



PROTOCOLOS DA ATENÇÃO BÁSICA

Versão Preliminar

SAÚDE DA CRIANÇA

2016 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: versão preliminar – 2014 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6,

Edifício Premium, bloco II, subsolo

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-9031

Site: dab.saude.gov.br

E-mail: dab@saude.gov.br

Suporte técnico, operacional e financeiro, no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

PROADI – SUS: INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA

Rua Cel. Nicolau dos Santos, 69 Bela Vista,

CEP: 01308-060, São Paulo – SP

Tel.: (11) 3155 0494

Site: www.hospitalsiriolibanes.org.br/ensino

E-mail: iep@hsl.org.br

Normalização de pré-textuais:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Revisão:

Khamila Christine – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Protocolos da atenção básica : saúde da criança / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. – Brasília :

Ministério da Saúde, 2016.

xx p. : il. color.

Versão preliminar.

1. Saúde da criança. 2. Agente comunitário de saúde (ACS). 3. Auxiliares de saúde comunitária. I. Título. II. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

CDU 616.98:578.833.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0578

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO, 5

INTRODUÇÃO, 8

PARTE I – CONTRIBUIÇÕES PARA A ATENÇÃO INTEGRAL NO CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA, 12

1 INTRODUÇÃO, 13

2 POSSIBILIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA NAS AÇÕES INTERSETORIAIS E INTRASSETORIAS À SAÚDE DA CRIANÇA NA COMUNIDADE, 15

3 POSSIBILIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE SAÚDE MENTAL NO CUIDADO À CRIANÇA, 23

4 POSSIBILIDADES DE AÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA ÀS CRIANÇAS, 32

5 O TRABALHO INFANTIL NO CENÁRIO DOS TERRITÓRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE, 56

PARTE II – CUIDADO LONGITUDINAL À SAÚDE DA CRIANÇA, 72

1 CUIDADO LONGITUDINAL À SAÚDE DA CRIANÇA, 73

2 ABORDAGEM DO CUIDADO LONGITUDINAL À SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA, 78

PARTE III – PRINCIPAIS MOTIVOS DE CONTATO DE CRIANÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA, 165

1 INTRODUÇÃO, 166

2 PROBLEMAS GERAIS E INESPECÍFICOS (A), 168

3 PROBLEMAS DO SANGUE, SISTEMA HEMATOPOIÉTICO, LINFÁTICO E BAÇO (B), 184

4 PROBLEMAS DIGESTIVOS (D), 190

5. PROBLEMAS DO OLHO (F), 207

6 PROBLEMAS DO OUVIDO (H), 212

7 PROBLEMAS CIRCULATORIOS (K), 218

8 PROBLEMAS MUSCULOESQUELÉTICOS (L), 221

9 PROBLEMAS NEUROLÓGICOS (N), 224

10 PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS (R), 235

11 PROBLEMAS DE PELE (S), 264

12 PROBLEMAS ENDÓCRINO-METABÓLICOS E NUTRICIONAIS (T), 285

13 PROBLEMAS URINÁRIOS (U), 292

14 GENITAL FEMININO (X), 296

15 PROBLEMAS SOCIAIS, 303

APRESENTAÇÃO

Com o objetivo de ampliar a resolutividade das equipes de saúde, proporcionando ampliação do escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais, o Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde (MS), tem empregado esforços na produção de diversos materiais técnicos norteadores para o processo de trabalho das equipes na Atenção Básica (AB). Os Protocolos da Atenção Básica (PAB) têm enfoque clínico e de gestão do cuidado, servindo como subsídios para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado na AB. Trata-se de um instrumento potente para a implementação de boas práticas e deve funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia dos profissionais de saúde. Deve também ser constantemente avaliado segundo sua realidade de aplicação, com acompanhamento gerencial sistemático e revisões periódicas, permitindo espaço para criação e renovação dentro do processo de trabalho. A elaboração do presente protocolo foi balizada pelos pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), na busca por uma AB acolhedora, resolutiva e que avance na gestão e na coordenação do cuidado ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Há o pressuposto de que os PAB sejam permeáveis ao reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e possíveis adequações às diferentes realidades do Brasil, sendo de fácil acesso, de uso permanente, com diagramação e encadernação que facilitam seu uso como ferramenta de trabalho. Vale lembrar-se de que este material não abarca todas as possibilidades de arranjos e práticas de cuidado à saúde da criança na AB, nem nos demais níveis de atenção, mas traz ofertas que podem contribuir com a qualificação das práticas na AB. Dessa forma, o protocolo deve ser complementado com discussões da equipe multiprofissional da atenção básica e utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) entre outros instrumentos para cada caso, conforme a necessidade.

Atendendo ao objetivo de ser um protocolo, este material busca qualificar a atenção à saúde da criança e a tomada de decisão dos profissionais com base nas evidências, programas e políticas de âmbito nacional, sendo complementar com outras publicações do Ministério da Saúde, como os *Cadernos de Atenção Básica* e os *Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada*. Busca, ainda, incentivar a educação permanente dos profissionais da AB, sendo um material para qualificação profissional e para a organização dos serviços, contribuindo para a melhoria do acesso das pessoas à AB.

Aliados ao objetivo de qualificar as ações de saúde na AB, os PAB cumprem uma função primordial, que é oferecer respaldo ético-legal para a atuação da equipe multiprofissional de AB, conforme disposto em suas atribuições comuns e específicas constantes na Pnab, particularmente no que se refere aos(às) profissionais de Enfermagem. Diante disso, os PAB destinam-se ao serviço e não, especificamente, a determinadas categorias profissionais.

Reconhece-se que, para o alcance dos objetivos do sistema de saúde e o cumprimento efetivo e qualificado de suas funções como porta de entrada preferencial, coordenação do cuidado e resolutividade na AB, faz-se necessário conferir maior qualificação, autonomia e responsabilidade a todos(as) os(as) trabalhadores(as) atuantes neste âmbito de atenção. Também é fundamental estimular dispositivos para o trabalho compartilhado, considerando a oferta de cuidado em contextos de difícil acesso, com barreiras geográficas ou outras particularidades locorregionais.

Partindo de tais objetivos e pressupostos, o Ministério da Saúde firmou parceria com uma instituição de excelência, cuja trajetória é reconhecida no campo da formação de profissionais de saúde e no desenvolvimento de projetos de apoio ao SUS: o Hospital Sírio-Libanês (HSL). Com recursos da filantropia, específica para hospitais considerados de excelência e voltados à pesquisa e à capacitação de profissionais, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS¹), o Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP) do HSL desenvolveu o processo de produção dos PAB com o DAB.

Por meio dessa parceria, foram realizadas diversas oficinas de trabalho com um coletivo de trabalhadores(as) de diferentes núcleos profissionais e notória experiência e saber na AB. Tais oficinas foram orientadas por metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com o objetivo de facilitar a emersão dos temas a serem trabalhados na publicação e a criação de formato que pudesse dialogar mais significativamente com a lógica da AB. A continuidade do desenvolvimento dos temas deu-se nos momentos de dispersão, embasada pela produção prévia do Ministério da Saúde voltada para a AB e para a área temática do protocolo.

Cabe ressaltar que as referências bibliográficas que serviram de base para a produção desta publicação são obras que versam sobre práticas e saberes já consolidados no âmbito da AB, isto é, tratam do cuidado em saúde neste âmbito de atenção considerando a perspectiva do usuário, da pessoa que busca o cuidado e não de agravos ou uma tecnologia, contemplando o trabalho em equipe e a organização do processo de trabalho sob a ótica da integralidade e demais princípios e atributos da AB. Sendo assim, o conteúdo dos *Cadernos de Atenção Básica* (CABs) serviu como ponto de partida para a elaboração deste material. Agregam-se aos CABs as diretrizes de políticas de saúde, com destaque para a Pnab, além de manuais, diretrizes, normas e notas técnicas, leis, portarias e outras publicações do MS. Além disso, foram utilizados estudos e consensos de bases de dados nacionais e internacionais de reconhecido valor para a AB.

Após a elaboração, foi realizada a etapa de validação interna, que consistiu em um processo de discussão do material por um conjunto de especialistas (profissionais, gestores(as), docentes) em Saúde da Família, Medicina de Família e Comunidade (MFC) e especialistas focais. Nesta etapa

¹O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) contribui para o desenvolvimento institucional do SUS por meio de intervenções tecnológicas, gerenciais e capacitação profissional, or meio da parceria do Ministério da Saúde (MS) e entidades de saúde portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (Cebas-Saúde) e de Reconhecida Excelência, regulamentada pela Lei Federal nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.

promoveu-se a análise técnica dos protocolos a fim de garantir o aprimoramento do material elaborado pela equipe de produção.

Este material deve ser entendido como oferta do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para os profissionais e gestores da Atenção Básica e é importante que esteja atrelado a outras iniciativas para potencializar o cuidado da Atenção Básica pelos três entes federativos (governo federal, unidades da Federação e municípios).

INTRODUÇÃO

OS PROTOCOLOS DE ATENÇÃO BÁSICA E A SAÚDE DAS CRIANÇAS

As crianças são sujeitos de direitos e devem ser tratados com prioridade nas políticas de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) alinhado com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tem o dever de promover o direito à vida e à saúde de crianças, mediante a atenção integral à saúde, que pressupõe tanto o acesso universal e igualitário aos serviços em todos os âmbitos de atenção, quanto o cuidado da criança na sua integralidade. A integralidade é um conceito que pode ser considerado polissêmico, ou seja, com muito sentidos que a ele podem ser atribuídos. Nesse protocolo, considera-se uma definição da integralidade a partir das necessidades de saúde que se apresentam para os serviços e saúde, e que traz a integralidade da atenção como composta por duas dimensões: a “integralidade focalizada” e a “integralidade ampliada” (CECÍLIO, 2001).

A primeira dimensão, a “integralidade focalizada”, exercita-se no momento do encontro entre trabalhadores de saúde e sujeitos que demandam cuidado, sendo o resultado da articulação de vários saberes de uma equipe multiprofissional no cotidiano de um serviço de saúde singular. Na segunda dimensão, a “integralidade ampliada”, a integralidade só pode ser conseguida quando o cuidado é produzido em rede, a partir da articulação de vários serviços, equipamentos sociais e de saúde, tecnologias e profissionais de saúde e de uma articulação dialética e complementar entre a integralidade conseguida na relação de cuidado com cada profissional, no contexto de uma equipe, e de uma rede de serviços de saúde (CECÍLIO, 2001).

Assim, no cotidiano dos serviços, a integralidade expressa-se pela atenção à saúde dos usuários sob a ótica da clínica ampliada, com oferta de cuidado à (e com a) pessoa, e não apenas a seu adoecimento. Isso inclui também a prestação de cuidados abrangentes, que compreendem desde a promoção da saúde, a prevenção primária, o rastreamento e a detecção precoce de doenças até a cura, a reabilitação e os cuidados paliativos, além da prevenção de intervenções e danos desnecessários, a denominada prevenção quaternária (JAMOULLE, 2014). Isto é, o alcance da integralidade na Atenção Básica pressupõe um trabalho em rede e a superação da restrição do cuidado às crianças a ações programáticas, por meio do desenvolvimento de ações abrangentes de saúde de acordo com as necessidades de saúde das crianças, incluindo serviços, profissionais e equipamentos sociais que extrapolam o setor Saúde, exercitando a intersetorialidade como forma de avançar na construção da integralidade possível em cada contexto singular.

A saúde da criança vem apresentando uma melhora significativa nos últimos anos nos indicadores de saúde, sobretudo com a grande diminuição nas taxas de mortalidade infantil (< 1 ano) e de mortalidade na infância (< 5 anos). As evidências têm demonstrado que as principais estratégias que contribuíram para essa redução foram a ampliação do acesso à vacinação, a cobertura da Atenção Básica (AB) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), e, na última década, o Programa Bolsa Família, levando à diminuição da pobreza e, com suas condicionalidades, induzindo maior acesso da população (famílias e crianças) aos serviços da AB. Também se observa um controle da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis e diarreia, grande diminuição dos índices de desnutrição e melhora crescente nos indicadores de aleitamento materno.

Nos últimos anos, evidências científicas apontam para a necessidade de ações voltadas não apenas para a sobrevivência e o crescimento infantil, mas também para o pleno desenvolvimento na infância. Assim, foi desenvolvido amplo processo de construção participativa e pactuação interfederativa para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015) com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Apesar dos avanços apresentados nos últimos anos na saúde da criança, novos desafios apresentam-se como resultante dos contextos de mudanças sociais, econômicas e demográficas, da transição epidemiológica (concomitância de doenças infectocontagiosas e doenças crônicas) e das situações de vulnerabilidades sociais. Está clara a necessidade de ajustar a atenção de acordo com a vulnerabilidade, em especial a social, com necessidade de diferenciar o cuidado a crianças em maior risco e vulnerabilidade diante das doenças crônicas, maiores taxas de mortalidade, problemas nutricionais e outros problemas biopsicossociais. Nesse sentido, e dialogando com o amadurecimento do cuidado integral à saúde da criança na perspectiva do pleno desenvolvimento na infância, torna-se importantíssimo considerar a afetividade como aspecto central no bem-estar de uma criança, com importantes repercussões em sua vida, inclusive contribuindo para produzir mais ou menos vulnerabilidade e, por conseguinte, maiores ou menores graus de autonomia e de saúde. Assim, lidar com os múltiplos arranjos familiares, com as relações que a criança estabelece com os responsáveis e com outras pessoas que estão no seu convívio, e procurar promover um ambiente facilitador da vida tornam-se aspectos cruciais na construção da atenção integral à saúde da criança.

Os termos “vulnerabilidade” e “vulnerável” designam a suscetibilidade das pessoas a problemas e danos de saúde. Resultam de aspectos individuais e contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, oportunidades e recursos para o seu enfrentamento (AYRES, 1997; TAKAHASHI, 2006).

Vulnerabilidade define-se pela ameaça à autonomia, seja sob o parâmetro social, familiar ou individual. Entende-se a vulnerabilidade como uma predisposição individual ou familiar para apresentar resultados negativos no desenvolvimento (CECCONELLO, 2003). O conceito de vulnerabilidade não pode ser usado erroneamente como sinônimo de risco. Enquanto o risco é usado pelos epidemiologistas em associação a grupos e populações, a vulnerabilidade refere-se aos indivíduos [ou famílias] e às suas suscetibilidades ou predisposições a respostas ou consequências negativas. O risco é entendido como algo que afeta a coletividade, e que só seria mutável por meio de mudanças nas políticas públicas mais amplas, enquanto a vulnerabilidade é algo mutável pela ação da equipe, pelo empoderamento e enfrentamento das situações – inclusas aí as situações de risco que afetam as pessoas, as famílias e os domicílios.

Neste sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) visa a possibilitar o acesso das crianças e suas famílias aos cuidados de saúde no território, com o potencial de identificar estes riscos e vulnerabilidades por estar próxima ao cotidiano das pessoas e sua realidade. Assim, com seus diversos arranjos de equipe de Saúde da Família (eSF) e equipes que agregam outros saberes (Núcleos de Apoio à Saúde da Família [Nasf] e Consultório na Rua) atendem a população geral e suas especificidades, como populações

ribeirinhas, povos e comunidades tradicionais, indígenas, quilombolas, assentados, refugiados, em situação de rua e que se encontram em serviços de acolhimento institucional, facilitando o acesso das crianças ao cuidado em saúde integral e territorializado. Desta maneira, com a atribuição de realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de seu território e estando atenta à vigilância e ao cuidado desde o pré-natal até a puericultura, favorecendo o vínculo e o reconhecimento de situações que necessitam ser acompanhadas de forma mais sistemática, a Atenção Básica vem contribuindo para melhores condições de vida e saúde das crianças.

Várias são as estratégias de qualificação do cuidado na AB, desenvolvidas pelos municípios e estados, como: a) investimento na ambiência e estrutura das UBS; b) promoção do cuidado integral em saúde bucal, articulada com as demais ações de cuidado na Rede de Atenção à Saúde; c) qualificação da informação em saúde; d) integração da saúde, educação e assistência social para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras; e) ações que buscam melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional; f) ampliação das abordagens de cuidado e opções terapêuticas a partir de práticas integrativas e complementares, visando à melhoria da resolutividade do cuidado e promoção da racionalização das ações de saúde; g) assistência farmacêutica e uso racional de medicamentos; h) prevenção de violências e; i) abordagem pelo “Cuidado Centrado na Família e na Comunidade” (RODRIGUES, 2005), na qual a percepção do ciclo de vida familiar (DIAS, 2012) pelo qual a família está passando e do papel que a criança desempenha nele é de suma importância (acolher e trabalhar as afetividades envolvidas nesse processo); h) valorização dos saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS.

Este protocolo considera as especificidades do cuidado à criança por não a reconhecer como um “adulto em miniatura” e fomenta a necessidade de mudança do olhar da saúde no desenvolvimento integral, protagonismo infantil e a importância de estímulo de ambientes saudáveis, considerando que o cuidado integral à saúde da criança favorece a formação de um adulto pleno e com mais saúde.

REFERÊNCIAS

AYRES, J.R.C.M. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/ Programa de DST/AIDS. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. Bol Epidemiol 1997; 15(3):2-4.

BARTELINK, I.H et al. Guidelines on pediatric dosing on the basis of developmental physiology and pharmacokinetic considerations. Clinical pharmacokinetics, New York, v. 45, n. 11, p. 1077-1097, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CECCONELLO, A.M. Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Janeiro, 2003. 320 p.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: 5-PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

COELHO, F.L.G.; SAVASSI, L.C.M. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização de visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2004; (2): 19-26.
[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104).

DIAS, L.C. Abordagem Familiar. In.: GUSSO. G.; LOPES, J.M.C. (Org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Ciclos da Vida*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

JAMOULLE, M.; GOMES, L.F. Prevenção Quaternária e limites em medicina. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(31):186-91. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(31\)867](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(31)867).

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? Porto Alegre, *Textos & Contextos*, v. 11, n. 2, p. 301 - 308, ago./dez. 2012. Disponível em: revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/12173/8639. Acesso em: 09 set 2016.

MARTINS, R. A.; MANZATO, A. J.; OISHI, J.; FERRARI, F.; LEME, E. M. T. Construção de indicadores de vulnerabilidade familiar a partir de dados amostrais. 4º Congresso Luso-Brasileiro para o Planejamento Urbano, Regional, Integrado, Sustentável. Pluris: Universidade do Algarve, em Faro, Lisboa, 2010 disponível em <http://pluris2010.civil.uminho.pt/Actas/PDF/Paper85.pdf>

PETTENGILL, M.A.M.; ANGELO, M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 novembro-dezembro; 13(6):982-8 Artigo Original www.eerp.usp.br/rlae.

RODRIGUES, E.C.; SILVA, G.R.G.; OLIVEIRA, J.G.; NOGUEIRA, R.B.; TEIXEIRA, R.B.; CABRAL, I.E. Modelos de Cuidar em Saúde da Criança: reflexos na produção acadêmica de enfermagem do Rio de Janeiro, 1998-2002. São Paulo, *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* v.5, n.2, p.15-23, 2005.

TAKAHASHI, R.F. Marcadores de vulnerabilidade a infecção, ao adoecimento e morte por HIV/AIDS [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Promoting safety of medicines for children*. Geneva, 2007.

PARTE I

**CONTRIBUIÇÕES PARA A ATENÇÃO INTEGRAL
NO CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA**



1 INTRODUÇÃO

O conceito de integralidade permite pensar o sujeito na sua totalidade, mesmo que não seja possível responder a todas as suas demandas. É nessa perspectiva que o setor Saúde busca intervir em situações específicas de vulnerabilidades e de risco para a saúde da população, criando as condições para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. A atenção integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada dos serviços de saúde, que requer o trabalho articulado com outras políticas sociais no território.

Espaços de encontro dentro e fora da Atenção Básica (AB) proporcionam as trocas e as articulações para que a integralidade do cuidado à assistência à criança possa ser proporcionada. Tanto encontro entre os atores, como grupos de trabalho intersetoriais, apoio matricial e institucional, como nas demais articulações das redes, sejam elas encontros para educação continuada e permanente em reuniões, seminários ou outras formas de interlocução, favorecem a comunicação e unem as diferentes ações para que ocorram de forma vinculada. As articulações entre os serviços compreendem redes de proteção que envolvem outros dispositivos disponíveis no município, como o Conselho Tutelar, a Assistência Social, a Segurança Pública, a Justiça, entre outros pontos da rede.

No desenvolvimento integral da infância, em especial nos primeiros anos, é necessário levar em consideração as crianças em suas múltiplas interações, relacionamentos e vínculos – com a escola, a família, a comunidade, os serviços de saúde, os serviços de assistência, a cidade, entre outros. O fortalecimento de vínculos familiares, o ambiente saudável, o vínculo afetivo, o compartilhamento e vivências culturais intrafamiliares e comunitárias favorecem a promoção e o desenvolvimento da saúde deste público. Neste contexto, políticas como o Programa Saúde na Escola, a Rede de Atenção Psicossocial, a Vigilância em Saúde, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), além de relações com outros parceiros e outras secretarias, são importantes mecanismos para que a assistência à criança seja realizada de maneira integral. As ações intersetoriais, em rede, permitem contemplar as diferentes dimensões no cuidado à criança, fazendo com que ela seja amparada e assistida de acordo com a sua realidade, de acordo com as suas potencialidades e as possibilidades do território em que está inserido.

As unidades de saúde precisam articular o compartilhamento das demandas que necessitem de apoio de outros pontos da rede. Entre eles estão as medidas de prevenção, acolhimento institucional, emergência, proteção, acompanhamento, reabilitação e recuperação da saúde em virtude das doenças e agravos das situações familiares e sociais. Também têm o papel de articular com a rede intersetorial utilizando os seus recursos para responder aos possíveis problemas surgidos na infância, além de executar ações de promoção e prevenção contando com a parceria destas instituições. Um bom instrumento para troca de informações entre os dispositivos é a carteira da criança, que contém informações importantes sobre a criança.

Devido à proximidade da Atenção Básica aos sujeitos em seus territórios, a identificação de situações que necessitam desta interlocução é favorecida pela capilaridade da Rede de Assistência em Saúde. Já nas primeiras abordagens realizadas por meio do acolhimento e da promoção do cuidado, os trabalhadores da saúde podem orientar, promover o acesso, realizar o cuidado e encaminhar as crianças de maneira compartilhada, implicada e com corresponsabilização no cuidado aos serviços disponíveis na rede, que possam auxiliar em suas demandas. Profissionais de saúde devem conhecer a oferta dos serviços existentes para realizar a referência e o encaminhamento para outros serviços e unidades das redes. Entre eles podem estar as delegacias de polícia, como a de proteção da criança e do adolescente, a vara da infância e da juventude do Poder Judiciário, as casas de proteção e os abrigos, o Centro de Referência da Assistência Social (Cras) e o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas), o Instituto Médico Legal (IML), entre outros dispositivos da rede intersetorial e da saúde.

2 POSSIBILIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA NAS AÇÕES INTERSETORIAIS E INTRASSETORIAS À SAÚDE DA CRIANÇA NA COMUNIDADE

Um dos princípios norteadores das ações voltadas à saúde da criança na comunidade é que estas crianças precisam ser entendidas como sujeito e protagonista de sua individualidade. A criança não é só objeto do cuidado e atenção dos adultos: possui gostos, percepções da realidade, desejos que fazem parte da formação de sua identidade e de sua personalidade (Rede Nacional Primeira Infância, 2015). A partir disso, novos dispositivos para atuação além da educação tradicional e de ações em saúde são realizados na comunidade, incluindo a população como atores e não como mero objeto de intervenção dos profissionais, como a educação viva e a educação popular em saúde.

A integração das iniciativas locais é indispensável para garantir a sintonia dos planos de trabalho e das ações a serem desenvolvidas na comunidade e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a promoção e a prevenção da saúde das crianças. Com a intersectorialidade, a articulação do setor Saúde com outros setores governamentais ou não governamentais para planejamento e desenvolvimento de ações conjuntas, por meio de uma parceria, faz com que as ações sejam mais efetivas, eficientes e sustentáveis para que afetem os resultados de saúde pretendidos. Junto a outros pontos de atenção da rede de saúde, a abordagem intrassetorial é fundamental na garantia da integralidade, articulando os serviços de maneira que os dispositivos possam agir compartilhando saberes e ações nas diferentes áreas do cuidado à criança.

Diferentes secretarias municipais, como a de Cultura, de Esportes, de Lazer, do Meio Ambiente, da Saúde e da Educação, além da serviços da sociedade civil organizada e outros entes não governamentais agem realizando atividades culturais, esportivas, de recreação, de educação ambiental, trabalhando nas necessidades das crianças enquanto sujeitos integrais, abordando temas transversais durante sua formação escolar, suas atividades de lazer e em seus momentos de encontro na comunidade, acolhendo e referenciando as crianças identificadas com necessidades de saúde e sociais para os serviços de referência, relacionando-se com as organizações públicas, privadas e do terceiro setor, fortalecendo o acesso e a qualidade das redes.

Entre as iniciativas integradoras está o Programa Saúde na Escola (PSE), política intersectorial entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação que foi estabelecida por meio do Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. O programa, que desenvolve suas atividades tecendo os caminhos da intersectorialidade, atua por intermédio da cogestão entre os atores, da inclusão de todas as crianças na escola e na rede de saúde, do fortalecimento de redes intersectoriais e da integração dos dispositivos do território, garantido o atendimento integral à criança, agindo com equidade e desenvolvendo seus direitos sociais.

O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, de prevenção e de atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e de jovens da rede pública de ensino.

