Estímulo ao aleitamento materno, com orientações para o desmame e para o uso de alimentos ricos em ferro;
- ✓ Melhoria das condições de vida, incluindo saneamento básico adequado, 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 de ferro do início do desmame até o 24º mês de vida;
  - 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.

### 3.5.4 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.



## Fluxograma 16 - Abordagem da criança em risco de ferropenia/anemia ferropriva



\* Se não for possível realizar a cinética de ferro, encaminhar para o pediatra.

## 3.6 A CRIANÇA COM TUBERCULOSE

A tuberculose (TB) é problema de saúde prioritário no Brasil, que, juntamente com outros 21 países, alberga 80% dos casos mundiais da doença. Estima-se que ocorrem aproximadamente 130 mil casos por ano no Brasil, dos quais 90 mil são notificados. Os casos de TB em menores de 15 anos correspondem a cerca de 15% do total.

O **Plano Nacional de Controle da Tuberculose** visa reduzir a prevalência da doença no País. A meta consiste em diagnosticar pelo menos 90% dos casos e curar pelo menos 85% desses. As ações nas diferentes esferas governamentais devem estar articuladas para se alcançar os seguintes objetivos:

- Estruturação da rede de serviços para identificação dos sintomáticos respiratórios;
- Organização da rede laboratorial para diagnóstico e controle dos casos;
- Garantia de acesso ao tratamento supervisionado e/ou auto-administrado dos casos;
- Proteção dos sadios;
- Alimentação e análise dos dados para tomada de decisões.

Dentre as várias estratégias para estender o plano a todos os municípios brasileiros, estão: a expansão dos Programas de Agentes Comunitários e a do Programa de Saúde da Família.

Um dos pontos fundamentais para o êxito desse plano é a capacitação dos profissionais das UBS. O Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, elaborou um *Manual Técnico para o Controle da Tuberculose* que contém informações detalhadas sobre a abordagem clínica e questões operacionais de suma importância. Esse manual deve ser a referência do profissional de saúde que busca intensificar as ações de controle da tuberculose no nosso País. O texto que se segue aborda particularidades relacionadas à assistência às crianças com tuberculose.

### 3.6.1 Os conceitos

Na abordagem da tuberculose, são utilizados os seguintes conceitos:

- ✓ **EXPOSIÇÃO:** contato com o indivíduo bacilífero;
- ✓ **INFECCÃO:** aquisição do bacilo;
- ✓ **DOENÇA:** manifestação clínica e/ou radiológica;
- ✓ **REINFECCÃO EXÓGENA:** resultado de nova exposição;
- ✓ **REATIVAÇÃO ENDÓGENA:** reativação de um foco latente, resultado de queda da imunidade;
- ✓ **PERÍODO DE TRANSMISSÃO:** antes do início do tratamento até três baciloscopias negativas no indivíduo sem tosse (corresponde a aproximadamente 30 dias de tratamento);
- ✓ **CASO ÍNDICE:** doente bacilífero fonte de infecção.

### 3.6.2 A patogenia

- ✓ A transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* é feita, na quase totalidade dos casos, pela via respiratória. Pacientes bacilíferos, geralmente adultos, ao tossir, espalham no ar partículas infectantes, conhecidas como partículas de Wells. Essas partículas são aspiradas e alcançam os alvéolos.

- ✓ A primo-infecção tuberculosa inicia-se quando um indivíduo passa a albergar essa carga bacilar, em geral pequena. Os bacilos que alcançam os alvéolos desencadeiam, inicialmente, uma reação inflamatória inespecífica.
- ✓ Na medida em que ocorre a multiplicação bacilar, inicia-se a resposta do hospedeiro à infecção, às custas basicamente da imunidade celular, comandada por dois clones principais de linfócitos. Um deles estabelece a imunidade própria da doença, e o outro, a hipersensibilidade.
- ✓ A imunidade adquirida quase sempre leva o indivíduo a suplantear a agressão da primo-infecção e detê-la, impedindo a disseminação posterior.
- ✓ Do ponto de vista anatomopatológico, a lesão característica da primo-infecção é o granuloma ou nódulo de Gohn. Ao atingirem os alvéolos, os bacilos migram pelos vasos linfáticos até os gânglios mediastinais, constituindo o complexo primário ou bipolar (granuloma + linfadenite).
- ✓ A partir dos gânglios mediastinais, os bacilos podem atingir a corrente sanguínea e se disseminar por vários órgãos (ossos, cérebro, rins etc.). Nessa fase, o *Mycobacterium tuberculosis* pode implantar-se nesses locais e permanecer em inatividade metabólica por meses ou anos. Na vigência de alterações na defesa imunológica, eles podem voltar a se multiplicar.
- ✓ Nem todas as pessoas expostas ao bacilo da tuberculose se tornam infectadas. A probabilidade de que a TB seja transmitida depende da contagiosidade do caso índice, do tipo de ambiente em que a exposição ocorreu e da duração da exposição.
- ✓ Apenas 5 a 10% dos indivíduos infectados são incapazes de deter o processo e desenvolvem tuberculose-doença. O maior risco de adoecimento ocorre nos primeiros seis meses a dois anos após a infecção. As crianças desnutridas, em estágio de convalescença de viroses graves, em uso de drogas imunossupressoras ou sob outras condições que diminuam sua resistência constituem o grupo de maior risco para a doença.
- ✓ Nos indivíduos doentes menores de 15 anos, 25% dos casos não tratados evoluem para a forma extrapulmonar.

### 3.6.3 O diagnóstico

- ✓ A comprovação da tuberculose só é possível quando se isola o *Mycobacterium tuberculosis* de alguma lesão ou líquido corporal. No adulto, isso é possível em 70% dos casos, através do exame direto do escarro (baciloscopia).
- ✓ Nas crianças, porém, na maioria das vezes, não é possível obter um exame de escarro com baciloscopia positiva; primeiro, porque a forma paucibacilar é predominante e, segundo, pela dificuldade própria da criança em eliminar secreção suficiente para a realização do exame.
- ✓ As manifestações clínicas e radiológicas são variáveis e, muitas vezes, insidiosas, o que exige do médico um alto grau de suspeição: é preciso **pensar** na possibilidade de TB para se diagnosticar os casos.

#### Quando suspeitar?

- ✓ A TB deve ser suspeitada nas seguintes situações:
  - Em toda criança com história de contato prolongado com adulto bacilífero;
  - Em pacientes com tosse persistente por mais de 3 semanas;

- Em pacientes com febre prolongada, tosse, perda de peso, diminuição do apetite, sudorese noturna, astenia. A febre, muitas vezes, é o dado que chama mais atenção, sendo vespertina e com duração de 15 dias ou mais;
  - Em pacientes com quadro respiratório persistente sem resposta a tratamentos prévios, como, por exemplo, pneumonia de evolução lenta que não melhora com o uso de antimicrobianos para bactérias comuns;
  - Em casos de linfadenopatia cervical ou axilar, após exclusão de adenite infecciosa aguda (ver diagnóstico de TB extrapulmonar);
  - Em casos com radiografia sugestiva:
    - Adenomegalias mediastinais;
    - Pneumonias com qualquer aspecto radiológico, de evolução lenta ou que cavitam, às vezes associadas à linfadenopatia hilar;
    - Padrão miliar (infiltrado nodular difuso);
  - Em casos de eritema nodoso, conjuntivite flictenular e/ou hemoptise;
  - Em pacientes imunodeprimidos com clínica compatível;
  - Em pacientes com PPD reator forte, principalmente se não forem vacinados recentemente.
- ✓ Para todas as crianças com suspeita clínica de TB, devem ser solicitados o PPD e a radiografia de tórax.
  - ✓ A história de contato nem sempre aparece espontaneamente durante a anamnese, e deve-se perguntar diretamente sobre a existência de adultos com tosse crônica, febre ou emagrecimento.
  - ✓ A orientação atual do Ministério da Saúde é encaminhar os casos suspeitos de tuberculose em crianças para uma unidade de referência, onde se buscará a confirmação do diagnóstico e será indicado (ou não) o tratamento. Entretanto, considerando-se a elevada prevalência da tuberculose, as dificuldades referentes ao encaminhamento e o risco do atraso na instituição do tratamento adequado, consideramos que o médico na UBS deve iniciar o tratamento quando julgar necessário, restringindo-se o encaminhamento a casos selecionados.

### *Os quatro pilares para o diagnóstico*

---

- ✓ O diagnóstico de TB em crianças baseia-se em quatro pilares:
  - História clínica compatível;
  - Achados radiológicos sugestivos;
  - História epidemiológica positiva;
  - Teste tuberculínico positivo.
- ✓ O Quadro 55 apresenta um sistema de pontuação bastante útil para o diagnóstico de TB em crianças, pois confere peso a cada achado positivo ou negativo.

## Quadro 55 - Diagnóstico de TB pulmonar na criança e no adolescente

CLÍNICA	RADIOGRAFIA	CONTATO	PPD	ESTADO NUTRICIONAL
Febre ou outras manifestações como tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento e sudorese por mais de 2 semanas	Adenomegalia hilar ou padrão miliar ou condensação ou infiltrado inalterado por mais de 2 semanas, sem resposta a antimicrobianos para os germes mais comuns	Nos últimos 2 anos	> 10 mm em não vacinados ou vacinados há mais de 2 anos  > 15 mm em vacinados há menos de 2 anos	Peso abaixo do percentil 10
<b>15 pts</b>	<b>15 pts</b>	<b>10 pts</b>	<b>15 pts</b>	<b>5 pts</b>
Assintomático ou sintomas há menos de 2 semanas	Infiltrado ou condensação há menos de 2 semanas	—	5 a 9 mm	—
<b>0 pts</b>	<b>5 pts</b>		<b>5 pts</b>	
Infecção respiratória com melhora espontânea ou após uso de antibiótico	Radiografia normal	Ocasional ou negativo	< 5 mm	Peso acima do percentil 10
<b>- 10 pts</b>	<b>- 5 pts</b>	<b>0 pts</b>	<b>0 pts</b>	<b>0 pts</b>
INTERPRETAÇÃO:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior ou igual a 40 pontos: TB MUITO PROVÁVEL</li> <li>• 30 a 35 pontos: TB POSSÍVEL</li> <li>• Igual ou inferior a 25 pontos: TB POUCO PROVÁVEL</li> </ul>			

Fonte: Plano nacional de controle da Tuberculose. Ministério da Saúde/FUNASA, 2000.

### Diagnóstico de TB extrapulmonar

- ✓ As localizações extrapulmonares mais comuns na infância são:
  - Gânglios periféricos;
  - Pleura;
  - Ossos;
  - Meninges.
- ✓ A TB **ganglionar** periférica acomete preferencialmente as cadeias cervicais, sendo, geralmente, unilateral, de evolução lenta (> 3 semanas), com consistência endurecida e pode fistulizar.
 

É recomendado que se faça exame anatomopatológico (aspirado ou biópsia) para confirmação diagnóstica.

Na impossibilidade desse exame, após exclusão de adenite infecciosa aguda e na presença concomitante de PPD reator forte, pode-se considerar o tratamento.

Pode acontecer também acometimento axilar, e, nesse caso, é importante diferenciar da adenopatia comum após a BCG.

- ✓ O acometimento **pleural** se caracteriza por derrame, em geral, unilateral com predomínio de linfócitos e ausência de células mesoteliais.  
Deve ser realizada toracocentese com envio de material para pesquisa de BAAR e cultura.
- ✓ A forma **osteoarticular** mais encontrada situa-se na coluna vertebral e denomina-se Mal de Pott. Cursa com dor no segmento atingido e posição antálgica.  
Devem ser feitas radiografia e biópsia.
- ✓ A **meningoencefalite** tuberculosa costuma cursar com fase prodrômica de uma a oito semanas, quase sempre com febre, irritabilidade, paralisia de pares cranianos, e pode evoluir com sinais clínicos de hipertensão intracraniana, como vômitos, letargia e rigidez de nuca.  
O exame de líquido com pesquisa de BAAR e cultura é obrigatório e evidencia glicose baixa e predomínio de mononucleares.
- ✓ Com exceção da forma ganglionar, as localizações extrapulmonares de TB devem ser encaminhadas para unidade de referência.

### *Considerações sobre a realização e interpretação do teste tuberculínico (PPD)*

- ✓ No Brasil, para o teste tuberculínico, é utilizado o PPD RT23, aplicado por via intradérmica, no terço médio da face anterior do antebraço esquerdo, na dose de 0,1 ml (2 UT).
- ✓ A leitura deve ser realizada após 72 a 96 horas, medindo-se com régua milimetrada o maior diâmetro transversal da endureção palpável.
- ✓ O resultado registrado em milímetros classifica-se como:
  - **0 a 4 mm** – não-reator: não-infectado ou com hipersensibilidade reduzida;
  - **5 a 9 mm** – reator fraco: infectado ou vacinado com BCG;
  - **10 mm ou mais** – reator forte: infectado, doente ou não, ou vacinado recentemente com BCG (últimos dois anos).
- ✓ O teste tuberculínico está indicado como método auxiliar no diagnóstico de TB e, quando reator, isoladamente, indica apenas infecção (natural ou vacinal) e não é suficiente para o diagnóstico.
- ✓ O PPD se torna positivo após 2 a 12 semanas da infecção. Nas histórias de contato recente (inferior a 12 semanas), ele deve ser repetido se o resultado inicial foi negativo.
- ✓ A imunidade adquirida à TB caracteriza-se pela presença de linfócitos T que produzem várias linfocinas com ação bacteriostática. Uma dessas linfocinas é o fator inibidor da migração de macrófagos que está associado ao PPD, ou seja, à hipersensibilidade tuberculínica. A imunidade e a hipersensibilidade geralmente cursam juntas, mas podem ocorrer independentemente. Por isso, o PPD pode ser não-reator em aproximadamente 10% dos indivíduos infectados e imunocompetentes.
- ✓ O grau de reação ao PPD após a vacinação com BCG não é proporcional ao grau de proteção, podendo ser negativo em vacinados com imunidade.
- ✓ O teste continua positivo mesmo após o tratamento dos doentes.

- ✓ Desnutrição, imunodepressão, convalescença de viroses e neoplasias podem resultar em redução da hipersensibilidade tuberculínica (PPD não-reator), mesmo na presença de infecção.
- ✓ Na interpretação do PPD, há que se considerar a prevalência de TB, história de vacinação prévia e história de contato. A diferenciação entre um teste positivo devido à infecção, doença ou vacina é difícil. O grau de reação após a vacina depende de:
  - Idade na época da vacina;
  - Qualidade do BCG;
  - Número de doses;
  - Estado nutricional e imunitário;
  - Intervalo de tempo entre a BCG e o PPD (> 2 anos com 1 dose; é pouco provável PPD > 10 mm).

### 3.6.4 O tratamento

- ✓ As crianças, apesar de não constituírem uma fonte de transmissão, têm maior risco de complicação, de ocorrência de formas graves e morte, sendo o tratamento de fundamental importância. Se os princípios da quimioterapia são adequadamente seguidos, a cura é possível em aproximadamente 100% dos casos.
- ✓ A conduta deve ser tomada de acordo com a classificação do quadro de diagnóstico (ver Quadro 55):
  - **TB MUITO PROVÁVEL:** tratar;
  - **TB POSSÍVEL:** tratar ou acompanhar rigorosamente (mensalmente); considerar, na decisão, a idade e as condições socioeconômicas;
  - **TB POUCO PROVÁVEL:** acompanhar periodicamente (2/2 ou 3/3 meses).

**Quadro 56 - Esquema terapêutico básico**

FASES DO TRATAMENTO	DROGA	ATÉ 20 KG	20 a 35 KG	35 a 45 KG	> 45 KG
1ª fase 2 meses	RIFAMPICINA	10 mg/kg/dia	300 mg/dia	450 mg/dia	600 mg /dia
	ISONIAZIDA	10 mg/kg/dia	200 mg/dia	300 mg/dia	400 mg/dia
	PIRAZINAMIDA	35 mg/kg/dia	1.000 mg/dia	1.500 mg/dia	2.000 mg/dia
2ª fase 4 meses	RIFAMPICINA	10 mg/kg/dia	300 mg/dia	450 mg/dia	600 mg/dia
	ISONIAZIDA	10 mg/kg/dia	200 mg/dia	300 mg/dia	400 mg/dia

**Quadro 57 - Apresentação das medicações**

<b>RIFAMPICINA</b>	Comprimido Rifampicina 200 mg + Isoniazida 300 mg; Solução oral 100 mg/5 ml; Gotas pediátricas 150 mg/ml
<b>ISONIAZIDA</b>	Comprimido Rifampicina 200 mg + Isoniazida 300 mg; Solução oral 50 mg/5 ml
<b>PIRAZINAMIDA</b>	Comprimido 500 mg
<b>ETAMBUTOL</b>	Comprimido 400 mg



- ✓ As medicações são tomadas conjuntamente, em dose única diária, em jejum.
- ✓ A maioria dos pacientes submetidos ao tratamento não apresenta efeitos colaterais relevantes. Existem recomendações específicas para a conduta a ser tomada dependendo do efeito colateral apresentado (Quadro 58).
- ✓ O etambutol deve ser acrescentado nas duas fases, na dose de 25 mg/kg/dia (máximo de 1.200 mg/dia), nos casos de recidiva após cura ou retorno após abandono do esquema básico.

### Acompanhamento do tratamento

- ✓ Antes de se iniciar a terapia farmacológica, é necessário conversar com o responsável pela criança sobre o tratamento, sua importância, duração, efeitos colaterais possíveis e riscos do abandono. A não-adesão e o abandono são os principais problemas durante o tratamento e devem ser evitados com atividades de educação para a saúde.
- ✓ Em alguns casos, recomenda-se o tratamento supervisionado que consiste na supervisão da ingestão da medicação na UBS ou na residência por um profissional de saúde, durante 3 vezes por semana nos primeiros 2 meses, e na observação semanal até o final do tratamento.

## Quadro 58 - Drogas e principais efeitos colaterais

	EFEITO	DROGA	CONDUTA
EFEITOS MENORES	Náuseas, vômitos, epigastralgia e dor abdominal	R, H, Z	Reformular o horário de administração, medicar após refeições e avaliar função hepática.
	Artralgia ou artrite	H, Z	Medicar com AAS.
	Neuropatia periférica (queimação de extremidades)	H, Etambutol	Medicar com piridoxina (vitamina B6).
	Cefaléia e mudança de comportamento (euforia, insônia, ansiedade e sonolência)	H	Orientar.
	Suor e urina cor de laranja	R	Orientar.
	Prurido cutâneo	H, R	Medicar com antihistamínico.
	Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Z, Etambutol	Orientação dietética.
	Febre	R, H	Orientar.
EFEITOS MAIORES	Exantemas	R	Suspender o tratamento; reintroduzir o tratamento droga a droga após resolução; substituir o esquema nos casos graves ou recorrentes.
	Psicose, crise convulsiva, encefalopatia, coma	H	Substituir por estreptomicina + etambutol.
	Neurite óptica	H, Etambutol	Substituir.
	Hepatotoxicidade	Todas as drogas	Suspender o tratamento até resolução. Encaminhar para unidade de referência.
	Trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, anemia hemolítica, agranulocitose, vasculite	R, H	Suspender o tratamento. Encaminhar para unidade de referência.
	Nefrite intersticial	R	Suspender o tratamento. Encaminhar para unidade de referência.
	Rabdomiólise com mioglobínúria e insuficiência renal	Z	Suspender o tratamento. Encaminhar para unidade de referência.
	Hipoacusia, nistagmo, vertigem	Estreptomicina	Suspender o tratamento. Encaminhar para unidade de referência.

R = rifampicina; H = isoniazida; Z = pirazinamida

**Indicações de transferência:**

- ✓ Diagnóstico em menores de dois anos;
- ✓ Tuberculose em imunodeprimidos;
- ✓ Formas extrapulmonares, exceto ganglionar;
- ✓ Resistência ao esquema básico de tratamento;
- ✓ Obs: não atrasar início do tratamento por dificuldades na transferência.

**Indicações de internação:**

- ✓ Meningoencefalite tuberculosa;
- ✓ Efeitos adversos graves (toxicidade hepática, neurológica, hematológica ou renal);
- ✓ Intolerância incontrolável às medicações;
- ✓ Complicações graves;
- ✓ Indicações cirúrgicas;
- ✓ Condições gerais que não permitam tratamento ambulatorial;
- ✓ Situações sociais com alta probabilidade de abandono, como ausência de residência fixa.

### **3.6.5 A prevenção**

- ✓ As ações de prevenção da disseminação da tuberculose compreendem:
  - Melhoria das condições de vida da população;
  - Tratamento dos casos bacilíferos: é a atividade prioritária dos profissionais da UBS no controle da tuberculose, uma vez que permite anular rapidamente as maiores fontes de infecção;
  - Vacinação com BCG:
    - É eficaz principalmente na prevenção das formas graves da doença (eficácia geral: 16 a 88%, contra formas graves: 82 a 100%);
    - É indicada para todas as crianças com menos de seis anos no Brasil;
    - Em casos de ausência de cicatriz vacinal aos seis meses, é recomendado revacinar;
    - Uma segunda dose é recomendada de rotina aos 10 anos;
    - Não é necessário realizar PPD antes da revacinação;
    - Não há necessidade de revacinação caso a primeira dose tenha sido feita com seis anos ou mais;
    - Deve ser adiada em recém-nascidos com menos de 2 kg;
    - É contra-indicada em imunodeprimidos, inclusive em doentes com Aids;
    - Recém-nascidos filhos de mãe HIV positivo devem receber a primeira dose.

### **Quimioprofilaxia**

---

- ✓ Está indicada em algumas situações para evitar que o indivíduo infectado não adoça (Quadro 59).
- ✓ São pré-requisitos básicos para a profilaxia, em todas as situações, que a pessoa:
  - Tenha sido exposta ao bacilo (epidemiologia e/ou PPD positivos);

- Não esteja doente (sinais e sintomas ausentes e radiografia de tórax normal).
- ✓ A quimioprofilaxia é feita com isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia, dose máxima de 300 mg/Kg/dia, durante 6 meses.

### Quadro 59 - Indicações de quimioprofilaxia

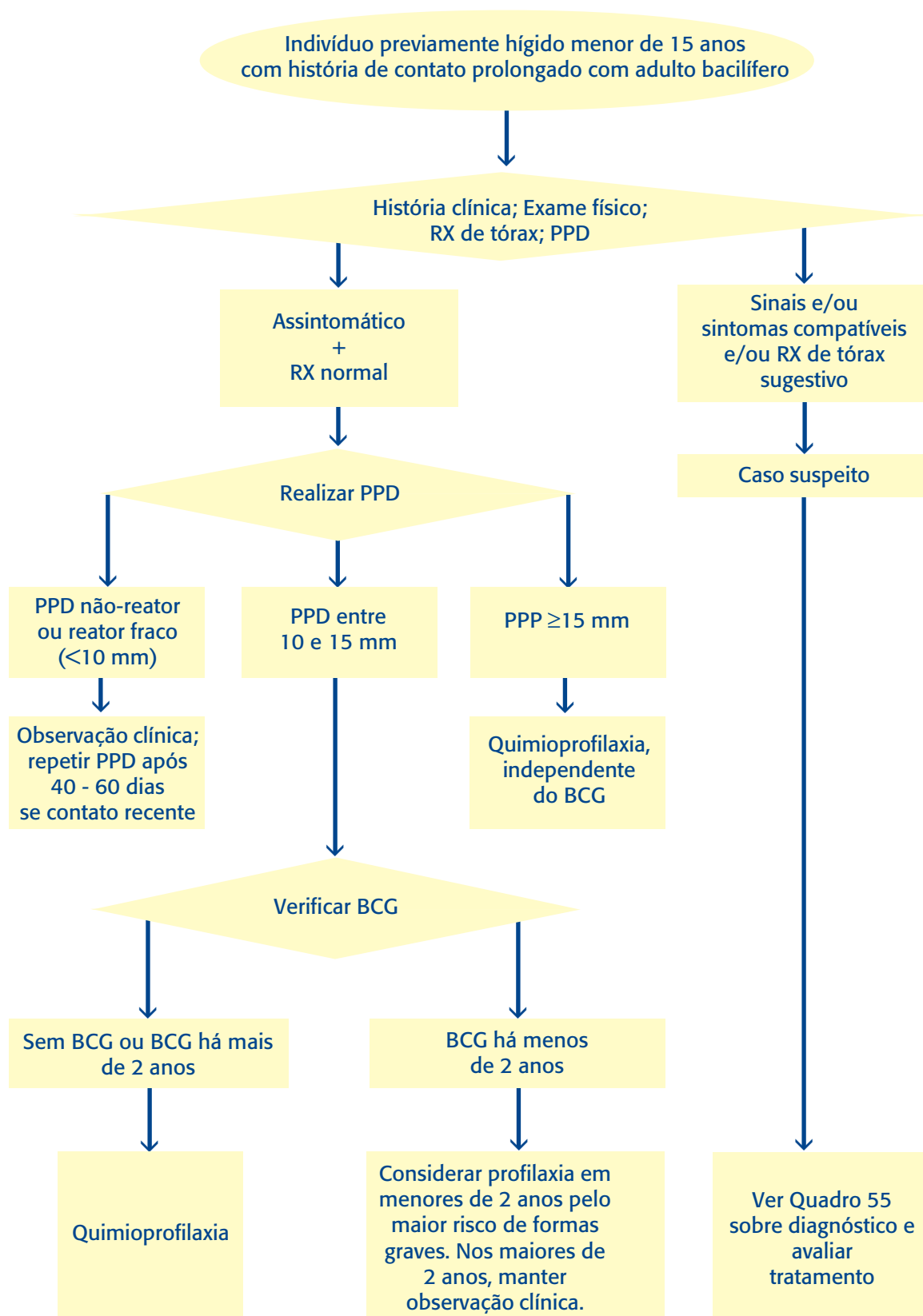
SITUAÇÃO	OBSERVAÇÕES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recém-nascido co-habitante de bacilífero.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar isoniazida por 3 meses e fazer PPD.</li> <li>• Se reator, continuar isoniazida até completar 6 meses.</li> <li>• Se não-reator, vacinar com BCG.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças menores de 15 anos com contato prolongado com bacilífero: SEM BCG + PPD reator <math>\geq 10</math> mm; COM BCG + PPD reator <math>\geq 15</math> mm.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se contato recente e PPD não reator, repetir e reavaliar após 40 a 60 dias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indivíduo com viragem tuberculínica recente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPD que aumenta em 10 mm ou mais num intervalo inferior a 12 meses.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reator forte ao PPD quando existirem situações de alto risco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situações de alto risco em criança: desnutrido grave, diabetes insulino dependente, nefropatias, sarcoidose, neoplasias, uso prolongado em doses imunossupressoras de corticóide, quimioterapia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• População indígena com contato com bacilífero com PPD reator forte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Independente da idade e estado vacinal.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imunodeprimidos com contato intradomiciliar com bacilífero.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Independente do PPD e estado vacinal, após excluir doença.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HIV positivo, nos casos de: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ comunicante de bacilífero, independente do PPD;</li> <li>➢ PPD reator (<math>\geq 5</math>mm) atual ou pregresso sem quimioprofilaxia prévia;</li> <li>➢ portador de lesões radiológicas cicatriciais;</li> <li>➢ CD4 &lt; 350 ou linfócitos &lt; 1000, não reator ao PPD.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar para unidade de referência.</li> <li>• Sempre importante excluir doença.</li> </ul>

- ✓ A seguir, apresentamos um fluxograma sobre a conduta diante de crianças previamente hígidas que tiveram contato prolongado com um doente bacilífero (Fluxograma 17).

#### A notificação

Todos os casos de tuberculose são de notificação compulsória, existindo impresso próprio nas UBS (SINAM).

## Fluxograma 17 - Abordagem da criança com tuberculose



## 3.7 A TRIAGEM NEONATAL POSITIVA

A Triagem Neonatal, também conhecida como **Teste do Pezinho**, é uma estratégia para o diagnóstico precoce de algumas doenças congênitas que são quase sempre imperceptíveis ao exame médico no período neonatal, mas que evoluem desfavoravelmente, levando ao aparecimento de seqüelas como, por exemplo, a deficiência mental. O diagnóstico precoce possibilita intervenções também precoces que previnem seqüelas e complicações, reduzindo a morbimortalidade e permitindo que as crianças tenham uma melhor qualidade de vida.

Toda criança nascida em território nacional tem direito ao Teste do Pezinho. O **Programa Nacional de Triagem Neonatal** prevê o diagnóstico de quatro doenças: hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, doença falciforme e fibrose cística. Em Minas Gerais, o programa já está implantado para a triagem das quatro doenças (Fase III de Implantação) e recebe o nome de **Programa Estadual de Triagem Neonatal** (PETN-MG).

### 3.7.1 A triagem neonatal

- ✓ As gestantes devem ser orientadas, ao final da gestação, sobre a importância do Teste do Pezinho e a época do procedimento.
- ✓ A **coleta** de sangue para o teste é realizada na UBS, pelo auxiliar de enfermagem, fazendo parte das Ações do 5º dia. O momento para a coleta nunca deve ser inferior a 48 horas de alimentação protéica (amamentação) e nunca superior a 30 dias, sendo o ideal entre o 3º e o 7º dia de vida.
- ✓ A coleta é feita por punção no calcanhar da criança, e o sangue deverá ser pingado no cartão de papel-filtro, previamente identificado nas circunferências destinadas a esse fim.
- ✓ A amostra colhida é encaminhada ao Núcleo de Pesquisa e Apoio Diagnóstico (NUPAD), onde os exames são processados.
- ✓ O resultado dos exames é enviado pelo Setor de Controle do Tratamento do PETN-MG às UBS, com encaminhamentos específicos para cada necessidade: resultado normal, necessidade de nova amostra, pedido de teste do suor ou encaminhamento médico (Fluxograma 18).
- ✓ Todas as crianças que apresentam alterações no teste do pezinho são automaticamente encaminhadas para os serviços de referência para cada doença, onde são acompanhadas (Fluxograma 18).
- ✓ Simultaneamente, a criança é acompanhada pela equipe de saúde da UBS, sendo o atendimento aos eventos agudos de responsabilidade das UBS e dos serviços de pronto-atendimento.

### 3.7.2 A doença falciforme

A doença falciforme é resultante de uma alteração genética, caracterizada pela presença de um tipo anormal de hemoglobina chamada hemoglobina S (HbS). A HbS faz com que as hemácias adquiram a forma de foice em ambiente de baixa oxigenação, dificultando sua circulação e provocando obstrução vascular. Como consequência, os pacientes apresentam isquemia, necrose, dor, disfunção e danos irreversíveis a tecidos e órgãos.

#### *A criança portadora de traço falciforme*

- ✓ O **portador de traço falciforme** é o indivíduo que apresenta a hemoglobina AS (HbAS). Ele não é doente, não tem anemia e terá uma vida normal. Para cada 1.000 crianças triadas, espera-se encontrar 1 caso de doença e 30 casos de portadores.

- ✓ Os portadores de traço falciforme não necessitam de cuidados especiais, exceto para aconselhamento genético dos pais e, no futuro, para a criança, já que ela tem chance de gerar filhos com a doença, caso o parceiro tenha hemoglobina S, seja portador ou doente.
- ✓ Portanto, para os portadores de traço falciforme, é importante esclarecer que:
  - O traço não é doença, e não há necessidade de qualquer tratamento ou encaminhamento;
  - O traço não se transforma em doença falciforme;
  - A sua condição não interfere em seus limites, não o impede de exercer suas atividades normais: trabalhar, praticar esportes, fazer sexo, ter filhos etc.;
  - Há possibilidade de gerar filhos com a doença, caso o parceiro seja portador ou doente.

### *Acompanhamento da criança com doença falciforme*

- ✓ A criança com diagnóstico de doença falciforme, após uma primeira abordagem pela equipe de saúde da família, será encaminhada para consulta em uma das unidades da Fundação Hemominas e será acompanhada com a co-participação dos profissionais da UBS.
- ✓ No acompanhamento na UBS, as consultas deverão ser mensais para crianças até 1 ano de vida e de três em três meses até 5 anos.
- ✓ O Quadro 60 apresenta o que deve ser observado em todos os atendimentos da criança com doença falciforme.

## **Quadro 60 - Pontos importantes no atendimento da criança com doença falciforme**

- Coletar a história relativa à sintomatologia clínica, internações e transfusões sangüíneas;
- Monitorizar o uso profilático de antibiótico (Quadro 61);
- Monitorizar o uso profilático de ácido fólico (Quadro 61);
- Monitorizar a vacinação, incluindo as vacinas especiais (Quadro 62);
- Monitorizar o crescimento, o desenvolvimento e o estado nutricional;
- Observar a ocorrência de palidez e icterícia;
- Anotar as dimensões do fígado e do baço e presença de sopro cardíaco;
- Monitorizar o valor da hemoglobina, leucócitos e reticulócitos (o pedido deve ser entregue na consulta anterior);
- Esclarecer à família sobre o diagnóstico, enfatizando-se a necessidade de assistência médica imediata em casos de sinais de perigo (Quadro 63);
- Ensinar os pais a palpar o baço da criança;
- Enfatizar para os pais a necessidade de manter o acompanhamento no Hemocentro;
- Enfatizar para os pais a necessidade do uso do Cartão de Identificação (fornecido pelo Hemocentro) para que a criança seja prontamente identificada nos Serviços de Emergência Médica;
- Enfatizar a necessidade de manter a criança hidratada;
- Enfatizar a necessidade de se evitar permanecer com a criança em ambientes muito quentes ou demasiadamente frios;
- Aconselhar os pais sobre as possibilidades genéticas de futura gravidez;
- Verificar se os pais compreenderam as informações prestadas, se têm dúvidas, se necessitam de outros esclarecimentos.

- ✓ O Quadro 61 orienta o uso profilático de antibióticos e ácido fólico, obrigatório na criança com doença falciforme.

## Quadro 61 - Uso profilático de antibiótico e do ácido fólico

### ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILÁTICA

Deve ser iniciada a partir do diagnóstico até os 5 anos de idade, utilizando-se:

- Penicilina Benzatina, via intramuscular, de 21 em 21 dias, nas dosagens:
  - Crianças até 10 kg: 300.000 U
  - Crianças de 10 a 25 kg: 600.000 U
  - Crianças > 25 kg: 1.200.000 Uou
- Penicilina V (fenoximetilpenicilina), via oral, de 12 em 12 horas, nas dosagens:
  - Crianças até 3 anos: 125 mg
  - Crianças acima de 3 anos: 250 mgou, nos alérgicos à penicilina,
- Eritromicina, via oral, de 12 em 12 horas, na dosagem:
  - Qualquer idade: 20 mg/kg/dia

### SUPLEMENTAÇÃO COM ÁCIDO FÓLICO

Dosagem de 1 mg/dia, via oral.

- ✓ O Quadro 62 orienta a vacinação especial para as crianças com doença falciforme, além daquelas preconizadas pelo Programa Nacional de Vacinação.

## Quadro 62 - Vacinas especiais indicadas para criança com doença falciforme

### VACINA PNEUMOCÓCICA CONJUGADA 7-VALENTE (PREVENAR)

- Esquema de vacinação para lactente:
  - 1ª dose: 2 meses
  - 2ª dose: 4 meses
  - 3ª dose: 6 meses
  - 4ª dose: entre 12 e 15 meses (deve ser administrada pelo menos 2 meses após a 3ª dose)

} Intervalo entre as doses é de 8 semanas
- Esquema de vacinação para crianças maiores de 7 meses de idade, não vacinadas anteriormente:
  - 7 a 11 meses: 3 doses (duas doses com intervalo mínimo de 4 semanas; 3ª dose após 12 meses de idade e pelo menos 2 meses após a 2ª dose)
  - 12 a 23 meses: 2 doses com intervalo de 2 meses (intervalo mínimo de 6 a 8 meses no segundo ano de vida)
  - Acima de 24 meses: uma dose de Prevenar, seguida de uma dose de PNEUMO-23 após 2 meses de intervalo

### VACINA MENINGOCÓCICA CONJUGADA DO GRUPO C

- Menores de 12 meses de idade: 3 doses a partir de 2 meses de idade, com intervalo de 4 a 8 semanas entre as doses
- Maiores de 12 meses: dose única



## Quadro 63 - Sinais de perigo na criança com doença falciforme

- Aumento súbito da palidez;
- Icterícia;
- Distensão abdominal;
- Aumento do baço;
- Aumento do fígado;
- Hematúria;
- Priapismo;
- Dores;
- Dificuldade para respirar;
- Tosse;
- Frequência respiratória > 50 ipm até 1 ano e > 40 de 1 a 5 anos, contada em 1 minuto e com a criança tranqüila;
- Tiragem subcostal e/ou estridor;
- Febre;
- Alterações neurológicas (convulsões, letargia ou inconsciência, fraqueza muscular etc.);
- Impossibilidade de beber ou mamar;
- Vômitos;
- Sinais de desidratação, como sinal da prega e olhos fundos.

### *Atendimento da criança com crises dolorosas*

- ✓ As crises dolorosas são as complicações mais freqüentes da doença falciforme. Estão associadas ao dano tissular isquêmico, secundário à obstrução do fluxo sangüíneo pelas hemácias falcizadas. A redução do fluxo sangüíneo causa hipóxia regional e acidose, que podem exacerbar o processo e a falcização.
- ✓ Essas crises de dor duram normalmente de 4 a 6 dias, podendo, às vezes, persistir por semanas. Hipóxia, infecção, febre, acidose, desidratação e exposição ao frio podem precipitar as crises álgicas.
- ✓ Na maioria das crianças, a primeira manifestação é a dor e o edema nas articulações dos dedos e artelhos (síndrome mão-pé). Pode também ocorrer dor em outras localizações como membros, abdômen, coluna vertebral.
- ✓ O tratamento consiste em:
  - Eliminação de fatores precipitantes;
  - Repouso;
  - Analgésicos;
  - Hidratação.
- ✓ As crianças com crises leves poderão ser tratadas no ambulatório com a utilização de analgésicos e aumento da ingestão de líquidos.
- ✓ As crianças com crise moderada e grave e aquelas que apresentam algum dos seguintes sinais deverão ser encaminhadas para internação:
  - Febre acima de 38°C;
  - Desidratação;
  - Acentuação da palidez;
  - Vômitos recorrentes;
  - Aumento de volume articular;

- Dor abdominal;
- Sinais e sintomas neurológicos;
- Dor refratária aos analgésicos comuns.

### *Atendimento da criança com infecções*

- ✓ As infecções bacterianas são a maior causa de morbidade e mortalidade em pacientes com síndromes falciformes. Os episódios infecciosos ocorrem mais frequentemente nas crianças menores de 5 anos de idade, principalmente nos primeiros 2 anos de vida. Os patógenos mais frequentes são as bactérias encapsuladas, sendo o pneumococo responsável por mais de 70% das infecções. Outros patógenos são o hemófilo, estafilococos, salmonela e outras bactérias gram-negativas.
- ✓ Os pacientes portadores de doença falciforme não parecem estar mais sujeitos às infecções virais do que a população normal; entretanto, essas infecções podem adquirir características mais graves e peculiares, como aplasia medular e síndrome torácica aguda.
- ✓ O Quadro 64 mostra os principais pontos da abordagem da criança portadora de doença falciforme com febre e sem localização do processo infeccioso.

## **Quadro 64 - Principais pontos da abordagem da criança febril sem localização do processo infeccioso**

### **1. Na anamnese investigar:**

- Idade;
- Tipo de hemoglobinopatia;
- Vacinação básica e especial;
- Uso profilático de penicilina.

### **2. No exame físico verificar:**

- Sinais de anemia (acentuação da palidez);
- Icterícia;
- Visceromegalia;
- Revisão minuciosa dos sistemas (não se esquecer da otoscopia).

### **3. Solicitar os seguintes exames laboratoriais:**

- Hemograma, leucograma e reticulócitos;
- Hemoculturas;
- Radiografia de tórax (PA e perfil) e seios da face (se necessário);
- Urina rotina e cultura;
- Punção lombar em casos suspeitos de meningite, com atenção especial para menores de 1 ano;
- Outros exames, de acordo com a apresentação clínica.

### **4. A internação está indicada em:**

- Casos graves e sem localização do foco infeccioso;
- Crianças menores de 3 anos de idade, que apresentam maior risco de septicemia e evolução mais grave;
- Suspeita de meningite;
- Presença de sinais de perigo (Quadro 63).

### **5. As crianças que não têm indicação para internação devem:**

- Receber antibióticos após coleta de material para exames, antitérmicos e hidratação oral frequente;
- Devem ser acompanhadas na UBS, com retorno a cada 24 horas para reavaliação até a melhora da febre e do estado geral.

### *Atendimento da criança na crise de seqüestração esplênica*

---

- ✓ A crise de seqüestração esplênica aguda é a segunda causa mais comum de morte em crianças abaixo de 5 anos de idade com a doença falciforme. A etiologia é desconhecida, porém infecções virais parecem preceder a maioria dos episódios.
- ✓ Ocorrem após os 5 meses e não são freqüentes após os 2 anos de idade.
- ✓ São manifestações sugestivas de seqüestração esplênica:
  - Aumento abrupto do baço;
  - Redução da hemoglobina;
  - Aumento de reticulócitos;
  - Sinais de choque hipovolêmico.
- ✓ Diante da suspeita de seqüestração esplênica, encaminhar imediatamente a criança ao serviço de urgência mais próximo.

### *Atendimento da criança na crise aplásica*

---

- ✓ A aplasia eritrocítica é uma complicação grave, cuja principal causa é a infecção pelo *Parvovírus* B19, que acomete principalmente crianças na faixa etária de 4 a 10 anos, sendo rara após os 15 anos de idade.
- ✓ Outras infecções como pneumonia pneumocócica, septicemia e infecção urinária podem também levar à hipoplasia medular.
- ✓ São manifestações sugestivas de aplasia medular:
  - Mal-estar;
  - Dores musculares;
  - Cefaléia;
  - Sinais de infecção do trato respiratório superior;
  - Redução acentuada dos níveis basais de hemoglobina (redução de 30% ou queda de 2 a 3 g/dl de Hb ou mais) e do número de reticulócitos;
  - Palidez intensa;
  - Fraqueza;
  - Falência cardíaca.
- ✓ Diante da suspeita de aplasia, encaminhar imediatamente a criança ao serviço de urgência mais próximo.

### *Atendimento da criança com síndrome torácica aguda*

---

- ✓ Denomina-se síndrome torácica aguda o acometimento pulmonar de etiologia multifatorial, estando envolvidos agentes infecciosos bacterianos e virais, associados a fenômenos de vasoclusão pulmonar, trombose e trombo-embolismo.
- ✓ São manifestações sugestivas da síndrome torácica aguda:
  - Tosse;
  - Febre;
  - Taquidispnéia;
  - Prostração;
  - Dor torácica;

- Alterações radiológicas que consistem em infiltrados ou condensações, unilobares ou multilobares, com localização preferencial nos lobos superior e médio nas crianças.
- ✓ Diante da suspeita de síndrome torácica aguda, encaminhar imediatamente a criança ao serviço de urgência mais próximo.

### *Acidente vascular cerebral*

---

- ✓ O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das mais graves complicações da doença fal-ciforme. As crianças são mais afetadas, e o tipo mais comum nessa faixa etária é o infarto cerebral.
- ✓ As manifestações têm início abrupto e são principalmente a hemiparesia, afasia, déficits sensoriais e alterações da consciência.
- ✓ Diante de quadro sugestivo de AVC, encaminhar imediatamente a criança ao serviço de urgência mais próximo.

### *Priapismo*

---

- ✓ É a ereção persistente e dolorosa do pênis que decorre do acúmulo de sangue nos corpos cavernosos, com obstrução do fluxo venoso. Pode ocorrer em todas as faixas etárias, mas é mais comum em maiores de 10 anos.
- ✓ Os casos de priapismo devem ser encaminhados imediatamente ao serviço de urgência mais próximo.

### *Indicações de transfusão*

---

- ✓ As transfusões devem ser realizadas com indicações criteriosas, devendo ser reduzidas ao mínimo necessário.
- ✓ As principais indicações são:
  - Queda da hemoglobina de pelo menos 2 g/dl do valor basal da criança;
  - Crise aplásica;
  - Seqüestração esplênica e/ou hepática;
  - Síndrome torácica aguda;
  - Hipóxia crônica com  $PO_2 < 60$  mmHg;
  - Cansaço e dispnéia com  $Hb < 7$ g/dl ou  $Ht < 20\%$ ;
  - Falência cardíaca.
- ✓ As crianças que se encontram nessas condições que indicam transfusão devem ser encaminhadas imediatamente ao serviço de urgência mais próximo.

### **3.7.3 A fenilcetonúria**

A fenilcetonúria é uma doença em que a criança não consegue metabolizar adequadamente a fenilalanina, que passa a se acumular no organismo (assim como seus metabólitos), trazendo conseqüências muito graves, especialmente no desenvolvimento mental. É transmitida geneticamente, com um padrão autossômico recessivo, e é considerada um erro inato do metabolismo. Ocorre, em Minas Gerais, em um a cada 16 mil recém-nascidos.

Os sintomas e sinais de deficiência mental surgem por volta do quarto ao sexto mês de vida, quando já estarão com lesões graves no sistema nervoso central. Sem o tratamento adequado, evoluirão com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

A interpretação dos valores de fenilalanina sérica é:

- Até 240 micromol/L: exame normal.
- Entre 240 e 600 micromol/L: exame alterado.

Deverá ser solicitada nova amostra pelo NUPAD.

- Se nova amostra menor que 240 micromol/L: exame normal.
  - Se nova amostra maior que 240 micromol/L: provável doença; a criança deverá ser encaminhada para consulta médica.
  - Maior que 600 micromol/L: provável doença; criança encaminhada para consulta médica.
- ✓ O fluxo para diagnóstico e acompanhamento da criança com fenilcetonúria está representado no Fluxograma 18.
  - ✓ O tratamento é feito através de dieta pobre em fenilalanina, por toda a vida, mas com conteúdo protéico, calórico e energético normal. É, portanto, necessário o acompanhamento por nutricionistas no Ambulatório de Fenilcetonúria (Hospital das Clínicas da UFMG).
  - ✓ O **acompanhamento** do crescimento e desenvolvimento da criança com fenilcetonúria, incluindo o esquema vacinal, deve ser feito pela UBS, dentro do calendário usual.
  - ✓ São pontos importantes no atendimento da criança com fenilcetonúria na UBS:
    - reforçar a importância do acompanhamento da criança no Ambulatório de Fenilcetonúria;
    - procurar conhecer as orientações dietéticas para o paciente fenilcetonúrico e considerá-las nas consultas de puericultura;
    - reforçar a contra-indicação dos alimentos e medicamentos que contenham “aspartame”. Outros medicamentos ou vacinas não são contra-indicados especificamente;
    - fazer relatório das intercorrências atendidas na UBS para o especialista do Ambulatório de Fenilcetonúria.