Outra importante política que demanda ações intersetoriais é o Programa Bolsa Família, em que os compromissos pactuados entre as famílias e o poder público nas áreas da Saúde, Assistência Social e Educação possibilitam a integração entre os serviços para o cumprimento das condicionalidades, como a verificação da situação vacinal, o acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento das crianças até 7 anos, oportunizando o olhar para a condição de saúde da unidade familiar.

Segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, o dever do Estado com a educação escolar pública será efetivado, dentre outros aspectos, por meio da assistência à saúde. Os conteúdos relativos à saúde, aos direitos humanos e à prevenção de todas as formas de violência contra a criança passam a compor os currículos escolares como temas transversais. É promovido um encontro de saberes sustentados por políticas de garantia da saúde e de educação como direito universal. Todas as atividades passam a ser concebidas no projeto político-pedagógico de maneira sistêmica e ao longo de todo o calendário escolar.

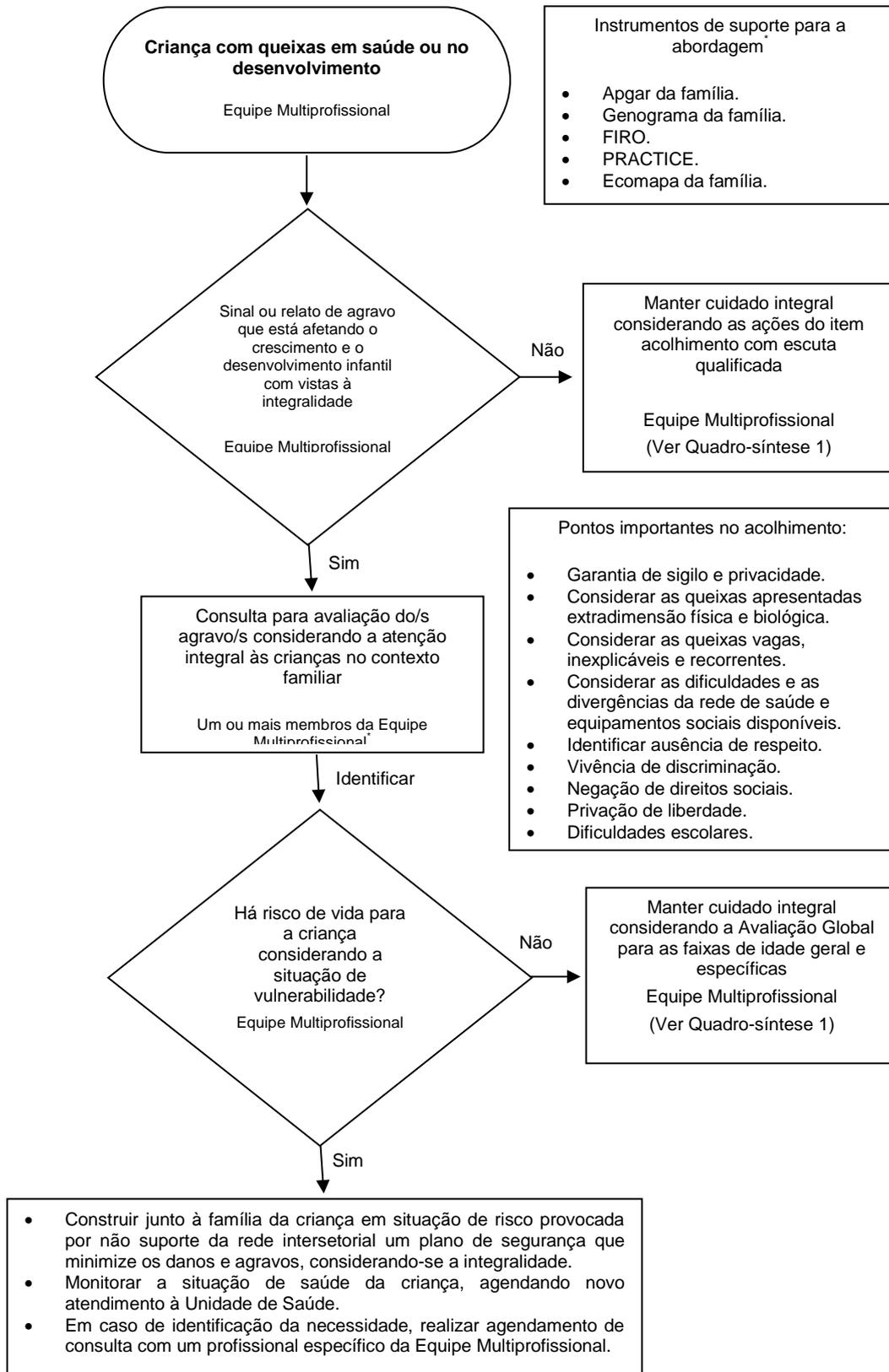
A articulação das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. Envolve atividades realizadas em um território onde diferentes equipes e serviços agem conjuntamente, aliando esforços para produzir modelos de atenção e de gestão adequados para cada realidade. Conecta pessoas e organizações, tecendo com parcerias em prol de um objetivo comum. Articula saberes, experiências e práticas que impactam positivamente na qualidade de vida das crianças.

As atividades governamentais conjuntas visam superar a desarticulação, a segmentação e o isolamento das ações que incidem em uma mesma população, enxergando a criança na sua totalidade, enquanto sujeitos integrais. Também objetivam superar o impacto da fragmentação das políticas sociais e dos resultados, superando a dificuldade de acesso aos serviços ofertados. Por meio do planejamento, da realização e da avaliação de políticas públicas, dos programas e dos projetos com efeitos sinérgicos, pretende-se promover o desenvolvimento social e superar a exclusão social.

A inclusão de saberes, do que há de diverso e de diferente, além dos sujeitos como protagonistas, respeitando a realidade e as diversidades para a superação e o enfrentamento de vulnerabilidades dos sujeitos e dos territórios também é alvo das ações nos territórios.

FLUXOGRAMA 1

ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM QUEIXAS EM SAÚDE OU NO DESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA



Fonte: autoria própria.

QUADRO-SÍNTESE 1
ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM QUEIXAS NA EFETIVAÇÃO DAS
AÇÕES INTERSETORIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>Acolhimento com escuta qualificada</p>	<p>Observar os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, do cuidado humanizado, da não discriminação, do sigilo e da privacidade, propiciando ambiente de confiança e respeito.</p> <p>Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações.</p> <p>Vigiar-se com relação à sua própria conduta, informando previamente ao familiar e à criança sobre os procedimentos que serão realizados.</p> <p>Assegurar que o familiar e a criança compreendam os procedimentos em cada etapa do atendimento.</p> <p>Afirmar a importância das condutas multiprofissionais na rede intrasectorial e intersetorial de proteção às crianças, bem como a responsabilidade dos responsáveis pelo seu bem-estar.</p> <p>Acolher as demandas da criança e identificar suas necessidades.</p> <p>Direcionar a criança para a realização dos procedimentos necessários, das ações em saúde e do atendimento individual ou coletivo.</p> <p>Realizar o levantamento das demandas da criança em atividades nas unidades de saúde, nas escolas, na comunidade, em buscas ativas e/ou nas visitas domiciliares.</p> <p>Abordar a necessidade das crianças sobre a obrigatoriedade ou não do seu acompanhamento pelos responsáveis legais. Os códigos de ética dos profissionais de saúde que trabalham na Atenção Básica, bem como o artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, legitimam o direito da criança ao acesso à saúde, desde que acompanhados, exceto em casos de urgência e emergência.</p> <p>Colher a assinatura dos responsáveis nos termos de autorização em casos de orientações e avaliações que não envolvam procedimentos.</p> <p>Identificar se a criança é membro de uma família beneficiária do Programa Bolsa Família ou de algum outro programa de transferência de renda, integrando as ações executadas com as condicionalidades do programa.</p>	<p style="text-align: center;">Equipe Multiprofissional</p>
<p>Avaliação global Todos as idades</p>	<p>Realizar a pesagem, verificar a altura, calcular o IMC e incluir no gráfico de crescimento. Alimentar estes dados na lista de acompanhados das condicionalidades do Programa Bolsa Família.</p> <p>Identificar alunos com necessidade de cuidados em saúde nutricional, verificando as ações necessárias de acordo com os resultados.</p> <p>Identificar crianças com necessidade de cuidados em saúde ocular.</p> <p>Avaliação clínica e aplicação do teste de Snellen. No caso de crianças menores de 6 anos, verificar a situação do teste do olhinho na carteira da criança.</p> <p>Conferir a carteira de vacinação para verificar a situação vacinal. Alimentar estes dados na lista de acompanhados das condicionalidades do Programa Bolsa Família.</p>	<p style="text-align: center;">Equipe Multiprofissional</p>

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
	<p>Atualizar o esquema vacinal das crianças.</p> <p>Realizar avaliação clínica e observar possíveis sinais e/ou dificuldades quanto à fala, à audição, à visão e/ou à aprendizagem, articulando o encaminhamento nos casos necessários.</p> <p>Identificar crianças com doenças transmissíveis de importância epidemiológica, encaminhando ao atendimento e orientando quanto aos possíveis riscos de contágio em cada situação.</p> <p>Identificar crianças com possíveis sinais e/ou sintomas de agravos de doenças em eliminação (hanseníase, tuberculose, malária, esquistossomose, geo-helmintíases e tracoma), realizando os encaminhamentos necessários.</p> <p>Identificar crianças com possíveis sinais e/ou sintomas de sofrimento psicossocial, discutindo o caso com a escola, a equipe de saúde, a família e a rede intrasectorial e intersetorial, elaborando, em conjunto, o Plano Terapêutico Singular.</p>	
<p>Avaliação global Todos as idades</p>	<p>Promover ações e avaliar as necessidades de saúde bucal das crianças.</p> <p>Ofertar escovação dental direta e supervisionada.</p> <p>Realizar atividades de educação continuada e avaliação do estado de saúde bucal.</p> <p>Realizar exame epidemiológico, identificando as condições que impactam na saúde da população atendida.</p> <p>Dispensar escova dental, dentífrico fluoretado e fio dental, quando disponível.</p> <p>Identificar crianças com necessidade de cuidados em saúde bucal.</p> <p>Encaminhar as crianças para atendimento em casos de alteração na saúde bucal.</p> <p>Realizar aplicação de flúor, de acordo com a avaliação e a indicação.</p>	<p>Equipe de Saúde Bucal</p>
<p>Avaliação global Crianças menores de 6 anos</p>	<p>Verificar a situação do teste da linguinha, do olhinho, do coraçozinho e da orelhinha na carteira da criança.</p> <p>Orientar quanto à necessidade da realização destes testes, caso não haja registro.</p>	<p>Equipe Multiprofissional</p>
<p>Avaliação global Ensino fundamental e médio</p>	<p>Identificar as crianças com possíveis sinais de alteração da linguagem oral.</p> <p>Realizar a avaliação clínica e a observação de possíveis dificuldades de fala, articulando o encaminhamento nos casos necessários.</p>	<p>Equipe Multiprofissional</p>
<p>Plano de cuidados Atividades educativas</p>	<p>Promover a segurança alimentar e a alimentação saudável.</p> <p>Realizar ações de educação alimentar e nutricional, com respeito à alimentação regional.</p> <p>Estimular a produção de hortas a partir da realização de atividades com as crianças e o uso dos alimentos produzidos na alimentação escolar e domiciliar.</p> <p>Estimular a implantação das boas práticas de manipulação nos serviços que ofertam alimentação para as crianças.</p> <p>Incentivar a restrição do comércio de alimentos e preparações com altos teores de gordura saturada, gordura trans, açúcar livre e sal</p>	<p>Equipe Multiprofissional</p>

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
	<p>nas cantinas escolares.</p> <p>Incentivar o consumo de frutas, verduras e legumes.</p> <p>Realizar atividades de educação alimentar para as crianças, a equipe da escola e os responsáveis.</p> <p>Promover a cultura de paz e direitos humanos.</p> <p>Promover a saúde mental no território criando grupos intersetoriais de discussão de ações de Saúde Mental no contexto comunitário.</p> <p>Articular ações com a comunidade e os dispositivos disponíveis na rede.</p> <p>Realizar atividades de prevenção e intervenções psicossociais das violências e acidentes na escola, em casa e na comunidade.</p> <p>Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos de famílias solidárias para o encontro e a troca de experiência com mediação da creche/escola e/ou unidade de saúde.</p> <p>Oferecer fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e/ou minerais), quando disponível e houver indicação.</p> <p>Promover ações voltadas à autonomia no cuidado e na promoção da percepção do autocuidado, como oficinas e grupos de práticas integrativas e complementares.</p>	
<p>Plano de cuidados</p> <p>Atividades educativas</p>	<p>Promover práticas corporais, atividade física e lazer nos espaços da comunidade.</p> <p>Realizar festivais de jogos esportivos e populares com a participação das crianças na construção do evento.</p> <p>Oferecer simultaneamente atividades orientadas durante o recreio escolar, como minipalestras, jogos, brincadeiras e dança.</p> <p>Realizar palestras conjuntas com a participação dos alunos, dos responsáveis ou de pessoas de referência sobre a importância da prática de atividade física como componente importante na prevenção de doenças.</p> <p>Incluir, nas atividades extracurriculares escolares, passeios temáticos, brincadeiras no parque, caminhadas ecológicas, entre outras atividades.</p> <p>Desenvolver os jogos escolares interclasses ou interescolas como estímulo à prática de esporte, garantido a participação de meninos e meninas.</p> <p>Realizar sessões discursivas sobre filmes relacionados aos temas da promoção da saúde, atividade física, esporte e lazer.</p> <p>Promover atividades que versem sobre a saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável.</p> <p>Realizar encontros de mobilização e sensibilização sobre a importância da implementação de ações de saúde ambiental de forma contínua e sistêmica.</p> <p>Desenvolver atividades no sentido de orientar as crianças e a comunidade para lidar em situações de desastres naturais. Realizar debates e buscar opinião e abordagem sobre a temática, envolvendo toda a comunidade.</p> <p>Fazer planejamento e realizar ações utilizando metodologias participativas (oficinas, concursos, conferências, vídeos, debates, gincanas, roda de conversa, entre outras).</p>	<p>Equipe Multiprofissional</p>

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
	<p>Trabalhar a importância do acolhimento da comunidade em caso de desastres ambientais.</p> <p>Disponibilizar materiais didáticos sobre a temática de Saúde Ambiental.</p> <p>Abordar assuntos sobre o impacto do meio ambiente na saúde da criança, como doenças transmitidas por animais e vetores, poluição, saneamento básico, entre outros.</p> <p>Estimular a troca de informações entre os dispositivos, lançando mão de instrumentos como a Caderneta da Criança, telefonemas e momentos de encontro, promovendo o diálogo sobre práticas não medicalizantes e articuladas com as potencialidades do territórios.</p>	
<p>Plano de cuidados</p> <p>Atividades educativas</p> <p>Crianças a partir dos 6 anos</p>	<p>Direito sexual e reprodutivo e prevenção das DSTs/aids e hepatites virais.</p> <p>Realizar encontros de mobilização e sensibilização sobre a importância de implementar atividades nos temas que envolvem a sexualidade.</p> <p>Desconstruir mitos sobre a sexualidade.</p> <p>Apresentar dados epidemiológicos sobre DSTs/HIV/aids e hepatites virais, dados sobre gravidez precoce, marcos legais sobre direitos sexuais e reprodutivos.</p> <p>Proporcionar atividades que utilizem metodologias participativas – oficinas temáticas, vídeo de debates, gincanas, rodas de conversa, debates a partir de expressões artísticas, intervenções na comunidade.</p> <p>Realizar debates sobre a importância da participação juvenil na construção de saberes sobre a sexualidade.</p> <p>Envolver as crianças nos processos de planejamento, execução e avaliação das atividades propostas.</p> <p>Proporcionar processos de formação de crianças nos temas de sexualidade, promoção da saúde, prevenção das DSTs/HIV/aids e hepatites virais, saúde sexual e saúde reprodutiva para atuarem na perspectiva da educação entre pares.</p> <p>Planejar e realizar ações utilizando metodologias participativas (oficinas temáticas, vídeo de debates, gincanas, rodas de conversa, debates a partir de expressões artísticas, intervenção na comunidade).</p> <p>Promover atividades que promovam a ampliação da consciência sobre o cuidado e autocuidado por meio de práticas integrativas e complementares em saúde.</p>	<p>Equipe Multiprofissional</p>

Fonte: autoria própria.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

QUADRO 1 NÍVEIS DE INTERSETORIALIDADE, SEGUNDO A COORDENAÇÃO INTERSETORIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, DO MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E AGRÁRIO

- 0 - Os órgãos setoriais (secretarias, conselhos etc.) que têm a ver com algum direito da criança agem separadamente, de forma independente.
- 1 - Os órgãos trocam informações ocasionalmente sobre suas atividades.
- 2 - Estabelecem diretrizes para todos, procuram ter uma linguagem comum, evitam conflitos e divergências nas ações que se interligam.
- 3 - Criam equipe técnica para trabalhos pontuais conjuntos.
- 4 - Comunicam-se sistematicamente. Informam-se regularmente sobre as ações que estão realizando. Procuram adequar suas ações às dos outros setores.
- 5 - Existe um órgão central de coordenação da política intersetorial, com capacidade para tomar decisões relativas aos trabalhos conjuntos e às ações articuladas.
- 6 - Os órgãos setoriais fazem planejamento conjunto, elaboram um plano integrado para atendimento integral à criança, com as ações das diferentes áreas, articuladas e complementares.

Fonte: Rede Nacional Primeira Infância (2005).

3 POSSIBILIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE SAÚDE MENTAL NO CUIDADO À CRIANÇA

O acolhimento dos serviços da Atenção Básica e de saúde mental fazem uma abordagem para identificar as necessidades de saúde de cada criança. Propõem uma intervenção inicial e, caso deva ser direcionado a outro ponto da rede, oferecem outras estratégias e outros lugares de tratamento por meio de um encaminhamento implicado, mantendo-se corresponsável pela atenção à criança. O trabalho de saúde mental na Atenção Básica e nas equipes de Saúde Mental potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades. Além disso, propicia o uso mais eficiente e efetivo dos recursos, podendo aumentar as habilidades e a satisfação dos profissionais.

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas caracteriza-se por diferentes ações e serviços que precisam garantir o acesso a cuidados em saúde mental de forma ampliada, complexa e com importante articulação intersetorial, tendo como diretriz central a reinserção social.

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, prevê a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Entre seus objetivos estão garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território e promover cuidados em saúde, especialmente a grupos mais vulneráveis, entre eles as crianças. Esta rede contempla diversos serviços de saúde existentes no território, município e região de saúde. Dentre estes serviços estão a Atenção Básica, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), hospitais gerais, os ambulatórios de Saúde Mental, as unidades de acolhimento infantojuvenil, entre outros pontos de atenção que atendem em rede à população em geral ou exclusivamente ao público infantojuvenil.

O trabalho em saúde mental com as crianças deve partir do PTS realizado, com a participação da criança e dos sujeitos no seu cuidado, seus familiares e todos os atores envolvidos com o cotidiano da criança, envolvendo os integrantes das equipes, o apoio matricial e o apoio da rede intersetorial. A partir do PTS, também, é possível fazer abordagens em grupos terapêuticos, intervenções familiares e por meio de práticas integrativas e complementares.

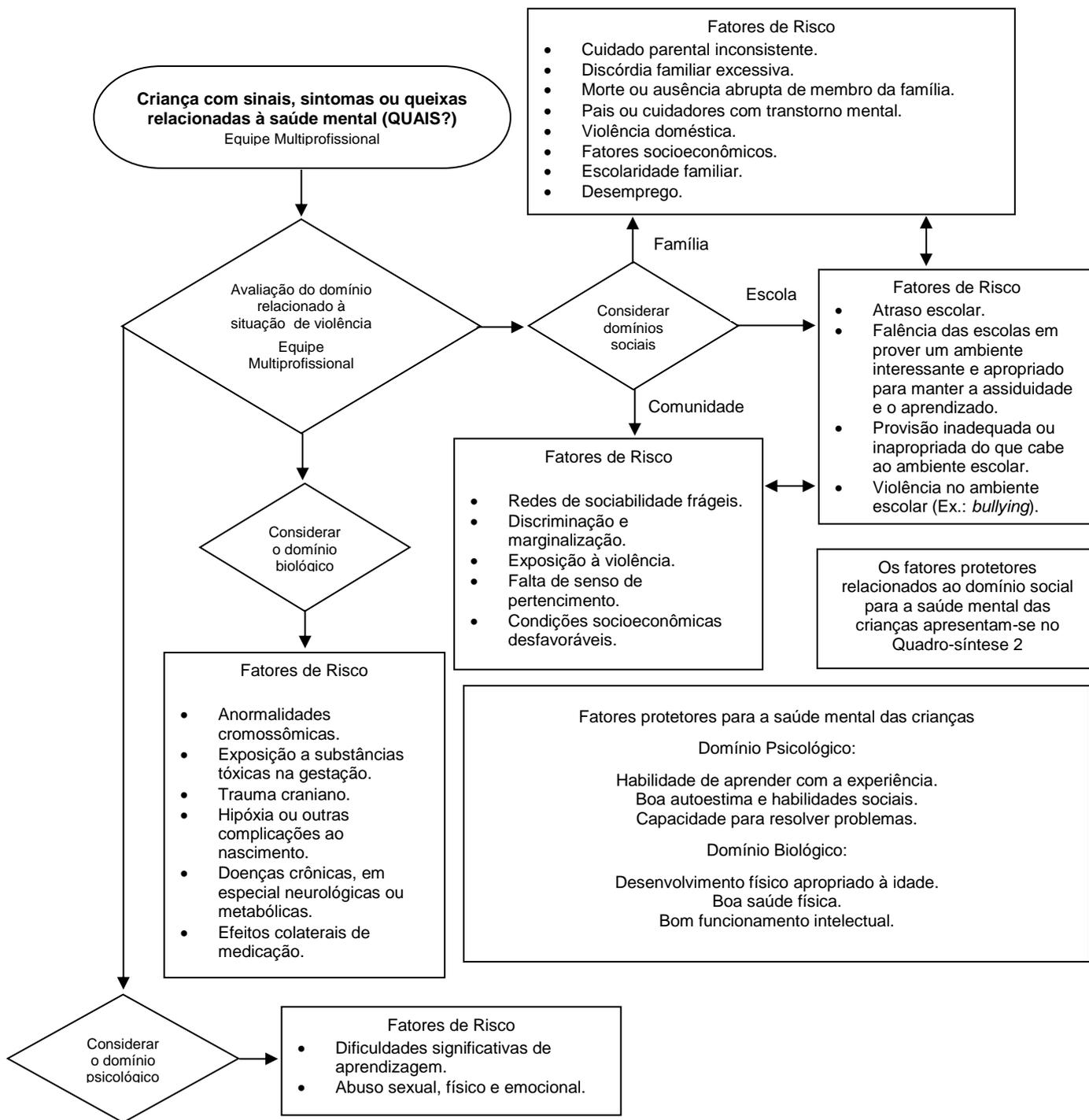
Estratégias de apoio matricial, como as atividades desenvolvidas pelos Caps e o Nasf, favorecem as ações das equipes e da rede no cuidado às crianças em relação a sua saúde mental. O Caps é constituído por equipe interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Atua de forma territorial, seja em situações de crise, seja nos processos de reabilitação psicossocial. O Nasf tem como objetivo apoiar a consolidação

da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. A atuação integrada entre a Atenção Básica, Nsf e Caps e outros dispositivos de apoio matricial permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na unidade de saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. O trabalho integrado com a Atenção Básica, que permanece com o vínculo do paciente no cuidado compartilhado, favorece o protagonismo do sujeito na transformação dos locais que produzem sofrimento.

As escolas são locais que favorecem o desenvolvimento das crianças e de suas famílias, tanto na promoção da saúde quanto na detecção de riscos e na redução de danos de agravos psicossociais. Estes estabelecimentos agregam diversidades e singularidades, potencialidades e recursos significativos para a produção de saúde e o desenvolvimento das crianças. Nas propostas que envolvam a saúde mental na escola, há que se pensar em estratégias intersetoriais, incluindo, além da saúde e da educação, a assistência social, a cultura, o esporte e o lazer) e que deem conta de responder às carências e às demandas identificadas. É fundamental criar novas formas de sociabilidade para crianças e suas famílias e trabalhar na ampla garantia de direitos dessa população de modo a apontar novas possibilidades de projetos de vida.

FLUXOGRAMA 2

ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM SINAIS, SINTOMAS OU QUEIXAS RELACIONADAS À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA



Fonte: autoria própria.

QUADRO-SÍNTESE 2
ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS QUANTO À SAÚDE MENTAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>Acolhimento com escuta qualificada</p>	<p>Acolher as demandas da criança e identificar suas necessidades.</p> <p>Proporcionar a escuta qualificada, incluindo a criança como sujeito de direitos e responsabilidades.</p> <p>Realizar abordagens para identificar o sofrimento mental e psicológico (Quadro 3), propondo uma intervenção inicial e, quando couber, oferecer outras estratégias e lugares de tratamento.</p> <p>Orientar quanto ao direcionamento para a rede de atenção psicossocial de maneira implicada e com corresponsabilização.</p> <p>Observar os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade, propiciando ambiente de confiança e respeito.</p> <p>Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações.</p> <p>Vigilância do profissional com relação à sua própria conduta:</p> <p>Garantir postura de não vitimização das crianças e ajudá-la a lidar com os seus sentimentos, como a raiva, o medo e a frustração.</p> <p>Em especial às crianças na primeira infância, deve-se priorizar as abordagens indiretas, em que as crianças possam traduzir a situação por meio de abordagens lúdicas, como o uso de desenhos, bonecos e brinquedos, estimulando-se a vinculação entre a criança e a equipe para a compreensão da produção da criança e compreender o contexto e o que a criança quer exprimir.</p> <p>Questionar se os problemas em casa estão afetando a saúde da criança.</p> <p>Identificar problemas no relacionamento familiar que possam afetar a criança.</p> <p>Assegurar que o familiar compreenda os procedimentos em cada etapa do atendimento.</p> <p>Afirmar a importância das condutas multiprofissionais na rede intrasetorial e intersetorial de proteção às crianças, bem como a responsabilidade dos responsáveis pelo bem-estar da criança.</p>	<p>Equipe Multiprofissional</p>
<p>Avaliação global</p>	<p>Levantar o histórico de questões de saúde mental na família.</p> <p>Avaliar déficit no desenvolvimento – redução notável do funcionamento intelectual, significativamente inferior à média, sempre associando os resultados à realidade e às possibilidades da criança.</p> <p>Verificar déficit nutricional que possa interferir na saúde mental da criança.</p> <p>Identificar exposição a qualquer forma de violência de natureza física, sexual e psicológica, negligência ou abandono que possa comprometer o desenvolvimento mental e problemas de ordem emocional, psicológica e cognitiva.</p>	<p>Equipe Multiprofissional</p>

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Atenção à escola	<p>Promover e fortalecer vínculos familiares.</p> <p>Oportunizar o envolvimento maior da família e profissionais da saúde na vida escolar.</p> <p>Reforçar positivamente as conquistas da criança, identificando os seus potenciais e fortalecendo-os para reconhecer e favorecer o seu engajamento nas atividades escolares.</p> <p>Proporcionar maior identificação com a cultura da escola.</p>	Equipe Multiprofissional
Plano de cuidados	<p>Promover ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidado para crianças com necessidades decorrentes do uso de álcool ou outras drogas na família.</p> <p>Promover a vinculação das crianças com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do seu uso ou do uso por seus familiares de <i>crack</i>, álcool e outras drogas aos pontos de atenção da rede.</p> <p>Orientar a criança e a família quanto ao problema ou ao sofrimento vivenciado, indicando ou não a necessidade de tratamento na rede de saúde.</p> <p>Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.</p> <p>Prevenir o consumo e as oferecer cuidados referentes às necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas por parte das crianças e/ou seus familiares e reduzir os danos provocados pelo consumo.</p> <p>Promover a reabilitação e a reinserção das crianças com transtornos mentais e outras necessidades na família, na escola e na comunidade.</p> <p>Planejar as devidas intervenções para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde de acordo com as redes de relações e afetos e com as redes sociais da criança, incluindo a família, os vizinhos, a escola, as praças, os lugares de lazer e demais espaços na comunidade.</p> <p>Possibilitar ações que trabalhem os processos emancipatórios e de autonomia da criança, auxiliando no enfrentamento de estigmas e determinismos e melhorar a sua qualidade de vida e sua resiliência, identificando-as como seres integrais com direito à plena participação e inclusão em sua comunidade.</p> <p>Criar grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no território, em articulação com a rede intersetorial.</p> <p>Criar grupos de famílias solidárias para encontro e troca de experiências, com mediação da creche/escola e/ou saúde.</p> <p>Criar de grupos entre pares para fomento da participação da infância, adolescência e juventude.</p> <p>Avaliar a necessidade de encaminhamento da criança a outros pontos de atenção na rede.</p> <p>Realizar atividades de prevenção ao uso do álcool, tabaco, <i>crack</i> e outras drogas.</p> <p>Mobilizar e sensibilizar sobre a importância de implementar, de forma contínua, atividades relacionadas à prevenção do uso do</p>	Equipe Multiprofissional

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
	<p>álcool, do tabaco, do <i>crack</i> e de outras drogas.</p> <p>Realizar o acolhimento dos educandos que usam álcool, tabaco, <i>crack</i> e outras drogas nas escolas e nos serviços de saúde, orientando, tratando e acompanhando as situações levantadas.</p> <p>Realizar trabalhos para a desconstrução de mitos e preconceitos em relação aos educandos que usam álcool, tabaco, <i>crack</i> e outras drogas.</p> <p>Promover atividades sobre crescimento e desenvolvimento saudáveis.</p> <p>Discutir os casos e o cuidado compartilhado dos pacientes com profissionais do apoio matricial (Caps, Nasf, entre outros), manejando as situações relativas ao sofrimento ou ao transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.</p> <p>Oferecer grupos terapêuticos, intervenções familiares, apoio e suporte e proposições de projetos terapêuticos construídos para as crianças e suas famílias.</p> <p>Proporcionar ou encaminhar as crianças para espaços de convívio solidário, fomento à sociabilidade, à produção e à intervenção na cultura e na cidade, desenvolvendo a inclusão social.</p> <p>Desenvolver ou apoiar atividades lúdicas, de formação, de produção cultural, entre outras atividades de interesse das crianças, como o uso de desenhos, bonecos e brinquedos, estimulando-se a vinculação entre a criança e a equipe para a compreensão da produção da criança e compreender o contexto e o que a criança quer exprimir.</p> <p>Compartilhar com os pontos da rede os processos de cogestão e acompanhamento longitudinal dos casos.</p> <p>Atentar para os casos de tentativa de suicídio, cuja notificação, além de compulsória, deve ser imediata (em até 24h). Encaminhar o caso para a rede de atenção psicossocial de maneira implicada e com corresponsabilização, ofertando ações que ampliem a abordagem do cuidado e opções terapêuticas, fortalecendo o autocuidado.</p>	

Fonte: autoria própria.

QUADRO 3
FERRAMENTAS DE ABORDAGEM E NO CUIDADO À FAMÍLIA
DE CRIANÇAS COM SOFRIMENTO MENTAL

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS	
Grupos de Saúde Mental	O processo grupal, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado.
Rede de suporte social	É consensual que a amplitude da promoção do cuidado na lógica da Atenção Psicossocial exige que os sistemas, organizados a partir da Atenção Básica, reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilize os recursos para abordá-las a partir de redes de suporte social. A reflexão sobre a integralidade deve, todavia, ampliar o conceito institucional, em busca da ampliação de possibilidades, tomando-a como traço assistencial fundamental na construção de redes de atenção e de suporte social, como modo de organizar as diversas práticas de cuidado que a complexidade dos casos exige.
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	
Medicina Tradicional Chinesa (MTC)	Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes, visando à integralidade. Compreende-se que, no indivíduo e deste com o meio, o equilíbrio do <i>Yin-Yang</i> (forças ou princípios fundamentais que interpretam os fenômenos em opostos complementares) e dos cinco elementos (compreende e atribui a todas as coisas e fenômenos um dos cinco elementos: madeira, fogo, terra, metal e água), são fundamentais para a manutenção da saúde. E que o desequilíbrio destes, desencadeia o processo de adoecimento do corpo e da mente.
Homeopatia	Entende-se que uma dinâmica orgânica e psíquica saudável depende do equilíbrio da energia vital, e que o processo de adoecimento reflete a sua desarmonia. Possui três princípios fundamentais: a lei dos semelhantes, a experimentação no homem sadio e o uso da ultradiluição de medicamentos. Os serviços de Homeopatia da Rede de Atenção à Saúde têm sido opção terapêutica bastante frequente entre as pessoas com quadros de ansiedade, depressão, insônia e outros transtornos mentais, além de auxiliar no processo de redução e retirada de medicamentos psicotrópicos.
Terapia comunitária	A Terapia Comunitária (TC) caracteriza-se como mais uma ferramenta à disposição dos profissionais da Atenção Básica no campo da Saúde Mental a ser utilizada no território de atuação. A atividade organiza-se como um espaço comunitário que possibilita a troca de experiências e de sabedorias de vida. A TC visa trabalhar de forma horizontal e circular ao propor que cada um que participe da sessão seja corresponsável no processo terapêutico que se realiza naquele momento e que produz efeitos tanto grupais quanto singulares.
Antroposofia aplicada à saúde	A saúde inspirada na Antroposofia lança mão de medicamentos antroposóficos, fitoterápicos e homeopáticos, além dos medicamentos convencionais, quando necessários. Também vale ressaltar a contribuição da Terapia Biográfica, que organiza as vivências e o amadurecer humano em ciclos de sete anos. Todas essas abordagens têm em comum a perspectiva do indivíduo tomar a própria vida em suas mãos, ou seja: autonomia e autocuidado como elementos centrais do tratamento e da busca pelo equilíbrio da saúde.

EXEMPLOS DE INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS AVANÇADAS

Reatribuição de sintomas somáticos sem explicação médica	A ação de reatribuir o significado do sintoma ao sofrimento será o primeiro passo a ser dado no tratamento psicossocial que será ofertado nos serviços da Atenção Básica. Mesmo quando seja o caso de encaminhar a pessoa a serviços especializados, é importante que o trabalho de reatribuição seja realizado no serviço da Atenção Básica, aonde esse sujeito chegou com sua queixa. O vínculo que se estabelece nesse processo de reatribuição será essencial ao bom andamento do seu tratamento.
Mediação de conflitos	A mediação de conflito envolve a capacidade de transformar conhecimentos, habilidades e atitudes em resultados práticos. Pressupõe a utilização e o desenvolvimento de habilidades comunicativas, cognitivas, sociais e emocionais que estão imbricadas com crenças e atitudes que levam à elaboração de um modelo mental.

Fonte: Brasil (2013).

QUADRO 4
COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Atenção Básica em Saúde	<p>Unidade Básica de Saúde</p> <p>Núcleo de Apoio à Saúde da Família</p> <p>Consultório na Rua</p> <p>Apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório</p> <p>Centros de convivência e cultura</p>
Atenção Psicossocial	Centros de atenção psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	<p>Samu 192</p> <p>Sala de estabilização</p> <p>UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro</p> <p>Unidade Básica de Saúde</p>
Atenção Residencial de Caráter Transitório	<p>Unidade de Acolhimento</p> <p>Serviço de Atenção de Regime Residencial</p>
Atenção hospitalar	<p>Enfermaria especializada em hospital geral</p> <p>Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i>, álcool e outras drogas</p>
Estratégias de reabilitação psicossocial	<p>Iniciativas de geração de trabalho e renda</p> <p>Empreendimentos solidários e cooperativas sociais</p> <p>(Atividades para os familiares da criança)</p>

Fonte: Brasil (2013).

4 POSSIBILIDADES DE AÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA ÀS CRIANÇAS

Violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Os conceitos de violência e suas formas de manifestação buscam realçar os aspectos e as relações entre seus diferentes tipos e naturezas, de maneira a despertar a atenção dos profissionais para a identificação e a compreensão mais aprofundada do cuidado em quatro dimensões: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidados e de proteção social.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990, em seu artigo 5º, estabelece que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. Contudo, no Brasil e no mundo, há muitas crianças sofrendo violência de natureza física, sexual e psicológica, assim como negligência/abandono.

A violência na infância é um problema de saúde pública que requer atenção urgente. É responsável por cerca de 950 mil mortes a cada ano em crianças e jovens com idade inferior a 18 anos. As crianças submetidas à violência intrafamiliar muitas vezes culpam-se de ser responsáveis pelos atos violentos, percepção que é reforçada pelas atitudes da sociedade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2002, cerca de 53 mil crianças entre os 0-17 anos de idade foram vítimas de homicídio. Segundo as últimas estimativas da Organização Mundial do Trabalho (OIT), 5,7 milhões de crianças realizavam trabalhos forçados ou em regime de servidão, 1,8 milhão estava envolvida na prostituição e pornografia, e 1,2 milhão foi vítima de tráfico no ano 2000.

Em 16 países em desenvolvimento analisados no âmbito de um inquérito mundial sobre saúde realizado nas escolas, realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) a percentagem de crianças em idade escolar que afirmaram ter sido vítimas de *bullying* (intimidação) verbal ou física na escola nos 30 dias anteriores à entrevista oscilava entre os 20% e 65%.

A violência constitui-se em um importante problema para a saúde pública. A notificação de violência doméstica, sexual e outras violências foi estabelecida pela Portaria nº 204/2016, que também versa sobre a notificação imediata dos casos de violência sexual. É responsabilidade das unidades de saúde realizar esta notificação e os encaminhamentos necessários em cada caso.

A violência contra crianças está representada por toda ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos a seu desenvolvimento integral. Tais eventos geralmente envolvem uma relação assimétrica e desigual de poder manifestada pela força física, pelo poder econômico ou político, pela dominação e opressão familiar ou geracional.

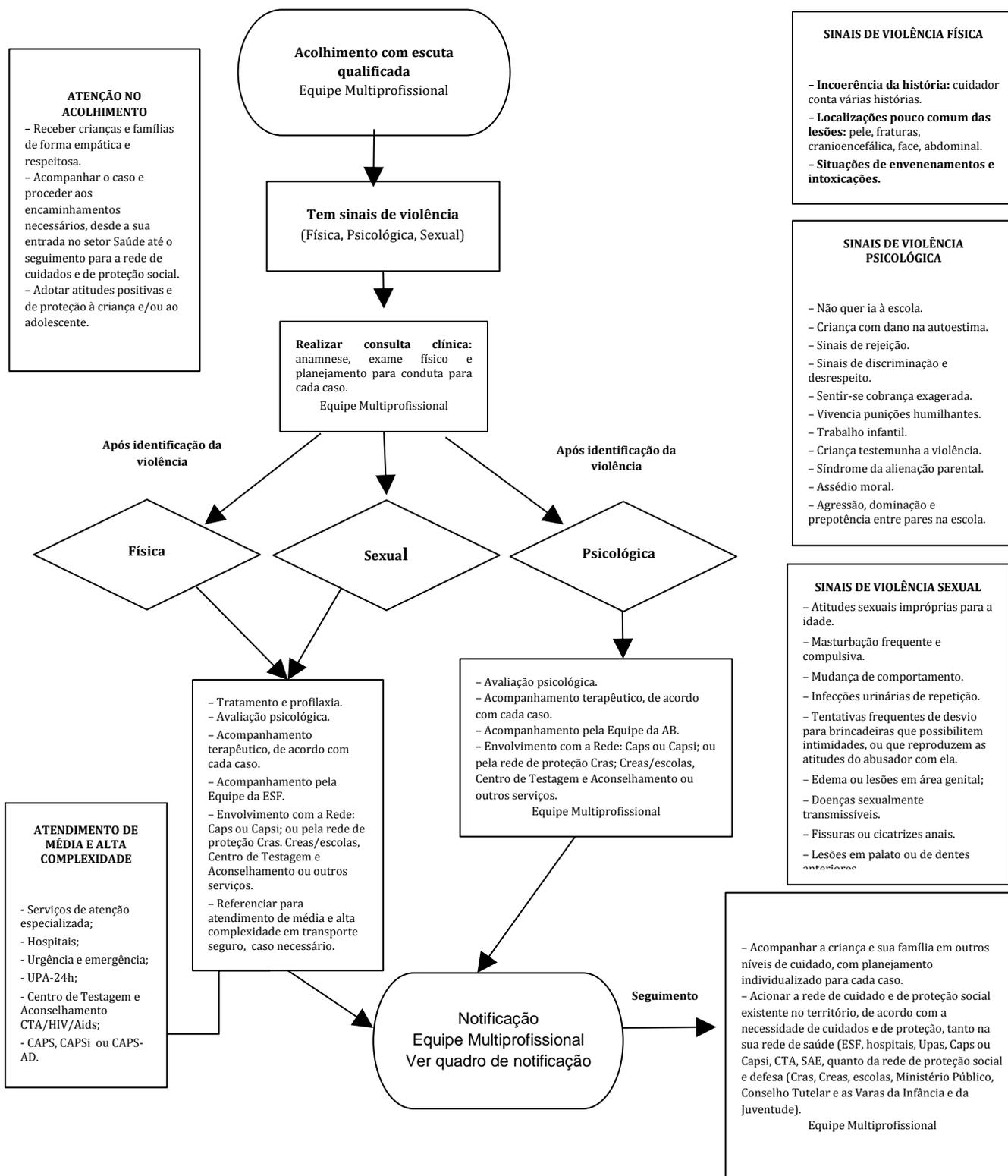
No âmbito da Assistência Social, conforme a Lei nº 8.742/1993, que dispõe sobre sua organização, o amparo às crianças carentes é um dos objetivos da Assistência Social. Prevê programas de amparo às crianças em situação de risco pessoal e social, além de instituir o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), de caráter intersetorial, integrante da Política Nacional de Assistência Social, que, no âmbito do Sistema Único da Assistência Social (Suas), compreende transferências de renda, trabalho social com famílias e oferta de serviços socioeducativos para crianças que se encontrem em situação de trabalho. Tem como objetivo contribuir para a retirada de crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos em situação de trabalho, ressalvada a condição de aprendiz, a partir de 14 anos. Também institui o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif), que integra a proteção social básica e consiste na oferta de ações e serviços socioassistenciais de prestação continuada, nos Cras, por meio do trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social, com o objetivo de prevenir o rompimento dos vínculos familiares e a violência no âmbito de suas relações, garantindo o direito à convivência familiar e comunitária.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF) compõem a rede de apoio às crianças vítimas de violência, podendo ofertar atendimento às crianças nestas situações. Entre as ações realizadas pelas unidades estão a notificação dos casos de violência à vigilância epidemiológica e aos órgãos competentes e encaminhamento aos serviços de referência. Conhecer os serviços oferecidos pelo município e pela rede de assistência é importante para possibilitar o encaminhamento das crianças ao serviço adequado de acordo com a demanda que surgir.

Já na atenção especializada e no apoio à gestão estão compreendidos os equipamentos de média e alta complexidade que apoiam o cuidado a crianças em situação de emergência. Entre eles estão hospitais, maternidades, unidades de pronto atendimento (UPA 24h), serviços de urgência e emergência, serviços/unidades especializadas no atendimento de crianças em situações de violência e a Rede de Atenção Psicossocial, que também são prestados por organizações não governamentais.

FLUXOGRAMA 3

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS COM QUEIXAS DE VIOLÊNCIAS NA BUSCA DA EFETIVAÇÃO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS



Fonte: autoria própria.

QUADRO-SÍNTESE 3
ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>Acolhimento com escuta qualificada</p>	<p>Oferecer atendimento humanizado.</p> <p>Identificar os motivos de contato. Realizar perguntas diretas às crianças e familiares, pois poucas crianças e/ou familiares fazem queixa ativa de violência. As perguntas não devem estigmatizar ou julgar a criança para não se romper o interesse demonstrado pelo serviço em relação ao seu atendimento.</p> <p>Observar os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, da ética, do sigilo, da confidencialidade e da privacidade, propiciando ambiente de confiança e respeito mediante atitudes positivas do profissional.</p> <p>Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações.</p> <p>Vigiar-se em relação à sua própria conduta.</p> <p>Garantir postura de não vitimização das crianças e ajudá-la a lidar com os seus sentimentos como raiva, medo e frustração.</p> <p>Priorizar as abordagens indiretas, em especial às crianças na primeira infância, em que as crianças possam traduzir a situação por meio de abordagens lúdicas, como o uso de desenhos, bonecos e brinquedos, estimulando-se a vinculação entre a criança e a equipe para a compreensão da produção da criança e compreender o contexto e o que a criança quer exprimir.</p> <p>Realizar perguntas diretas, desde que não estigmatizem ou julguem a família ou a criança, para não se romper o interesse demonstrado pelo serviço em relação ao atendimento.</p> <p>Atentar para possível situação de violência. Para isso, existem propostas de perguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – A criança tem ou já teve medo de alguém? – A família briga muito em casa? – Sabe-se que crianças com problemas de saúde ou queixas semelhantes às trazidas podem ter outra causa. Está tudo bem em sua casa, com os familiares da criança? – Você acha que os problemas em casa estão afetando a saúde da criança? – Existem problemas no relacionamento familiar que possam afetar a criança? <p>Assegurar que o familiar compreenda os procedimentos em cada etapa do atendimento.</p> <p>Afirmar a importância das condutas multiprofissionais na</p>	<p>Equipe Multiprofissional</p>

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
	<p>rede intrassetorial e intersetorial de proteção às crianças, bem como a responsabilidade dos responsáveis pelo bem-estar da criança.</p> <p>Orientar o familiar sobre a importância de registrar a ocorrência para a proteção da criança e da família, respeitando a autonomia do sujeito e a legalidade da situação, valendo-se de uma conduta diferenciada caso haja suspeita de que o agressor seja o familiar.</p>	
Avaliação global	<p>Detectar situação de vulnerabilidade.</p> <p>Identificar se a situação de violência é recorrente ou não (violência de repetição).</p> <p>Identificar sinais de alerta de violência:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Transtornos crônicos, vagos (inespecíficos dentro da nosografia médica) e repetitivos. – Depressão. – Ansiedade. – Transtorno do estresse pós-traumático. – História de tentativa de suicídio ou ideação suicida. – Lesões físicas que não se explicam como acidentes. <p>Observar possibilidade de estar ocorrendo violência intrafamiliar.</p> <p>Observar se a criança ou o acompanhante apresenta sentimento de vergonha ou constrangimento; receio por sua segurança ou pela segurança de seus filhos(as); experiências traumáticas prévias ou expectativa de mudança de comportamento por parte do(a) agressor(a); dependência econômica ou afetiva de agressor(a).</p>	Equipe Multiprofissional
	<p>Realizar exame físico geral.</p> <p>Realizar exame físico específico detalhado de regiões do corpo que podem revelar sinais de violência.</p> <p>Observar se há presença de ferimentos que não condizem com a explicação de como ocorreram.</p>	Enfermeiro(a) / médico(a)
Plano de cuidados	<p>Ofertar profilaxia e/ou encaminhar à serviço de emergência/referência para receber a medicação indicada em caso de violência sexual para a profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis após a exposição sexual.</p> <p>Encaminhar ao Conselho Tutelar e/ou ao Centro de Referência Especializado em Assistência Social de acordo com a situação de vulnerabilidade da criança.</p> <p>Fornecer informações sobre como estabelecer um plano de segurança caso haja situação de risco de vida ou de agravo da situação.</p>	Enfermeiro(a) / médico(a)

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
	<p>Preencher a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada a partir da suspeita ou da confirmação de situação de violência.</p> <p>Encaminhar para a rede de apoio nos casos de violência (ver Fluxograma 1).</p> <p>Atentar para os casos de violência sexual, cuja notificação, além de compulsória, deve ser imediata (em até 24h).</p>	Enfermeiro(a) / médico(a)
	<p>Respeitar o sigilo profissional inerente à abordagem ética em saúde.</p> <p>Abordar a necessidade das crianças sobre a obrigatoriedade ou não do seu acompanhamento por pais ou responsáveis legais. Os códigos de ética dos profissionais de saúde que trabalham na Atenção Básica, bem como o artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, legitimam o direito da criança ao acesso à saúde, desde que acompanhados, visto que são considerados totalmente incapazes, exceto em casos de urgência e emergência. A assinatura de termos de autorização nos casos de orientações e avaliações que não envolvam procedimentos também facilita o processo.</p>	Enfermeiro(a) / Médico(a)
	<p>Mapear e acionar os serviços de referência disponíveis na rede de atendimento às crianças em situação de violência, que extrapolem a competência da Atenção Básica. As unidades de saúde e outros serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual deverão oferecer acolhimento, atendimento humanizado e multidisciplinar e encaminhamento, sempre que necessário, aos serviços referência na saúde, serviços de assistência social ou de outras políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência e órgãos e entidades de defesa de direitos.</p> <p>Ampliar as abordagens de cuidado e opções terapêuticas a partir de práticas integrativas e complementares, visando a melhoria da resolutividade do cuidado, promoção da racionalização das ações de saúde e potencialização do autocuidado.</p>	Enfermeiro(a)/ Médico(a)
<p>Plano de cuidados</p> <p>Atividades educativas</p> <p>Ensino fundamental e médio</p>	<p>Orientar individual ou coletivamente, na unidade de saúde ou nas escolas, sobre os direitos das crianças, fortalecendo a cidadania e a cultura da paz e a prevenção das violências entre as crianças além de introduzir a temática da sexualidade.</p> <p>Realizar atividades no cotidiano da escola e da comunidade abordando as temáticas da diversidade sexual, do <i>bullying</i>, da homofobia, da discriminação e do preconceito da família e da comunidade.</p> <p>Transversalizar os princípios de respeito mútuo, da solidariedade, da cooperação e da valorização da vida e</p>	Equipe Multiprofissional

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
	<p>do meio ambiente, das diferenças de gênero, geracionais, étnico-raciais, regionais, socioculturais, religiosa etc.</p> <p>Criar atividades que integrem e promovam vínculo afetivo entre os atores envolvidos, conjugando trabalho e prazer na realização das atividades.</p> <p>Atenção permanente a comportamentos da criança que sejam sujeitos da vivência de situações de violências, negligências ou discriminação, como: lesões físicas, dificuldades de aprendizagem, isolamento, choros frequentes, irritação, entre outros.</p> <p>Orientar a família sobre a ressignificação das relações familiares em prol da tolerância e da formação de vínculos protetores.</p> <p>Acompanhar e apoiar as famílias no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças.</p> <p>Avaliar a adesão/aceitação da família aos atendimentos feitos pelos diferentes serviços e profissionais.</p> <p>Buscar apoio de outros profissionais, quando julgar pertinente, e articular as ações desenvolvidas no serviço com a rede de cuidados e de proteção social no território.</p> <p>Notificar a violência doméstica, sexual e outros tipos de violência, de acordo com o que está estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).</p> <p>Articular as redes de Educação, Saúde, Proteção Social, Defesa e Responsabilização com os Conselhos Tutelares no enfrentamento às situações de violências, negligência e discriminação contra crianças.</p> <p>Realizar educação permanente dos profissionais para a escuta qualificada, na perspectiva do acolhimento, da abordagem, da tolerância, do respeito à diversidade, da solidariedade e das intervenções.</p> <p>Planejar a organização de grupos de acolhimento e de orientação aos pais e responsáveis, contribuindo para otimizar a atenção prestada.</p> <p>Fortalecer os vínculos dos serviços com as famílias, possibilitando que os retornos possam coincidir com outras atividades e ações programadas para as crianças e suas famílias, evitando o abandono do tratamento e a descontinuidade dos cuidados.</p> <p>Contribuir para o processo de análise dos dados das entrevistas, compartilhando as impressões com a equipe.</p> <p>Promover a ampliação do acesso à práticas de cuidado não medicalizantes, como as práticas integrativas e complementares na saúde.</p>	

Fonte: autoria própria.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

QUADRO 5
TIPOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

TIPO DE VIOLÊNCIA	DEFINIÇÃO
Física	Uso da força física de forma intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança, com o objetivo de ferir a criança, deixando ou não marcas evidentes. As lesões podem ser provocadas por golpes, lançamento contra objetos duros, queimaduras, mordidas, ferimentos por arma branca ou arma de fogo, entre outros.
Psicológica	Toda ação ou omissão que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Situação em que uma criança é desqualificada em suas capacidades, potencialidades, desejos e emoções. Inclui: rejeitar, isolar, aterrorizar, depreciar, discriminar, desrespeitar, ignorar, corromper, humilhar, criticar, desvalorizar, cobrar excessivamente, manipular, ameaçar, insultar, explorar, negligenciar, praticar <i>bullying</i> , utilizar a criança para satisfazer as necessidades psíquicas de outrem.
Sexual	Todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa.