### 3.7.4 A fibrose cística

A fibrose cística é uma doença funcional das glândulas exócrinas que acomete principalmente o pâncreas, pulmões, intestinos, fígado, glândulas sudoríparas e sistema reprodutivo.

As **manifestações clínicas** são, portanto, variadas. A forma clássica caracteriza-se por diarreia crônica, com evacuações de fezes volumosas de cor amarelo-palha, brilhantes, gordurosas e fétidas. O acometimento pulmonar está presente em mais de 90% dos pacientes. As crianças com a fibrose cística evoluem com doença pulmonar crônica e desnutrição; o suor é mais salgado. No período neonatal, pode haver obstrução intestinal por íleo meconial.

A **alteração fisiológica** da doença é um defeito nos canais de cloro, levando à desidratação e aumento da viscosidade das secreções brônquicas, pancreáticas, intestinais e do sistema reprodutivo e a um bloqueio da reabsorção do cloro nas glândulas sudoríparas, tornando o suor hipertônico.

É uma doença hereditária de caráter autossômico recessivo, sendo mais freqüente na população de cor branca.

- ✓ Para o **diagnóstico** de fibrose cística na triagem neonatal, é dosada a Tripsina Imunorreativa (IRT). A interpretação de resultados é:

- Dosagem de IRT
  - 1ª amostra:
    - menor que 70 ng/ml: exame normal;
    - maior ou igual a 70 ng/ml: solicitada nova amostra (deve ser coletada nos primeiros 30 dias de vida do RN).
  - 2ª amostra:
    - se persistir alteração ou se coletada com mais de 30 dias de vida: convocação para o teste do suor.
- Teste do suor – dosagem de cloretos no suor, coletado em duas ocasiões, no mesmo dia:
  - Entre 40 e 60 mEq/l: duvidoso; consulta médica no ambulatório de referência para Fibrose Cística;
  - Acima de 60 mEq/l: diagnóstico confirmado; acompanhamento por especialistas no ambulatório de referência para Fibrose Cística.
- ✓ No **tratamento**, são utilizadas enzimas pancreáticas. Essas enzimas associadas a suplementos vitamínicos e nutricionais, além de dieta adequada orientada por equipe especializada, podem ter sucesso na prevenção da insuficiência pancreática, desnutrição, hipovitaminose e baixa estatura.
- ✓ Entretanto, a sobrevida e qualidade de vida das crianças com fibrose cística são determinadas pela intervenção nas manifestações pulmonares. As manifestações do círculo vicioso – infecção → inflamação crônica → bronquiectasias → hipoxemia → hipertensão arterial pulmonar → infecção – podem ser minimizadas pelo manejo adequado da patologia, a ser realizado em centros de referência.
- ✓ O **acompanhamento** do crescimento e desenvolvimento da criança com fibrose cística, incluindo o esquema vacinal, deve ser feito pela equipe de saúde na UBS dentro do calendário usual. Na UBS, são pontos importantes no atendimento da criança com fibrose cística:
  - Acompanhar rigorosamente o estado nutricional;
  - Verificar a adesão ao uso da medicação prescrita pelo especialista do Ambulatório de Referência para Fibrose Cística;
  - Reforçar a importância do acompanhamento no ambulatório de referência;
  - Encaminhar a criança com sinais sugestivos de infecção pulmonar para propedêutica e tratamento.
- ✓ Há necessidade de um sistema de referência regionalizado para um melhor acompanhamento e monitorização das eventuais complicações.
- ✓ Atualmente os centros de referência para todo o Estado de Minas Gerais são o Ambulatório de Fibrose Cística do Grupo de Pneumologia do Hospital das Clínicas da UFMG e o Centro Geral de Pediatria da Fhemig (CGP), ambos em Belo Horizonte.
- ✓ O fluxo para diagnóstico e acompanhamento da criança com fibrose cística está representado no Fluxograma 18.

### 3.7.5 O hipotireoidismo congênito

O hipotireoidismo congênito é uma doença grave que, sem tratamento precoce, evolui com manifestações importantes como retardo mental e baixa estatura, entre outras. A forma

primária ocorre aproximadamente em 1:4.000 nascidos vivos, chegando a 1:2.500 em regiões pobres em iodo e onde não se faz uso de sal de cozinha enriquecido com aquele elemento.

O diagnóstico e o tratamento precoces interferem definitivamente na evolução da doença, restituindo aos pacientes a possibilidade de crescer e desenvolver dentro de parâmetros normais.

- ✓ No Teste do Pezinho, o **diagnóstico** do hipotireoidismo congênito é feito a partir da dosagem de TSH. Valores de TSH acima de 10 mUI/L são considerados aumentados e sugerem uma baixa resposta da tireóide ao estímulo hipofisário. Nesse caso, o exame deve ser repetido com a determinação dos valores de TSH e T4.
- ✓ No ambulatório de referência, após confirmação do diagnóstico com outros exames, será iniciado o tratamento com hormônio tireoidiano.
- ✓ A criança será acompanhada pelo especialista e simultaneamente pela equipe de saúde.
- ✓ Na UBS, especial atenção deve ser dada aos sinais e sintomas de hipotireoidismo ou hipertireoidismo que podem resultar da hipodosagem ou hiperdosagem de hormônio tireoidiano. O Quadro 65 mostra os principais sinais e sintomas de hipo e hipertireoidismo.

### Quadro 65 - Principais sinais de hipo e hipertireoidismo

HIPOTIREOIDISMO	HIPERTIREOIDISMO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diminuição da atividade;</li><li>• Sonolência;</li><li>• Dificuldade para mamar;</li><li>• Pele seca, áspera e fria;</li><li>• Palidez;</li><li>• Constipação intestinal;</li><li>• Diminuição da inclinação da curva de altura ou crescimento insuficiente.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agitação;</li><li>• Insônia;</li><li>• Sudorese;</li><li>• Taquicardia;</li><li>• Emagrecimento;</li><li>• Diarréia.</li></ul>

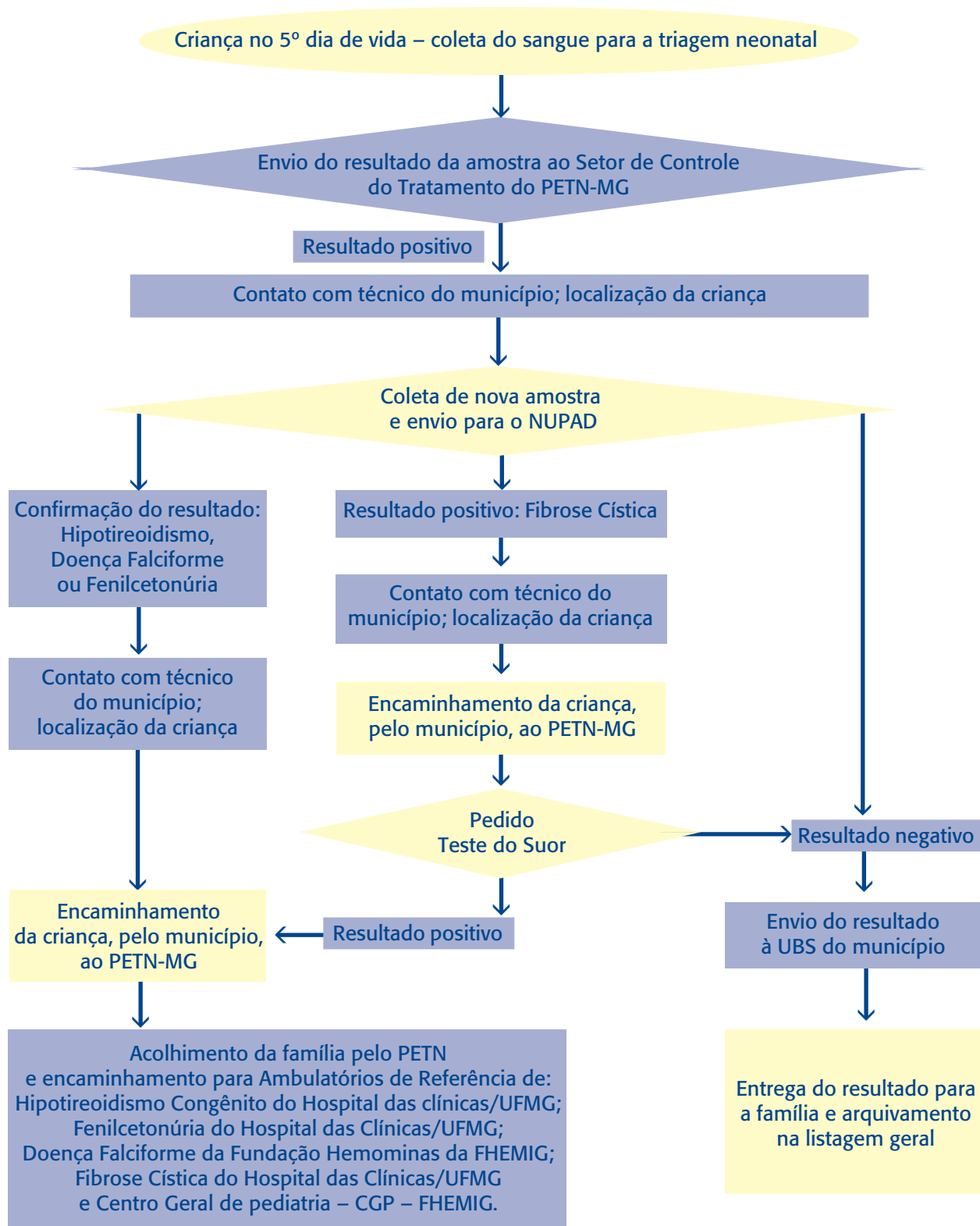
- ✓ Os pontos importantes do acompanhamento na UBS são indicados no Quadro 66.

### Quadro 66 - Pontos importantes do acompanhamento da criança com hipotireoidismo congênito

- Coletar a história, pesquisando cuidadosamente sinais e sintomas de hipotireoidismo ou hipertireoidismo que podem ser decorrentes do uso inadequado da medicação (hormônio tireoidiano);
- Monitorizar o crescimento e o desenvolvimento;
- Informar à família sobre a evolução da estatura, peso e aquisição de novas habilidades pela criança, enfatizando a importância do tratamento nessa evolução;
- Verificar e anotar a frequência cardíaca;
- Verificar a adesão ao tratamento com hormônio tireoidiano;
- Esclarecer à família sobre o diagnóstico, enfatizando-se a importância do tratamento e do acompanhamento pelo especialista;
- Encaminhar para atendimento com o especialista responsável quando for detectado sinal de hipotireoidismo ou hipertireoidismo.



## Fluxograma 18 - Triagem neonatal



Fluxo no serviço de referência em Triagem Neonatal (NUPAD)

Fluxo no Município

## 3.8 AS DOENÇAS DE TRANSMISSÃO VERTICAL

### 3.8.1 A infecção pelo HIV

No Brasil, como em todo o mundo, a transmissão vertical é a principal responsável pelos casos de infecção pelo HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) na faixa pediátrica.

Embora as vantagens para o recém-nascido (RN) do diagnóstico intra-útero da infecção pelo HIV sejam de conhecimento público, ainda é grande o número de mulheres que não se submetem ao teste durante a gravidez. Em 2002, a notificação de gestantes soropositivas em Minas Gerais foi de pouco mais de 10% do esperado pelos cálculos nacionais, o que pode trazer sérias consequências para o prognóstico dos RNs.

A taxa de transmissão vertical do HIV sem qualquer intervenção está em torno de 25%. No entanto, estudos recentes demonstraram que o uso da zidovudina (AZT) durante a gravidez, trabalho de parto, parto e no RN diminui a taxa de transmissão vertical a cerca de 1%, desde que a criança nunca tenha sido amamentada.

A equipe de saúde deve, portanto, empenhar-se em garantir um pré-natal de qualidade, com acesso aos testes laboratoriais para o diagnóstico da infecção pelo HIV e aos esquemas terapêuticos indicados, sabendo que isso pode ser decisivo para a sobrevivência do RN.

#### *O atendimento*

- ✓ Com relação à gestante (ver protocolo *Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério*), a equipe do PSF deve se responsabilizar por:
  - Orientar a gestante sobre o uso de preservativo durante e após a gravidez para prevenir a infecção pelo HIV;
  - Garantir que toda gestante realize o pré-natal e faça os testes anti-HIV na primeira consulta;
  - Repetir o exame em torno da 34ª – 36ª semanas de gestação (mesmo apresentando um teste anterior negativo) nas mulheres em situação de maior vulnerabilidade, ou seja, que apresentem alguma doença sexualmente transmissível (DST) durante a gestação, que sejam usuárias ou parceiras de usuário de drogas;
  - Encaminhar a gestante portadora de HIV ao serviço de referência em DST/Aids para que seja feita a profilaxia medicamentosa com AZT;
  - Manter o acompanhamento dessas gestantes para apoiá-las diante do problema, garantir a adesão ao tratamento e orientar medidas preventivas para outras DSTs;
  - Assegurar que o parto aconteça em maternidades que estejam preparadas para administrar o AZT à mãe e ao RN, ou seja, que sejam cadastradas pelo Ministério da Saúde para receber os insumos (teste rápido, inibidor de lactação, fórmula infantil, drogas) e que tenham recursos humanos capacitados;
  - Orientar a mãe infectada a não amamentar seu filho, como alimentá-lo adequadamente e sobre as medidas para inibição da lactação que poderão ser necessárias;
  - Abordar a mulher com isenção de julgamentos;
  - Evitar atitudes coercitivas (não impor decisões);

- Utilizar linguagem simples e clara para garantir a compreensão das informações;
- Garantir e informar a confidencialidade/sigilo das informações compartilhadas.
- ✓ A criança filha de mãe HIV+ deverá ser abordada como as do Grupo II para situações de risco (ver capítulo “As Diretrizes para o Atendimento”), ou seja, necessitará ser acompanhada pelo serviço de referência em DST/Aids, pelo menos até que seja descartado definitivamente o diagnóstico de infecção pelo HIV, com a co-participação dos profissionais da UBS.
- ✓ O acompanhamento pela equipe de saúde da família deverá seguir as mesmas orientações para as demais crianças, com os seguintes objetivos específicos:
  - Verificar as condutas e as prescrições recebidas na maternidade;
  - Verificar se estão assegurados o fornecimento da medicação anti-retroviral, da fórmula láctea, e o acompanhamento em serviço de referência em DST/Aids;
  - Reforçar as orientações sobre a contra-indicação do aleitamento materno e as medidas de inibição da lactação (ver protocolo *Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério*, p. 45);
  - Reforçar as orientações sobre a alimentação do RN;
  - Monitorar a realização de exames solicitados;
  - Monitorar o uso de medicamentos específicos e a aplicação das vacinas especiais;
  - Garantir a assistência imediata em caso de intercorrências.
- ✓ Cabe ainda à equipe:
  - Promover ações de prevenção da infecção pelo HIV na comunidade;
  - Promover ações educativas e de apoio aos familiares;
  - Acompanhar e investigar, se necessário, o parceiro e outros filhos da mãe soropositiva para o HIV, com ou sem sintomas compatíveis com imunodeficiência;
  - Fazer a notificação dos casos à vigilância epidemiológica. Todo caso novo de criança exposta ao HIV ou criança HIV positivo por transmissão vertical deve ser notificado no primeiro atendimento, utilizando o formulário do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação), ainda que supostamente já tenha sido notificado pelo hospital ou maternidade ou médico que acompanhou esse RN.

### *Acompanhamento da criança exposta ao HIV no primeiro ano de vida*

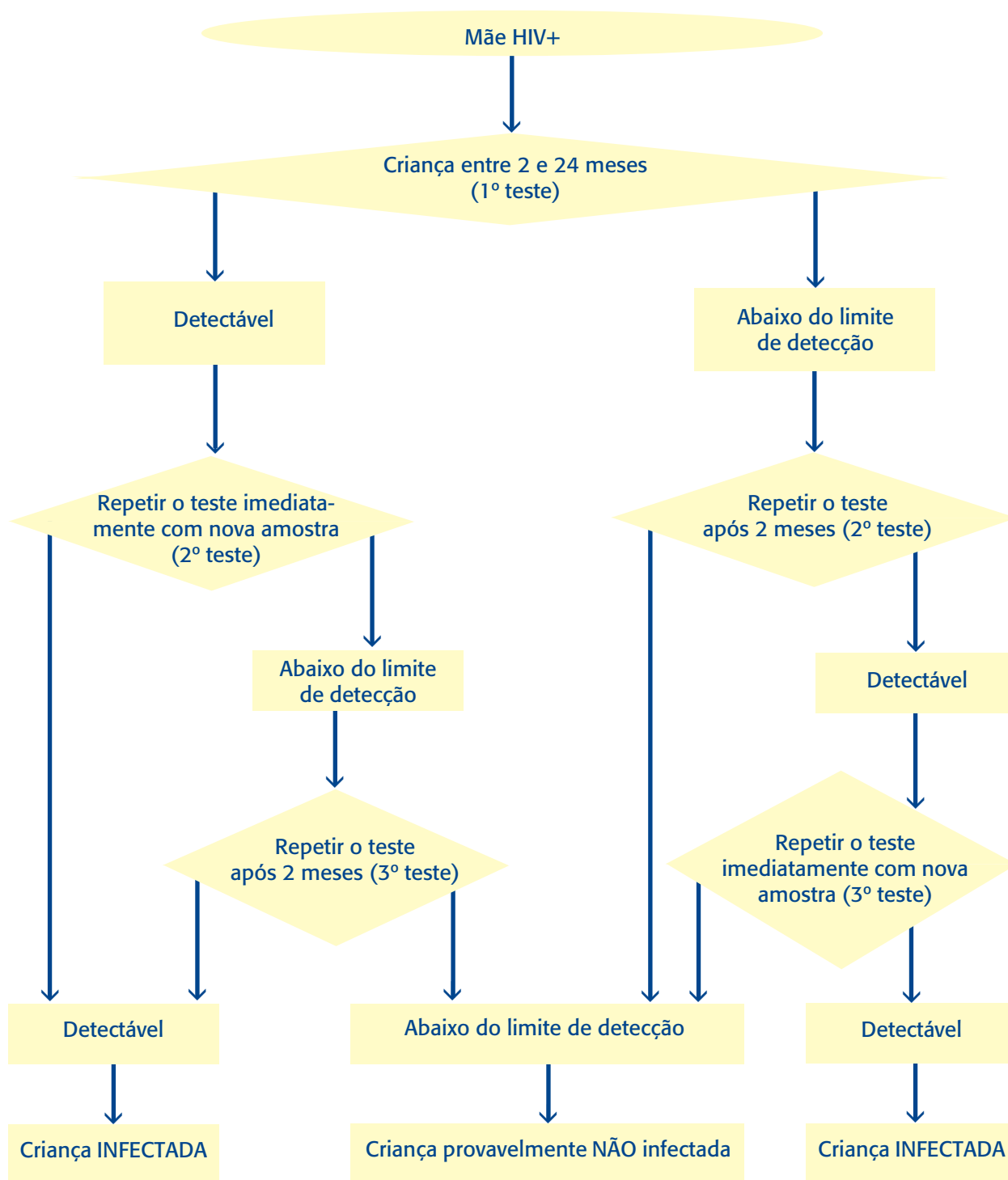
#### **Quimioprofilaxia:**

- ✓ Não existe evidência de benefício para o RN quando o AZT é iniciado após 48 horas de vida.
- ✓ Mães que receberam pelo menos 3 horas de AZT intravenoso (IV) durante o trabalho de parto e parto, até a ligadura do cordão umbilical: a criança deverá receber o AZT solução oral, preferencialmente até a 8ª hora de vida, na dose de 2 mg/kg a cada 6 horas, durante 6 semanas (42 dias).
- ✓ Mães que não receberam AZT no trabalho de parto e parto ou não completaram infusão de 3 horas: a criança deverá receber o AZT imediatamente após o parto, preferencialmente nas 2 primeiras horas, como no esquema anterior.
- ✓ Crianças com menos de 34 semanas de gestação: a dose sugerida é de 1,5 mg/kg, via oral (VO) ou IV, a cada 12 horas nas duas primeiras semanas e 2 mg/kg a cada 8 horas por mais 4 semanas.

## Diagnóstico da infecção:

- ✓ A investigação da transmissão do HIV durante a gravidez, parto ou amamentação (Fluxograma 19) será de responsabilidade do serviço de referência em DST/Aids. No entanto, a equipe de saúde deverá conhecer o protocolo para apoiar e estimular a adesão da família.
- ✓ Considera-se infectada a criança que apresentar:
  - Resultado positivo em duas amostras testadas, sendo uma após o 4º mês de vida, por um dos seguintes métodos: cultivo de vírus, quantificação de RNA viral plasmático, detecção de DNA pró-viral. O teste de antigenemia p24 após dissociação ácida de imunocomplexos só poderá ser utilizado como critério diagnóstico quando associado a um outro método citado. Esses testes deverão ser realizados após 2 meses de vida;
  - Após os 18 meses de vida, 2 testes sorológicos (anticorpos anti-HIV) de triagem com princípios diferentes e um teste confirmatório positivos, conforme protocolo do Ministério da Saúde ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)).
- ✓ A criança provavelmente não estará infectada quando:
  - Tiver resultado abaixo do limite de detecção para RNA ou DNA viral (carga viral), em duas amostras, sendo uma delas após o 4º mês de vida;
  - Tiver 18 meses ou mais de idade com um teste sorológico negativo;
  - For maior de 6 meses, assintomática, não tiver sido amamentada e tiver duas sorologias negativas, realizadas com intervalo de 2 meses.
- ✓ Entre 18 e 24 meses de idade, essas crianças deverão realizar testes para detecção de anticorpos anti-HIV para se estabelecer o diagnóstico definitivo, conforme Portaria nº 59/03/MS.
  - O resultado negativo de 1 imunoensaio afasta a infecção pelo HIV;
  - O acompanhamento clínico deverá ser mantido até se obter esse resultado.

**Fluxograma 19 - Investigação da infecção pelo HIV  
em crianças nascidas de mãe HIV+,  
pelos testes de quantificação de RNA (carga viral)**



A amamentação, em qualquer período, é considerada uma nova exposição ao HIV, e a criança deverá ser novamente testada, de acordo com o protocolo adequado para a idade.

### Aspectos especiais do acompanhamento:

- ✓ As crianças infectadas podem apresentar **difficuldade de ganho de peso** desde os primeiros meses de vida. Nesse caso, é importante o acompanhamento mais atencioso pela equipe de saúde, oferecendo suporte nutricional e estabelecendo contato com o serviço de referência para discutir mudanças na abordagem terapêutica.
- ✓ A fórmula láctea deverá ser fornecida pelo poder público por, pelo menos, 6 meses de vida. Devido à suspensão do aleitamento materno, essas crianças deverão receber suplementação de ferro, a partir do primeiro mês de vida, em dose profilática (ver capítulo “A Criança com Anemia”).
- ✓ A criança em uso do AZT deverá realizar hemograma ao se iniciar o tratamento e depois com 6 e 12 semanas de vida. Pode ocorrer **anemia**, atingindo níveis de hemoglobina inferiores a 10 g/dl. É um efeito colateral da droga, que não indica a suspensão do AZT e que geralmente se resolve após o término da profilaxia. Caso persista na avaliação de 12 semanas e seja microcítica e hipocrômica, considerar a necessidade de aumentar a dose de ferro para nível terapêutico.
- ✓ A **pneumonia** por *Pneumocystis carinii* é a mais freqüente infecção oportunista em crianças com AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), sendo a faixa de maior risco aquela compreendida entre 3 e 6 meses de idade. Pode se manifestar de maneira rápida e levar ao óbito, o que justifica a instituição de profilaxia primária a partir de 6 semanas de vida com sulfametoxazol+trimetoprim (ver Quadro 68 para doses) em todos os filhos de mães HIV+. Após o 4º mês de vida, a profilaxia da pneumocistose poderá ser suspensa se o diagnóstico da infecção pelo HIV tiver sido descartado. Caso contrário, manter a profilaxia até a criança completar 1 ano de vida.
- ✓ Durante o acompanhamento, as crianças filhas de mães soropositivas para o HIV deverão receber todas as **vacinas** do calendário oficial (ver capítulo “A Vacinação”), considerando as diferenças descritas no Quadro 67.
- ✓ As vacinas contra tuberculose e hepatite B deverão ser administradas ainda na maternidade, devido ao maior risco de co-infecção por esses agentes entre os familiares da criança.
- ✓ As vacinas não-disponíveis nas UBS serão aplicadas nos Centros de Imunobiológicos Especiais (CIE).