Fonte: autoria própria.

QUADRO 6
ALTERAÇÕES COMPORTAMENTAIS DA CRIANÇA QUE PODEM INDICAR
SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA

SINAIS DA VIOLÊNCIA	CRIANÇA		
	Até 11 meses	1 a 4 anos	5 a 10 anos
Choros sem motivo aparente			
Irritabilidade frequente, sem causa aparente			
Olhar indiferente e apatia			
Tristeza constante			
Demonstrações de desconforto no colo			
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites			
Atraso no desenvolvimento, perdas ou regressão de etapas atingidas			
Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes			
Distúrbios de alimentação			
Enurese e encoprese			
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala			
Distúrbios do sono			
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento			
Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico			
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente			
Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola			
Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade			
Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações			
Pesadelos frequentes, terror noturno			
Tiques ou manias			

SINAIS DA VIOLÊNCIA	CRIANÇA		
	Até 11 meses	1 a 4 anos	5 a 10 anos
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas			
Baixa autoestima e autoconfiança			
Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio			
Problemas ou déficit de atenção			
Sintomas de hiperatividade			
Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes			
Necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas			

Fonte: adaptado de Brasil (2010).

QUADRO 7

SITUAÇÕES QUE PODEM ESTAR PRESENTES NOS CASOS DE VIOLÊNCIA

- Síndrome do Bebê Sacudido.
- Síndrome de Munchausen por procuração.
- Síndrome da alienação parental.
- Lesões ditas como acidentais, não compatíveis com a idade e o desenvolvimento psicomotor da infância.
- Lesões que não podem ser explicadas pelo acidente relatado.
- Lesões em vários estágios de cicatrização ou cura.
- Lesões bilaterais ou simétricas.
- Lesões em áreas habitualmente cobertas ou protegidas do corpo.
- Lesões de pele cranioencefálicas, de face ou abdominais.
- Fraturas.
- Envenenamento e/ou intoxicação.
- Sinais indiretos de estimulação precoce.
- Situações e indicativos de violência psicológica.
- Situações e indicativos de castigo da criança.
- Situações e indicativos de negligência.
- Testemunho da violência.
- Assédio moral ou violência moral.
- *Bullying*.
- Exploração sexual, *voyeurismo* e/ou exibicionismo.
- Sinais indiretos mais frequentes de violência sexual em crianças.
- Sinais de suspeita de violência sexual.
- Comportamento inadequado dos familiares.
- Sinais de ausência de cuidados em crianças.

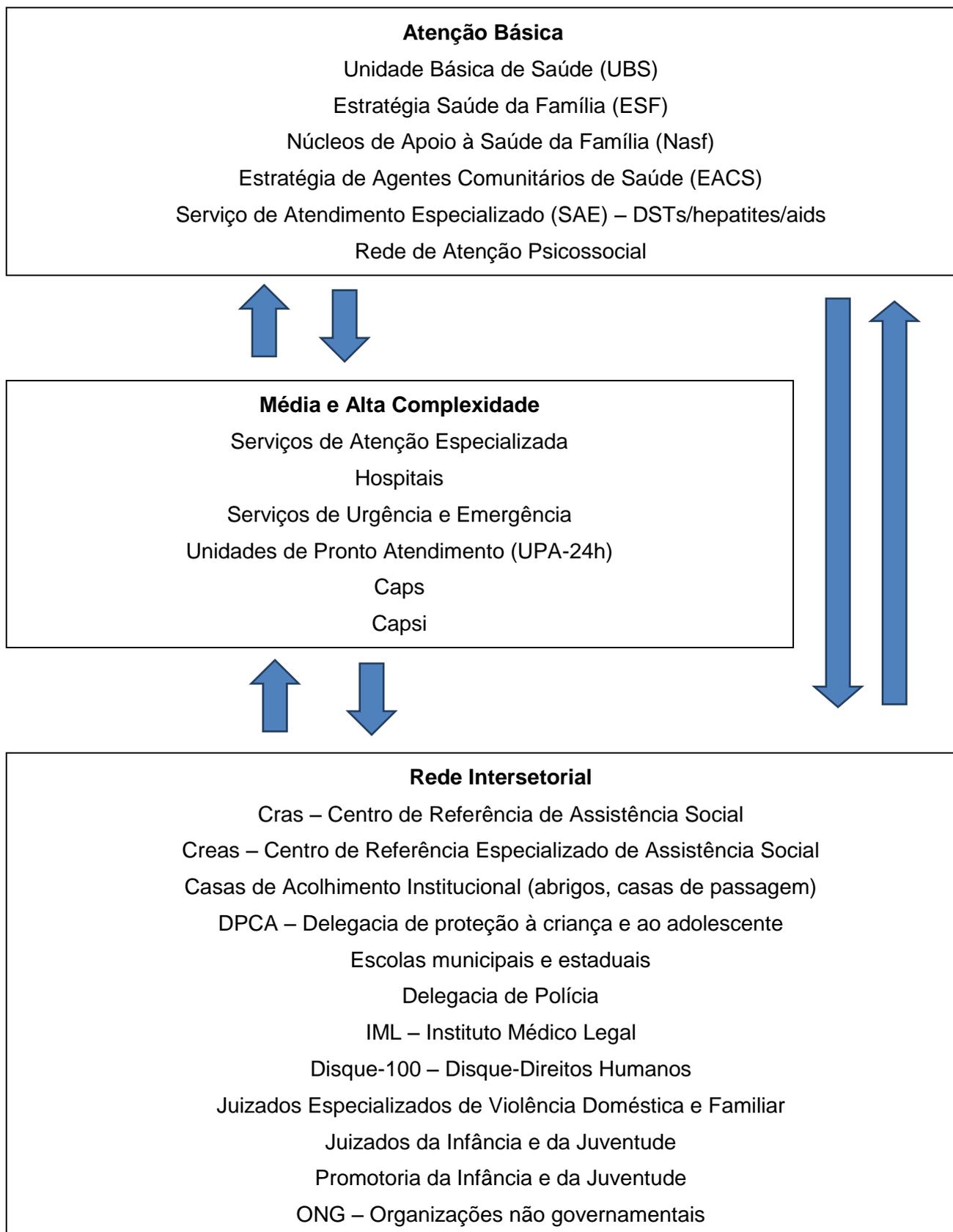
Fonte: Brasil (2010).

QUADRO 8
PROMOÇÃO DE VÍNCULOS E FORTALECIMENTO DA RESILIÊNCIA

Fatores influenciadores na resiliência	<ul style="list-style-type: none"> – Atributos pessoais: autonomia, autoestima e competência social. – Família coesa, em que não há negligência. – Existência de um adulto com laço afetivo com a criança que ofereça suporte emocional em momentos de crise. – Rede de apoio social e recursos institucionais que encorajem e apoiem crianças no enfrentamento das circunstâncias da vida.
Atitudes dos profissionais de saúde para fortalecer a resiliência	<ul style="list-style-type: none"> – Escutar o que a criança sente diante de situações difíceis. – Permitir a expressão de sentimentos de tristeza, raiva e medo. – Oferecer o apoio necessário para que crianças se sintam seguras. – Incentivar iniciativas para criação de saídas e busca de soluções para os problemas. – Estabelecer vínculos com as crianças atendidas e suas famílias.

Fonte: Brasil (2010).

REDE INTERSETORIAL DE ATENÇÃO À CRIANÇA



Fonte: autoria própria.

APGAR FAMILIAR
(ADAPTATION, PARTNERSHIP, GROWTH, AFFECTION, RESOLVE)
(Adaptação, Participação, Crescimento, Afetividade, Resolução)

Esta avaliação, feita para cada membro da família, reflete a sua satisfação por meio de cinco perguntas que são pontuadas e analisadas em cinco áreas de funcionamento da família, comparando-se os índices da cada membro para avaliar o estado funcional familiar. A partir do questionário e da avaliação do quadro familiar, pode-se desenhar um projeto terapêutico de acordo com a percepção de cada pessoa sobre o estado funcional de sua família.

A (adaptação) – Avaliar a capacidade de utilizar recursos intra e extrafamiliares para solucionar e se adaptar problemas ou situações de crise.

P (participação) – Avaliar a capacidade de compartilhar os problemas e de comunicar-se para explorar possíveis soluções e a cooperação nas responsabilidades familiares e na tomada de decisões.

G (crescimento) – Avaliar a capacidade de apoiar e assessorar nas distintas etapas do ciclo de vida da família, permitindo a individuação e a separação dos seus membros, promovendo seu crescimento pessoal.

A (afetividade) – Avaliar a capacidade de experimentar carinho e preocupação pelos membros da família e de demonstrar emoções distintas.

R (resolução) – Avaliar a capacidade de instrumentalizar as áreas anteriores, dedicando-se tempo e atendendo às necessidades físicas e emocionais dos demais membros, compartilhando-se, muitas vezes, recursos financeiros e de espaço.

QUADRO 9
QUESTIONÁRIO DO APGAR FAMILIAR

	Quase sempre (2 pontos)	Às vezes (1 ponto)	Quase nunca (0 pontos)
Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando?			
Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas?			
Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida?			
Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afetividade e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor?			
Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos?			

- Famílias altamente funcionais: 7 a 10 pontos.
- Famílias moderadamente funcionais: 4 a 6 pontos.
- Famílias severamente disfuncionais: 0 a 3 pontos.

É importante que os resultados sirvam de apoio para as ações e para o Plano Terapêutico Singular, evitando que o escore atingido sirva para estigmatizar a família em vez de operacionalizar a equipe.

FIRO (FUNDAMENTAL INTERPERSONAL RELATIONS ORIENTATIONS)

Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais

É um instrumento que pode ser utilizado para avaliar e explicar os sentimentos de membros da família ou de pequenos grupos na vivência das relações interpessoais no cotidiano. A necessidade interpessoal é aquela que só pode ser satisfeita pelo alcance de uma relação satisfatória com outra pessoa. As pessoas, colocadas em pequenos grupos, apresentam três necessidades de relações interpessoais: a inclusão, o controle e a intimidade.

É útil em situações em que:

- A família passe por situações de condições agudas, de internações hospitalares ou no acompanhamento de condições crônicas que podem implicar negociações entre os membros familiares, podendo levar a mudanças de papéis.
- As interações na família podem ser categorizadas nas dimensões inclusão, controle e intimidade, estudando a família quanto às suas relações de afeto, comunicação e poder, possibilitando dar *feedbacks* aos seus integrantes.
- A família sofre mudanças importantes ou ritos de passagem em seus ciclos de vida, momentos em que se faz necessária a criação de novos padrões de controle, inclusão e intimidade e quando estes fatores constituem uma sequência inerente ao desenvolvimento para o manejo de mudanças da família.
- Houver mudanças nos papéis da família.

Com o FIRO, a equipe da AB pode desenvolver um conjunto de ações que envolvem o conhecimento do sistema familiar; a aproximação com a família; a reunião com a família; o refinamento da escuta; a ajuda às famílias para lidar com os temas da inclusão, do controle e da intimidade; o monitoramento regular da família; a preparação para o enfrentamento de crises; o acompanhamento da família no período de luto; a ajuda à família para a identificação de recursos que serão úteis no período de luto; e a preparação para, em certas circunstâncias, sentir-se incapaz de ajudar a família.

A partir dos resultados, família pode ser estudada quanto às suas relações de poder, comunicação e afeto ajudando em momentos de mudanças importantes ou ritos de passagem, auxiliando na criação de novos padrões de inclusão, de controle ou de intimidade.

A necessidade para inclusão é a necessidade de manter uma relação satisfatória com respeito à interação e à associação. Isso inclui uma interação confortável com as outras pessoas, a habilidade de se interessar pelos outros e de se sentir significativo e importante. A necessidade de inclusão manifesta-se nos esforços de uma pessoa para atrair atenção e interesse e criar uma identidade própria e singular. Significam a extensão em que os membros são parte ou não da

unidade familiar e de seus subsistemas. Quem está incluído ou excluído? Qual é o equilíbrio entre pertencimento e identidade particular? Como a família lida com a adição ou perda de membros?

A inclusão relaciona-se à interação dentro da família para sua vinculação e organização, mostrando os que estão dentro e os que estão fora do contexto familiar. Há três subcategorias: a estrutura que aprofunda os conhecimentos da organização familiar e dos papéis dos indivíduos na família e nas gerações; a união que percebe a conectividade na interação entre os familiares procurando entender questões como comprometimento, educação e pertencimento; e os modos de compartilhamento que mostram a identidade grupal, os valores e os rituais familiares.

A necessidade de controle é a necessidade de estabelecer e manter relações satisfatórias com pessoas a respeito da influência e do poder. Inclui um balanceamento entre controlar e ser controlado em relação aos outros, bem como a habilidade para respeitar e ser respeitado. Do ponto de vista pessoal, a necessidade de controle é o sentimento de competência e responsabilidade. Está ligada a temas como a responsabilidade, a disciplina, o poder, os mecanismos decisórios e as formas de negociação. Muitas vezes o controle está ligado a questões financeiras e a sistemas de privilégios. Essas interações podem variar de positivas a negativas na dimensão afetiva, e de autocrática a democrática ou anárquica na dimensão política. O controle às interações do exercício do poder dentro das famílias envolve situações como: controle dominante, quando um exerce influência sobre todos os demais, caracterizando o controle unilateral; controle reativo, quando se estabelecem reações contrárias, ou seja, uma reação a uma influência que se quer tornar dominante; e controle colaborativo, quando se estabelece a divisão de influências entre os familiares.

A necessidade de intimidade é a necessidade de estabelecer e manter relações afetivas e amorosas com as outras pessoas. Expressa uma necessidade de amar e ser amado e de se reconhecer como capaz de ser amado. Essa é uma necessidade que só pode se manifestar numa relação dual, ou seja, por pares de pessoas. Está ligada a um contínuo em que, numa ponta cada membro desempenha seu papel formal, e noutra, as relações entre membros são definidas por confiança e afeição, superando a relação formal. A intimidade manifesta-se em relações de troca de sentimentos, de pensamentos e de desejos. A intimidade refere-se às interações familiares de compartilhamento de sentimentos entre os membros, ao desenvolvimento de atitudes de aproximação ou distanciamento entre os familiares, às exposições de vulnerabilidades e fortalezas.

PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES COM BASE NO FIRO

ITENS DE INCLUSÃO (DENTRO OU FORA)

Desde que você soube da seriedade da doença: Você sente que seu papel da família mudou?

O seu papel atual causa algum transtorno?

Como você se sente em relação à forma como os outros membros da família estão desempenhando seus papéis?

ITENS DE CONTROLE (TOPO OU BASE)

Desde que você soube da seriedade da doença:

Você se sente suficientemente envolvido no processo decisório familiar?

Você sente que a família está lidando bem com o processo decisório? Há conflitos?

Você sente que você e sua família estão com o controle da situação?

ITENS DE INTIMIDADE (PERTO OU DISTANTE)

Desde que você soube da seriedade da doença:

Você se sente à vontade em compartilhar seus sentimentos com os outros membros da família?

Você tem relutância em compartilhar certas emoções com os outros membros da família?

Você está satisfeito com sua relação com o cônjuge? Com os pais? Com os irmãos?

PRACTICE (PROBLEM, ROLES, AFFECT, COMMUNICATION, TIME, ILLNESS, COPING, ECOLOGY)

Problema, Papéis, Afeto, Comunicação, Tempo, Doença, Enfrentamento, Ecologia

Esta ferramenta opera por meio de entrevistas familiares para fazer uma avaliação das famílias a partir da observação de quais intervenções são mais adequadas a um caso específico. É proposto para utilização em situações mais complexas. Centra-se na solução de problemas e permite uma aproximação com várias interfaces em que se encontram os problemas familiares. Fornece uma estrutura básica para organizar os dados colhidos da família, sem levar a um diagnóstico. Pode ser utilizado para assuntos de ordem de saúde, comportamental ou de relacionamentos. Utilizado na clínica para organizar e sistematizar a atenção à família com um enfoque sistêmico.

Etapas da entrevista e questões norteadoras:

P (problema) – Conhecer o problema atual e o que pensam e sentem a respeito. Envolve o diagnóstico e o prognóstico da enfermidade, os sintomas físicos e os problemas que foram gerados na família e os medos. Põe sentido no motivo da queixa, na autopercepção e na procura do atendimento. Qual é o problema? É uma enfermidade física? É um problema afetivo? O problema afetou toda a família ou apenas um membro? A família já tentou alguma solução?

R (papéis) – Compreender o papel de cada membro da família, como o desempenham e como o problema afetou ou poderá afetar a estrutura familiar. Identificação e desempenho dos papéis de cada membro da família, analisando sua evolução frente a diferentes posicionamentos. Quem detém o poder? Qual o papel de cada membro da família diante do problema? Houve mudanças após a ocorrência do problema? Os pais são permissivos, autoritários ou negociadores? A família é unida ou desunida?

A (afeto) – Observar o afeto na família, sua troca e como isso ajuda ou atrapalha a resolver o problema e as emoções reprimidas. O afeto é real ou socialmente aceitável? Houve expressão de afeto durante a abordagem?

C (comunicação) – Encorajar a comunicação positiva, clara e direta, observando a comunicação verbal e não verbal da família. Não é desejável que um membro da família fale pelo outro. Como se dá a comunicação no âmbito familiar?

T (tempo) – Correlacionar o problema com papéis esperados no ciclo de vida. Identificar as dificuldades. Nesse momento, pode-se encontrar responsáveis pela enfermidade ou respostas para elas. Os indivíduos da família desempenham seus papéis de acordo com o ciclo de vida em que estão?

I (doença) – Identificar doenças, seu histórico na família, como foi o cuidado, valorizando as atitudes e o suporte da família. Qual o papel da família? Qual o significado da família? Existem outros casos? Quais as representações e expectativas sobre a enfermidade? Há um padrão genético?

C (enfrentamento) – Identificar se há recursos, flexibilidade e a coesão familiar para lidar com as situações de estresse. Identificar as forças familiares, alternativas de enfrentamento do problema e intervir se a crise estiver fora de controle. Como a família lidou com as crises anteriores de doença e morte? Como a família lida com a crise atual? Quais são as forças e os recursos da família? Como a família mobiliza recursos internos e externos para lidar com o problema?

E (ecologia) – Suportes que possam apoiar a família nesta situação e a rede social de apoio. Com o que e com quem a família pode contar? Que recursos a família tem para enfrentar o problema? Quais os relacionamentos externos que podem compensar fragilidades internas?

GENOGRAMA / FAMILIOGRAMA

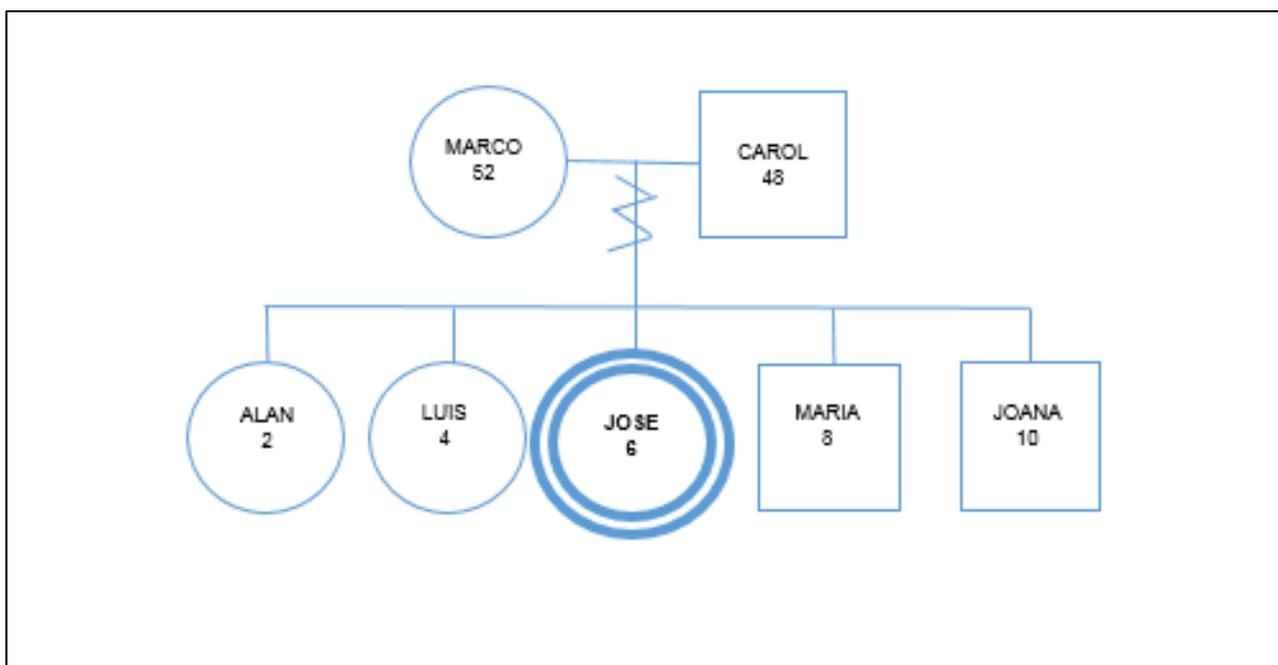
São representações gráficas dos diferentes membros da família e sua estrutura, mostrando os padrões de relacionamento e as principais morbidades.

Apresenta dados e elementos estruturais e funcionais da família, promovendo uma reflexão sobre a dinâmica familiar, os padrões de comportamento, os conflitos e os problemas mais comuns. Deve levantar informações sobre estilos de vida, condições de saúde, uso de medicamentos, dados culturais e econômicos que influenciam a dinâmica familiar, relações interpessoais, conflitos familiares e problemas de comunicação. Também possibilita conhecer o indivíduo em seu contexto familiar, explorar junto aos familiares suas crenças e padrões de comportamento, entender a influência da família em sua vida, conhecer as doenças mais frequentes na família e seu padrão de repetição, possibilitando planejar ações efetivas de promoção da saúde nos indivíduos.

É uma ferramenta útil nos casos de alterações nos papéis familiares por eventos agudos, dificuldade para aceitar o diagnóstico, casos de doença crônica, isolamento, mudanças no ciclo de vida, problemas emocionais graves, resistência ao tratamento, sintomas inespecíficos, situações de risco familiar (como casos de violência ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas), utilização excessiva das unidades de saúde.

Com ele é possível avaliar se o padrão de relacionamento é funcional e saudável ou não, o que pode contribuir para o adoecimento dos seus membros. Pode ser usado como fator educativo, mostrando aos indivíduos avaliados os processos que vêm se repetindo no âmbito familiar.

FIGURA 2
UTILIZAÇÃO DO GENOGRAMA NA ABORDAGEM FAMILIAR



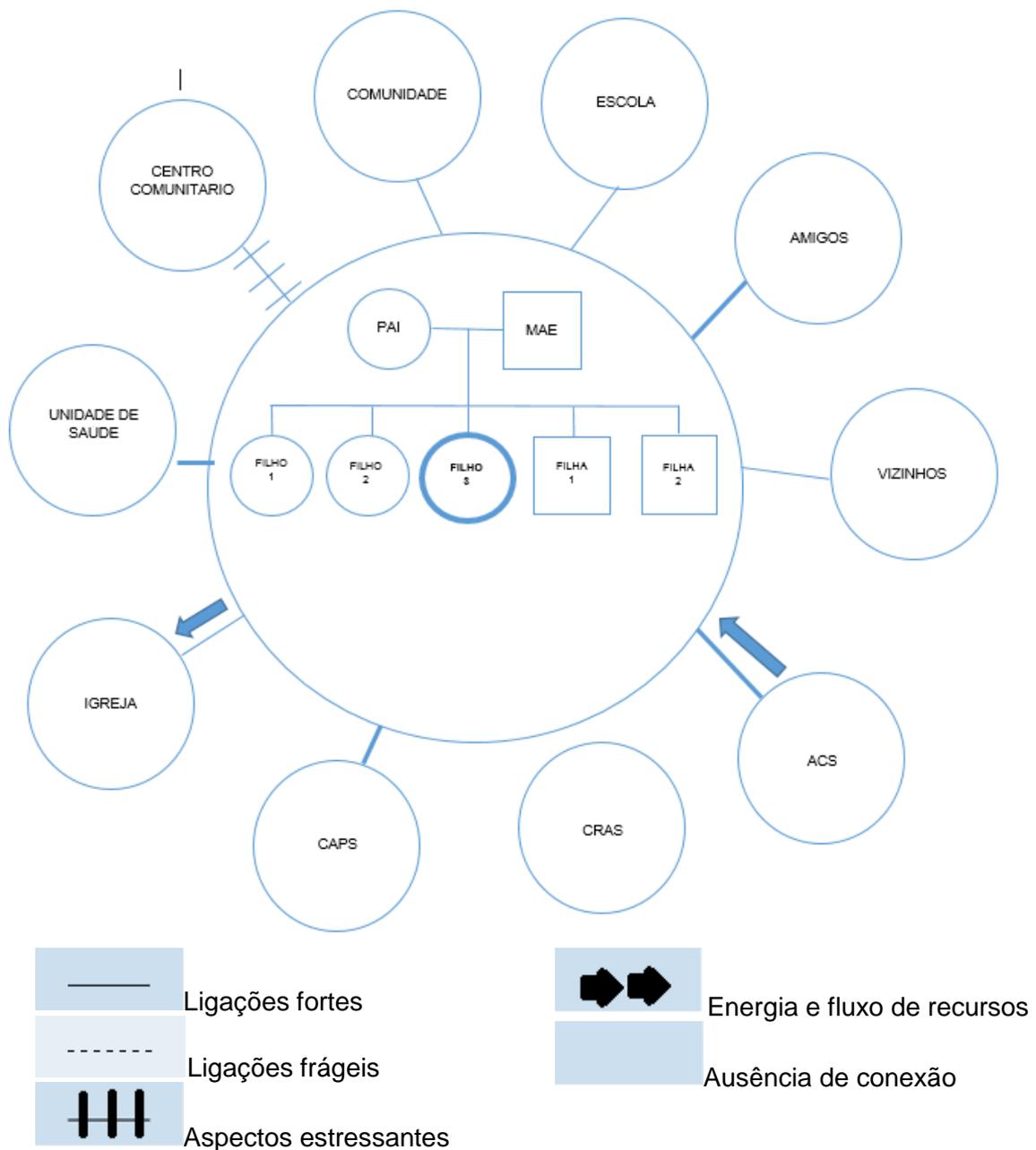
Símbolos do genograma:

	Pessoa de referência		Ligação sanguínea
	Homem		Ligação não sanguínea
	Mulher		Ligação distante
	Gravidez		Ligação próxima
	Aborto		Ligação estreita
	Óbito		Separação
	Casal com filhos		Ligação conflituosa
	Gêmeos		Adoção para dentro da família
	Gêmeos idênticos		Adoção para fora da família

ECOMAPA

O ecomapa representa a rede social da família. Permite compreender as relações intrafamiliares e a sua relação com o meio que a cerca. Nele é possível inserir os possíveis suportes da família e os contatos com a sociedade, demonstrando as potencialidades e as fragilidades dos vínculos entre os sujeitos e os dispositivos de uma rede.

FIGURA 3
UTILIZAÇÃO DO ECOMAPA NA ABORDAGEM FAMILIAR



5 O TRABALHO INFANTIL NO CENÁRIO DOS TERRITÓRIOS DAS UNIDADES DE SAÚDE

O trabalho desempenha papel fundamental para a vida em sociedade. Como atividade humana consciente e proposital, orientada por finalidades predefinidas, diferencia-se dos outros animais que o realizam de modo puramente instintivo. O trabalho consciente e proposital distingue a espécie humana e constitui-se em força capaz de transformar o mundo que vivemos e conhecemos.

Na realização do trabalho, o homem cria a si mesmo, neste ato estabelece uma ruptura com o ser natural e dá origem ao ser social. Estabelecido este salto constituidor de um novo tipo de ser, todo o restante da história nada mais será do que o processo de se tornar cada vez mais social do ser social (TONET, 2006).

Marx (1996) descreve o trabalho como esforço e resultado, e ao descrever a lógica da sociedade capitalista, ressalta que neste modo de produção, o empregador possui a unidade de capital e transforma parte desse capital em salários, fazendo com que, tendencialmente, o trabalhador tenha como única alternativa para a manutenção da sua vida, a venda de sua força de trabalho.

Na referida sociedade, Belluzzo (2013) destaca que as relações econômicas fundamentais estão constituídas por uma assimetria de poder entre os que possuem os meios de produção e os que, para sobreviver, são obrigados a vender a sua força de trabalho, ou seja, o reforço à crescente subordinação do trabalho e do “empobrecimento” dos indivíduos.

Ao se considerar o desenvolvimento da sociedade capitalista e a realidade econômica atual verifica-se, de um lado um grande desenvolvimento econômico, com produções de bens de consumo acessíveis a parte da sociedade, e de outro, a exclusão social a esses bens produzidos. Neste contexto, destaca-se a produção do trabalho infantil, que no Brasil é como um grande problema social. Há milhares de crianças que deixam de ir à escola e de ter seus direitos preservados, trabalhando desde a mais tenra idade na lavoura, campo, fábrica ou casas de família, em regime de exploração, quase de escravidão, já que muitos deles não chegam a receber remuneração alguma.

A exploração do trabalho infantil é comum em países subdesenvolvidos e países emergentes, como o Brasil, País onde nas regiões mais pobres este trabalho é bastante comum. Na maioria das vezes isto ocorre devido à necessidade de ajudar financeiramente a família, que muitas vezes são de pessoas pobres que possuem muitos filhos.

Considera-se trabalho infantil a realização de qualquer trabalho por pessoas com menos de 16 anos, ressalvada a condição de aprendiz a partir dos 14 anos e a realização de trabalho noturno, perigoso ou insalubre, por pessoas com menos de 18. Vale salientar a proibição do trabalho em minas, estivas ou qualquer trabalho subterrâneo com idade abaixo de 21 anos (BRASIL, 1998; 2006; 1943).

No ano de 2013, 3.187.838 crianças e adolescentes na faixa de idade compreendida entre 5 a 17 anos de idade eram trabalhadores no Brasil. Este número representava 3,3% de toda a ocupação do País e 7,5% da população na faixa etária de 5 a 17 anos. Considerando o ano anterior, este número reduziu em 10,6%, pois existiam 3.567.589 trabalhadores infantojuvenis (DIEESE, 2015).

De acordo com os dados, entre 2012 e 2013, houve redução do trabalho infantil na maioria dos estados com destaque para o Acre, Roraima, Alagoas, Sergipe e Mato Grosso. Por outro lado, houve aumento do trabalho infantil nos estados do Amapá, Rio Grande do Norte, Rio de Janeiro, Pernambuco, Mato Grosso do Sul, Maranhão e Goiás. Regionalmente, a maior parte do trabalho infantil do País estava, em 2013, concentrada no Nordeste e Sudeste. Entre os estados com o maior número de crianças e adolescentes trabalhando aparecem São Paulo, Minas Gerais, Bahia e Rio Grande do Sul. Já em relação ao total da população de 5 a 17 anos de idade, a Região Sul apresenta o maior percentual relativo de trabalho infantil (DIEESE, 2015).

O trabalho infantil tem como origem a própria escravidão da época colonial do Brasil e se perpetua na desigualdade do País. A escravidão colonial trouxe o problema para o Brasil, de acordo com a professora, especialista em sociologia e movimento sociais, Rosana Schwartz, da Universidade Presbiteriana Mackenzie. “Com a escravidão, veio a segregação. Com o fim dela, veio a exclusão, e as camadas mais pobres tinham a necessidade de trabalhar mais para sobreviver”.

A Organização Internacional de Trabalho (OIT) registrou, no ano de 2012 no mundo, a presença de 168 milhões de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil. Destes, 85 milhões envolvidos em trabalhos perigosos. No Brasil, em 2014, a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (Pnad) apontou 3,3 milhões de crianças e adolescentes ocupados no Brasil, e destes 2,8 milhões em situação de trabalho infantil. O Brasil instituiu o dia 12 de junho como Dia Nacional de Combate ao Trabalho Infantil pela Lei nº 11.542, de 12 de novembro de 2007 (OIT, 2012; PNAD, 2014).

Para operacionalização das ações intersetoriais, o Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FNPETI), criado em 1994, com o apoio da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), são estratégias da sociedade brasileira de articulação e aglutinação de atores sociais institucionais, envolvidos com políticas e programas de prevenção e erradicação do trabalho infantil no Brasil (BRASIL, 2016).

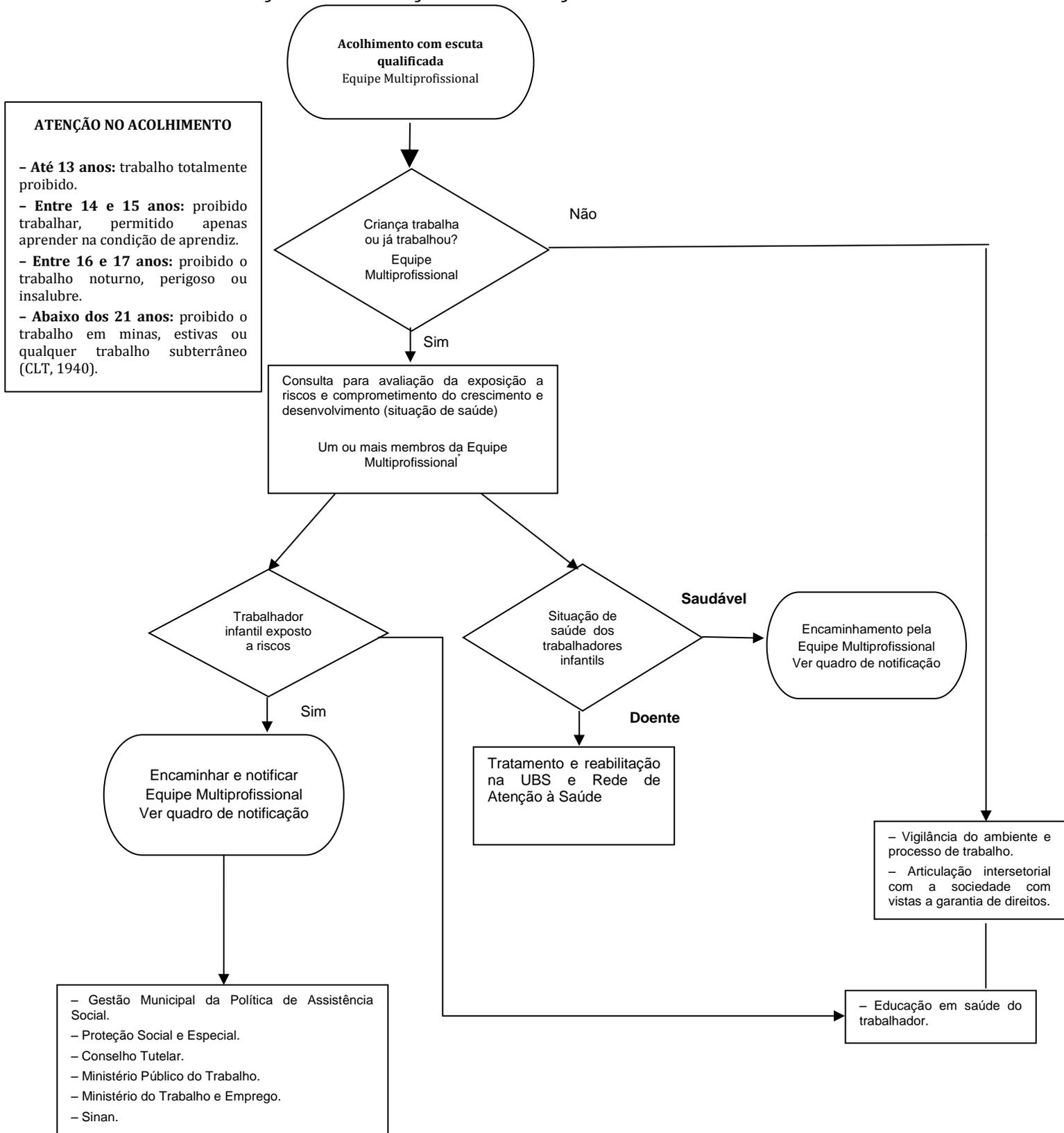
Quanto às ações das políticas públicas em saúde de combate ao trabalho infantil, a partir de 2004 a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), composta hoje por 208 Unidades de Saúde denominadas de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), de categorias estaduais, regionais e municipais, passou a estruturar ações assistenciais, de vigilância em saúde e de promoção da saúde.

Para normalizar as condutas do SUS frente ao acidente de trabalho com crianças e adolescentes, foi publicado em 2006 o protocolo Notificação de Acidentes de Trabalho Fatais, Graves e com

Crianças e Adolescentes, e em 2005 o protocolo Trabalho Infantil – Diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes Economicamente Ativos.

As dificuldades do combate ao trabalho infantil são inúmeras. Faz-se importante considerar a questão cultural, pois grande parte da população aceita que o filho do pobre realize trabalhos laborais para complementar a renda da família. Neste sentido, a aceitação por parte da sociedade é uma das dificuldades no combate ao trabalho infantil, em especial às famílias que estão em situação de vulnerabilidade econômica, para que elas deixem de precisar desse valor que é obtido por meio desse trabalho.

FLUXOGRAMA 4.2 ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE TRABALHO INFANTIL



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Plano de cuidados	<p>Ofertar tratamento e/ou encaminhar ao serviço de emergência/referência para receber a medicação indicada em caso de ferimentos graves e intoxicações por substâncias tóxicas relacionadas ao trabalho.</p> <p>Na identificação de criança em situação de trabalho, realizar a notificação.</p> <p>Fornecer informações sobre as proibições legais brasileira quanto à faixa etária que compreende o trabalho infantil (Ver Fluxograma 4).</p> <p>Preencher a ficha de notificação do trabalho infantil do Sinan e comunicar aos órgãos setoriais relacionados da rede (Ver Fluxograma 4).</p> <p>Elaboração de um Plano Terapêutico Singular com vista a colaborar na ausência do trabalho infantil.</p>	Enfermeiro(a) / médico(a)
	<p>Realização de capacitação e sensibilização para os profissionais da saúde e para a rede de proteção e garantia de direitos, abordando os riscos e danos à saúde de crianças em situação de trabalho infantil, ampliando e fortalecendo a participação da sociedade.</p> <p>Realização de ações de vigilância em saúde e de assistência à saúde para identificação do trabalho infantil no território (atenção primária – unidade básica de saúde, média e alta complexidade – urgência, emergência, serviços hospitalares e especialidades).</p> <p>Mapeamento do perfil das atividades produtivas locais, de modo a permitir um adequado planejamento das ações a serem implementadas.</p> <p>Investigação da história ocupacional pregressa, visando ao estabelecimento a possibilidade denexo causal do adoecimento ou agravamento com a vida ocupacional.</p> <p>Notificação no Sinan das doenças e agravos relacionados ao trabalho de crianças e adolescentes.</p> <p>Realizar ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, tais como: identificação, investigação, notificação, monitoramento e prevenção de doenças e os agravos relacionados ao trabalho.</p>	Enfermeiro(a)/ médico(a)

Fonte: autoria própria.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

QUADRO 10 SINAIS INDICATIVOS E RISCOS RELACIONADOS À SAÚDE DAS CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE TRABALHO INFANTIL

Características gerais	Sensibilidade maior a contaminantes ambientais. Alterações do sistema endócrino. Mecanismos de excreção ainda não completamente desenvolvidos. Processos bioquímicos e fisiológicos em andamento, o que pode acarretar danos irreversíveis. Organismo em processo de crescimento.
No sistema osteomuscular	Deformações ósseas. Prejuízo ao crescimento e ao desenvolvimento. Dor na coluna vertebral.
No sistema respiratório	Apresentam ventilação pulmonar reduzida (entrada e saída de ar dos pulmões). A frequência respiratória promove maior absorção de substâncias tóxicas, pois crianças tem maior demanda de oxigênio.
Na visão	Por ter uma visão periférica menor, a criança fica vulnerável aos acidentes de trabalho.
Na audição	A depender da exposição precoce a ruídos, a criança pode apresentar hipertensão crônica, taquicardia e Perda Auditiva Induzida por Ruídos (Pair).
Na pele	A camada córnea da pele não está desenvolvida em crianças, tornando-a mais vulnerável à absorção de substâncias tóxicas e dermatoses.

Fonte: autoria própria.

QUADRO 11
LISTA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DOS ACIDENTES POR TRABALHO INFANTIL –
PORTARIA Nº 204 E 205/2016

NOTIFICAÇÃO UNIVERSAL: PRECISA ACONTECER EM TODAS AS UNIDADES DE SAÚDE	
TIPO DE ACIDENTE	NOTIFICAÇÃO
Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho	Semanal
Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes	Até 24 horas
Acidente por animal peçonhento	Até 24 horas
Intoxicações Exógenas por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados (semanal)	Semanal
Violência: doméstica e/ou outras violências – Trabalho Infantil (semanal)	Semanal intrassetorial) (Ficha
NOTIFICAÇÃO EM UNIDADES SENTINELAS – DOENÇAS OCUPACIONAIS	
Câncer Relacionado ao Trabalho	
Dermatoses Ocupacionais	
Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – LER/DORT	
Perda Auditiva Induzida por Ruído (Pair) relacionada ao trabalho	
Pneumoconioses Relacionadas ao Trabalho	
Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho	

Fonte: autoria própria.

ESTRATÉGIAS DE OPERACIONALIZAÇÃO PARA A ARTICULAÇÃO DA REDE INTERSETORIAL NO CUIDADO DA CRIANÇA

O QUE FAZER	CRIANÇA NA COMUNIDADE	SAÚDE MENTAL	VIOLÊNCIA A CRIANÇA	TRABALHO INFANTIL
1. Mapear todos os serviços governamentais que atuam no cuidado integral, na promoção, na defesa e na proteção dos direitos da criança no território, inclusive serviços de atendimento ao agressor, bem como os serviços regionalizados, quando for o caso.	X	X	X	X
2. Identificar no município os serviços que se constituem como porta de entrada ou primeiro atendimento para atenção integral à criança e a suas famílias em situação de violências.	X	X	X	X
3. Caracterizar os serviços/instituições que realizam o atendimento de crianças e suas famílias em situação de violências e trabalho infantil.			X	X
4. Caracterizar os serviços/instituições que realizam o atendimento de crianças e suas famílias na identificação de transtornos mentais.		X		
5. Identificação em escolas e creches das formas de acolhimento das crianças com dificuldade de aprendizagem escolar.	X			
4. Identificar no município os órgãos não governamentais ou da sociedade civil organizada que apoiem a atenção integral à criança.	X	X	X	X
5. Considerar as relações entre situações desencadeadoras de problemas na comunidade, saúde mental, violência e trabalho infantil de forma específica ou intercalada.	X	X	X	X
4. Pactuar com os gestores locais (distritais, municipais e estaduais) que compõem a rede de cuidado e de proteção social a priorização da atenção integral de crianças, suas famílias em situação de trabalho infantil.				X
5. Formalizar em atos normativos (leis, decretos, portarias, planos de ação, protocolo de intenção, carta compromisso e outros).	X	X	X	X
6. Construir alianças estratégicas com Conselhos Tutelares e de Direitos; associações comunitárias; meios de comunicação; Ministério Público, Segurança Pública; Poderes Legislativo e Judiciário; Ministério Público do Trabalho e Emprego e Sistema de Vigilância em Saúde.	X	X	X	X
7. Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde da rede de atenção nas dimensões do acolhimento, atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidados), notificação e seguimento do caso na rede de cuidado e de proteção social.	X	X	X	X

O QUE FAZER	CRIANÇA NA COMUNIDADE	SAÚDE MENTAL	VIOLÊNCIA A CRIANÇA	TRABALHO INFANTIL
8. Articular com os serviços de promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças para a inclusão de conteúdo da atenção integral à saúde na formação continuada para profissionais e gestores.	X	X	X	X
9. Articular com as instituições de ensino e pesquisa para a inserção do tema da prevenção de violências, a promoção da cultura de paz, erradicação do trabalho infantil, a patologização e exigências mentais nas disciplinas dos cursos de saúde, assistência social e educação, bem como nas pesquisas.	X	X	X	X
10. Instituir grupo de gestão colegiada da rede de cuidado e de proteção social de crianças, suas famílias em situação de violências, déficit de aprendizagem, trabalho infantil, acidentes de trabalho, para articular, mobilizar, planejar, acompanhar e avaliar as ações da rede.	X	X	X	X
11. Planejar as ações de atenção integral à saúde da criança em situação de violências em linha de cuidado, a partir do serviço, para o percurso interno e externo.			X	
12. Elaborar protocolos de acolhimento e atendimento humanizados (abordando os aspectos técnicos e éticos) para o serviço de saúde e da rede intersetorial, definindo corresponsabilidades, áreas de abrangência, fluxos do atendimento e seguimento para a rede, normativas específicas, podendo ser utilizados ou adaptados os protocolos existentes.	X	X	X	X
13. Adotar estratégias de acompanhamento e apoio técnico e psicossocial às equipes de saúde que atendem crianças envolvidas em situações de violência, trabalho infantil, dificuldades escolar e sofrimentos psíquico, e estimular que a rede intersetorial também siga essas estratégias.	X	X	X	X
14. Implantar/implementar o sistema Vigilância de Violências, Acidentes e Trabalho Infantil.			X	X
15. Divulgar para a sociedade os serviços com endereço completo, contatos e os horários de funcionamento.	X	X	X	X

Fonte: BRASIL (falta o ano).

SAIBA MAIS

- Sobre a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.
- Sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.
- Sobre o Centro de Atendimento Psicossocial:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0245_17_02_2005.html>.
- Sobre o Programa Saúde na Escola:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf>.
- Sobre a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>.
- Sobre o Programa Saúde na Escola:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>.
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf>.
- Sobre o Projeto Olhar Brasil:< http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/olhar_brasil.pdf>.
- Sobre o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_prevencao_escolas.pdf>.
- Sobre a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB):
<www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>.
- Sobre a Política Nacional de Educação Ambiental:
<www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9795.htm>.
- Sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan):
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf>.
- Sobre a Política Nacional de Drogas. Disponível em:
<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>.
/acesso em 31/7/2016.
- Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>.
- Sobre os grupos intersetoriais de discussão de ações em saúde mental:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/forum_nacional_saude_mental_infantojuvenil.pdf>

.

- **Portaria GM/MS nº 3.908, de 30, de outubro de 1998:** Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e os serviços de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).
- **Portaria Interministerial MPS/MS/MTE nº 800 de 5, de maio de 2005:** Publica o texto base da Minuta de Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, elaborada pelo Grupo de Trabalho instituída pela Portaria Interministerial nº 153, de 13 de fevereiro de 2004, prorrogada pela Portaria Interministerial nº 1.009, de 17 de setembro de 2004, para consulta pública.
- **Portaria GM/MS nº 1.125, de 6, de julho de 2005:** Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS.
- **Portaria SAS/MS nº 100, de 5, de julho de 2010:** Cria o serviço de segurança e saúde do trabalhador, vinculado ao recursos humanos.
- **Portaria GM/MS nº 238, de 28, de janeiro de 2010:** Altera a Portaria GM/MS nº 2.871, de 19 de novembro de 2009, que constitui o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

BELFER ML, SAXENA S. WHO Child Atlas project. Lancet. 2006;367(9510):551-2.

BELLUZZO, L.G. O capital e suas metamorfoses. São Paulo: Unesp, 2013.

BRASIL, - CLT, 1943

BRASIL, 1940 - Decreto Lei 2032/40

BRASIL, 1998 - Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998

BRASIL, 2006 - Decreto 6481 de 12 de junho de 2006

BRASIL. Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS - Tecendo Redes para Garantir Direitos. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p.: il. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf. Acesso em 31/07/2016.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.92 p. il. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf. Acesso em 31/07/2016.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 197 p.: il. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf. Acesso em 31/07/2016>.

BRASIL. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf. Acesso em 31/07/2016.

BRASIL. Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília, 2007. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf. Acesso em 31/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 68 p.: il. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf. Acesso em 31/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodologia_cuidado_crianças_adolescentes_famílias.pdf. Acesso em 31/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em 31/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p.: il. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cultura_paz_saude_prevencao_violencia.pdf. Acesso em 31/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. Brasília, 2006. (Série A. Normas e 37 Guia do Gestor do PSE Manuais Técnicos). Disponível em: www.aids.gov.br/sites/default/files/guia_forma_prof_saude_educacao.pdf. Acesso em 31/07/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 296p.

BRASIL. NutriSUS: guia de evidências: estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 50 p: il. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_evidencias_nutrisus.pdf. Acesso em 31/07/2016.

Chapadeiro, CA. A família como foco da atenção primária à saúde. Nescon/UFMG, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf Acesso em 31/07/2016.

COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes In: FERREIRA, T. (Org.). A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC, 2004. p. 61-74.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec, 2010.

DIEESE. Trabalho infantil e trabalho infantil doméstico no Brasil. Avaliação a partir dos microdados da Pnad/IBGE (2012-2013). Brasília, 2015.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 104-110, abr. 2004. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa12.pdf>. Acesso em 31/07/2016

LIBRACH SL, TALBOT Y. Understanding dying patients and their families: using the family FIRO model. *Canadian Family Physician*. 1991; 37: 404-409.

MARINHO, Valeria. Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. *Cochrane database system review*, 2003.

MARX, K. O Capital: crítica da economia política. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil: 1996.

MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MICHELLI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction*, London, v. 99, p. 570-578, 2004.

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria. Santiago: Departamento de Diseño e Gestión de APS/División de Atención Primaria/Subsecretaría de Redes Asistenciales; 2008.

PATEL V. Mental health in low- and middle-income countries. *Br Med Bull*. 2007;81-82:81-96.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. A intersetorialidade nas políticas para a primeira infância. Rio de Janeiro, de 2015. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/07/GUIA-INTERSETORIAL.pdf>. Acesso em 31/07/2016.