### Quadro 67 - Considerações sobre a vacinação de crianças filhas de mães HIV+

VACINA	IDADE DE INÍCIO	NÚMERO DE DOSES	INTERVALOS	REFORÇOS
BCG ID <sup>(1)</sup>	Ao nascer	1 dose		
Hepatite B	Ao nascer	3 doses	30 e 180 dias	
Poliovírus: preferir a vacina inativada (Salk)	2 meses	2 doses	2 meses	15 meses e 5 anos
Difteria, Tétano e Coqueluche: Preferir DTaP – tríplice acelular	2 meses	3 doses	2 meses	15 meses e 5 anos
Pneumococo <sup>(2)</sup>	2 meses	3 doses	2 meses	1 reforço após completar um ano
Meningococo C <sup>(2)</sup>	2 meses	3 doses	2 meses	
Influenza	6 meses	2 doses	30 dias	anual
Febre Amarela <sup>(3)</sup>	12 meses			
Sarampo, Caxumba e Rubéola (tríplice viral) <sup>(3)</sup>	12 meses			
Varicela <sup>(3)</sup>	12 meses	2 doses	3 meses	
Hepatite A	12 meses	2 doses	6 a 12 meses	

(1) Aplicar nas crianças assintomáticas.

(2) Recomenda-se a vacina conjugada.

(3) Avaliar situação imunológica e clínica da criança e a situação epidemiológica da doença.

### Quadro 68 - Medicamentos utilizados no acompanhamento ambulatorial da criança filha de mãe HIV+

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	DURAÇÃO
Zidovudina (AZT)	10 mg/ml	2 mg/kg/dia, VO, 6/6 horas	Das primeiras 8 horas de vida até 42 dias de vida
Sulfametoxazol + trimetoprim	Suspensão pediátrica: 200 mg de sulfametoxazol + 40 mg de trimetoprim por 5 ml	750 mg de sulfametoxazol/ m <sup>2</sup> /dia* 12/12 horas 3x/semana (dias consecutivos ou alternados)	A partir da 6ª semana de vida até 1 ano ou até que a infecção pelo HIV seja descartada
Sulfato ferroso	25 mg/ml	1 a 2 mg/kg/dia	De 1 a 24 meses de vida

\*Cálculo da superfície corporal:

$$m^2 = \frac{(\text{peso (kg)} \times 4) + 7}{\text{peso (kg)} + 90}$$

### 3.8.2 A toxoplasmose congênita

A toxoplasmose é a parasitose causada pelo *Toxoplasma gondii* e se apresenta nas formas adquirida e congênita. Na toxoplasmose adquirida, a infecção assintomática (subclínica) ocorre em aproximadamente 70% dos casos, mas, em indivíduos imunodeficientes, pode se manifestar como doença grave e rapidamente evolutiva. A infecção da gestante assume importância especial, dado o risco de infecção e desenvolvimento de seqüelas na criança – **forma congênita**.



A infecção fetal pelo *T. gondii* pode provocar abortamento, retardo do crescimento intra-uterino, morte fetal, prematuridade e a síndrome da toxoplasmose congênita - retardo mental, calcificações cerebrais, microcefalia, hidrocefalia, retinocoroidite e hepatoesplenomegalia.

Quanto mais precoce a idade gestacional em que a priminfecção acontece, mais grave será o acometimento fetal. Entretanto, o risco de transmissão para o feto é maior nas idades gestacionais mais avançadas.

Como a infecção pelo *T. gondii* é, na maioria das vezes, assintomática, a identificação dos fetos em risco se faz pelo rastreamento sorológico materno. Para os serviços que disponibilizarem o rastreamento sorológico na gravidez, é imprescindível a garantia da medicação para a gestante, bem como o encaminhamento para serviços de referência em que possam ser realizados a pesquisa da infecção fetal e o acompanhamento dos fetos infectados.

### Diagnóstico

---

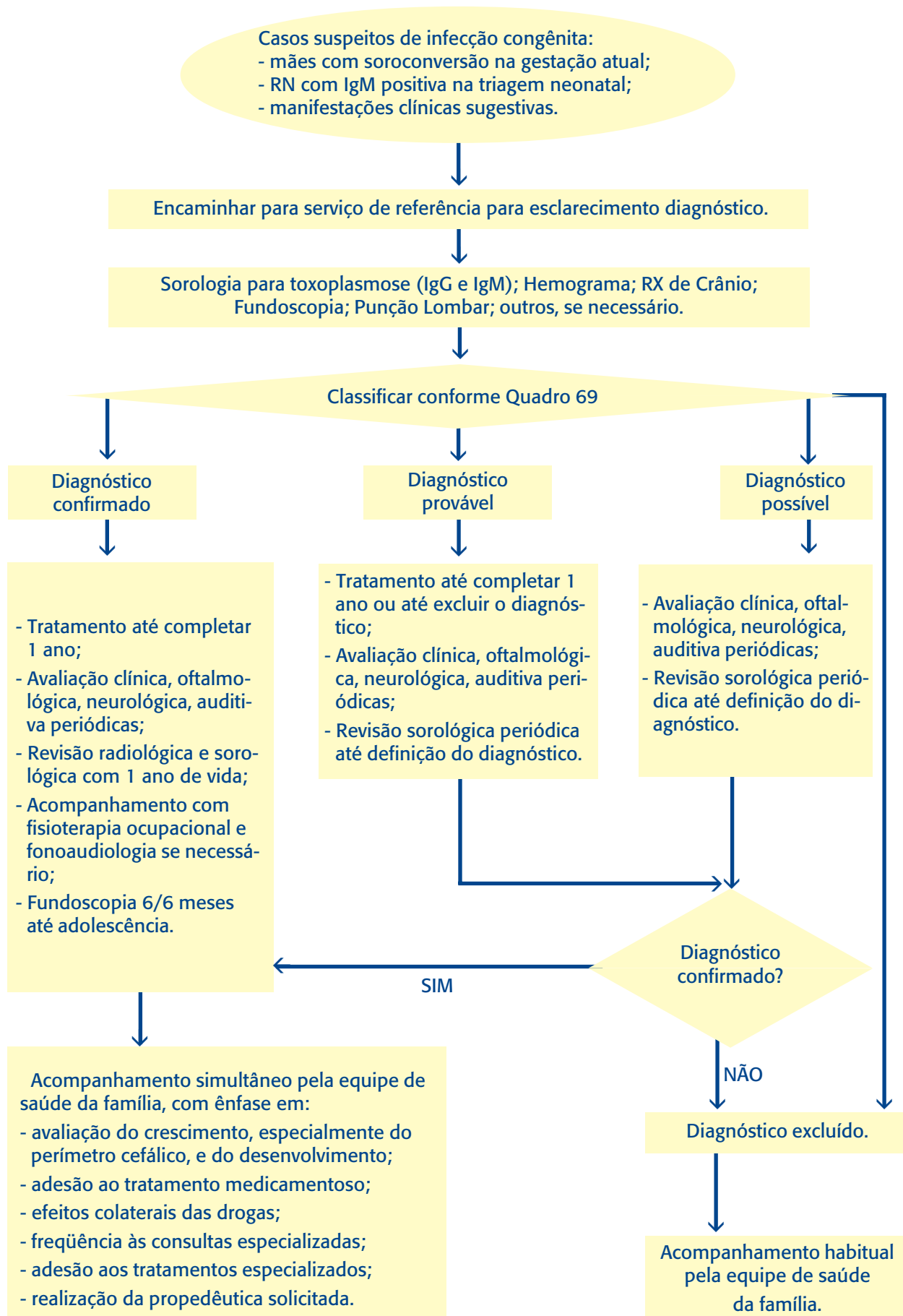
- ✓ Estima-se que, em Minas Gerais, para cada 1.000 nascidos vivos, uma criança apresente toxoplasmose congênita. Entre as infectadas, apenas 20 a 30% têm evidência de doença ao nascimento.
- ✓ No recém-nascido, a apresentação clínica pode ser extremamente variável, fazendo parte do diagnóstico diferencial das infecções congênitas do grupo TORCHES (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovirose, Herpes simples, Sífilis). A criança pode nascer assintomática, pode apresentar manifestações nos primeiros meses de vida, ou, ainda, a doença pode ser detectada apenas quando as seqüelas forem identificadas na infância ou adolescência.
- ✓ O reconhecimento da infecção subclínica é difícil, e o estudo minucioso da gestante poderá propiciar o diagnóstico desses casos, que apresentam bom prognóstico quando tratados precocemente e por tempo prolongado (um ano).
- ✓ Na forma clássica da doença congênita, podem ocorrer várias manifestações clínicas, isoladas ou associadas:
  - Lesão ocular (retinocoroidite);
  - Hidrocefalia ou microcefalia;
  - Retardo neuropsicomotor;
  - Calcificações intracranianas;
  - Convulsões;
  - Febre ou hipotermia;
  - Hepatoesplenomegalia;
  - Icterícia;
  - Anemia.
- ✓ Quando a doença é clinicamente reconhecível ao nascimento, geralmente o quadro é grave, estando presentes sinais de lesão do sistema nervoso central (SNC). Mesmo quando tratados adequadamente, esses recém-nascidos raramente se recuperam sem seqüelas.
- ✓ Quanto mais leves forem as alterações, mais tardiamente se manifestarão, podendo ser detectadas no início da vida escolar (dificuldade de aprendizagem escolar, retardo neuropsíquico) ou mesmo na vida adulta (retinocoroidites).
- ✓ O diagnóstico da toxoplasmose congênita baseia-se em dados clínicos e laboratoriais. O Quadro 69 ilustra as situações clínicas possíveis de serem encontradas e sua interpretação. O Fluxograma 20 apresenta a abordagem dos casos suspeitos de toxoplasmose congênita em relação a cada uma dessas situações.

**Quadro 69 - Principais situações clínicas possíveis no diagnóstico da toxoplasmose congênita**

ACHADOS CLÍNICOS / LABORATORIAIS	SITUAÇÃO 1	SITUAÇÃO 2	SITUAÇÃO 3	SITUAÇÃO 4	SITUAÇÃO 5	SITUAÇÃO 6	SITUAÇÃO 7	SITUAÇÃO 8	SITUAÇÃO 9
Sinais/sintomas presentes <sup>(1)</sup>	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não
Infecção materna na gestação	Sim/ desconhecido	Sim	Sim/ desconhecido	Sim	Sim	Sim	Desconhecido	Desconhecido	Sim/ desconhecido
IgG positiva	Sim	Sim, com título $\geq 4 \times o$ materno ou em ascensão	Sim	Sim, com título $\geq 4 \times o$ materno ou em ascensão	Sim, com título igual ou inferior ao materno	Sim, com título igual ou inferior ao materno	Desconhecido	Sim, com título $\geq 4 \times o$ materno ou em ascensão	Não
IgM positiva (ou IgA) (após 5º dia de vida)	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Desconhecido	Não	Não
Interpretação	Diagnóstico confirmado			Diagnóstico provável			Diagnóstico possível		Diagnóstico excluído

(1) Achados clínicos, calcificações cranianas, retinocoroidite, hiperproteínorraquia ( $\geq 1$  g/dl)

## Fluxograma 20 - Aborgagem da criança com suspeita de toxoplasmose congênita



## O atendimento

---

- ✓ A equipe de saúde da família deverá se responsabilizar por:
  - Garantir o acesso e a qualidade do pré-natal para todas as gestantes de sua área de abrangência;
  - Orientar todas as gestantes para evitar o contato com felinos, a ingestão de carnes cruas e o manuseio de terra. Quando não for possível afastar a gestante dessas situações, orientá-la a usar luvas de borracha;
  - Investigar se a gestante tem história de IgG positiva para toxoplasmose antes da concepção; nesse caso, o risco de acometimento fetal é desprezível, não sendo necessário solicitar exames sorológicos, exceto se a gestante for imunodeprimida;
  - Solicitar a sorologia (IgG e IgM) para toxoplasmose para todas as gestantes sem informação prévia na primeira consulta do pré-natal;
  - Identificar o perfil sorológico para toxoplasmose da gestante e tomar as devidas providências (ver protocolo *Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério*, p. 38);
  - Acompanhar laboratorialmente as gestantes susceptíveis (IgG e IgM negativos);
  - Iniciar o uso de espiramicina para a gestante, quando indicado;
  - Encaminhar as gestantes com IgM positiva e/ou com títulos de IgG em ascensão (infecção aguda ou recente) para serviço de referência para pesquisa de infecção fetal;
  - Realizar hemograma mensalmente nas gestantes em tratamento para prevenção da infecção fetal.
- ✓ Todos os esforços deverão ser feitos no sentido de identificar e tratar precocemente as gestantes em situação de risco para infecção fetal pelo *T. gondii*.
- ✓ Assegurar o encaminhamento para o serviço de referência dos RNs ou lactentes jovens nas seguintes condições, considerados suspeitos de infecção congênita:
  - Aqueles cujas mães tenham relato de viragem sorológica naquela gestação (triagem pré-natal), sintomáticos ou não;
  - Aqueles que apresentem triagem neonatal positiva para IgM, sintomáticos ou não;
  - Aqueles com manifestações clínicas sugestivas de infecção pelo *T. gondii*, com ou sem informações sobre sorologia materna no pré-natal.
- ✓ A confirmação diagnóstica (Quadro 69) será realizada no serviço de referência, que deverá assumir a abordagem terapêutica e propedêutica dos casos.
- ✓ As crianças com infecção suspeita ou confirmada deverão ser acompanhadas como aquelas do Grupo de Risco II (ver capítulo “As Diretrizes para o Atendimento”), ou seja, pelo especialista do serviço de referência, com a co-participação da equipe de saúde da UBS.
- ✓ No acompanhamento no primeiro ano de vida, deverá ser realizado o atendimento de puericultura (ver capítulo “O Acompanhamento da Criança”), com especial atenção para os seguintes aspectos:
  - Crescimento do perímetro cefálico;
  - Desenvolvimento neuropsicomotor;
  - Adesão ao tratamento medicamentoso (Quadro 70);
  - Efeitos colaterais das drogas (Quadro 71);
  - Frequência às consultas especializadas (infetologia, oftalmologia, neurologia etc.);
  - Adesão aos tratamentos especializados como a fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia;
  - Realização da propedêutica solicitada (sorologias, radiografias etc.).

✓ O Quadro 70 apresenta o esquema de tratamento da toxoplasmose congênita.

### Quadro 70 - Tratamento da toxoplasmose congênita

FORMAS	ESQUEMA DE TRATAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	DURAÇÃO
Toxoplasmose congênita clínica ou subclínica	Pirimetamina	Comp. 25 mg	1 mg/kg/dia, via oral, uma vez ao dia, durante 6 meses, seguido da mesma dosagem três vezes por semana até 1 ano.	12 meses
	Sulfadiazina	Comp. 500 mg	100 mg/kg/dia em duas doses por um ano.	
	Ácido folínico	Comp. 15 mg	5 - 10 mg, 3 vezes/semana.	
Toxoplasmose congênita com evidência de inflamação <sup>(1)</sup>	Pirimetamina	Comp. 25 mg	1 mg/kg/dia, via oral, uma vez ao dia, durante 6 meses, seguido da mesma dosagem três vezes por semana até 1 ano.	12 meses
	Sulfadiazina	Comp. 500 mg	100 mg/kg/dia, em duas doses, por um ano.	
	Ácido folínico	Comp. 15 mg	5 - 10 mg, 3 vezes/semana.	
	Prednisona ou Prednisolona	Comp. 5 mg e 20 mg ou sol. oral 1 mg/ml e 3 mg/ml	1 mg/kg/dia em duas doses diárias. Quando cessar a indicação, interromper o corticóide lentamente (em aproximadamente 3 semanas), mantendo a medicação específica.	Varia conforme evolução da inflamação

(1) Retinocoroidite em atividade, hiperproteinorraquia ( $\geq 1$ g/dl)

Adaptado de Remington JS, McLeod R, Thulliez P, Desmonts G. Toxoplasmosis. In: REMINGTON J. S., KLEIN J. O. *Infectious Diseases of the fetus and Newborn Infant*. 5.ed. WB Saunders, 2001, p.205-346.

### Quadro 71 - Efeitos colaterais das drogas utilizadas no tratamento da toxoplasmose congênita e como acompanhá-los

DROGA	EXAMES COMPLEMENTARES	EFEITOS COLATERAIS	ABORDAGEM
Sulfadiazina	Hemograma Contagem de plaquetas Exame qualitativo de urina.	Reações de hipersensibilidade, erupções, intolerância gastrointestinal, agranulocitose e cristalúria.	Reações de hipersensibilidade: suspender a droga. Cristalúria: aumentar a ingestão de líquidos.
Pirimetamina		Neutropenia, leucopenia, anemia, trombocitopenia, intolerância gastrointestinal e teratogênese (deve ser evitada no 1º trimestre da gestação).	Neutropenia $< 1.000/\text{mm}^3$ : aumentar a dose de ácido folínico para 10 - 20 mg diariamente. Neutropenia $< 500/\text{mm}^3$ : interromper o uso da pirimetamina e manter o ácido folínico. Após normalização do quadro: reintroduzir a pirimetamina. Na recorrência da neutropenia: suspender definitivamente a pirimetamina.

### 3.8.3 A sífilis congênita

A sífilis congênita é o resultado da transmissão placentária do *Treponema pallidum* da gestante para seu filho. A infecção do feto pode ocorrer em qualquer momento da gestação, sendo maior o risco em mulheres com as formas primária e secundária da sífilis, período em que o risco de transmissão está acima de 95%.

Quando sem tratamento, a sífilis materna pode acarretar abortamento, natimortalidade, prematuridade, sífilis congênita sintomática ao nascimento ou com manifestações tardias.

A sífilis congênita pode manifestar-se sob as formas precoce e tardia (Quadro 72). Na precoce, os sinais e sintomas podem surgir até os 2 anos de idade e, na forma tardia, após essa idade.

#### Quadro 72 - Manifestações clínicas das formas precoce e tardia da sífilis congênita

FORMA PRECOCE	FORMA TARDIA
<ul style="list-style-type: none"><li>• Baixo peso</li><li>• Coriza serossanguinolenta</li><li>• Obstrução nasal</li><li>• Prematuridade</li><li>• Osteocondrite</li><li>• Choro ao manuseio</li><li>• Pênfigo palmo-plantar</li><li>• Fissura peribucal</li><li>• Hepatoesplenomegalia</li><li>• Alterações respiratórias/pneumonia Alba</li><li>• Icterícia</li><li>• Anemia grave</li><li>• Hidropsia</li><li>• Pseudoparalisia de membros</li><li>• Condiloma plano</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tíbia em “lâmina de sabre”</li><li>• Fronte olímpica</li><li>• Nariz em sela</li><li>• Dentes incisivos superiores malformados</li><li>• Mandíbula curta</li><li>• Arco palatino elevado</li><li>• Ceratite intersticial</li><li>• Surdez neurológica</li><li>• Dificuldade de aprendizagem</li></ul>

No Brasil, a prevalência de sífilis na gestação é de cerca de 2%. Dessas gestações, cerca de 40% irão evoluir com morte fetal, o que demonstra a importância da realização da sorologia para sífilis no primeiro e no terceiro trimestre da gravidez e do tratamento das mulheres infectadas e seus parceiros para reduzir a prevalência da forma congênita. O **diagnóstico** da sífilis congênita baseia-se em:

- Epidemiologia materna;
- Dados clínicos do RN;
- Sorologia (VDRL e/ou FTA-abs);
- Radiografia dos ossos longos;
- Exame do líquido.

O VDRL é um teste reagínico com sensibilidade de 100% e especificidade de 98%. É um teste barato, simples, rápido, que oferece resultados quantitativos, sendo, por isso, indicado para a triagem e o acompanhamento sorológico do RN.

O FTA-abs é um teste treponêmico de elevada sensibilidade e especificidade (quase 100%), cuja indicação é a confirmação de resultados positivos de testes reagínicos positivos, quando houver necessidade. Torna-se de maior utilidade para o diagnóstico da sífilis congênita quando for possível realizar a dosagem da fração IgM, o que nem sempre é possível..