SMILLKSTEIN G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J. Fam. Pract.* 1978; 6: 1231-1239.

TONET, I. Educação e cidadania. Revista Educação e Cidadania. v. 5, p. 23-32, 2006.

WALTERS I. P.R.A.C.T.I.C.E. Ferramenta de acesso à família. In: WILSON L. Trabalhando com famílias: livro de trabalho para residentes. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 1996.

PARTE II

CUIDADO LONGITUDINAL À SAÚDE DA CRIANÇA



1 CUIDADO LONGITUDINAL À SAÚDE DA CRIANÇA

O cuidado longitudinal à saúde da criança consiste no atendimento à criança no período compreendido entre zero e 10 anos de idade. Trata-se de uma função primordial da Atenção Básica em Saúde, que é compreendida como a porta de entrada do serviço de saúde, sendo coordenadora do cuidado e propiciando a fonte de cuidados contínuos e acessíveis nas quais uma equipe se responsabiliza por ofertar ações de promoção e prevenção à saúde, além da assistência e reabilitação, de forma integral.

A equipe de Atenção Básica, no âmbito da saúde da criança, pode organizar o processo de trabalho de forma a ofertar uma atenção equânime e integral às crianças, especialmente àquelas em situação de risco e vulnerabilidade, com enfoque na qualificação do cuidado e avaliação dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor e do crescimento, para detecção de doenças mais prevalentes na infância e no levantamento dos fatores de risco, de forma a garantir uma assistência holística e de qualidade.

Os profissionais realizam a visita domiciliar para a captação precoce, até o 5º dia de vida da criança, para orientações sobre cuidados com o recém-nascido, imunização, os benefícios da amamentação, realização da triagem neonatal, a constituição do vínculo das crianças com os responsáveis e vivenciar a realidade psicossocial na qual a família encontra-se inserida.

Está clara a necessidade de ajustar a atenção de acordo com a vulnerabilidade, em especial a social, com necessidade de diferenciar o cuidado a crianças em maior risco social ou vulnerabilidade pelo maior risco de doenças crônicas, maiores taxas de mortalidade e problemas nutricionais, psicológicos e escolares.

Importante entender que neste protocolo trazemos a doença também como um elemento de vulnerabilidade para a família, definindo-o como vulnerabilidade clínica ou fragilidade. Assim, pode-se entender que a presença de uma doença crônica na criança pode ser geradora de vulnerabilidade familiar.

Ao analisar o nível de evidência em relação ao número de consultas recomendadas aos neonatos saudáveis com famílias funcionais, de todas as classes sociais, não houve diferenças significativas entre três ou seis consultas quanto aos desfechos de ganho de conhecimento do responsável pelo cuidado e competência na criação de filhos, nível de satisfação materna, promoção de competências familiares para o cuidado à criança e realização da supervisão de saúde planejada. Dinkevich, Hupert & Moyer¹ apontam que um menor número de consultas para crianças até os 2 anos de idade é suficiente para detectar anormalidades físicas e resultados psicossociais e de desenvolvimento.

Assim, para a programação do número de consultas do cuidado longitudinal à saúde da criança, por parte das equipes de Atenção Básica, devem ser levados em consideração três fatores: os critérios de vulnerabilidade social, analisados por meio das ferramentas disponíveis de acordo

com a realidade dos territórios adstritos, a vulnerabilidade clínica da criança, baseada na estratificação do risco individual e a vulnerabilidade familiar.

O Ministério da Saúde preconiza consultas de rotina para as crianças nas idades de: 3º a 5º dia, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses, 24 meses, devendo a partir de 2 anos de idade ser realizadas uma vez ao ano². Apesar da referida definição da frequência das consultas, é importante destacar que crianças com mais fatores de risco e poucos fatores de proteção podem necessitar de um número de consultas diferenciado de acordo com a avaliação da Equipe Multiprofissional. Recomenda-se que, ao pactuar com os responsáveis o calendário de consultas, deve-se sempre levar em consideração o contexto familiar, as necessidades individuais, os fatores de risco e a resiliência, conforme apresentado no Quadro 1.

A proposta para o cuidado longitudinal à saúde da criança deste protocolo objetiva, portanto, apresentar opções para a organização do cuidado nas equipes de Atenção Primária, pautando-se não apenas por um calendário fixo e que não leve em consideração os elementos do contexto próximo da criança, mas também a própria capacidade instalada das equipes para o cuidado.

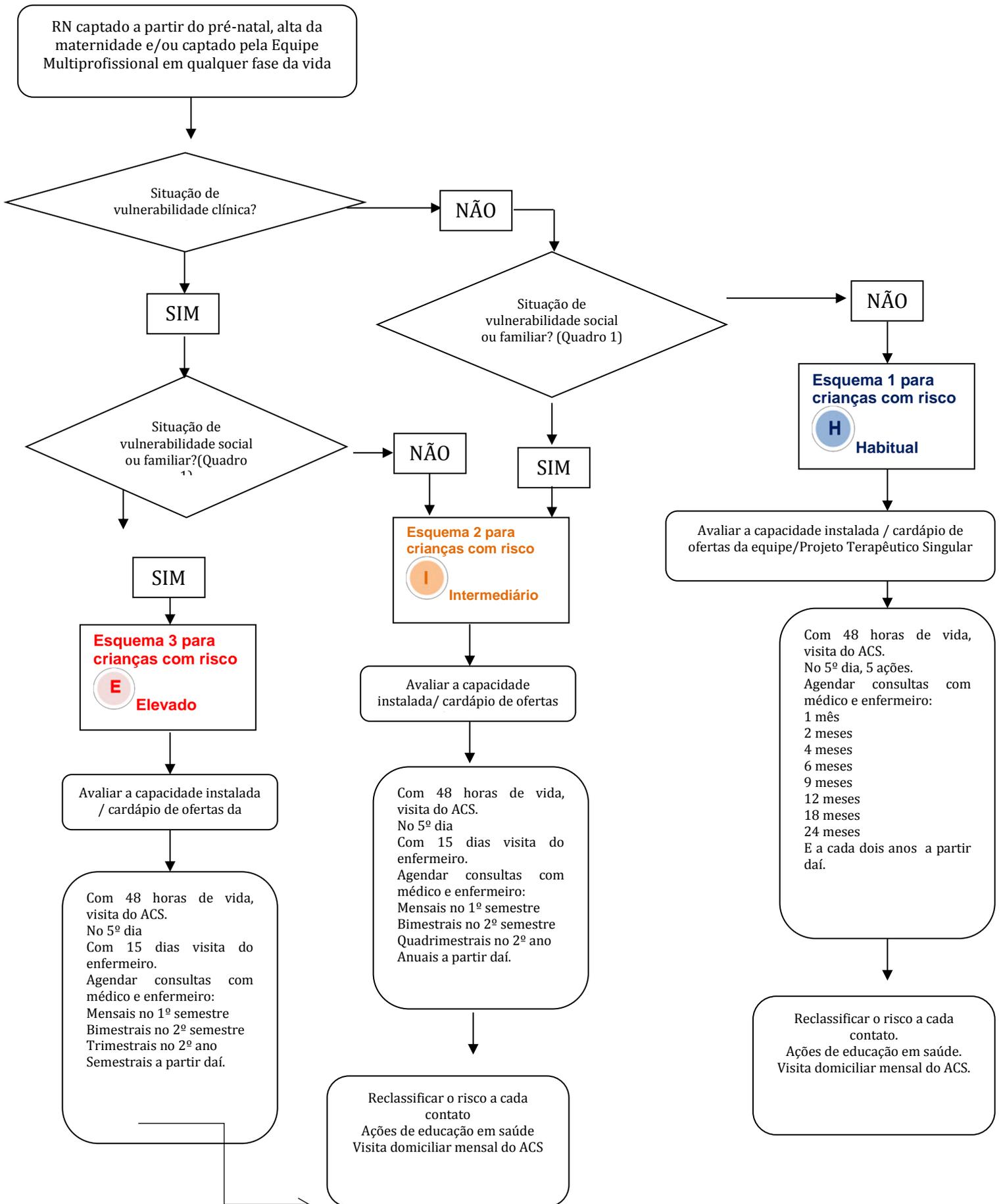
Entende-se que uma criança acompanhada pelo serviço que não tenha em sua história pessoal, familiar e social elementos que definam uma situação de vulnerabilidade pode ser acompanhada em um número de consultas menor que o preconizado, possibilitando que esta equipe possa dedicar sua agenda para a abordagem de situações mais complexas no âmbito individual e familiar, e podendo dedicar um número maior de consultas a crianças cuja vulnerabilidade demande tal cuidado.

Assim, o parâmetro de consultas para crianças sob “Risco Habitual” leva em conta apenas crianças sem fatores de vulnerabilidade familiar, social, e não pertencentes a nenhum grupo de risco no âmbito clínico. Da mesma maneira, crianças com quaisquer problemas de saúde são estratificadas como de “Risco Intermediário”, pautado por um calendário de consultas similar àquele preconizado pelo Ministério da Saúde. Já crianças que se apresentem em situações de vulnerabilidade familiar ou social e clínica seguirão um calendário que supera a programação habitualmente proposta pelas entidades, com maior frequência de cuidados, acima do preconizado para a criança saudável.

É importante destacar que este protocolo traz uma proposta de organização do cuidado a crianças saudáveis, baseado em evidências científicas, mas não se propõe a definir parâmetros rígidos de cuidados, não sendo prescritivo em termos de um calendário fixo. A equipe deve considerar sua capacidade instalada, bem como seu cardápio de ofertas, estimando a população infantil adscrita e procurando endereçar da melhor maneira possível o planejamento às demandas populacionais. Entre as ofertas da Atenção Básica no cuidado à criança estão as visitas domiciliares, os grupos, as ações de promoção e prevenção na unidade, na escola e na comunidade, além de outras configurações de intervenção.

FLUXOGRAMA 1

SUGESTÃO DE INDICAÇÃO DO NÚMERO DE CONSULTAS DE ACORDO COM CRITÉRIOS DE RISCO E VULNERABILIDADE



QUADRO 1
CLASSIFICAÇÃO DA VULNERABILIDADE CLÍNICA, SOCIAL E FAMILIAR

VULNERABILIDADE CLÍNICA	VULNERABILIDADE FAMILIAR OU SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridade.* • Baixo peso ao nascer. • Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida. • Mãe portadora do HIV, toxoplasmose ou sífilis.* • Criança exposta a Síndrome Congênita do Zika.* • Desnutrição. • Internação prévia. • Recém-nascido retido na maternidade por intercorrência clínica. • Desmame antes do 6º mês de vida. • Triagem neonatal positiva (exemplo: teste da orelhinha, olhinho, cardiopatia etc.). • Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados. • Doença Neurológica crônica. <p>*Ver Quadro 9: Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe ou responsável com baixa escolaridade. • Mãe adolescente. • Mãe deficiente mental. • Morte materna. • História de óbito de menores de 1 ano na família. • Condições ambientais e sociais desfavoráveis (abastecimento de água inadequado ou ausente, esgotamento sanitário inadequado ou ausente e destino do lixo de forma inadequada ou ausente). • Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas. • Pais ou responsáveis com baixa renda. • Escore de risco médio e alto obtido na escala de risco familiar de Coelho e Savassi (Anexo 1)⁴.

FONTE: Adaptado³.

REFERÊNCIAS

- 1 DINKEVICH, E. ; HUPERT, J.; MOYER, V. Evidence based pediatrics: Evidence based well child care. BMJ, p. 846-849, 2001.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
- 3 MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à Saúde da Criança. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224p.
- 4 SAVASSI, L.C.M; LAGE, J.L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a escala de risco familiar de Coelho-Savassi. JMPHC, v. 3, n. 2, pp. 179-85 (2012). ISSN 2179 -6750. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/66/61>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

ANEXO A

ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação	Se maior que 1	3
Morador/cômodo	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

Escore 5 ou 6 = (R1)

Escore 7 ou 8 = (R2)

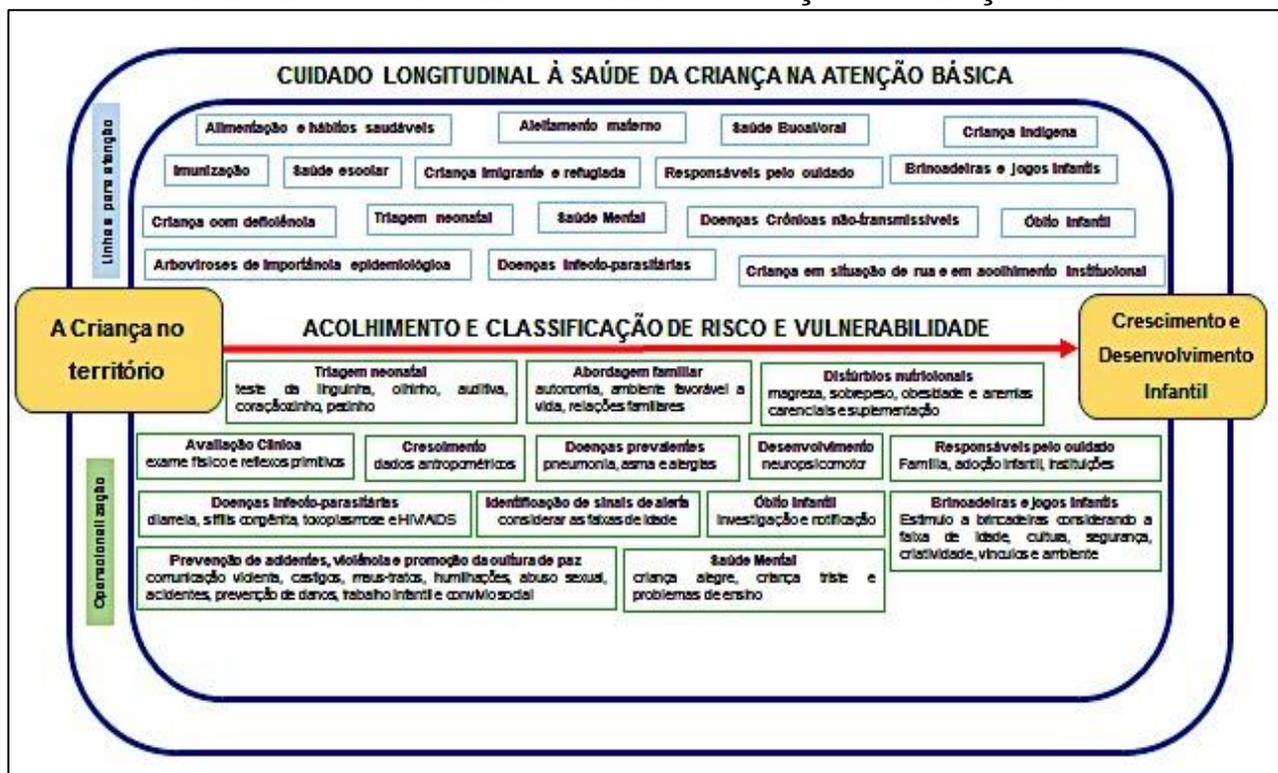
Maior que 9 = (R3)

2 ABORDAGEM DO CUIDADO LONGITUDINAL À SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA

No cuidado longitudinal à saúde da criança promovido pelos profissionais das equipes de Atenção Básica, faz-se necessário o acolhimento da criança no contexto familiar inserida no território das Unidades de Saúde, a identificação de risco e vulnerabilidade e as linhas de cuidado e as formas de operacionalização com vista à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.

A figura a seguir elenca as linhas importantes para a atenção a todas as crianças do território, independente da faixa etária, acolhidas nas consultas regulares da rotina da equipe de saúde ou acesso à rede de atenção de forma tardia.

FIGURA 1
CUIDADO LONGITUDINAL À SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA



Fonte: adaptado¹.

Crianças acolhidas nas faixas etárias propostas neste protocolo, segundo os critérios de risco e vulnerabilidade, apresentam particularidades concernentes a idade que são apresentadas nos quadros a seguir.

ABORDAGEM DOMICILIAR COM 24 HORAS DE VIDA ATÉ O 5º DIA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> • Observar: condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis. • Aplicar instrumentos de abordagem familiar. Ver Parte 1. • Criança nascida de parto domiciliar não assistido: motivos para o parto domiciliar sem assistência, situações de abandono familiar, sofrimento psíquico e violência; verificar como foram realizados os primeiros cuidados com recém-nascido. • Recém-nascido com permanência na maternidade: identificar a causa e comunicar à Equipe de Atenção Básica. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os reflexos primitivos: marcha, busca, sucção, moro, cutâneo-plantar, preensão palmar e preensão plantar. Ver Quadro 4 – Reflexos Primitivos. • Avaliar sinais de alerta: recusa alimentar, vômitos, convulsões, apneia, irritabilidade, letargia, ou inconsciência; cianose ou palidez, icterícia visível abaixo do umbigo; FC<100 bpm, FR> 60 irpm, Tax > 37,5°C ou <35,5°C, tiragem subcostal, batimento de asas do nariz, gemidos, fontanelas abauladas, secreção purulenta do ouvido, coto umbilical, umbigo hiperemiado e/ou com secreção purulenta, pústulas na pele. 	Enfermeiro(a) e/ou médico(a)
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Checar: a) Caderneta de Saúde da Criança (CSC), b) Vacinas, c) Caderneta de pré-natal da mãe, d) Sumário de alta (sinais de risco), e) testes de triagem neonatal (olhinho/ reflexo vermelho ocular, coraçãozinho/ oximetria de pulso, orelhinha/ Triagem Auditiva Neonatal, pezinho e linguinha)². Quadro 3: Testes de Triagem Neonatal. • Orientar: a) acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS) e consulta do 5º dia de vida; b) registro civil da criança; c) sinais de icterícia. d) dormir de “barriga para cima”, colchão firme, sem lençóis frouxos ou objetos macios (risco de morte súbita). e) cuidados com umbigo, frequência das eliminações, sono, choro, higiene, troca de fraldas e aconselhar: prevenção do fumo passivo. • Atentar para os efeitos nocivos do uso do bico ou da chupeta que podem atrapalhar a amamentação, causar doenças, problemas na dentição e na fala, além de poder mascarar necessidades da criança como fome, desconforto, entre outros². Ver Caderneta de Saúde da Criança, p.10⁴. • Em situações adversas, nas quais necessite dar mamadeira ao bebê, não aumentar o furo do bico do mamilo artificial, que serve para o bebê fazer a sucção e aprender a deglutir. Quando a necessidade de sucção não for satisfeita com o aleitamento materno, a chupeta deve ser usada racionalmente, não sendo oferecida a qualquer sinal de desconforto. Utilizar exclusivamente como complementar a sucção na fase em que o bebê necessita deste exercício funcional. Não é recomendável que o bebê durma todo o tempo com a chupeta. Ver CAB 17 – Saúde Bucal, p. 52 – Organização da Atenção à Saúde Bucal por meio do Ciclo Vital⁵. 	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DOMICILIAR COM 24 HORAS DE VIDA ATÉ O 5º DIA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Aconselhamento em aleitamento materno. Fornecer assistência aos casos necessários (dor à amamentação, fissuras mamilares, ductos lactífero bloqueado, ingurgitamento mamário, mastites/abscesso mamário, baixa produção láctea, casos de mamoplastia redutora e entre outros). Orientar a colocar o lactente para eructar devido ao risco de aspiração do leite materno por vômito ou regurgitação. Identificar possíveis doadoras de leite humano e orientar o processo de ordenha e armazenamento do leite. Ver Caderneta de Saúde da Criança: amamentando o bebê⁴. Ver <i>Guia alimentar para crianças menores de dois anos de idade</i>⁶. Crianças não amamentadas, ver CAB 33³. 	Equipe Multiprofissional
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Observar a presença de dentes ao nascer (dente natal) ou o aparecimento de dente no 1º mês de vida (dente neonatal). Se presentes, encaminhar ao dentista para avaliar a necessidade de extração, pois sua inserção apenas na gengiva pode prejudicar a amamentação e aumentar o risco de bronca aspiração em caso de esfoliação. Observar a presença de fissura lábio-palatal e alguma alteração da mucosa oral. Caso presente, procurar a equipe de Saúde Bucal para orientação sobre tratamento e amamentação. Recomenda-se higienizar a cavidade bucal do bebê somente a partir da erupção do primeiro dente decíduo, pois as imunoglobulinas presentes no leite materno desempenham um papel protetor na mucosa bucal contra infecções. Para crianças desmamadas, iniciar a higienização mesmo não havendo erupcionado o primeiro dente decíduo, pois as fórmulas infantis, mesmo não possuindo sacarose em sua formulação, demonstraram ser cariogênicas. Utilizar como técnica de higienização após cada mamada: enrolar o dedo em uma fralda limpa, passando delicadamente em toda a boca do bebe (gengiva, língua e bochechas). 	Enfermeiro(a) e/ou médico(a) e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem Familiar	<ul style="list-style-type: none"> Observar as relações familiares. Ver Parte 1. Possibilitar e fortalecer o vínculo das famílias com a equipe de saúde. Escutar e oferecer suporte emocional nessa etapa de mudança de vida da família. Observar sinais e sintomas de depressão pós-parto. Estimular o desenvolvimento dos laços afetivos entre a criança e os responsáveis pelo cuidado. Recomendar que a família observe a evolução do desenvolvimento da criança. Recomendar a comunicação com a criança e estímulo com brinquedos e música. Orientar sobre a higiene do domicílio e das vestimentas da criança. Discutir o funcionamento psíquico da dupla parental no período pós-parto imediato bem como o processo que eles percorrem para a formação da parentalidade⁷. Orientar sobre os direitos das crianças e dos pais ou responsáveis. Ver Caderneta de Saúde da Criança⁴. 	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DOMICILIAR COM 24 HORAS DE VIDA ATÉ O 5º DIA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Consideram-se normais tanto uma perda de peso de até 10% ao nascer quanto a sua recuperação até o 15º dia de vida. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou > +2 escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento. Iniciar a estimulação precoce conforme protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia, antes mesmo do encaminhamento⁷. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. Inserir os dados antropométricos e de consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional vigente. Para fins de lançamento dos dados antropométricos de crianças prematuras nas curvas da Caderneta de Saúde da Criança, é recomendável utilizar a idade corrigida do RN pré-termo. Para colocação dos dados nas curvas, considera-se o “nascimento” quando a criança atinge 40 semanas de idade pós-concepcional. Assim, um RN pré-termo nascido com 28 semanas de idade gestacional, após três meses do nascimento (12 semanas) terá suas medidas anotadas as 40 semanas, semelhante a um RN a termo. Após o 2º ano de vida, essa correção não é mais necessária, pois o ritmo de crescimento diminui e já se podem cotejar os parâmetros somáticos de nascidos a termo e pré-termo sem desvantagem significativa para os últimos. 	Enfermeiro(a) e/ou médico(a)
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Observar: postura fletida, pouco controle cervical, mãos predominantemente fechadas, fixa-se em objetos distanciados a 20-25 cm, chora para demonstrar desprazer. Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento; Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão³. 	Enfermeiro(a) e/ou médico(a)
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização. Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais³. Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos³. 	Enfermeiro(a) e/ou técnico/auxiliar de enfermagem e/ou médico(a)
Exames complementares	<ul style="list-style-type: none"> Na ausência de algum teste de triagem neonatal (Teste do Olhinho ou Teste do Reflexo Vermelho, Teste do Coraçãozinho ou Teste de Oximetria de Pulso, Teste da Orelhinha ou Triagem Auditiva Neonatal, Teste do Pezinho e da Linguinha), a criança deve ser encaminhada à Unidade de Saúde para avaliação com enfermeiro/médico para seguimento de acordo com protocolo clínico de cada teste. Quadro 3 – Testes de Triagem Neonatal. 	Enfermeiro(a) e/ou médico(a)