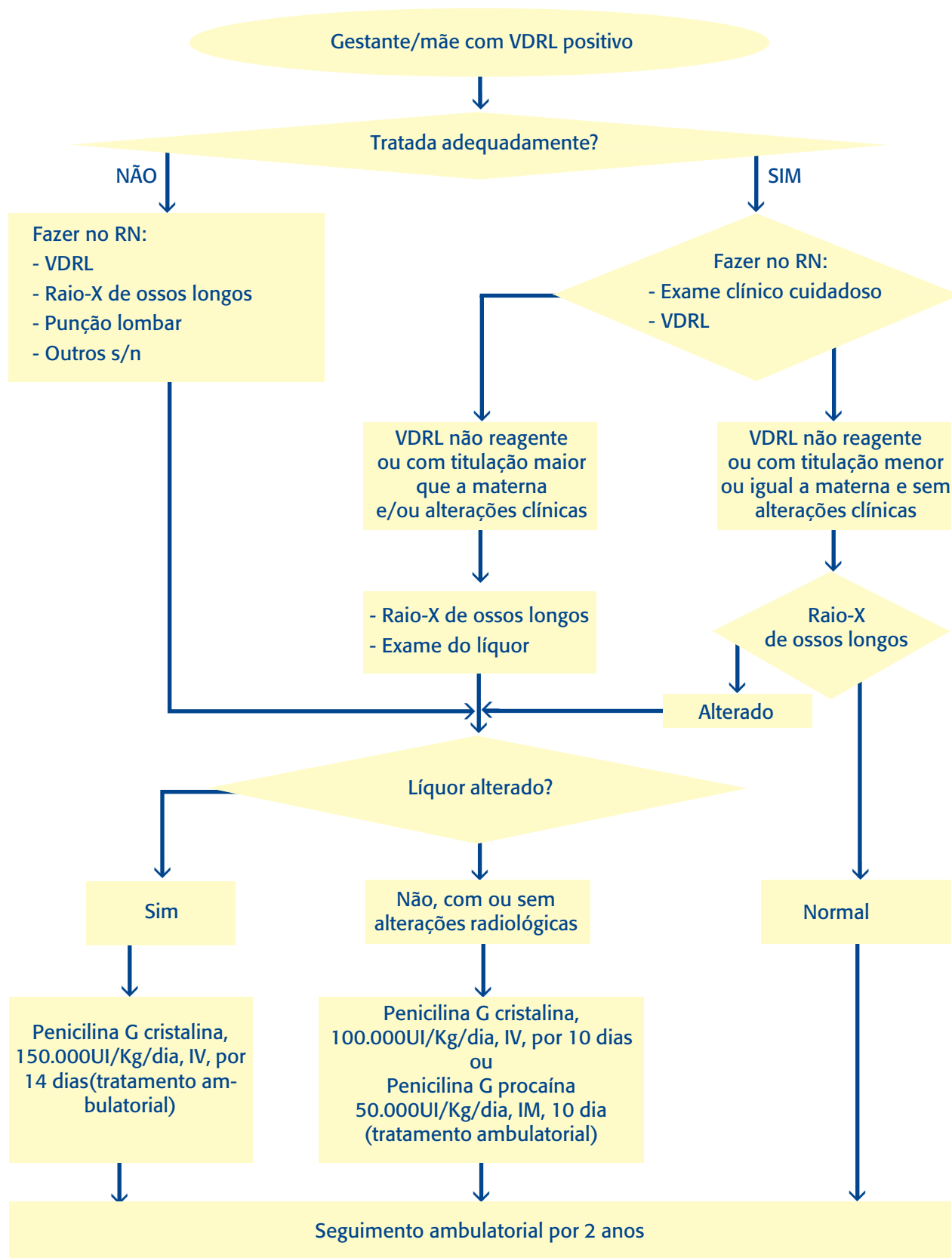
### *O atendimento*

---

- ✓ A equipe de saúde da família deve empenhar-se em:
  - Orientar a população sobre o uso de preservativos para prevenir a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST);
  - Realizar a sorologia (VDRL) em todas as gestantes no início do pré-natal e no início do terceiro trimestre da gravidez;
  - Tratar precocemente todas as mulheres e seus parceiros com sorologia positiva para sífilis (protocolo *Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério*, p. 46);
  - Registrar adequadamente os resultados de exames e os tratamentos prescritos na gravidez para possibilitar a conduta adequada com o RN na maternidade;
  - Notificar os casos diagnosticados. A notificação e a investigação dos casos detectados devem incluir os natimortos e abortos por sífilis.
- ✓ Nenhum RN deverá deixar a maternidade sem que o resultado do VDRL de sua mãe seja conhecido.
- ✓ Os RNs filhos de mães com VDRL reagente e aqueles em que houver clínica sugestiva da forma congênita deverão realizar a sorologia para sífilis ainda na maternidade, para que possam ser tratados imediatamente.
- ✓ O Fluxograma 21 mostra a abordagem do RN filho de mulher com sorologia positiva para sífilis na gravidez.
- ✓ Com o sentido de orientar as condutas a serem tomadas, a sífilis congênita pode ser classificada como confirmada ou provável.
- ✓ Considera-se **confirmada** quando houver o isolamento do *T. pallidum* em qualquer material orgânico.
- ✓ Considera-se **provável** ou presumida nas seguintes situações:
  - Criança cuja mãe não foi tratada durante a gravidez ou foi tratada inadequadamente:
    - Tratamento incompleto com penicilina;
    - Tratamento com penicilina nos 30 dias pré-parto;
    - Tratamento com outras drogas que não a penicilina;
  - Criança com FTA-abs positivo e com qualquer uma das seguintes condições:
    - Qualquer manifestação clínica de sífilis congênita;
    - Qualquer alteração radiológica de sífilis congênita;
    - VDRL positivo no líquido;
    - Líquor com pleocitose ou hiperproteínoorraquia, sem outra causa provável;
    - VDRL no sangue do cordão ou sangue periférico com títulos maiores que os da mãe;
    - VDRL positivo após os seis meses de vida;
    - Títulos de VDRL estáveis ou ascendentes nos primeiros quatro meses de vida.
- ✓ Todos os casos de sífilis congênita confirmada ou provável deverão ser tratados, de preferência ainda na maternidade. A equipe de saúde da família deverá notificar e



## Fluxograma 21 - Aborgagem na maternidade do RN filho de mulher com sorologia positiva para sífilis na gravidez



encaminhar a criança para o serviço de referência, seguindo a conduta definida pelo especialista. Todas essas crianças deverão ser acompanhadas por pelo menos 2 anos. O Fluxograma 22 mostra o seguimento ambulatorial de crianças filhas de mães com VDRL positivo na gravidez.

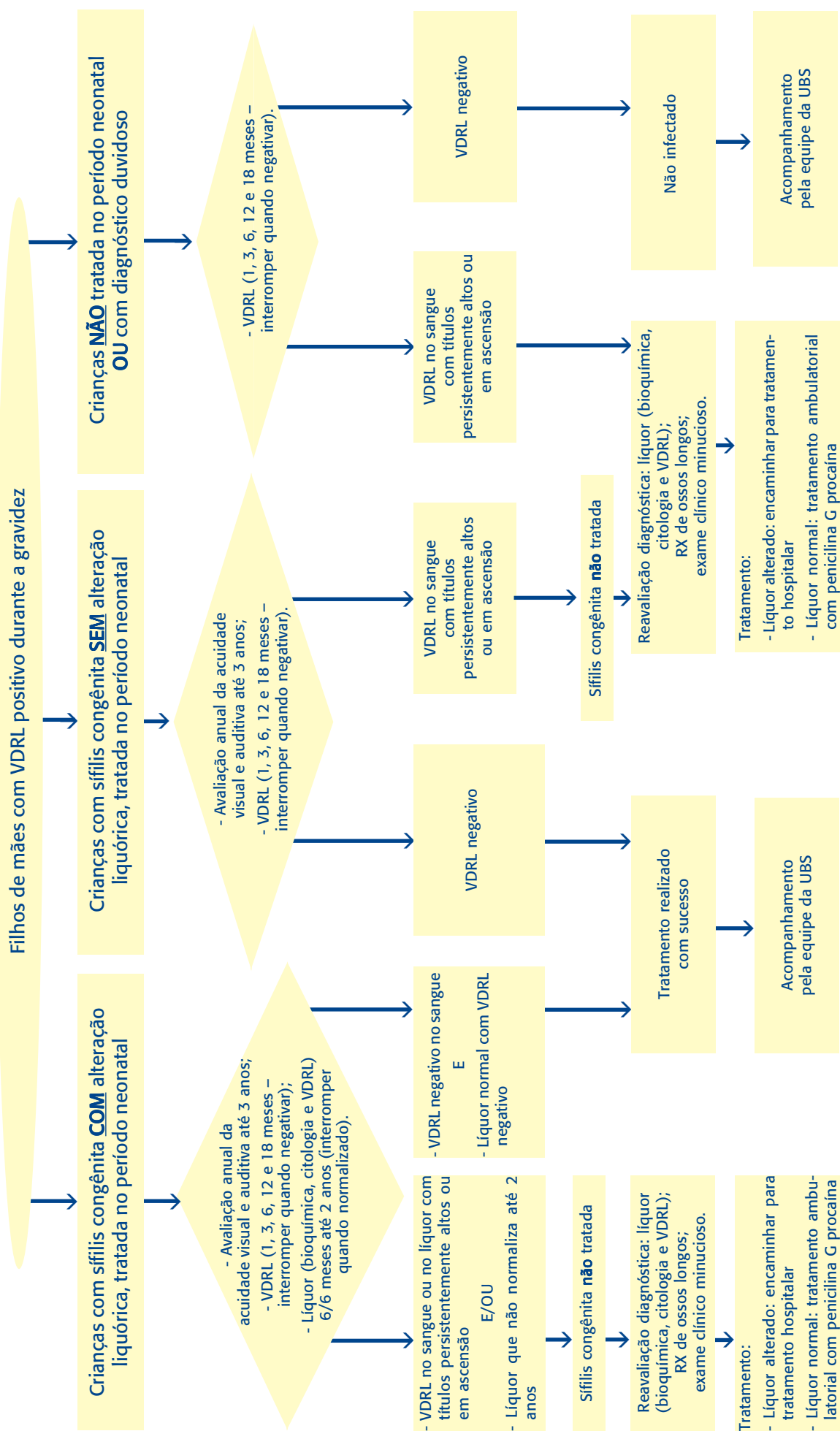
- Títulos de VDRL descendentes nos primeiros meses de vida são indicativos de bom prognóstico.
  - No entanto, a sífilis congênita somente poderá ser descartada quando o VDRL tornar-se negativo no sangue e no líquido (quando for o caso).
  - Em algumas situações, poderá ser necessária a realização do FTA-abs IgG para maior certeza diagnóstica. É o caso, por exemplo, em que não é possível obter uma história materna precisa ou em pacientes que são identificados após o período neonatal.
- ✓ Será de responsabilidade da equipe:
- O acompanhamento do crescimento/desenvolvimento;
  - As vacinações;
  - O acompanhamento do atendimento no serviço de referência;
  - O atendimento das intercorrências clínicas.

### *Tratamento*

---

- ✓ Antes de tudo, fazer uma avaliação correta sobre a possibilidade de tratamento ambulatorial da sífilis congênita: se ele não for possível, proceder logo ao tratamento hospitalar.
- ✓ Quando estiver indicado o tratamento ambulatorial (Fluxograma 22), este deverá ser realizado assim:
  - Penicilina G procaína, 50.000 UI/kg/dia, intramuscular, dose única diária, por 10 dias.
- ✓ Quando houver alterações líquóricas:
  - RN com **menos** de 1 semana de vida:
    - Penicilina G Cristalina, na dose de 150.000 UI/Kg/dia, IV, 2 vezes por dia, por 14 dias;
  - RN com **mais** de 1 semana de vida:
    - Penicilina G Cristalina, na dose de 150.000 UI/Kg/dia, IV, 3 vezes por dia, por 14 dias.
- ✓ Na impossibilidade de realizar a análise líquórica, tratar o caso como neurosífilis.

## Fluxograma 22 - Seguimento ambulatorial de filhos de mães soropositivas para sífilis na gravidez





## **IV. A organização da assistência<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Os capítulos Organização da Assistência e Sistema de Informação são de autoria dos técnicos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.



## 4.1 A COMPETÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE

- ✓ 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.
- ✓ O acompanhamento da criança deve prever ações para **todos os seus ciclos de vida**: recém-nascido, primeiro ano de vida, pré-escolar e escolar.
- ✓ 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.
- ✓ 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.

## **Atribuições dos profissionais de saúde no acompanhamento da criança**

<b>ATRIBUIÇÕES</b>	<b>PROFISSIONAIS</b>
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 do 5º dia	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
19. Prescrever medicamentos	19. Médico
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
23. Encaminhar para o serviço de urgência	23. Médico, enfermeiro, 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



## 4.2 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 as Ações do 5º dia.

### *Ações do 5º dia*

---

- ✓ 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 ações do 5º dia, 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.

## **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 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.

## **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.
- ✓ Pesar, 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.

### *Atendimento da criança com tuberculose*

---

- ✓ Identificar os sintomáticos respiratórios (indivíduos com tosse por três semanas ou mais).
- ✓ Solicitar baciloscopia e radiografia de tórax quando indicado.
- ✓ Oferecer teste anti-HIV aos pacientes com TB.
- ✓ Acompanhar o tratamento.
- ✓ Iniciar quimioprofilaxia quando indicado.
- ✓ Encaminhar para unidade de referência quando indicado.
- ✓ Notificar o caso confirmado.
- ✓ Identificar efeitos colaterais das medicações.
- ✓ Convocar os comunicantes para consulta.
- ✓ Orientar quanto à coleta do escarro.
- ✓ Identificar amostra de escarro e enviar ao laboratório.
- ✓ Fazer teste tuberculínico (PPD).
- ✓ Dispensar os medicamentos para o doente, orientando sobre o uso.
- ✓ Atividades de educação para a saúde.
- ✓ Fazer visita domiciliar quando necessário.
- ✓ Preencher livro de registros e acompanhamento dos casos de TB na UBS.
- ✓ Supervisionar a tomada diária das medicações quando indicado.
- ✓ Identificar e convocar doente faltoso e/ou abandono.
- ✓ Busca ativa dos faltosos.
- ✓ Verificar Cartão da Criança quanto à BCG.
- ✓ Verificar cicatriz de BCG.
- ✓ Aplicar vacina BCG, se necessário.
- ✓ Manter ficha do Sistema de Informação da Atenção Básica (ficha B-TB) atualizada.

### *Atendimento da criança com triagem neonatal positiva*

---

- ✓ Realizar a coleta de sangue para a triagem neonatal no 5º dia de vida.
- ✓ Orientação sobre o resultado do teste.
- ✓ Encaminhamento das crianças com triagem positiva aos serviços de referência.
- ✓ Acompanhamento conjunto das crianças com diagnóstico confirmado.

### *Atendimento da criança com doenças de transmissão vertical*

---

- ✓ Realizar adequadamente o pré-natal de toda gestante da área de abrangência.
- ✓ Identificar as gestantes com fatores de risco para HIV, toxoplasmose e sífilis.
- ✓ Tratar todas as gestantes com exames positivos, desde o pré-natal até o parto.
- ✓ Realizar os exames do recém-nascido logo após o nascimento.
- ✓ Acompanhar a criança com diagnóstico confirmado até o término do tratamento.
- ✓ Notificar o caso corretamente.
- ✓ Acompanhar a criança com suspeita da doença até exclusão do diagnóstico.
- ✓ Orientar adequadamente os familiares.

### *Calendário de acompanhamento das crianças*

---

- ✓ Realizar visita domiciliar nas primeiras 24 horas após a alta.
- ✓ Realizar as Ações do 5º Dia.
- ✓ 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 freqüentes 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 do PACS/PSF.
- ✓ Promover oportunidades de capacitação da equipe de PSF, 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 do PSF com relação à qualidade de vida e saúde da população adscrita.

## **4.3 A ORGANIZAÇÃO DA REDE INTEGRADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

- ✓ A equipe de saúde tem a responsabilidade sobre o seguimento da criança, garantindo o seu acesso aos demais pontos de atenção.

- ✓ Deverá identificar a rede mínima de serviços de saúde necessários ao atendimento da criança:
  - **CERSEC – Centro de Referência na Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva e à Criança de Risco:** identificar o serviço mais próximo, dentro da rede assistencial da microrregião.
  - **Ambulatório de especialidade:** identificar o serviço mais próximo, dentro da rede assistencial da microrregião.
  - **Unidades de urgência:** identificar o serviço mais próximo, dentro da rede assistencial da microrregião.
  - **Unidade de Internação Pediátrica:** identificar o serviço mais próximo, dentro da rede assistencial da microrregião.
  - **NUPAD – Núcleo de Pesquisa e Apoio Diagnóstico:**  
 Av. Alfredo Balena, 190 – 7º andar – Santa Efigênia – Belo Horizonte  
 Tel: (0xx31) 3273.9608 – Fax: (0xx31) 3213 4767  
 E-mail: nupad@medicina.ufmg.br  
 Centro de Coleta: (0xx31) 3273 9608 – Ramal 204
  - **Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais:**  
 Rua Rio Grande do Norte, 613 – 2º andar – Funcionários – Belo Horizonte  
 Tel: (0xx31) 3214 1357  
 E-mail: imunizacao@saude.mg.gov.br
  - **Hemocentros:** identificar a unidade mais próxima, dentro da rede da Fundação Hemominas. Hemocentro de Belo Horizonte: (0xx31) 3284 4500
  - **Ambulatório de Fenilcetonúria do Hospital das Clínicas da UFMG:**  
 Av. Alfredo Balena, 110 – Santa Efigênia – Belo Horizonte  
 Tel: (0xx31) 3248 9300
  - **Ambulatório de Fibrose Cística do Grupo de Pneumologia do Hospital das Clínicas da UFMG:**  
 Av. Alfredo Balena, 110 – Santa Efigênia – Belo Horizonte  
 Tel: (0xx31) 3248 9300
  - **Ambulatório de Fibrose Cística do Centro Geral de Pediatria da Fhemig (CGP):**  
 Alameda Ezequiel Dias, 345 – Santa Efigênia – Belo Horizonte  
 Tel: (0xx31) 3239 9000
  - **Conselho Tutelar:** identificar o mais próximo.
- ✓ Estabelecer o fluxo para interconsultas e referências e contra-referências.
- ✓ Manter, sempre que possível, contato com os seus profissionais de modo a facilitar o acompanhamento conjunto da criança.





## **V. O sistema de informação**



- ✓ 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.

## 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.

## **5.2 OS ENDEREÇOS ELETRÔNICOS**

No processo de educação permanente, sempre mais o profissional necessita ter acesso às informações em tempo real. Para tanto, disponibilizamos alguns endereços eletrônicos que contêm dados sobre a saúde da criança:

- ✓ IBGE: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) Neste *site*, estão informações referentes ao número de crianças (total, por faixa etária, por regiões, por municípios etc.).
- ✓ Datasus: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)
- ✓ Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/saude/>
- ✓ Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: <http://www.saude.mg.gov.br>
- ✓ Fundação Hemominas: <http://www.hemominas.mg.gov.br/>

- ✓ Secretaria de Saúde do Estado do Ceará: [www.saude.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br)
- ✓ Escola de Saúde Pública do Ceará: [www.esp.ce.gov.br](http://www.esp.ce.gov.br)
- ✓ Fundação Carlos Chagas: [www.fcc.org.br](http://www.fcc.org.br)
- ✓ Sociedade Mineira de Pediatria: [www.smp.org.br](http://www.smp.org.br)
- ✓ Faculdade de Medicina da UFMG – Departamento de Pediatria: [www.medicina.ufmg.br/ped](http://www.medicina.ufmg.br/ped)
- ✓ Hospital das Clínicas da UFMG: <http://www.hc.ufmg.br/>
- ✓ NUPAD – Núcleo de Pesquisa em Apoio Diagnóstico: <http://www.medicina.ufmg.br/nupad/>
- ✓ CREN – Centro de Recuperação e Educação Nutricional: [www.unifesp.br/suplem/cren](http://www.unifesp.br/suplem/cren)
- ✓ Vencendo a Desnutrição: [www.desnutricao.org.br](http://www.desnutricao.org.br)
- ✓ Amamentação Online: [www.aleitamento.org.br/](http://www.aleitamento.org.br/)
- ✓ Pastoral da Criança: [www.rebidia.org.br/pastoral](http://www.rebidia.org.br/pastoral)
- ✓ Acesse o [www.google.com.br](http://www.google.com.br) e digite palavras-chave de temas de seu interesse para obter excelentes referências.

### 5.3 O SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL

- ✓ O Sistema de Informação Gerencial (SIG) tem como objetivo instrumentalizar as equipes de saúde no planejamento das ações, na medida em que estabelece os resultados esperados, as principais atividades preconizadas no Protocolo e os respectivos parâmetros.
- ✓ A partir do SIG, a equipe de saúde tem a possibilidade de dimensionar o atendimento às crianças, calculando a necessidade de consultas, procedimentos, visitas, entre outras atividades a serem ofertadas.
- ✓ Uma vez estabelecida a demanda, a equipe também pode confrontar com a capacidade instalada existente na Unidade de Saúde e avaliar a possibilidade de cobertura das crianças moradoras do território de abrangência da equipe de saúde.
- ✓ Dessa forma, a equipe pode estabelecer as metas a serem alcançadas no ano e, assim, mensalmente, estar acompanhando o seu desempenho.
- ✓ O SIG estabelece um novo paradigma, pois promove a gestão voltada para os resultados; ou seja, não basta disponibilizar consultas de acompanhamento, exames laboratoriais e medicamentos, há que se garantir a cobertura do acompanhamento, a vigilância da criança de risco e, por fim, a redução da mortalidade infantil.

#### *Construção da planilha de programação*

- ✓ Como instrumento importante para o SIG, 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 solicitar mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde cópia das Declarações de Nascidos Vivos (DN) destinadas ao setor de processamento de dados. As DN fornecerão o número de RN, tempo de gestação, peso ao nascer e escolaridade da mãe.

#### **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.

#### **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.

#### **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%.

#### **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.

**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.

**PASSO 7:**

- ✓ Avaliar os resultados alcançados com os parâmetros do Estado e do País.
  - 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.

**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 Planilha de Parâmetros Estaduais 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.



## Atenção à criança da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde

### CÁLCULO DA POPULAÇÃO ALVO

CRIANÇAS DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA	NÚMERO
Recém-nascidos	
Crianças de 0 a 1 ano	
Crianças de 1 a 5 anos	
CRIANÇAS COM FATORES DE RISCO	NÚMERO
Recém-nascidos Prematuros	
Recém-nascidos Baixo-Peso	
Recém-nascidos filhos de mães analfabetas	

### RESULTADO

### ATIVIDADE

### PARÂMETROS

**Acompanhamento no primeiro ano de vida de todas as crianças usuárias do SUS, residentes na área de abrangência da UBS.**

Realizar o Teste do Pezinho conforme o preconizado no Protocolo.

Realizar o Teste do Pezinho em 100% das crianças inscritas no Programa, conforme Protocolo.

Inscriver as crianças da área de abrangência no acompanhamento do primeiro ano.

Inscriver 100% das crianças residentes na área de abrangência da UBS, usuárias do SUS, no 1º mês de vida.

Realizar no mínimo 7 consultas (médicas e de enfermagem) de acompanhamento para a criança de risco habitual no primeiro ano de vida.

100% das crianças inscritas realizam 7 consultas, sendo:

- Mínimo de 3 consultas no 1º trimestre;
- Mínimo de 2 consultas no 2º trimestre;
- Mínimo de 1 consulta no 3º trimestre;
- Mínimo de 1 consulta no 4º trimestre.

Garantir a imunização conforme o preconizado no Protocolo.

100% das crianças inscritas imunizadas.

Garantir o aleitamento materno conforme o preconizado no Protocolo.

100% das crianças amamentam exclusivamente ao seio materno até o 6º mês de vida.

### RESULTADO

### ATIVIDADE

### PARÂMETROS

**Vigilância dos RN baixo peso, RN prematuros e RN filhos de mães analfabetas.**

Fazer visita domiciliar nas primeiras 24 horas após a alta para os RNBP, RNPT e RN filhos de mães analfabetas.

100% dos RNBP, RNPT e RN filhos de mães analfabetas visitados.

Encaminhar e monitorar o acompanhamento dos RNBP e RNPT pelo serviço de referência.

100% dos RNBP, RNPT sendo acompanhados pelo serviço de referência.

Realizar consultas mensais para os RN filhos de mães analfabetas.

100% dos RN filhos de mães analfabetas realizam consultas mensais de acompanhamento.

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETROS
<b>Redução da desnutrição entre as crianças usuárias do SUS, residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.</b>	Identificar as crianças desnutridas da área de abrangência e inscrever no acompanhamento.	100% das crianças desnutridas da área de abrangência identificadas e inscritas no acompanhamento.
	Realizar consultas mensais de acompanhamento da criança desnutrida.	100% das crianças desnutridas inscritas realizam consultas mensais.

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETROS
<b>Redução das taxas de internação das crianças da área de abrangência por doenças diarreicas e respiratórias.</b>	Identificar precocemente as crianças com episódios de diarreia e/ou doença respiratória.	100% das crianças com episódios de diarreia e doença respiratória identificadas.
	Acompanhar as crianças com doenças diarreica e/ou respiratórias.	100% das crianças com doenças diarreicas e/ou respiratórias acompanhadas.

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETROS
<b>Redução da taxa de tuberculose infantil.</b>	Identificar precocemente e avaliar as crianças com história de contato prolongado com adulto bacilífero.	100% das crianças com história de contato identificadas e avaliadas.
	Tratar as crianças com doença confirmada.	100% das crianças com tuberculose tratadas.

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETROS
<b>Vigilância das crianças da área de abrangência com Triagem Neonatal positiva.</b>	Identificar as crianças com doença falciforme, fenilcetonúria, fibrose cística e hipotireoidismo.	100% das crianças com doença falciforme, fenilcetonúria, fibrose cística e hipotireoidismo identificadas.
	Encaminhar e monitorar o acompanhamento das crianças pelo serviço de referência.	100% das crianças com triagem neonatal positiva acompanhadas pelo serviço de referência.

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETROS
<b>Vigilância das crianças da área de abrangência com doenças de transmissão vertical.</b>	Identificar as crianças com toxoplasmose, HIV e sífilis.	100% das crianças com toxoplasmose, HIV e sífilis identificadas.
	Encaminhar e monitorar o acompanhamento das crianças com toxoplasmose e HIV pelo serviço de referência.	100% das crianças com toxoplasmose e HIV acompanhadas pelo serviço de referência.
	Tratar os RN com sífilis congênita sem relato de tratamento na maternidade.	100% dos RN com sífilis congênita tratados.

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETROS
<b>Redução da mortalidade infantil.</b>	Identificar os óbitos infantis ocorridos na área de abrangência da UBS.	Identificar 100% dos óbitos infantis de recém-nascidos com peso de nascimento maior que 1.500 g e 100% dos óbitos infantis pós-natais ocorridos na área de abrangência da UBS.
	Participar da investigação, junto ao Comitê de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil, dos óbitos fetais e infantis da área de abrangência da UBS.	Participar da investigação, junto ao Comitê de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil, de 100% dos óbitos maternos e infantis da área de abrangência da UBS.

## PARÂMETROS ESTADUAIS

SITUAÇÃO	NÚMERO	FONTE
Prematuridade	7,1%	SES-MG/SINASC 2000
Baixo peso ao nascer	8,8%	SES-MG/SINASC 2000
Analfabetismo materno	1,89%	SES-MG/SINASC
Cobertura teste pezinho	94%	SINASC/DATASUS 2004
Cobertura vacinal	95%	Ministério da Saúde
Prevalência da desnutrição em crianças menores de 5 anos	9,5%	SES-MG/SISVAN
Incidência da tuberculose infantil em crianças menores de 14 anos	4,52 / 100.000	SINAN/DATASUS 2003
Prevalência da doença falciforme	1:1.400	NUPAD 2004
Prevalência da fenilcetonúria	1:22.000	NUPAD 2004
Prevalência da fibrose cística	1:8.745	NUPAD 2004
Prevalência do hipotireoidismo congênito	1:3.500	NUPAD 2004
Prevalência da toxoplasmose congênita	1:1.500	NUPAD 2004
Taxa de Mortalidade Infantil	20,8	SES-MG/SINASC 2000

## **Anexo 1**

### ***Valores de referência***



## FREQÜÊNCIA DE PULSO EM REPOUSO (por minuto)

IDADE	LIMITES INFERIORES		MÉDIA		LIMITES SUPERIORES	
Recém-nascido	70		125		190	
1 a 11 meses	80		120		160	
2 anos	80		110		130	
4 anos	80		100		120	
6 anos	75		100		115	
8 anos	70		90		110	
10 anos	70		90		110	
	fem	masc	fem	masc	fem	masc
12 anos	70	65	90	85	110	105
14 anos	65	60	85	80	105	100
16 anos	60	55	80	75	100	95

Fonte: Behrman, Kliegman & Arvin (eds). Nelson TextBook of Pediatrics. Philadelphia. W.B.Saunders, 1996, p.1266

## VARIAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA DE ACORDO COM A IDADE

IDADE	VARIAÇÃO DA FREQUÊNCIA
Recém-nascido	40 - 45
Até 2 anos	25 - 35
De 2 a 6 anos	20 - 25
Acima de 6 anos	18 - 20

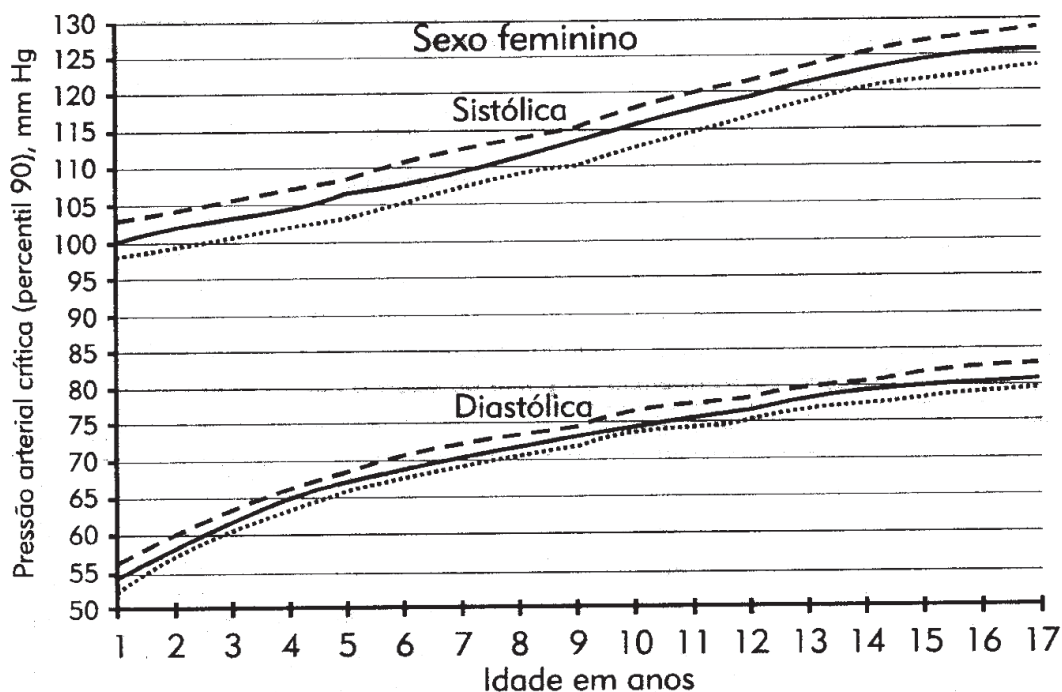
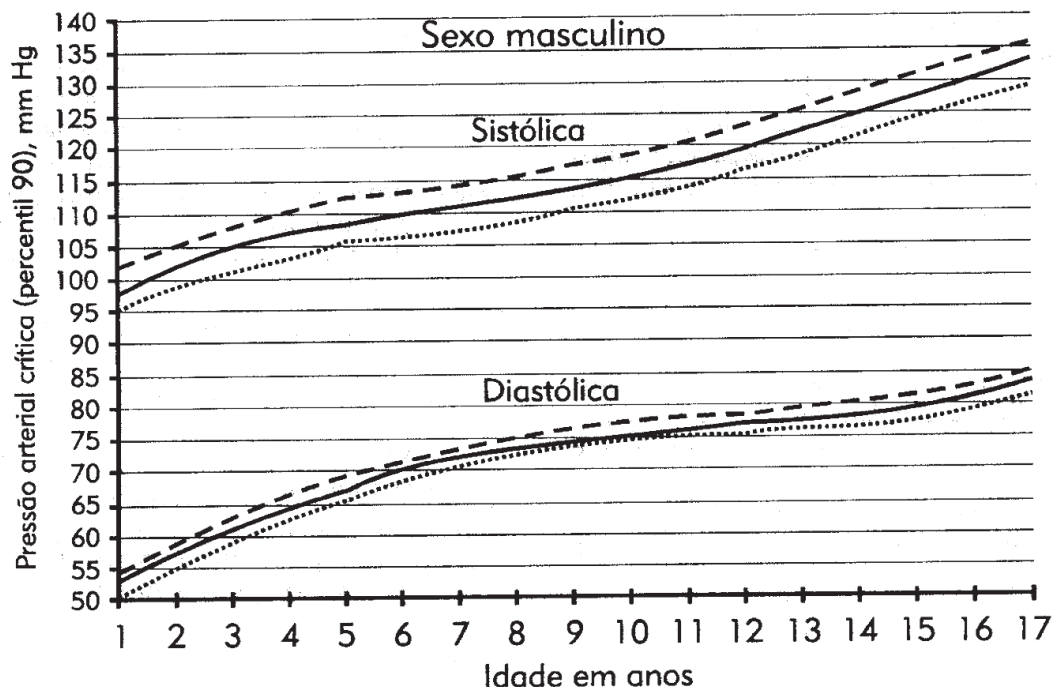
Fonte: Pernetta C. Semiologia Pediátrica. 5ª ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1990

## DIMENSÕES ACEITÁVEIS DA BOLSA DE BORRACHA DO ESFIGNOMANÔMETRO PARA BRAÇOS DE DIFERENTES TAMANHOS <sup>(1)</sup>

Circunferência Braço (cm)	Denominação do manguito	Largura da bolsa de borracha do manguito (cm)	Comprimento da bolsa de borracha do manguito (cm)
6	Recém-nascido	3	6
6 - 15	Criança	5	15
16 - 21	Juvenil	8	21
22 - 26	Adulto pequeno	10	24
27 - 34	Adulto	13	30

<sup>(1)</sup> Adaptado: American Heart Association, 1993

**PRESSÃO ARTERIAL CRÍTICA (PERCENTIL 90)  
PARA CRIANÇAS DOS SEXOS MASCULINO E FEMININO,  
DE ACORDO COM SUA IDADE E PERCENTIL DE ESTATURA. <sup>(1)</sup>**



<sup>(1)</sup> Estão representadas as curvas para os percentis 10 (linha pontilhada), 50 (linha cheia) e 90 (linha tracejada) da estatura para a idade, conforme o NCHS. Copiados de CORRÊA, E.J.; ROMANINI, M.A.V. (org.). Atenção Básica à Saúde da Criança e do Adolescente. Belo Horizonte: Coopmed, 73p. (Cadernos de Saúde), 2001. Material cedido gentilmente pela editora.



## **Anexo 2**

### ***Roteiro para aferição de peso, estatura e perímetro cefálico***



## INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE MEDIÇÃO

- ✓ O profissional deve estar atento à técnica descrita a seguir, de modo a evitar uma leitura e, conseqüentemente, uma avaliação incorreta da criança.

### *Peso de crianças de zero a dois anos de idade*

#### EQUIPAMENTO:

- ✓ balança pediátrica manual, com capacidade para 16 kg, variações de dez gramas, na qual é acoplado um prato;
- ✓ balança suspensa de braço, tipo gancho, com capacidade para 25 kg e variações de cem gramas com suporte para a criança (balança portátil, muito usada pela Pastoral da Criança para acompanhamento de crianças a nível comunitário; permite o deslocamento para visitas domiciliares, inquéritos, pesagens durante campanhas de vacinação, etc.).

#### TÉCNICA:

- ✓ colocar a balança em superfície plana, em altura que permita boa visualização da escala;
- ✓ destravar e tarar a balança antes de toda e qualquer pesagem;
- ✓ as balanças suspensas 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; tarar a balança antes de toda e qualquer pesagem;
- ✓ a criança deve estar sem roupas e sem sapatos.
- ✓ **Para a balança pediátrica:**
  - com o auxílio da mãe ou acompanhante, colocar a criança no centro da balança, deitada ou sentada;
  - mover o marcador maior (Kg) sobre o suporte, aproximando-o do valor esperado de peso para a idade da criança;
  - mover o marcador menor (g) até que o ponteiro da balança atinja o equilíbrio;
  - ler o peso e anotá-lo imediatamente na ficha de registro;
  - colocar os marcadores no ponto zero do suporte e travar a balança após cada pesagem;
  - registrar a medida no gráfico.
- ✓ **Para balanças suspensas:**
  - com o auxílio da mãe, colocar a criança no suporte;
  - movimentar a peça ao longo do suporte até atingir o equilíbrio (balanças de braço);
  - ler o peso e anotá-lo, imediatamente, na ficha de registro.

### *Peso de crianças acima de 2 anos de idade*

#### EQUIPAMENTO:

- ✓ balança tipo plataforma (balança de adulto), com capacidade para 150 kg.

#### TÉCNICA:

- ✓ colocar a balança em superfície plana, em altura que permita uma boa visualização da escala;
- ✓ destravar e tarar a balança antes de toda e qualquer pesagem;
- ✓ a criança deve estar descalça e despida, ou com roupas muito leves;
- ✓ explicar para a criança o que será feito e por quê;
- ✓ colocar a criança no centro da plataforma, em pé;
- ✓ mover o marcador maior (Kg) sobre o suporte, aproximando-o do valor esperado de peso para a idade da criança;
- ✓ mover o marcador menor (g) até que o ponteiro da balança atinja o equilíbrio;
- ✓ ler o peso e anotá-lo imediatamente na ficha de registro;
- ✓ colocar os marcadores no ponto zero do suporte e travar a balança após cada pesagem;
- ✓ registrar a medida no gráfico.
- ✓ Também para esta faixa etária, poderá ser utilizada a balança suspensa tipo gancho, já que a sua capacidade máxima (25 kg) corresponde ao peso de uma criança em torno dos 7 anos de idade.

#### *Estatura (comprimento) de crianças de 0 a 2 anos de idade*

#### EQUIPAMENTO:

- ✓ régua antropométrica (ou infantômetro), geralmente de madeira, com fita métrica de 100 cm e escala de 1 mm e com duas peças acopladas em ângulo de 90° à régua, uma delas fixa, correspondente à marca zero e onde será encostada a cabeça da criança, e uma outra móvel, para ser ajustada aos pés da criança.

#### TÉCNICA:

- ✓ a criança deve estar descalça e despida ou com roupas leves;
- ✓ deitar a criança em uma mesa ou superfície plana e firme;
- ✓ o corpo deve estar alinhado, com os ombros e a cabeça apoiados na mesa, olhando para cima, com os joelhos esticados e os dedos dos pés apontando para cima;
- ✓ pedir auxílio para a mãe da criança para mantê-la na posição correta;
- ✓ encostar a peça fixa da régua na cabeça da criança;
- ✓ deslizar a peça móvel até encostar nos calcanhares;
- ✓ tomar a medida e anotá-la imediatamente;
- ✓ registrar a medida no gráfico.

#### *Estatura (altura) de crianças acima de 2 anos de idade*

#### EQUIPAMENTO:

- ✓ fita métrica com divisões em **cm** e subdivisões em **mm** e um esquadro de madeira com um ângulo de 90°, de base larga.

#### TÉCNICA:

- ✓ fixar a fita métrica de baixo para cima (com o zero na parte de baixo) em uma superfície plana, em linha reta formando um ângulo de 90° com a base dessa superfície (se for uma parede, não deve haver rodapés);

- ✓ a criança deve estar descalça e despida ou com roupas leves;
- ✓ encostar a criança de pé no local onde está fixada a fita métrica;
- ✓ a criança deve se manter reta, olhando para a frente, com os joelhos esticados, os braços estendidos ao longo do corpo, os pés juntos, e calcanhares, glúteos e ombros tocando a superfície da parede;
- ✓ pedir auxílio para a mãe da criança para mantê-la na posição correta;
- ✓ deslizar o esquadro de madeira sobre a fita até tocar a cabeça da criança;
- ✓ tomar a medida e anotá-la imediatamente;
- ✓ registrar a medida no gráfico.
- ✓ Poderá ser utilizado também o antropômetro da balança de plataforma, mas somente para criança com estatura acima de 95 cm, limite mínimo da balança (correspondente ao P50 de uma criança de cerca de três anos). Nesse caso, a técnica é semelhante à descrita, tomando-se cuidado para manter a criança bem ereta, já que não existe uma superfície de apoio para o corpo.

### *Perímetro cefálico de crianças de 0 a 2 anos de idade*

---

#### 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.

## **Anexo 3**

### ***Curvas de crescimento***

***Peso x Idade***

***Estatura x Idade***

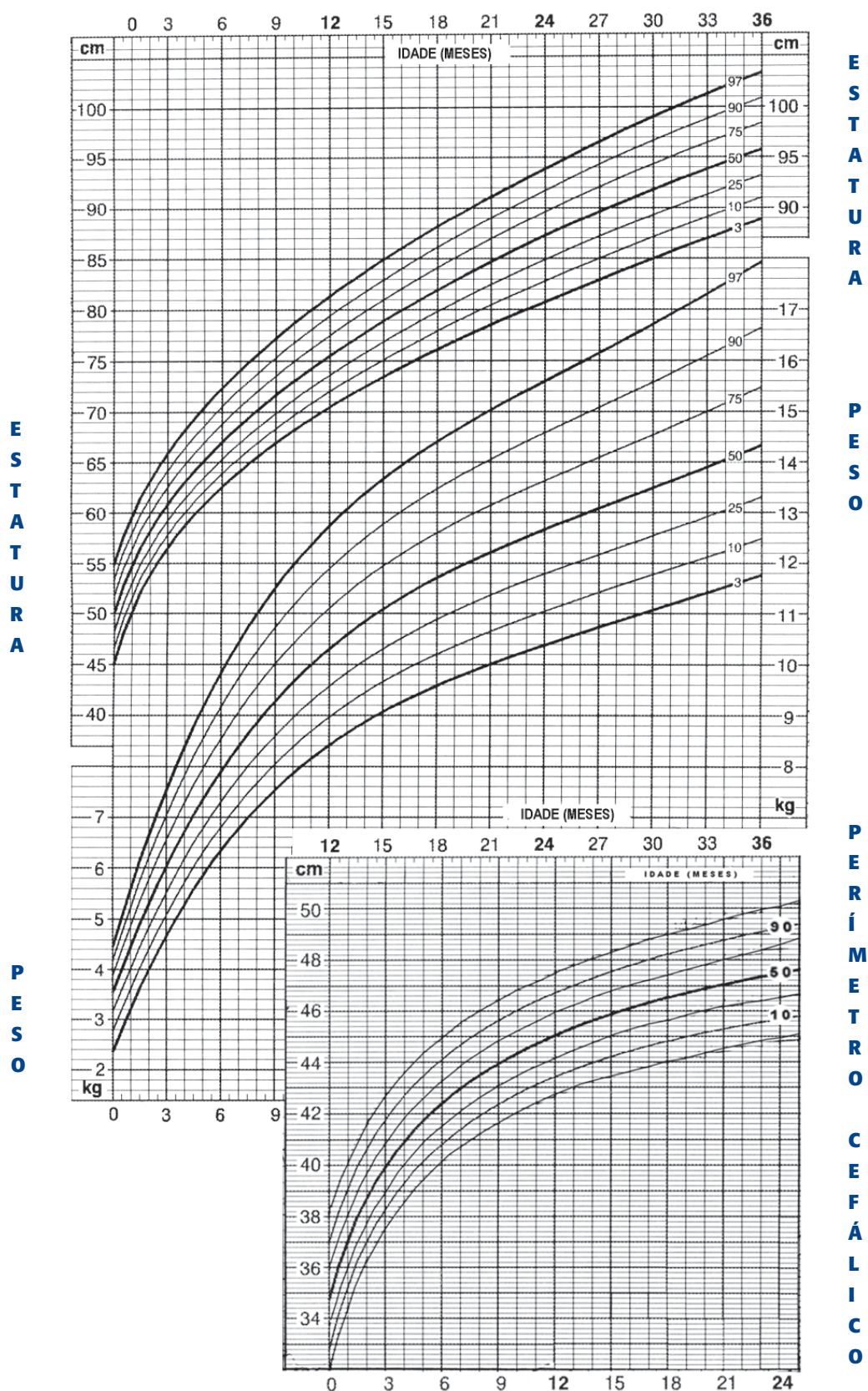
***Perímetro Cefálico x Idade***

## SEXO MASCULINO

0 a 36 meses

Nome: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**Fonte (adaptado):** Desenvolvido por: National Center for Health Statistics em colaboração com o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, EUA (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>