ABORDAGEM DOMICILIAR COM 24 HORAS DE VIDA ATÉ O 5º DIA

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none">• Prevenir acidentes e lesões não intencionais: atentar para o risco de perfuração por alfinete, contraindicar talco em pó, evitando aspiração acidental, evitar medicamentos sem prescrição médica, atentar à administração correta dos medicamentos prescritos (evitar superdosagem e intoxicação medicamentosa) e à temperatura da água do banho, colocar o bebê para arrotar/eructar após as mamadas devido ao risco de aspiração do leite materno por regurgitação ou vômito e cuidados com travesseiro e cobertores para evitar sufocação³.• Observar sinais indicativos de violência. Ver Capítulo 1.• Observar sinais indicativos da síndrome do bebê sacudido que pode ocorrer em crianças abaixo de 2 anos, causada por violenta movimentação da criança, segurada pelos braços ou tronco. Já a síndrome de Munchausen por procuração é a condição em que doenças ou sintomas são forjados na criança, em geral por suas mães.• Observar também se a/o bebê manifesta agitação e distúrbios do sono e/ou alimentares.• Promover a assistência e notificar as situações de violência ao Conselho Tutelar da respectiva localidade.• Orientar sobre o fluxo de registro da notificação e medidas de proteção:<ol style="list-style-type: none">1. Preencher a ficha de notificação individual/investigação de violência, com o maior número de informações para a garantia dos direitos, proteção e defesa das crianças, adolescentes e suas famílias.2. Preencher a ficha em três vias: a ficha original deve ser encaminhada ao serviço de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Saúde do município; a segunda via deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes; a terceira via fica na Unidade que notificou o caso de violência.• Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e Cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência.• Ver Caderneta da criança: prevenindo acidentes³.	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DO 5º DIA DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Situações de vulnerabilidade: criança residente em área de risco, baixo peso ao nascer (inferior a 2.500 g), prematuridade (menos de 37 semanas gestacionais, asfixia grave ou Apgar menor do que 7 no 5º minuto, internações e/ou intercorrências, mãe com menos de 18 anos de idade, mãe com baixa escolaridade (menos que oito anos de estudo), história familiar de morte de criança com menos de 5 anos de idade, aleitamento materno ausente ou não exclusivo, gestação gemelar, malformação congênita e suspeita ou evidência de violência. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Anamnese: identificação, história familiar e social, antecedentes obstétricos e condições de nascimento. Realizar exame clínico/físico completo (ver CAB 33: Tópicos do exame físico na primeira consulta do recém-nascido²): tônus muscular, alinhamento e simetria corporal, cabeça (ênfase nas fontanelas bregmática (fechamento por volta dos 18 meses) e lambdoide (fechamento entre 2 e 3 meses), cavalgamento de suturas, bossa sero sanguínea e céfalo hematoma), olhos (teste do reflexo vermelho), ouvidos, nariz, boca, garganta, pescoço, tórax, abdome (coto umbilical: secreção, odor e hiperemia), pelve (rastrear displasia do quadril pelos testes de Barlow e Ortolani) e membros. Avaliar os sistemas: tegumentar (ver tocotraumatismos, eritema tóxico, manchas mongólicas, manchas salmão, hiperplasia sebácea, milio, miliária), respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinário, musculoesquelético (fratura de clavícula, fratura de fêmur e úmero, luxação coxofemoral), neurológico e endócrino. Observar se criança apresenta sinais de alerta: recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, frequência cardíaca abaixo de 100 bpm, letargia ou inconsciência, respiração rápida acima de 60 mrm, atividade reduzida, febre (37,5°C ou mais), hipotermia (menos do que 35,5°C), tiragem subcostal, batimento de asas do nariz, cianose generalizada ou palidez importante, icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida, gemidos, fontanelas abauladas, secreção purulenta do ouvido, umbigo hiperemiado e/ou com secreção purulenta, pústulas na pele, irritabilidade ou dor à manipulação, diurese ausente e ausência de eliminação intestinal. Identificar os reflexos primitivos principais. Quadro 4: Reflexos Primitivos. Efetuar rastreamento para criptorquidia. Observar sinéquia de pequenos lábios em meninas. Observar evolução de icterícia e solicitar dosagem de bilirrubinas se necessário, ver CAB 33³. Figura 1: Zonas de Icterícia de Kramer. 	Enfermeiro(a) / médico(a)* *Desejável
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações da abordagem domiciliar com 24 horas de vida até o 5º dia. Verificar: a) Caderneta da criança, b) Vacinas, c) Caderneta de pré-natal da mãe, d) Resumo de alta hospitalar para identificar sinais de risco/perigo à saúde da criança, e) testes de triagem neonatal (coraçãozinho, reflexo vermelho ocular, orelhinha e linguinha realizados logo após o nascimento). Orientar quantos aos cuidados com o bebê: eliminações, sono, choro, cólica (Ver Parte 3, Capítulo 3: Problemas digestivos, Quadro 3.1: Higiene, banho de sol). Reforçar a necessidade de lavagem das mãos antes do contato com o bebê, evitar uso passivo do tabaco, manutenção da higiene do coto umbilical, avaliação do choro noturno. Orientar quanto ao risco de morte súbita de crianças no 1º ano de vida, sobretudo nos primeiros 6 meses, colocando as crianças para dormir de “barriga para cima” (posição supina), e não de lado ou de bruços³. 	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DO 5º DIA DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
<p style="text-align: center;">Orientação alimentar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida. • Ver Caderneta de Saúde da Criança: amamentando o bebê⁴. • Ver <i>Guia alimentar para crianças menores de 2 anos</i>⁶. • Crianças desmamadas: tentar todas as formas de apoio para a relactação, caso não haja sucesso ou não é indicada a amamentação garantir adequada diluição da fórmula infantil de partida; em caso de leite integral fluído orientar a necessidade de diluição pelo excesso de proteína e eletrólitos que causam a sobrecarga renal, conforme Quadro 7: Diluição e reconstituição do leite para crianças menores de 4 meses não amamentadas. • <u>Contraindicações para a amamentação:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mães infectadas pelo HIV. ✓ Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2 (vírus linfotrópico humano de linfócitos T). ✓ Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são citados como contraindicações absolutas ou relativas ao aleitamento, como, por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos. ✓ Criança portadora de galactosemia, doença do xarope de bordo e fenilcetonúria. • <u>Considerar condições para a interrupção temporária da amamentação:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia. ✓ Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber <i>imunoglobulina humana antivariçela zoster</i> (Ighavz), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, devendo ser aplicada o mais precocemente possível. ✓ Doença de Chagas na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente. ✓ Abscesso mamário, até que ele tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia. ✓ Uso abusivo de álcool e/ou outras drogas: recomenda-se a interrupção temporária do aleitamento materno, com ordenha do leite, que deve ser desprezado. 	<p style="text-align: center;">Equipe Multiprofissional</p>
<p style="text-align: center;">Saúde bucal/oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter orientação da abordagem domiciliar com 24 horas de vida até o 5º dia. 	<p style="text-align: center;">Enfermeiro(a) / médico(a)* e/ou Enfermeiro(a) e/ou cirurgiões- dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal *Desejável</p>

ABORDAGEM DO 5º DIA DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a participação em atividades de educação em saúde que ofereçam suporte emocional à família e responsáveis e maior segurança nos cuidados com os bebês, e que auxiliem no desenvolvimento dos laços afetivos entre a criança e os cuidadores. Orientar a família para testes positivos de triagem neonatal e detecção de atrasos no desenvolvimento. Atentar para os fatores de risco e proteção selecionados para saúde mental das crianças. Ver Parte 1, Fluxograma 1.1: Atenção às crianças com risco e/ou queixa de saúde mental na Atenção Básica. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Consideram-se normais tanto uma perda de peso de até 10% ao nascer quanto a sua recuperação até o 15º dia de vida. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou > +2 escores "z") pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento. Iniciar a estimulação precoce conforme protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia, antes mesmo do encaminhamento⁷. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro(a) / médico(a)* *Desejável
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Observar: postura fletida, pouco controle cervical, mãos predominantemente fechadas, fixa-se em objetos distanciados a 20-25 cm, chora para demonstrar desprazer. Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão³. 	Enfermeiro(a) / médico(a)* *Desejável
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização. Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais. Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos. 	Enfermeiro(a) e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico(a)
Exames complementares	<ul style="list-style-type: none"> Na ausência de algum Teste de Triagem Neonatal, a criança deve ser encaminhada à unidade de saúde para avaliação com enfermeiro/médico para seguimento de acordo com protocolo clínico de cada teste. Verificar Teste da Orelhinha ou Triagem Auditiva Neonatal e diante da necessidade de reteste, seguir orientações do Quadro 3: Testes de Triagem Neonatal. 	Enfermeiro(a) / médico(a)* *Desejável

ABORDAGEM DO 5º DIA DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>Prevenção de acidentes e violências</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observar sinais indicativos de violência. Ver Parte 1. • Promover a assistência e notificar as situações de violência ao Conselho Tutelar da respectiva localidade. • Orientar sobre o fluxo de registro da notificação e medidas de proteção. • Preencher a ficha de notificação individual/investigação de violência, com o maior número de informações para a garantia dos direitos, proteção e defesa das crianças, adolescentes e suas famílias. • Preencher a ficha em três vias: a ficha original deve ser encaminhada ao serviço de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Saúde do município; a segunda via deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes; a terceira via fica na Unidade que notificou o caso de violência. • Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência. • Orientar posição supina (dormir de barriga pra cima) para redução do risco de morte súbita, sufocação, esmagamento. Caso seja praticado o coleito orientar aos cuidadores sobre comportamentos (ingesta de bebida alcoólica, uso de drogas ilícitas ou cigarro, uso de medicamentos que agem no sistema nervoso central) que podem aumentar o risco de morte súbita, lesões não intencionais, sufocamento e queda da cama³. Evitar deixar o berço com adornos desnecessários (protetor de grades, brinquedos e excesso de cobertores) para promover melhor circulação do ar³. • Orientar quanto ao banho: cuidado com a temperatura, testar a água antes de colocar a criança e não deixar a criança sozinha, mesmo que haja com pouca água na banheira³. • Orientar não dormir com o bebê em sofás ou poltronas. • Evitar o contato próximo com animais sem supervisão de um adulto. • Orientar como transportá-lo em automóvel ou outro meio de transporte. O Código de Trânsito Brasileiro (CTB) determina que a criança, nesta idade, seja transportada num dispositivo de retenção denominado "bebê-conforto ou conversível" – cadeira em forma de concha, levemente inclinada, colocada no banco de trás, voltada para o vidro traseiro, conforme orientações do fabricante. • Para evitar quedas: proteja o berço com grades altas com no máximo 6 cm, entre elas. Não deixar a criança sozinha em cima de móveis e sob os cuidados de outra criança. • Para evitar queimaduras: não tomar líquidos quentes com a criança no colo e evitar fumar dentro de casa, principalmente com a criança no colo. • Para evitar sufocação: não utilize talco próximo ao rosto da criança, ajuste o lençol do berço, cuidando para que o rosto da criança não seja coberto por travesseiros ou almofada. Prefira brinquedos grandes e inquebráveis. • Evitar o uso de medicamento para a criança sem a prescrição do médico ou do enfermeiro (risco de intoxicação medicamentosa). 	<p style="text-align: center;">Equipe Multiprofissional</p>

ABORDAGEM DO 15º DIA DE VIDA: VISITA DOMICILIAR



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (ver CAB 33: Tópicos do exame físico na primeira consulta do recém-nascido)³. Observar se criança apresenta sinais de alerta: recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, frequência cardíaca abaixo de 100 bpm, letargia ou inconsciência, respiração rápida acima de 60 mrm, atividade reduzida, febre (37,5°C ou mais), hipotermia (menos do que 35,5°C), tiragem subcostal, batimento de asas do nariz, cianose generalizada ou palidez importante, icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida, gemidos, fontanelas abauladas, secreção purulenta do ouvido, umbigo hiperemiado e/ou com secreção purulenta, pústulas na pele, irritabilidade ou dor à manipulação, diurese ausente e ausência de eliminação intestinal. Avaliar persistência de icterícia. Identificar e avaliar os reflexos primitivos. Ver Quadro 4. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 5º dia de vida. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida. Ver Caderneta de Saúde da Criança: amamentando o bebê. Crianças desmamadas: tentar todas as formas de apoio para relactação, caso não haja sucesso garantir adequada diluição da fórmula infantil de partida. Quadro 7: Diluição e reconstituição do leite para crianças menores de 4 meses não amamentadas. 	Equipe Multiprofissional
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 5º dia de vida. 	Enfermeiro(a) / médico(a) e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Abordar situações familiares específicas relacionadas aos fatores de risco individual. Abordar relação entre a família e a criança e adaptação aos novos papéis. Incentivar parceiro para os cuidados do bebê e incentivar apoio de amigos e familiares. Orientar a família que a comunicação violenta, castigos e humilhações constituem formas de violência que compromete o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e dos pensamentos intrapessoais (medo, ansiedade, tristeza) da criança. Veja o SAIBA MAIS. 	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DO 15º DIA DE VIDA: VISITA DOMICILIAR



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Consideram-se normais tanto uma perda de peso de até 10% ao nascer quanto a sua recuperação até o 15º dia de vida. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou > +2 escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento⁷. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Observar: postura fletida, pouco controle cervical, mãos predominantemente fechadas, fixa-se em objetos distanciados a 20-25 cm, chora para demonstrar desprazer. Avaliar aspectos do desenvolvimento: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa. Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento; Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão³. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização⁴. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização. Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais³. Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos³. 	Enfermeiro(a) e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico(a)
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 5º dia de vida. Observar sinais indicativos de violência. Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e Cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência. Ver Parte 1. 	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DO 1º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. Abordar a construção da parentalidade. Veja o SAIBA MAIS. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (ver CAB 33; Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes)³. Observar se criança apresenta sinais de alerta. Efetuar rastreamento para criptorquidia. Observar sinéquia de pequenos lábios em meninas. Avaliar a presença de anel prepucial que impede a exteriorização da glândula (fimose). Caso haja, após 2 anos de vida encaminhar para tratamento cirúrgico ou quando apresentar o primeiro episódio de postite ou infecção urinária. Realizar manobras de Barlow e Ortolani. Identificar e avaliar os reflexos primitivos. Ver Quadro 4. 	Enfermeiro(a) médico(a)* *Desejável
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar orientações quanto à cólica do lactente (em geral se inicia por volta de 3 semanas de vida e dura até o 3º mês). Em prematuros, costuma começar com 40 semanas de idade corrigida e terminar com 3 meses de idade corrigida. Orientar cuidados com o bebê: eliminações, sono, choro, cólica (Ver Parte 3, Capítulo 3, Problemas digestivos, Quadro 3.1: Higiene, banho de sol. Quanto ao sono, orientar que a família ajude a criança a diferenciar o dia da noite, promovendo o sono diurno em local iluminado e com os ruídos habituais do domicílio e o sono noturno em ambiente escuro e silencioso³. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida. Ver Caderneta de Saúde da criança: amamentando o bebê. Avaliar pega correta e estimular o aleitamento materno por livre demanda. Crianças desmamadas: tentar todas as formas de apoio para relactação, caso não haja sucesso garantir adequada diluição da fórmula infantil de partida. Quadro 7: Diluição e reconstituição do leite para crianças menores de 4 meses não amamentadas. Inserir os dados antropométricos e de consumo alimentar no Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional vigente. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Todo prematuro e recém-nascido com baixo peso, mesmo em aleitamento materno exclusivo, devem receber, a partir do 30º dia após o nascimento, suplementação de ferro. Quadro 5: Recomendações quanto à suplementação de ferro. 	Enfermeiro(a) / médico(a)

ABORDAGEM DO 1º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações da abordagem domiciliar com 24 horas de vida até o 5º dia. 	Enfermeiro(a) / médico(a) / cirurgiões-dentistas / auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 15º dia de vida. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou $> +2$ escores "z") pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento⁷. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. Média de ganho de peso: 700 gramas/mês (25 a 30 gramas/dia) Para fins de lançamento dos dados antropométricos de crianças prematuras nas curvas da Caderneta de Saúde da Criança, deve-se utilizar a idade corrigida do RN pré-termo. Para colocação dos dados nas curvas, considera-se o "nascimento" quando a criança atinge 40 semanas de idade pós-concepcional. Assim, um RN pré-termo nascido com 28 semanas de idade gestacional, após três meses do nascimento (12 semanas) terá suas medidas anotadas às 40 semanas, semelhante a um RN a termo. Após o 2º ano de vida, essa correção não é mais necessária, pois o ritmo de crescimento diminui e já se podem cotejar os parâmetros somáticos de nascidos a termo e pré-termo sem desvantagem significativa para os últimos. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Observar: postura fletida, pouco controle cervical, mãos predominantemente fechadas, fixa-se em objetos distanciados a 20-25 cm, chora para demonstrar desprazer. Apresenta percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno. Avaliar o desenvolvimento auditivo e de linguagem. Ver Quadro 8 – Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal. Obs.: Considerar a idade corrigida no caso de recém-nascidos prematuros. Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão. 	Enfermeiro(a) / médico(a)

ABORDAGEM DO 1º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização. • Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais. • Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos. 	Enfermeiro e/ou técnico/auxiliar de enfermagem e/ou médico(a)
Exames complementares	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar Teste da Orelhinha ou Triagem Auditiva Neonatal diante da necessidade de reteste. Quadro 3: Testes de Triagem Neonatal. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none"> • Manter orientações do 5º dia de vida. • Observar sinais indicativos de violência física: síndrome do bebê sacudido, Síndrome de <i>Munchausen</i> por procuração e castigo corporal. • Observar sinais indicativos de violência psicológica: forma de rejeição, depreciação. A criança pode manifestar agitação e alterações do sono e/ou dificuldades alimentares. • Promover a assistência e notificar as situações de violência ao Conselho Tutelar da respectiva localidade. • Orientar sobre o fluxo de registro da notificação e medidas de proteção. • Preencher a ficha de notificação individual/investigação de violência, com o maior número de informações para a garantia dos direitos, proteção e defesa das crianças, adolescentes e suas famílias. • Preencher a ficha em três vias: a ficha original deve ser encaminhada ao serviço de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Saúde do município; a segunda via deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes; a terceira via fica na Unidade que notificou o caso de violência. • Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência. 	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DO 2º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (ver CAB 33; Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes)³. Observar se criança apresenta sinais de alerta. Efetuar rastreamento para criptorquidia. Observar o fechamento da fontanela lambdoide (posterior). Realizar manobras de Barlow e Ortolani. Identificar e avaliar os reflexos primitivos. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 1º mês de vida. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida. Ver Caderneta de Saúde da Criança: amamentando o bebê. Ver <i>Guia alimentar para crianças menores de 2 anos</i>⁶. Crianças desmamadas: tentar todas as formas de apoio para relactação, caso não haja sucesso garantir adequada diluição da fórmula infantil de partida. Quadro 7: Diluição e reconstituição do leite para crianças menores de 4 meses não amamentadas. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 1º mês de vida (suplementação de ferro para prematuros). 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações da abordagem domiciliar com 24 horas de vida até o 5º dia. 	Enfermeiro(a) / médico(a) e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 15º dia de vida. Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou > +2 escores "z") pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro(a) / médico(a)

ABORDAGEM DO 2º MÊS DE VIDA

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Observar: posição menos fletida em decúbito ventral, menor controle cervical, mãos mais abertas pela diminuição do reflexo de preensão, procura sons visualmente, sorriso social, diferenciação dos tipos de choro, emite vocalização ao ouvir vozes familiares.• Avaliar o desenvolvimento auditivo e de linguagem. Ver Quadro 8 – Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal.• Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11 – Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão.	Enfermeiro(a) / médico(a)
Vacinação	<ul style="list-style-type: none">• Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização.• Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais.• Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos.	Enfermeiro(a) e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico(a)
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none">• Manter orientações da abordagem domiciliar com 24 horas de vida até o 5º dia.• Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência.• Ver Parte 3, nº 4: Violência contra a infância.	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DO 3º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (ver CAB 33; Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes)³. Observar se criança apresenta sinais de alerta: alteração dos dados dos sinais vitais, recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, letargia ou inconsciência, febre de origem indeterminada (37,5°C ou mais), diurese ausente, ausência de eliminação intestinal, atraso no crescimento e desenvolvimento, sinais de síndrome do bebê sacudido (hemorragia retiniana, fraturas múltiplas, e sinais de hematoma subdural). Efetuar rastreamento para criptorquidia. Observar o fechamento da fontanela lambdoide (posterior). Identificar e avaliar os reflexos primitivos. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 1º mês de vida. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida. Iniciar orientações para ordenha e armazenamento do leite para mães que retornam ao trabalho no 4º mês de vida da criança, estimulando aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida. <p>Orientar sobre a conservação do leite materno estocado.</p> <ul style="list-style-type: none"> No trabalho, a mãe pode, após lavar as mãos, retirar e guardar seu leite em um frasco de vidro, com tampa plástica de rosca, lavado e fervido. Caso haja geladeira, manter o leite sob refrigeração. Caso não, manter em isopor com gelo. <p><u>Conservação e validade:</u></p> <p>Na geladeira:</p> <ul style="list-style-type: none"> Leite cru - 12 horas. Leite pasteurizado degelado (oriundo de banco de leite humano) - 24 horas. <p>No freezer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Leite cru - até 15 dias. Leite pasteurizado (oriundo de banco de leite humano) - 6 meses. Ver Caderneta de Saúde da Criança: amamentando o bebê⁴. Ver <i>Guia alimentar para crianças menores de 2 anos</i>⁶. Crianças desmamadas: tentar todas as formas de apoio para relactação, caso não haja sucesso garantir adequada diluição da fórmula infantil de partida. Ver Quadro 7 – Diluição e reconstituição do leite para crianças menores de 4 meses não amamentadas. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 1º mês de vida (suplementação de ferro para prematuros). Quadro 5: Recomendações quanto à suplementação de ferro. 	Enfermeiro(a) / médico(a)

ABORDAGEM DO 3º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações da abordagem domiciliar com 24 horas de vida até o 5º dia. 	Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a mãe/responsável para procurar ter tempo para si e para sua parceria. Acolher a expectativa do cuidador sobre o retorno precoce ao trabalho e propor alternativas dentro da dinâmica familiar. Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança. Orientar a família que a comunicação violenta, castigos e humilhações constituem formas de violência que comprometem o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e dos pensamentos intrapessoais (medo, ansiedade, tristeza) da criança. Veja o SAIBA MAIS. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou > +2 escores "z") pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Observar: melhor sustentação ereta da cabeça, sustenta o peso do corpo nos cotovelos, observa as próprias mãos, segue objetos ao seu redor, localiza sons, grita alto para manifestar prazer, pode reconhecer faces e objetos familiares. Avaliar o desenvolvimento auditivo e de linguagem⁹. Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão³. 	Enfermeiro(a) / Médico(a)
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização. Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais. Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos. 	Enfermeiro(a) e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico(a)
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações da abordagem domiciliar com 24 horas de vida até o 5º dia. 	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DO 4º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes)³. Observar se criança apresenta sinais de alerta: alteração dos dados dos sinais vitais, recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, letargia ou inconsciência, febre de origem indeterminada (37,5°C ou mais), diurese ausente, ausência de eliminação intestinal, atraso no crescimento e no desenvolvimento, sinais de síndrome do bebê sacudido (hemorragia retiniana, fraturas múltiplas e sinais de hematoma subdural). Efetuar rastreamento para criptorquidia. Realizar teste do reflexo vermelho e teste de Hirschberg na UBS por profissional capacitado ou encaminhar a criança para a realização na atenção especializada. Identificar os reflexos primitivos principais: cutâneo-plantar e preensão plantar. Desaparecem os reflexos moro, busca, preensão palmar. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Momento de transição da dieta e de fim de licenças-maternidade, e de possível ansiedade para a mãe e/ou cuidador. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida. Ver Caderneta de Saúde da Criança: amamentando o bebê. Ver guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Continuar orientando ordenha e armazenamento do leite para mães que retornam ao trabalho no 4º mês de vida da criança, estimulando aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida. Ver orientação do 3º mês de vida. <p>Após o retorno ao trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> Amamentar com frequência quando estiver em casa. Evitar mamadeiras; oferecer a alimentação por meio de copo e colher. Durante as horas de trabalho, esvaziar as mamas por meio de ordenha e guardar o leite em congelador. Levar para casa e oferecer à criança no mesmo dia ou no dia seguinte ou congelar. Para alimentar o bebê com leite ordenhado congelado, esse deve ser descongelado em banho-maria, fora do fogo. Uma vez descongelado, o leite deve ser aquecido em banho-maria, fora do fogo. Antes de oferecê-lo à criança, ele deve ser agitado suavemente para homogeneizar a gordura. São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno. Crianças desmamadas: garantir adequada diluição da fórmula infantil de partida; em caso de leite integral fluído orientar a não diluir mais com água nem acrescentar óleo. Iniciar alimentação complementar para crianças que não estão em aleitamento materno exclusivo. Ver Quadro 10 – Esquema alimentar para crianças não amamentadas. 	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DO 4º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Suplemen- tações	<ul style="list-style-type: none"> Ver Quadro 5 – Recomendações quanto à suplementação de ferro. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações da abordagem domiciliar com 24 horas de vida até o 5º dia. Orientar início de salivação excessiva. 	Enfermeiro(a) / médico(a) e/ou cirurgiões- dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 3º mês de vida. Orientar ao cuidador que ofereça brinquedos e objetos coloridos, macios e limpos, como pequenas tigelas de plástico, chocalhos e mordedores, para que o bebê possa segurá-los e levá-los à boca sem risco de se engasgar ou se machucar. Orientar que o cuidador converse ou faça barulhos de um lugar onde a criança não esteja vendo para que ela tente localizar de onde vem o som. Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou > +2 escores “z”) pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro(a) / Médico(a)
Desenvolvi- mento	<ul style="list-style-type: none"> Observar: controle cervical praticamente estabelecido, rola de decúbito dorsal para lateral, a visão binocular está praticamente estabelecida, emite sons consoantes, tenta alcançar objetos com as mãos. Avaliar o desenvolvimento auditivo e de linguagem. Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão³. 	Enfermeiro(a) / Médico(a)
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização. Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais. Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos. 	Enfermeiro(a) e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico(a)
Exames complemen- tares	<ul style="list-style-type: none"> Realizar Teste do Reflexo Vermelho, Teste de Cobertura e Hirschberg na UBS por profissional capacitado ou encaminhar a criança para a realização na atenção especializada. 	Enfermeiro(a) / médico(a)

ABORDAGEM DO 4º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none">• Prevenir acidentes no banho, asfixia, aspiração, transporte em automóvel e quedas.• Orientar posição supina (dormir de barriga pra cima) na redução do risco de morte súbita, sufocação, esmagamento. Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados à violência.• Observar sinais indicativos de violência física e psicológica. Ver consulta do 1º mês. Ver Parte 1.	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DO 5º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes)³. Observar se criança apresenta sinais de alerta. Efetuar rastreamento para criptorquidia. Identificar os reflexos primitivos principais: cutâneo-plantar e preensão plantar. Ver Quadro 4. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 4º mês de vida. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida. Iniciar alimentação complementar para crianças que não estão em aleitamento materno exclusivo: introdução da segunda papa salgada. Ver Caderneta de Saúde da Criança: amamentando o bebê⁴. Ver <i>Guia alimentar para crianças menores de 2 anos</i>⁶. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 1º mês de vida quanto à suplementação de ferro para todo prematuro e recém-nascido com baixo peso. Caso a criança não esteja em aleitamento materno exclusivo, com a alimentação complementar, iniciar suplementação de ferro – 1 mg de ferro elementar/kg, diariamente até completar 24 meses. Quadro 5: Recomendações quanto à suplementação de ferro. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações da abordagem domiciliar com 24 horas de vida até o 5º dia. 	Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 3º mês de vida. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro(a) / médico(a)