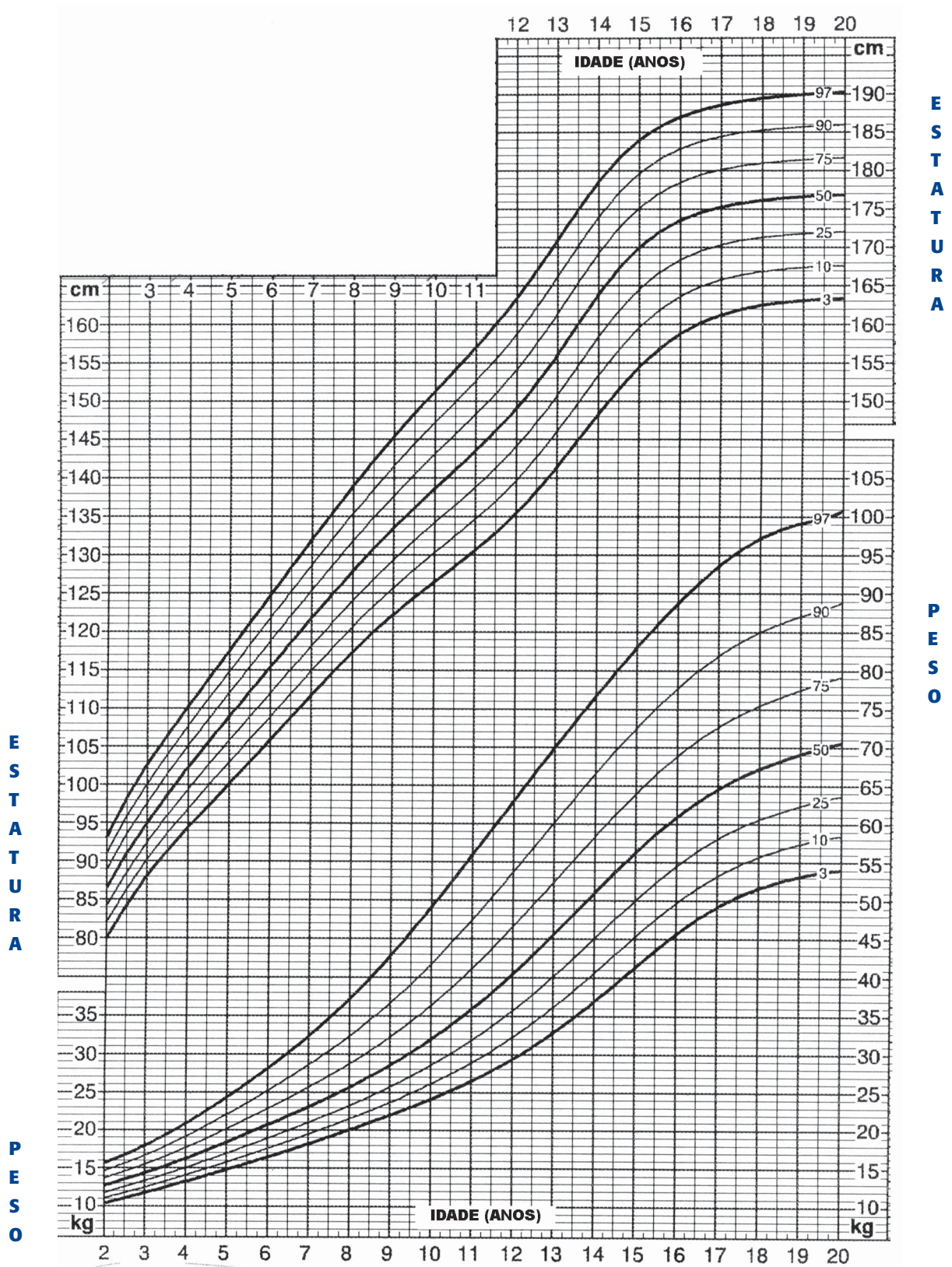


## SEXO MASCULINO

2 a 20 anos

Nome: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



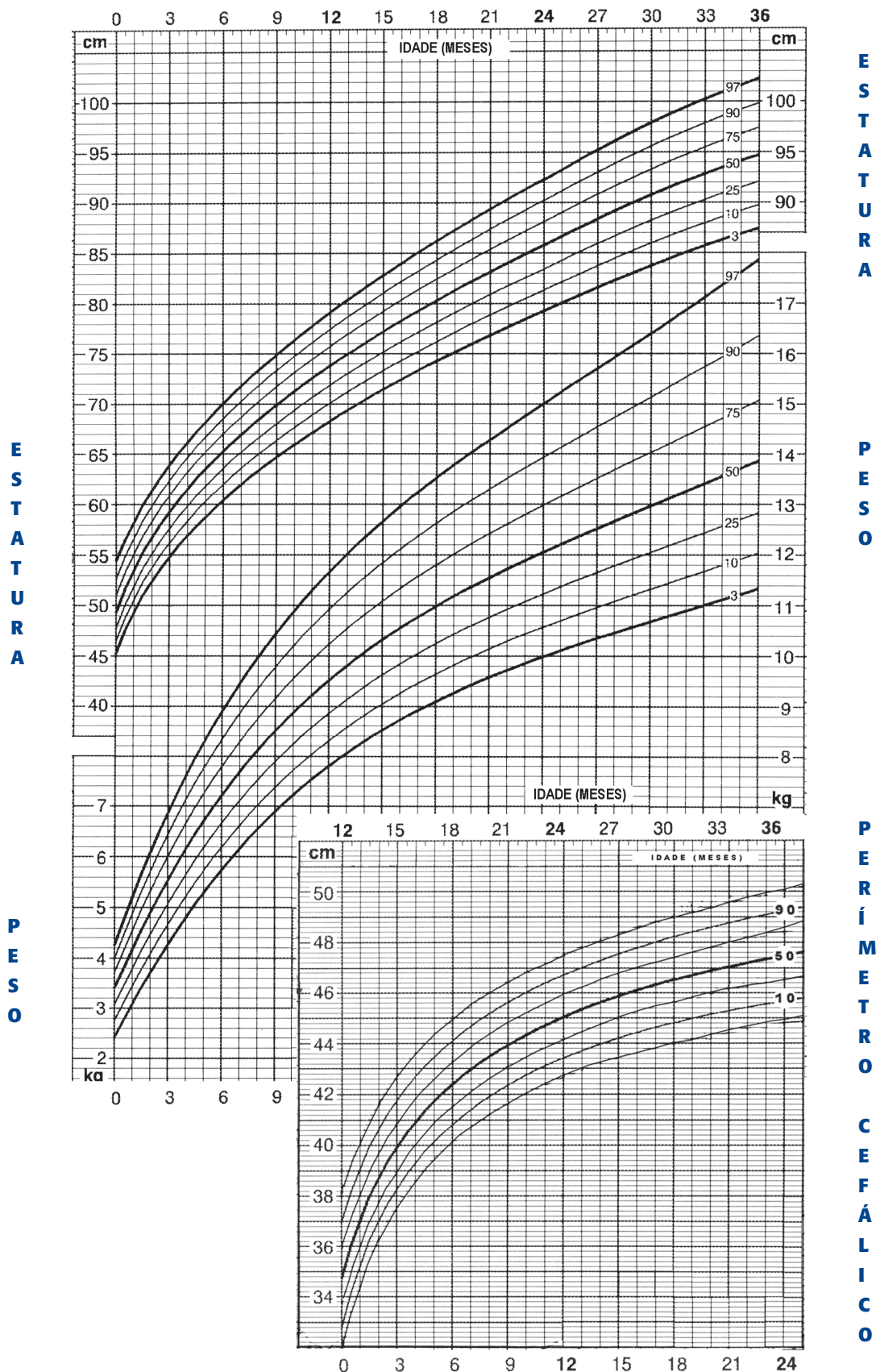
**Fonte (adaptado):** Desenvolvido por: National Center for Health Statistics em colaboração com o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, EUA (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>

## SEXO FEMININO

0 a 36 meses

Nome: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Fonte (adaptado): Desenvolvido por: National Center for Health Statistics em colaboração com o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, EUA (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>

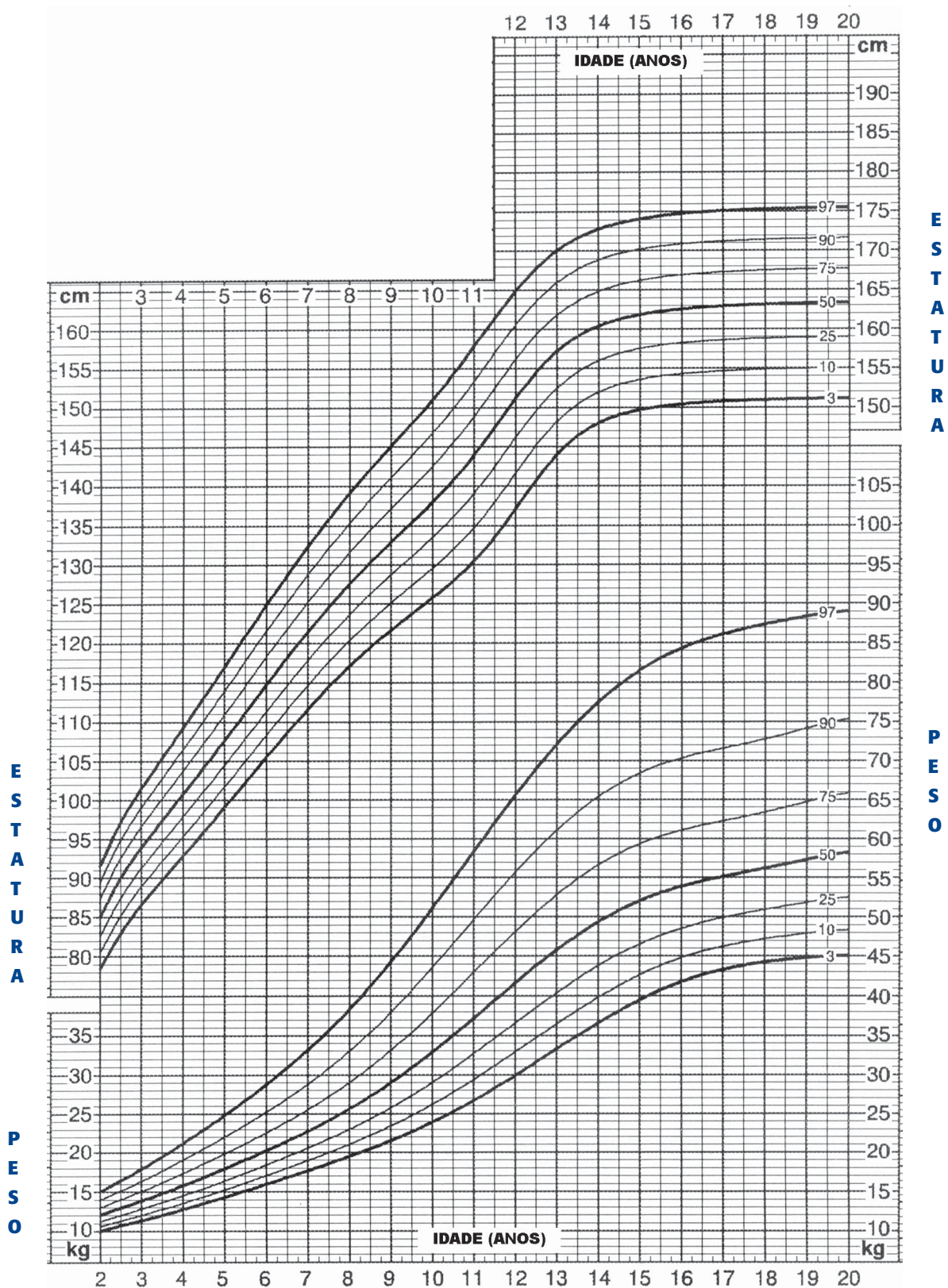


## SEXO FEMININO

2 a 20 anos

Nome: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Fonte (adaptado): Desenvolvido por: National Center for Health Statistics em colaboração com o National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, EUA (2000). <http://www.cdc.gov/growthcharts>

## **Anexo 4**

### ***Curvas de crescimento para o recém-nascido prematuro***

***Peso x Idade Gestacional Corrigida***

***Comprimento x Idade Gestacional Corrigida***

***Perímetro Cefálico x Idade Gestacional Corrigida***



### *Orientações para utilização das curvas*

---

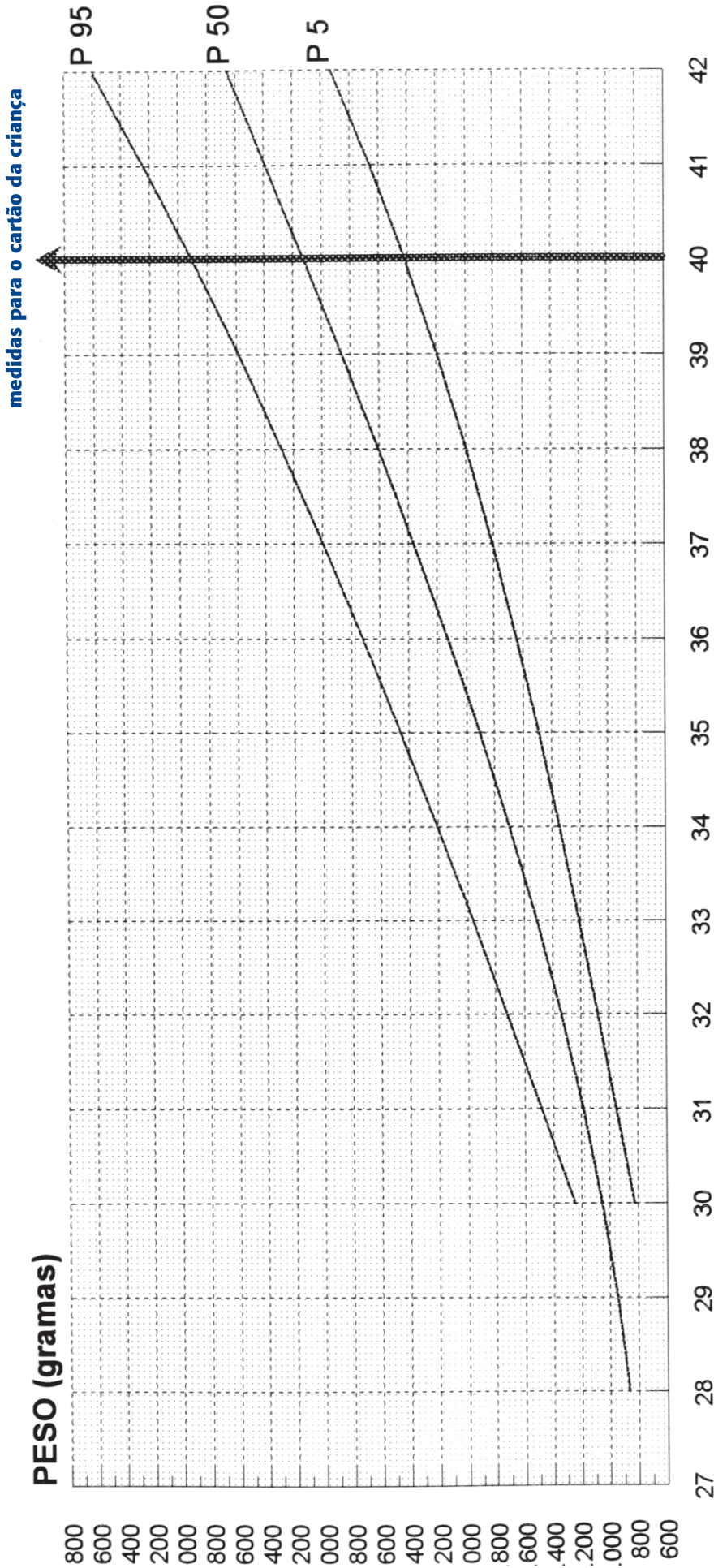
- ✓ As curvas de peso, comprimento e perímetro cefálico por idade gestacional corrigida, elaboradas por Xavier e colaboradores, possibilitam um acompanhamento mais preciso do crescimento do recém-nascido prematuro.
- ✓ O uso correto destas curvas baseia-se no cálculo da Idade Gestacional Corrigida:
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



**CRESCIMENTO RNPT MASCULINO**

RN DE: \_\_\_\_\_

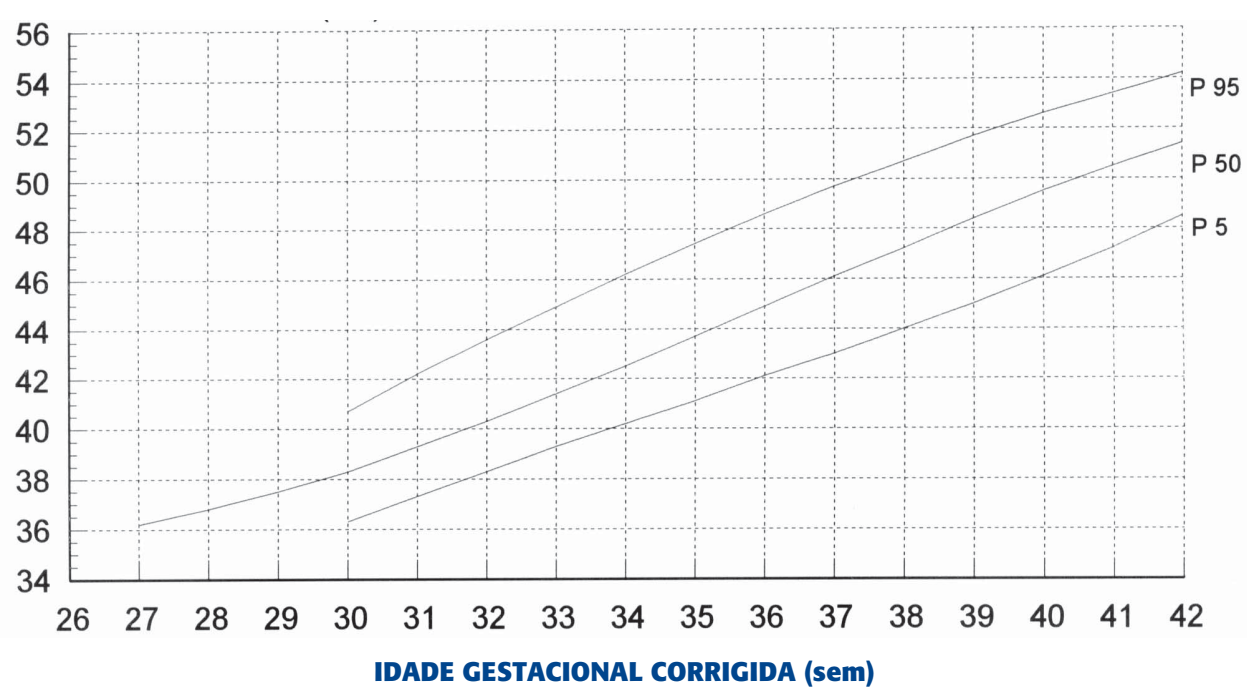
DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IG(DUM): \_\_\_\_sem\_\_\_\_dias IG(E. clínico): \_\_\_\_sem\_\_\_\_dias



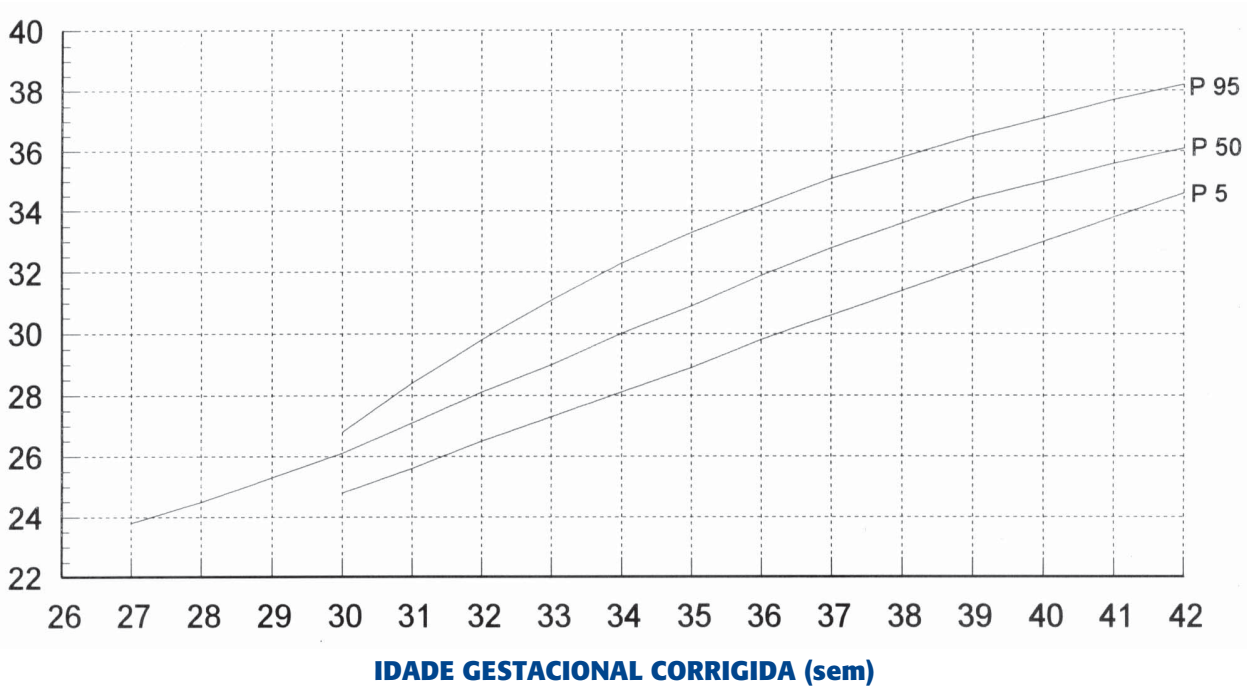
Ref: Xavier e cols J Pediatr  
(RJ)1995; 71:22-7



**COMPRIMENTO (cm) - MASCULINO**



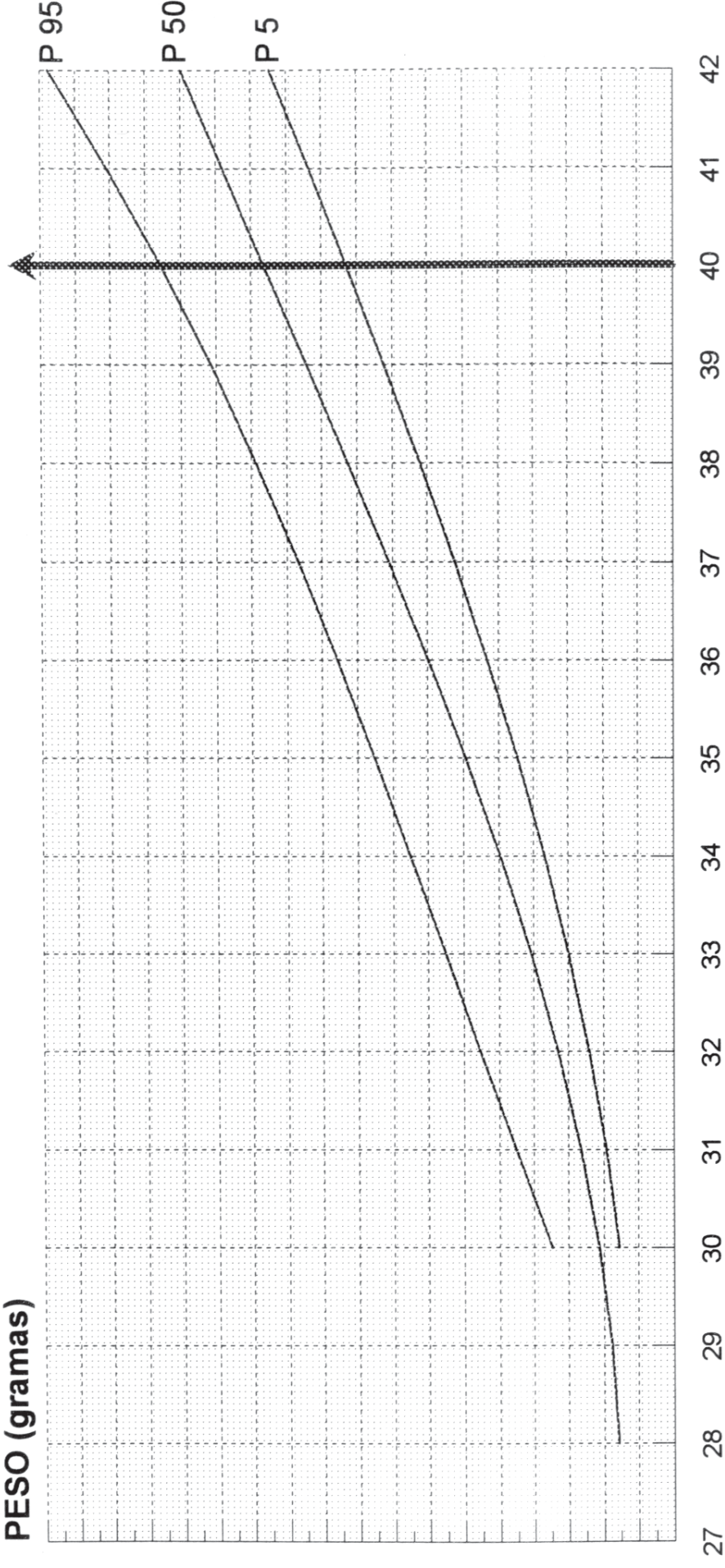
**PERÍMETRO CEFÁLICO (cm) - MASCULINO**



**CRESCIMENTO RNPT FEMININO**

RN DE: \_\_\_\_\_  
DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IG(DUM): \_\_\_\_ sem \_\_\_\_ dias IG(E. clínico): \_\_\_\_ sem \_\_\_\_ dias

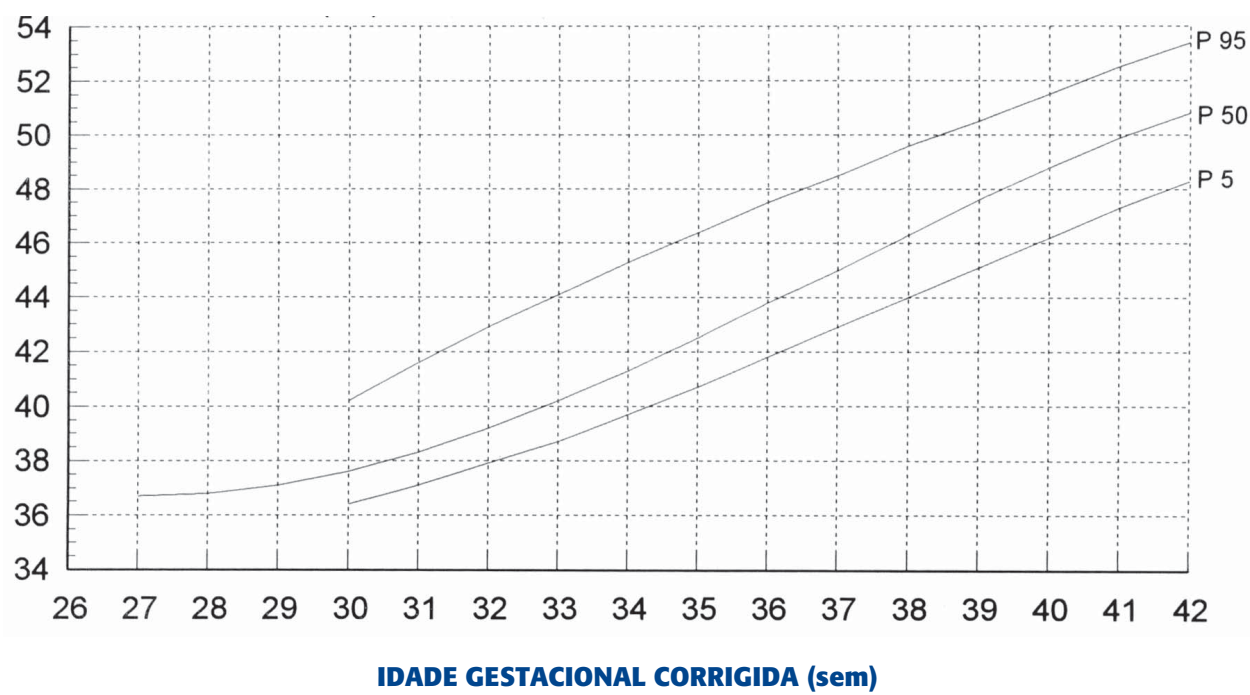
**PESO (gramas)**



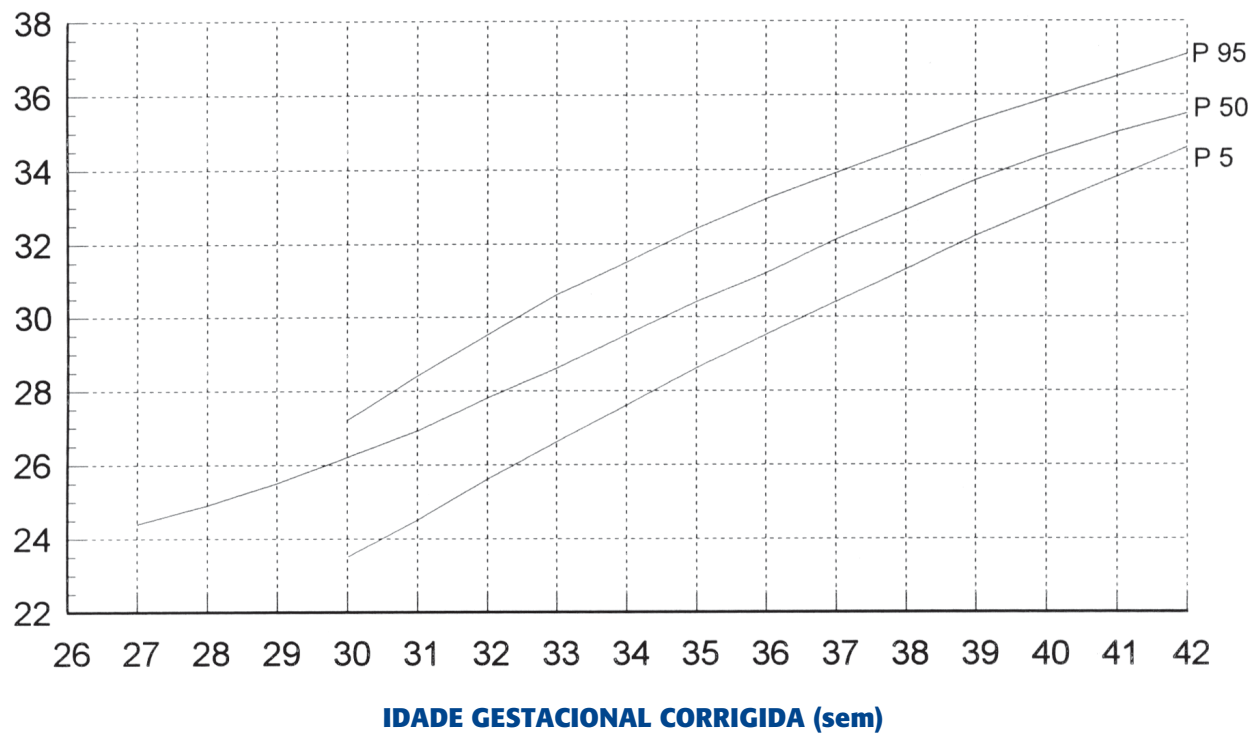
**IDADE GESTACIONAL CORRIGIDA (sem)**

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

**COMPRIMENTO (cm) - FEMININO**



**PERÍMETRO CEFÁLICO (cm) - FEMININO**



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### BIBLIOGRAFIA GERAL

ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. *Saúde da Família: Cuidando de Crianças e Adolescentes*. Belo Horizonte: Coopmed, 2003, 282 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial de Saúde (OPAS). *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – IDPI*. Brasília, 1999.

LEÃO, E. et al. *Pediatria Ambulatorial*. 3. ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 1998, 923 p.

### BIBLIOGRAFIA ESPECÍFICA

#### DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde e Assistência. *BH Vida – Protocolo de Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde: Capacitação introdutória das Equipes de Saúde da Família*, 2003.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Cadernos de Atenção Básica*. n. 11, 2002.

CORRÊA, E. J.; ROMANINI, M. A. V. (Org.). *Atenção Básica à Saúde da Criança e do Adolescente*. *Cadernos de Saúde*. Belo Horizonte: Coopmed, 2001, 73 p.

#### CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

BRASIL. Ministério da Saúde. *Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: fundamentos e orientações para profissionais de saúde*. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Cadernos de Atenção Básica*. n. 11. Brasília, 2002, 100 p.

CORRÊA, E. J.; ROMANINI, M. A. V. (Org.). *Atenção Básica à Saúde da Criança e do Adolescente*. Belo Horizonte: Coopmed Editora Médica, 2000, 80 p.

EISENSTEIN, E.; SOUZA, R. P. *Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes*. Petrópolis: Vozes, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-americana da Saúde. *Promoção do crescimento e desenvolvimento integral de crianças e adolescentes*. Washington: OPS, 1999, 142 p.

PARÁ. Secretaria Municipal de Saúde de Belém. *Manual para vigilância do desenvolvimento da criança de 0 a 2 anos de idade na atenção primária à saúde*. 2001, 41 p. (mimeografado).

PIRES, M. M. S. Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor. *Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria, Módulo de Reciclagem*. São Paulo, ano II, v. 2, n. 3, 1997, p. 32-58

VASCONCELOS, M.; LUCAS, S. D. *Saúde bucal de crianças*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1997, 14 p.

WHO EXPERT COMMITTEE: Physical status: the use and interpretation of anthropometry. *WHO Technical report series 854*. Geneva, p. 1-452, 1995.

ZERFAS, A. J.; SHORR, I. J.; NEUMANN, C. G. Avaliação do Estado Nutricional em Consultório. In: NEUMANN, C. G.; JELLIFFE, D. B. *Clínicas Pediátricas da América do Norte – Simpósio sobre Nutrição na Infância*. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1977, p. 253-272.

#### RECÉM-NASCIDO

AGUIAR Z. M.; XAVIER, C. C.; TARTÁGLIA, D. Alojamento conjunto I – porque a assistência à parturiente e seu filho no sistema alojamento conjunto? *Rev Cepecs*, Belo Horizonte, n. 2, p.16-20, 1984.



- ALVES, F. N.; CORRÊA, M. D. (Ed.). *Manual de Perinatologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1995. 1117 p.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Management of Hyperbilirubinemia in the Healthy Term Newborn. *Pediatrics*. v. 94, n. 4, october 1994. p. 558-565.
- BRASIL. Ministério da Saúde. AIDPI – Atenção Integrada em Doenças Prevalentes na Infância. Brasília. 2. ed. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Texto de apoio para o agente comunitário de saúde. AIDPI – Atenção Integrada em Doenças Prevalentes na Infância. Brasília. 2. ed. 2001. 170 p.
- CLOHERTY, J. P.; STARK, A. R. *Manual of Neonatal Care*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998.
- HAMILL, P. V. et al. Physical growth: National Center for Health Statistics percentiles. *Am J Clin Nutr*, n. 32, 1979, p. 607-629.
- KLAUS, M.; KENNEL, J. *Assistencia del recién nacido de alto riesgo*. 2. ed. Editora Panamerica, 1981.
- LEÃO, E. et al. *Pediatria Ambulatorial*. 3. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.
- POLLIN, R. A.; YODER, M. C.; BURDER, F. D. (Eds.). *Neonatologia Prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- XAVIER, C. C. Algumas particularidades do crescimento do recém-nascido prematuro. In: LEÃO, E. et al. *Pediatria Ambulatorial*. 3. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 1998, p. 86-92.
- XAVIER, C. C. Crescimento de recém-nascidos pré-termo. *J Pediatr*. Rio de Janeiro, n. 71, 1995, p. 22-27.

### ALEITAMENTO MATERNO

- EUCLYDES, M. P. Aleitamento materno. In: Nutrição do lactente. Base científica para uma alimentação adequada. 2. ed. Rev. atual. Viçosa, 2000, p. 259- 340.
- GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*, v. 76, supl. 3, 2000, p. 238-252.
- LAMOUNIER J. A.; XAVIER, C. C.; MOULIN, Z. Leite materno e proteção à criança. In: TONELLI, E.; FREIRE, L. M. S. In: *Doenças infecciosas na infância e adolescência*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000, v.1, p89-103.
- XAVIER, C. C.; MOULIN, Z. S.; DIAS, N. M. O. *Cadernos de saúde. Aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame*. Belo Horizonte: Coopmed, 1999, 36 p.

### VACINAÇÃO

- ANDRADE, G. M. Q. et al. Imunização – Respostas a questões freqüentes na prática pediátrica. *Revista Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte, v. 12, n. 3, suplemento 1, dez. 2002, p 9-28.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia: Coordenação Nacional do Programa Nacional de Imunizações. *Manual dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais*. 2. ed. Brasília: 1999.

### VIOLÊNCIA

- AMORETTI, R. (Org.) *Psicanálise e Violência*. Petrópolis: Vozes, 1982.
- ALMEIDA, Suely S. Violência doméstica: fronteiras entre o público e o privado. In: RONDELLI, Elizabeth. (Org.). *Linguagens da violência*. Rio de Janeiro, 1997. (digitado).
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. *A Violência Doméstica na Infância e Adolescência*. São Paulo: Robe Editorial, 1995.
- \_\_\_\_\_. Mód. I/II *Telecurso de Especialização em violência doméstica contra crianças e adolescentes*. São Paulo: IPUSP/Laboratório de Estudos da Criança, 1995.
- BOWLBY, J. *Maternal Care and Mental Health*. Genève, WHO; London, HMSO; New York, Columbia University Press, 1951.
- \_\_\_\_\_. *Formação e Rompimento de laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- \_\_\_\_\_. *Separação, angústia e raiva*. vol. 2. Apego e perda. São Paulo: Martins Fontes, 1973.
- COSTA, J. F. *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Grall, 1986.
- COSTA, T. *O Direito à Convivência Familiar e Comunitária*. Belo Horizonte: Mimeo, 1997.

CRUZ, R. M. B. *A violência doméstica contra crianças e adolescentes*: Revista da Associação Brasileira dos Magistrados da Infância e da Juventude. Belo Horizonte, ano 1, n. 1, 2000.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Lei Federal 8069 de 13/07/1990.

FERENCZI, S. A criança mal-acolhida e a pulsão de morte. Escritos psicanalíticos: 1909-1933, J. Birman (org.). Rio de Janeiro: Livraria Taurus, 1993. In: VIOLANTE, M. L. V. *A criança mal-amada. Estudo sobre a potencialidade melancólica*. Rio de Janeiro : Vozes, 1995.

FRAGOSO, H. C. *Lições de Direito Penal*. 4. ed. São Paulo: José Bushatsky, 1977.

GOLDSTEIN, Joseph; FREUD, Anna; SOLNIT, Albert J. *No interesse da criança?* São Paulo: Martins Fontes, 1987.

GUERRA, V. *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. São Paulo: Cortez, 1999.

KALOUSTIAN, S. M. (Org.) *A Família Brasileira: a base de tudo*. São Paulo: Cortez, 1994.

LASCH. *Refúgio num mundo sem coração*. A família: santuário ou instituição sitiada. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

ODÁLIA, N. *O que é violência*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

ROITMAN, A. (Org.) *O desafio ético*. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

VIOLANTE, M. L. V. *A criança mal-amada*. Estudo sobre a potencialidade melancólica. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

WINNICOTT, Donald W. *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros, 1980.

\_\_\_\_\_. *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

\_\_\_\_\_. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

\_\_\_\_\_. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

## DIARRÉIA

MOTA, J. A. C. Diarréia aguda: sumário e manejo clínico. In: PENNA, F. J.; MOTA, J. A. C. *Doenças do aparelho digestivo na infância*. Belo Horizonte: Medsi, 1994. cap 2, p. 7-26.

VIANA, M. R. A.; MOULIN, Z. S. *Assistência e controle das doenças diarreicas*. Belo Horizonte: Coopmed, 1997. 16 p.

## DESNUTRIÇÃO

ALDERETE, J. M. S. Desnutrição energético-protéica. In: ISSLER, H.; LEONE, C.; MARCONDES, E. (Coord.) *Pediatria na Atenção Primária*. São Paulo: Sarvier, 2002, p. 156-164.

BRESOLIN, A. M. B.; BRICKS, L. F. Agravos nutricionais: desnutrição energético-protéica. In: SUCUPIRA, A. C. S. L. et al. (Org.) *Pediatria em consultório*. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 197-205.

MONTE, C. M. G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *Jornal de Pediatria*. v. 76, supl. 3, 2000.

SAWAYA, A. L. (Org.) *Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição*. São Paulo: Cortez, 1997, 231 p.

## DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

ALVIM, C. G.; RICAS, J. Asma na infância: adesão ao tratamento e educação para saúde. *Rev Ass Med*, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, 2002, p. 91-98.

ALVIM, C. G. Representação social de asma e comportamentos de familiares de crianças asmáticas. 2001. 218 p. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

BELO HORIZONTE. Hospital das Clínicas/UFGM. Grupo de Pneumologia Pediátrica. *Protocolo para tratamento da asma aguda*. Belo Horizonte, jun. 2001. (mimeografado).

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção à Criança. *Programa de assistência integral à saúde da criança – protocolos e rotinas*. 2. ed. 1998. (mimeografado).

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção à Criança. *Reorganização da Assistência Pública ao Paciente Asmático: histórico e resultados do programa*. Belo Horizonte, 2000.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Apoio Terapêutico/Assistência Farmacêutica. Asma: um grave problema de saúde pública em pediatria. *Boletim de Informação Terapêutica*. Belo Horizonte, v. 6, 1996.

BOULET, L. P. *et al.* Summary of recommendation from the Canadian Asthma Consensus Report, 1999. *CMAJ*, v. 161 (S11), 1999, p 1-12.

FONTES, M. J. F. Síndrome sibilante e asma brônquica: proposta de tratamento em crianças e adolescentes através da parceria SUS – UFMG. *Dissertação* (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

GLOBAL INICIATIVE FOR ASTHMA. Global strategy for asthma management and prevention. National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Instituted, revised, 2002.

LASMAR, L. M. L. B. F. Internação e reinternação de crianças asmáticas: “colocando o dedo na ferida”. 128 p. *Dissertação* (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

LASMAR, L. M. L. F. F.; FONTES, M. J. F. Projeto de Reorganização da Assistência Pública ao Paciente Asmático. In: PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. *Documento oficial da Secretaria Municipal de Saúde*. Belo Horizonte, 1996.

LASMAR, L. M. L. F. F.; FONTES, M. J. F.; JENTZSCH, N. S. Perfil da assistência pública ao paciente asmático. (Projeto piloto Posto de Atendimento Médico Campos Sales). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA, n. 6, 1995. *Arq Bras Pediatr*, v. 2, n. 66. 1995.

LASMAR, L. M. L. F. F. *et al.* Perfil da assistência pública à criança e ao adolescente asmáticos. *Rev Ass Med*, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 208-212, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, São Paulo, 2002. *Jornal de Pneumologia* v. 28, suplemento 1, jun. 2002, São Paulo.

## PARASITOSE

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Morbidade Ambulatorial 1999/CID 10* – Belo Horizonte, set. 2001. Disponível em: <<http://intranet.smsa.pbh/cgi/tabcgi.exe?tmt/tmt10def>>.

BRESOLIN, A. M. B.; ZUCCOLOTTO, S. M. C.; SEGURADO, A. A. C. Parasitoses Intestinais. In: SUCUPIRA, A. C. S. *et al.* *Pediatria em Consultório*. 3. ed. São Paulo: SARVIER, 1996, p. 459-479.

JACOB, C. M. A. Síndrome da *Larva Migrans* Visceral por *Toxocara Canis* (Toxocaríase). In: TONELLI, E.; FREIRE, L. M. S. *Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, v. 2, cap. 92, 2000, p. 1421-1430.

MOTA, J. A. C.; MELO, M. C. B.; PENNA, F. J. Helmintíases intestinais. In: TONELLI, E.; FREIRE, L. M. S. *Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000. v. 2, cap. 89, p. 1371 – 1383.

PENNA, F. J. Parasitoses intestinais: avanços no tratamento. In: *57º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria*, 2000. Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2000. p. 124-127.

SILVA, L. R. Protozooses Intestinais na Criança. In: TONELLI, E.; FREIRE, L. M. S. *Doenças Infecciosas na Infância e Adolescência*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000. v. 2, cap. 89, p.1371- 1383.

## ANEMIA FERROPRIVA

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Anemia. *Boletim de Informação Terapêutica*. n. 3, fev. 1996, 8 p.

BOURROUL, M. L. M *et al.* Anemias. In: *Pediatria em consultório*. SUCUPIRA, A. C. S. L. *et al.* Ed. Sarvier. 3. ed. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Situação de Saúde da Criança no Brasil*. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/crianca>>. Acesso em: ago. 2000.

CALVO, E. B; GNAZZO, N. Prevalence of iron deficiency in children aged 9-24 mo from a large urban area of Argentina. *Am. J. Clin. Nutr.*, v. 52, 1990, p. 534-540.

COMITÊ DE NUTROLOGIA PEDIÁTRICA. Preconização da profilaxia de ferro em lactentes. *Atualidades SBP*, v. 4, 12-20, 1995.

DALLMAN, P. R. Nutricional anemias. In: RUDOLPH, A. M. *Pediatrics*. Norwalk: Applleton and Lange, 1991, p. 1091-1106.



DE ANGELIS, R. C; CTENAS, M. L. B. Biodisponibilidade de ferro na alimentação. *Temas de Pediatria*, n. 52, NESTLÉ – Serviço de Informação Científica, 1993.

GALLAGHER, P. G; EHRENKRANZ, R. A. Anemias nutricionais na primeira infância. *Clínicas de Perinatologia da América do Norte*. Hematologia Perinatal. v. 3, p. 673-695, 1995.

LÖNNERDAL, B.; DEWEY, K. G. Epidemiologia da deficiência de ferro no lactente e na criança. *Anais Nestlé*, v. 52, p. 11-17.

MONTEIRO, C. A; SZARFARC, S. C. Estudo das condições de saúde das crianças no município de São Paulo, SP (Brasil), 1984-1985. *Rev. Saúde Pública São Paulo*, v. 21, 1987, p. 255-260.

MURAHOVSKI, J. Anemia ferropriva. In: MURAHOVSKI, J. *Pediatria – Diagnóstico e Tratamento*. 6. ed. São Paulo: Sarvier, 2003, p. 671-673.

QUEIROZ, S. S; TORRES, M. A. A. Anemia ferropriva na infância. *Jornal de Pediatria*, v. 76, s298-s304, 2000.

ROMANI, S. A. M. et al. Anemias em pré-escolares: diagnóstico, tratamento e avaliação, Recife, PE, Brasil. *Arch. Latinoam. Nutr.*, v. 67, 1991, p. 159-167.

## TUBERCULOSE

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico para o controle de Tuberculose, Brasília, 2002.

Consenso Brasileiro de Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 1997. *J Pneumol*. 1997;19:60-2.

SANT'ANNA, C. C. Tuberculose na criança. *Jornal de Pediatria*, 1998, v. 74, p 69-75.

SANT'ANNA, C. C. et al. Diagnóstico e terapêutica da tuberculose infantil. *Jornal de Pediatria*, 2002, v. 78, p. 205-214.

## TRIAGEM NEONATAL POSITIVA

CHAGAS, A. J. et al. Cartilha do Hipotireoidismo Congênito. 14 p.

FERNANDES, A. P. P. et al. *Manual de doença falciforme para profissionais da área de saúde*. NUPAD – Secretaria do Estado de Minas Gerais, s.d.

NUPAD/SERVIÇO EM TRIAGEM NEONATAL – MG. Informe Técnico: *Fibrose Cística – conceitos básicos*. (mimeografado).

NUPAD. Manual de Organização e Normas Técnicas para Triagem Neonatal. *Programa Estadual de Triagem Neonatal/MG*, Belo Horizonte, p. 9-17. (mimeografado).

STARLING, A. L. P. et al. Fenilcetonúria. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, 1999; 9 (3):106-110.

## DOENÇAS DE TRANSMISSÃO VERTICAL

ANDRADE, G. M. Q.; TONELLI, E.; ORÉFICE, F. Toxoplasmose. In: TONELLI, E.; FREIRE, L. M. S. *Doenças Infecciosas na Infância e na Adolescência*. 2. ed. Medsi. Rio de Janeiro, 2000, p. 1297-1339.

ANDRADE, G. M. Q.; CARVALHO, A.L.; CARVALHO, I.R.; NOGUEIRA, M.G.S.; ORÉFICE, F. *Toxoplasmose congênita – orientação prática para prevenção e tratamento*. Rev. Méd. Minas Gerais 2004; 14 (1 supl 3): 85 - 91.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *Guia de Tratamento: recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes*. Brasília, 2003. 2. ed. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças*. Brasília, 2003. 2. ed. 94 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *Projeto Nascer*. Brasília, 2003. 80 p.

GOMES, F. M. S. Sífilis congênita. In: ISSLER, H.; LEONE, C.; MARCONDES, E. *Pediatria na atenção básica*. São Paulo, 2002, p. 230-232.

GONZAGA, M. A. Sífilis congênita. In: TONELLI, E.; FREIRE, L. M. S. *Doenças Infecciosas na Infância e na Adolescência*. 2. ed. Rio de Janeiro, 2000, p. 444-457.

GUINSBURG, R. Sífilis congênita. In: FARHAT, C. K. et al. *Infectologia Pediátrica*. Rio de Janeiro, 1993, p. 285-295.

## **EQUIPE RESPONSÁVEL**

### **ORGANIZADORES**

*Marco Antônio Bragança de Matos*

*Marta Alice Venâncio Romanini*

### **CONSULTORES**

*Maria Emi Shimazak*

### **AUTORES**

*Claudia Regina Lindgren Alves*

*Cristina Gonçalves Alvim*

*Heloísa Santos Junqueira*

*Lúcia Maria Horta Figueiredo Goulart*

*Luciano Soares Dias*

*Maria Elizabeth Neves Magalhães*

*Maria Regina de Almeida Viana*

*Rosilene Miranda Barroso da Cruz*

*Tatiana Mattos do Amaral*

*Zeína Soares Moulin*

### **COLABORADORES**

*Benedito Scaranci Fernandes*

*Gláucia Manzan Queiroz de Andrade*

*Jandira Aparecida Campos Lemos*

*Juliana Sartorelo Carneiro Bittencourt Almeida*

*Marcos Carvalho Vasconcelos*

*Maria Cândida F. Bouzada Viana*

*Maria Tereza da Costa Oliveira*

*Mitiko Murao*

*Paulo Augusto Moreira Camargos*