ABORDAGEM DO 5º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Observar: bom controle cervical, pode rolar do decúbito ventral para o dorsal, agarra objetos voluntariamente, brinca com o pé, esperneia, sorri para imagem no espelho, é capaz de discriminar pessoas estranhas, a visão acompanha objetos que deixa cair e brinca de esconde-esconde.• Avaliar o desenvolvimento auditivo e de linguagem. Ver Quadro 8 – Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal.• Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão³.	Enfermeiro(a) / médico(a)
Vacinação	<ul style="list-style-type: none">• Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização.• Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais³.• Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos³.	Enfermeiro(a) e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico(a)
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none">• Manter orientações da abordagem domiciliar com 24 horas de vida até o 5º dia.	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DO 6º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (Ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes).³ Observar se criança apresenta sinais de alerta: alteração dos dados dos sinais vitais, recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, letargia ou inconsciência, febre de origem indeterminada (37,5°C ou mais), diurese ausente, ausência de eliminação intestinal, atraso no crescimento e desenvolvimento, sinais de síndrome do bebê sacudido (hemorragia retiniana, fraturas múltiplas e sinais de hematoma subdural). Efetuar rastreamento para criptorquidia: avaliar a presença de testículos palpáveis em bolsa escrotal ou testículos retráteis. Na ausência de testículo palpável encaminhar a criança à cirurgia pediátrica. Caso sejam retráteis, o caso deve ser monitorado a cada 6 a 12 meses, entre os 4 e 10 anos de idade do menino, pois pode ocorrer de a criança crescer mais rápido do que o cordão espermático nessa faixa de idade e os testículos saírem da bolsa escrotal. Realizar teste do reflexo vermelho e teste de Hirschberg na UBS por profissional capacitado ou encaminhar a criança para a realização na atenção especializada. Identificar os reflexos primitivos principais: cutâneo-plantar e preensão plantar. Ver Quadro 4: Reflexos Primitivos. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Momento de transição da dieta e de fim de licenças-maternidade e de possível ansiedade para a mãe. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Manter aleitamento materno. Orientar introdução de alimentação complementar saudável para crianças em aleitamento materno exclusivo. Ver Quadro 2 – Esquema alimentar de crianças de 6 a 24 meses. Ver CAB 33, Quadro 16: Dez passos para uma alimentação saudável. Ver Caderneta de Saúde da Criança: amamentando o bebê e recomendações para uma alimentação complementar saudável³. Ver <i>Guia alimentar para crianças menores de 2 anos</i>⁴. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> RNPT e com até 1,5 kg: 2 mg/kg peso/dia durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano. RNPT com peso entre 1 e 1,5 kg: 3 mg/kg peso/dia durante um ano. Posteriormente, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano. RNPT com peso < 1 Kg: 4 mg/kg peso/dia durante um ano. Suplementação profilática de ferro – Crianças de 6 a 24 meses – 1 mg de ferro elementar/kg, diariamente até completar 24 meses. Vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade prioritariamente residentes nas regiões contempladas pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Registrar na Caderneta de Saúde da Criança, a megadose de vitamina A, evitando a administração de outra dose com intervalo inferior a seis meses. Ver Quadro 6 – Esquema para administração de vitamina A em crianças. 	Enfermeiro(a) / médico(a)

ABORDAGEM DO 6º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer que normalmente os dentes decíduos (de leite) começam a erupcionar em torno dos 6 meses, podendo acontecer até os 12 meses. • Quando erupcionar o primeiro dente decíduo, a higiene bucal deve ser iniciada com escova de dente infantil (com cabeça pequena e estreita, cerdas macias ou extramacias e extremidades arredondadas) e creme dental (com ou sem flúor) em pequena quantidade (menos de um grão de arroz). • A utilização de fio dental é um complemento da higiene bucal que deve ser iniciado tão logo existam dois dentes incisivos irrompidos com presença de ponto de contato entre eles. • Evitar o consumo de açúcar. 	Enfermeiro(a) e/ou médico(a) e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Manter orientações do 3º mês de vida. • Orientar que o cuidador ofereça à criança brinquedos com cores, texturas e temperaturas variadas, fáceis de segurar, para que ela aprenda a passar objetos de uma mão para a outra. Elas gostam de batê-los no chão e colocá-los dentro de caixas ou de outros recipientes de boca larga. • Orientar que o cuidador converse com a criança, usando palavras de fácil repetição, como “dadá”, “papá” etc. É importante nomear objetos, pessoas e partes do corpo da criança, incentivando que ela participe da conversa, emitindo sons e sorrisos. • Colocar a criança no chão, em uma esteira ou colchonete, estimulando-a a se sentar. Colocar objetos à sua frente para que ela vá buscá-los, incentivando-a a se arrastar ou engatinhar. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. • Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Observar: rola de decúbito dorsal para o ventral, senta com apoio, apanha objetos caídos, agarra os pés e os coloca na boca, prefere estímulos visuais mais complexos, começa a imitar sons, balbúcia sons semelhantes e monossílabos, reconhece familiares e começa a ter medo de estranhos, ergue os braços para ir ao colo, muda frequentemente de humor e inicia-se a noção de permanência do objeto. • Avaliar o desenvolvimento auditivo e de linguagem. Como instrumento norteador, sugere-se a utilização da Escala para Acompanhamento do Desenvolvimento da Audição e da Linguagem (OMS/2006)⁹. • Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização. • Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais. • Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos. 	Enfermeiro(a) e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico(a)

ABORDAGEM DO 6º MÊS DE VIDA

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Exames complementares	<ul style="list-style-type: none">Realizar teste do reflexo vermelho e teste de Hirschberg na UBS por profissional capacitado ou encaminhar a criança para a realização na atenção especializada.Coletar hemograma com reticulócitos para crianças prematuras. Caso o resultado seja normal, sem anemia, manter suplementação de ferro 2 mg/kg/dia até 2 anos de vida.	Enfermeiro(a) / médico(a)
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none">Ver consulta do 6º mês de vida.	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DO 8º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (Ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes). Observar se criança apresenta sinais de alerta. Identificar os reflexos primitivos principais: cutâneo-plantar. Ver Quadro 4. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 6º mês de vida. 	Equipe multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Orientar sobre diminuição do apetite e do ritmo de crescimento. Manter aleitamento materno. Realizar orientações dietéticas como evitar mamadeira noturna, uso de açúcar nas mamadeiras de leite, chás ou sucos. Avaliar inclusão da segunda papa salgada do 7º mês. Quadro 2: Esquema alimentar de crianças de 6 a 24 meses. Ao completar 8 meses, a criança pode receber os alimentos preparados para a família, desde que amassados ou desfiados e que não tenham temperos industrializados, pimenta, excesso de sal, alimentos gordurosos como <i>bacon</i>, banha, linguiça, entre outros. Ver CAB 33, Quadro 16: Dez passos para uma alimentação saudável. Ver <i>Guia alimentar para crianças menores de 2 anos</i>. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 6º mês. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 6º mês. Por volta dos 8 meses, iniciam a erupção dos incisivos centrais e laterais superiores. 	Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Alertar para a necessidade de afeto. Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança. Orientar a família que a comunicação violenta, castigos e humilhações constituem formas de violência que comprometem o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e dos pensamentos intrapessoais (medo, ansiedade, tristeza e raiva) da criança. Veja o SAIBA MAIS. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro(a) / médico(a)

ABORDAGEM DO 8º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Observar: transfere objetos de uma mão para a outra, arrasta-se ao iniciar o engatinhar, suporta todo seu peso e fica em pé com apoio, permanece ereto ao sentar sem apoio, aumenta o medo de estranhos, responde a palavra “não”, identifica palavras familiares. Desaparece o reflexo de preensão plantar. Avaliar o desenvolvimento auditivo e de linguagem. Ver Quadro 8 – Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal. Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão³. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização. Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais. Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos. 	Enfermeiro e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico
Exames complementares	<ul style="list-style-type: none"> Realizar avaliação dos exames coletados no 6º mês. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none"> Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados à violência. Nessa faixa de idade, a criança começa a se locomover sozinha, está mais ativa e curiosa e, portanto, propensa a acidentes. Ver consulta do 6º mês de vida. Observar sinais indicativos de violência física e psicológica. Ver consulta do 1º mês. Ver Parte 1. Alterações comportamentais da criança e do adolescente que podem indicar situações de violência de acordo com a faixa etária. Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência. Ver Parte 3, nº 4: Violência contra a infância. Neste período atentar para sinais de manifestação de tristeza, agressividade, agitação, apatia, distúrbios do sono e/ou alimentares que a criança possa apresentar. 	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DO 9º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes). Identificar os reflexos primitivos principais. Ver Quadro 4. Observar se criança apresenta sinais de alerta. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 6º mês. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Manter aleitamento materno. Orientar sobre diminuição do apetite e do ritmo de crescimento. Realizar orientações dietéticas como evitar mamadeira noturna, uso de açúcar nas mamadeiras de leite, chás ou sucos. Avaliar inclusão da segunda papa salgada do 7º mês. Ver Quadro 2 – Esquema alimentar de crianças de 6 a 24 meses. Ver CAB 33, Quadro 16: Dez passos para uma alimentação saudável. Ver <i>Guia alimentar para crianças menores de 2 anos</i>. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 6º mês. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 6º mês. 	Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Alertar para a necessidade de afeto. Orientar ao cuidador que: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ouça e cante músicas fazendo gestos, batendo palmas, dando tchau, incentivando que a criança imite você. ✓ Converse com a criança, faça perguntas simples e dê pequenas orientações: “venha aqui”, “pegue o brinquedo”, “me dá” etc. ✓ Conte histórias, principalmente na hora de dormir. Mostre-lhe as figuras dos livros quando estiver lendo e contando as histórias. ✓ Estimule a criança a caminhar. No início, ela precisa apoiar-se em móveis que estejam firmes para que não caiam sobre ela. Coloque objetos em cima de sofás ou poltronas e estimule a criança a pegá-los. Inicialmente, ela buscará apoio nos móveis e gradualmente irá largá-los. Esse movimento ajuda a criança a ter segurança e equilíbrio para ficar em pé sem precisar de apoio. Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança. Orientar a família que a comunicação violenta, castigos e humilhações constituem formas de violência que comprometem o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e dos pensamentos intrapessoais (medo, ansiedade, tristeza) 	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DO 9º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
	da criança. Veja o SAIBA MAIS.	
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Observar: arrasta-se apoiando nas mãos e nos joelhos, realiza movimento de pinça, responde comandos verbais simples, mostra interesse em agradar os pais, começa a ter medo de ir para a cama ou ser deixado sozinho e inicia a tentativa de ficar de pé se apoiando nos objetos. Avaliar o desenvolvimento auditivo e de linguagem⁹. Quadro 8: Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal. Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização. Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais. Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos. 	Enfermeiro e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico
Exames complementares	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação dos exames coletados no 6º mês. Solicitar o hemograma caso a criança em aleitamento materno exclusivo não tenha recebido a suplementação de ferro aos 6 meses de idade. Solicitar o hemograma caso a criança em uso de fórmulas de leite de vaca não enriquecidas com ferro não tenha recebido a suplementação de ferro aos 4 meses de idade. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir acidentes quanto à ingestão de corpo estranho, quedas, riscos na cozinha. Orientar sobre não utilizar andadores ou qualquer apoio que facilite a locomoção da criança sozinha. Observar sinais indicativos de violência física e psicológica. Ver consulta do 1º mês. Ver Parte 1. Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e Cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência. Ver Parte 3, nº 4: Violência contra a infância. Neste período atentar para sinais de manifestação de tristeza, agressividade, agitação, apatia, distúrbios do sono e/ou alimentares que a criança possa apresentar. 	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DO 10º MÊS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes). Identificar os reflexos primitivos principais: cutâneo-plantar. Ver Quadro 4. Observar se criança apresenta sinais de alerta. 	Enfermeiro e/ou médico
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 6º mês. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas e outros. Manter alimentação variada e saudável. Inserir os dados antropométricos e de consumo alimentar no Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional vigente. Ver CAB 33, quadro 16: dez passos para uma alimentação saudável. Ver <i>Guia alimentar para crianças menores de 2 anos</i>⁶. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 6º mês. 	Enfermeiro e/ou médico
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 6º mês. Início da erupção dos incisivos laterais inferiores. 	Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Alertar para a necessidade de afeto. Orientar que o cuidador estimule a criança a caminhar. Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança. Orientar a família que a comunicação violenta, castigos e humilhações constituem formas de violência que comprometem o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e dos pensamentos intrapessoais (medo, ansiedade, tristeza) da criança. Veja o SAIBA MAIS. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro e/ou médico

ABORDAGEM DO 10º MÊS DE VIDA

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Observar: pode mudar de decúbito dorsal para a posição sentada, fica em pé quando segura na mobília, pode dizer algumas palavras, imita expressões faciais, repete ações para chamar atenção e provocar risos, chora quando é chamado à atenção.• Avaliar o desenvolvimento auditivo e de linguagem. Ver Quadro 1.• Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão.	Enfermeiro e/ou médico
Vacinação	<ul style="list-style-type: none">• Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização.• Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais.• Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos.	Enfermeiro e/ou técnico/auxiliar de enfermagem e/ou médico
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none">• Manter orientações de zero a 8 meses.• Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e Cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência.	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DE 1 ANO DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes). Observar se criança apresenta sinais de alerta: alteração dos dados dos sinais vitais, recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, letargia ou inconsciência, febre de origem indeterminada (37,5°C ou mais), diurese ausente, ausência de eliminação intestinal, atraso no crescimento e desenvolvimento, sinais de síndrome do bebê sacudido (hemorragia retiniana, fraturas múltiplas, e sinais de hematoma subdural). Fontanela bregmática (anterior) quase fechada. Realizar teste do reflexo vermelho e teste de Hirschberg na UBS por profissional capacitado ou encaminhar a criança para a realização na atenção especializada. Desaparece o reflexo cutâneo-plantar. 	Enfermeiro e/ou médico
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 6º mês. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Manter aleitamento materno. Evitar alimentos industrializados, embutidos, enlatados, açúcar, café, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas. Manter alimentação variada e saudável. Inserir os dados antropométricos e de consumo alimentar no Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional vigente. Ver CAB 33, Quadro 16: Dez passos para uma alimentação saudável³. Ver <i>Guia alimentar para crianças menores de 2 anos</i>⁶. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Manter suplementação profilática de ferro – Crianças de 6 a 24 meses – 1 mg de ferro elementar/kg, diariamente até completar 24 meses. Para todo prematuro e recém-nascido com baixo peso, a partir de 1 ano de vida, manter a mesma conduta de – 1 mg de ferro elementar/kg, diariamente até completar 24 meses. Quadro 5: Recomendações quanto à suplementação de ferro. Vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade prioritariamente residentes nas regiões contempladas pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Registrar na Caderneta de Saúde da Criança, a megadose de vitamina A de 200.000 UI, evitando a administração de outra dose com intervalo inferior a 6 meses. Orientar e agendar próxima dose na Caderneta de Saúde da Criança. Quadro 6: Esquema para administração de vitamina A em crianças. 	Enfermeiro e/ou médico

ABORDAGEM DE 1 ANO DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> • Caso a erupção dentária não tenha ocorrido após 1 ano de idade, encaminhar para avaliação especializada para investigação de anormalidades, como ocorrência de anodontia (ausência de dentes). • Orientar para evitar objetos que levados à boca possam ferir ou provocar trauma dentário. Promover ambiente seguro e em casos de trauma dentário, procurar acolhimento na Unidade Básica de Saúde. Crianças em uso de chupeta, orientar quanto à higiene e à troca regular dela, porém sempre desaconselhar o uso pelos prejuízos à saúde bucal⁵. 	Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar ao cuidador que: estimule a criança a caminhar e estimule a fala. • Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança. • Orientar a família que a comunicação violenta, castigos e humilhações constituem formas de violência que comprometem o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e dos pensamentos intrapessoais (medo, ansiedade, tristeza) da criança. Veja o SAIBA MAIS. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. • Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. • Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro e/ou médico
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Observar: caminha apenas com uma das mãos segura, talvez possa ficar em pé sozinho momentaneamente, talvez tente dar o primeiro passo sozinho, pode mudar da posição sentada para de pé sem ajuda, fala três a cinco palavras, demonstra emoções como ciúmes, afeição, raiva e medo, aumenta a determinação para praticar habilidades motoras. • Avaliar o desenvolvimento auditivo e de linguagem⁹. • Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão. 	Enfermeiro e/ou médico
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização. • Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais. • Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos. 	Enfermeiro e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico
Exames complementares	<ul style="list-style-type: none"> • Caso não tenha sido realizado no 9º mês: solicitar o hemograma caso a criança em aleitamento materno exclusivo não tenha recebido a suplementação de ferro aos 6 meses de idade. • Solicitar o hemograma caso a criança em uso de fórmulas de leite de vaca não enriquecidas com ferro não tenha recebido a suplementação de ferro aos 4 meses de idade. 	Enfermeiro e/ou médico

ABORDAGEM DE 1 ANO DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>Prevenção de acidentes e violências</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto: a) às quedas: colocar barreira de proteção nas escadas e janelas; proteger os cantos dos móveis; b) à segurança em casa: colocar obstáculo na porta da cozinha e manter fechada a porta do banheiro; não deixar à vista e ao alcance das crianças objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos, objetos que quebrem facilmente, detergentes, medicamentos e substâncias corrosivas, pois elas gostam de explorar o ambiente em que vivem; c) ao atropelamento: ao sair de casa, segure a criança pelo pulso, evitando, assim, que ela se solte e corra em direção à rodovia. Não permitir que a criança brinque em locais com trânsito de veículos (garagem e próximo à rodovia); escolher lugares seguros (parques, praças e outros); d) a acidentes no trânsito: o CTB determina que, nesta fase, a criança deve ser transportada em cadeira especial no banco de trás, voltada para a frente, corretamente instalada, conforme orientação do fabricante. • Observar sinais indicativos de violência física: Síndrome do bebê sacudido, Síndrome de <i>Munchausen</i> por procuração e castigo corporal. • Observar sinais indicativos de violência psicológica: forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem. A criança pode manifestar tristeza, agressividade, agitação, apatia social e alterações do sono e/ou dificuldades alimentares. • Violência psicológica: é toda ação ou omissão que coloca em risco ou causa dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Situação em que uma criança ou um adolescente é desqualificado em suas capacidades, potencialidades, desejos e emoções. Inclui: rejeitar, isolar, aterrorizar, depreciar, discriminar, desrespeitar, ignorar, corromper, humilhar, criticar, desvalorizar, cobrar excessivamente, manipular, ameaçar, insultar, explorar, negligenciar, utilizar a criança ou adolescente para satisfazer as necessidades psíquicas de outrem. Muitas vezes cria-se um clima familiar desrespeitoso, que tende a se estabelecer como mecanismo de resolução de problemas familiares. Nesse processo, engendram-se formas conflitivas de relacionamento interpessoal que se manifestam também na vida escolar e comunitária dos filhos¹⁰. • Alterações comportamentais da criança e do adolescente que podem indicar situações de violência de acordo com a faixa etária. Ver Parte 1. • Promover a assistência e notificar as situações de violência ao Conselho Tutelar da respectiva localidade. • Orientar sobre o fluxo de registro da notificação e medidas de proteção. • Preencher a ficha de notificação individual/investigação de violência, com o maior número de informações para a garantia dos direitos, proteção e defesa das crianças, adolescentes e suas famílias; • Preencher a ficha em três vias: a ficha original deve ser encaminhada ao serviço de Vigilância em Saúde, da Secretaria de Saúde do município; a segunda via deve ser encaminhada ao Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes; a terceira via fica na Unidade que notificou o caso de violência. • Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência. • Ver Parte 3, nº 4: Violência contra a infância. 	<p style="text-align: center;">Equipe Multiprofissional</p>

ABORDAGEM DE 1 ANO E 3 MESES DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (Ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes). Observar se a criança apresenta sinais de alerta. 	Enfermeiro e/ou médico
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações de 1 ano. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Manter o aleitamento materno. Ver CAB 33, Quadro 16: Dez passos para uma alimentação saudável³. Ver guia alimentar para crianças menores de 2 anos⁶. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações de 1 ano. 	Enfermeiro e/ou médico
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações de 1 ano. 	Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações de 1 ano. Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro e/ou médico
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Observar: caminha sem auxílio, rabisca espontaneamente, capaz de identificar formas geométricas, aponta o objeto que quer, começa a imitar os pais, tolera alguma separação dos pais, expressa emoções, corre ou sobe degraus baixos. Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão³. 	Enfermeiro e/ou médico
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização. Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais. Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos. 	Enfermeiro e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico
Exames complementares	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar hemograma para crianças com histórico de prematuridade e pequenos 	Enfermeiro e/ou médico

ABORDAGEM DE 1 ANO E 3 MESES DE VIDA

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
tares	para a idade gestacional.	
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none">• Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados à violência.• Manter orientações do 12º ano de vida.• Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência.	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DE 1 ANO E 4 MESES DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (Ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes). Observar se a criança apresenta sinais de alerta. 	Enfermeiro e/ou médico
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações de 1 ano. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Manter aleitamento materno. Ver CAB 33, Quadro 16: Dez passos para uma alimentação saudável. Ver <i>Guia alimentar para crianças menores de 2 anos</i>⁶. Inserir os dados antropométricos e de consumo alimentar no Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional vigente. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações de 1 ano. 	Enfermeiro e/ou médico
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Início da erupção dos caninos, superior e inferior. Com o irrompimento dos primeiros molares decíduos, por volta dos 16 meses de vida, e até os 3 anos de idade, a limpeza da cavidade bucal deve ser realizada com escova dental infantil, com cabeça pequena e estreita, cerdas macias ou extramacias e extremidades arredondadas, que possibilitem uma boa empunhadura aos pais. 	Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 1º ano. Estimule a criança a caminhar. No início, ela precisa apoiar-se em móveis que devem estar firmes para que não caiam sobre ela. Estimular a fala e a escrita. Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro e/ou médico
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Observar: caminha sem auxílio, rabisca espontaneamente, capaz de identificar formas geométricas, aponta o objeto que quer, começa a imitar os pais, tolera alguma separação dos pais, expressa emoções. Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão. 	Enfermeiro e/ou médico

ABORDAGEM DE 1 ANO E 4 MESES DE VIDA

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Vacinação	<ul style="list-style-type: none">• Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização.• Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais.• Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos.	Enfermeiro e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none">• Manter orientações do 1º ano de vida.• Observar sinais indicativos de violência física e psicológica. Ver consulta de 12 meses. Ver Parte 1.• Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência.• Ver Parte 3, nº 4: Violência contra a infância.	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DE 1 ANO E 6 MESES DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes). Observar se criança apresenta sinais de alerta. Observar o fechamento da fontanela bregmática. 	Enfermeiro e/ou médico
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações de 1 ano. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Manter aleitamento materno. Anorexia fisiológica a partir da redução das necessidades para o crescimento. Ver CAB 33, Quadro 16: Dez passos para uma alimentação saudável³. Ver <i>Guia alimentar para crianças menores de 2 anos</i>⁶. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Manter suplementação profilática de ferro – Crianças de 6 a 24 meses – 1 mg de ferro elementar/kg, diariamente até completar 24 meses. Vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade prioritariamente residentes nas regiões contempladas pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Registrar na Caderneta de Saúde da Criança a megadose de vitamina A, evitando a administração de outra dose com intervalo inferior a seis meses. Orientar e agendar próxima dose na Caderneta de Saúde da Criança. Quadro 6: Esquema para administração de vitamina A em crianças. 	Enfermeiro e/ou médico
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações anteriores. 	Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações de 1 ano. Estimule a criança a caminhar. Estimular a fala. Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro e/ou médico

ABORDAGEM DE 1 ANO E 6 MESES DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Observar: fisiologicamente a criança começa a ser capaz de controlar os esfíncteres, corre de maneira desajeitada e cai com frequência, sobe escadas segurando com as mãos, salta no mesmo lugar com ambos os pés, senta-se na cadeira, diz dez ou mais palavras, grande imitador, começa a consciência de propriedade. • Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão. 	Enfermeiro e/ou médico
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização. • Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais. • Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos. 	Enfermeiro e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none"> • Manter orientações do 1º ano de vida. • Observar sinais indicativos de violência física e psicológica. Ver consulta de 12 meses. Ver Parte 1. • Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência. 	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DE 1 ANO E 8 MESES DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (Ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes). Observar se criança apresenta sinais de alerta. 	Enfermeiro e/ou médico
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações de 1 ano. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Manter aleitamento materno. Ver CAB 33, Quadro 16: Dez passos para uma alimentação saudável³. Ver <i>Guia alimentar para crianças menores de 2 anos</i>⁶. Inserir os dados antropométricos e de consumo alimentar no Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional vigente. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações de 1 ano. 	Enfermeiro e/ou médico
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações de 1 ano e dar ênfase para alimentos cariogênicos. 	Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações de 1 ano e 6 meses. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro e/ou médico
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Observar: corre com mais habilidade, faz traços ilimitados no desenho, maneja a colher sem girá-la, arremessa a bola sem cair, tira a roupa sem auxílio. Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão. 	Enfermeiro e/ou médico

ABORDAGEM DE 1 ANO E 8 MESES DE VIDA

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Vacinação	<ul style="list-style-type: none">• Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. QUADRO 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização.• Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais.• Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos.	Enfermeiro e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none">• Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados à violência.• Manter orientações anteriores.• Observar sinais indicativos de violência física e psicológica. Ver consulta de 12 meses. Ver Parte 1.• Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência.• Ver Parte 3, nº 4: Violência contra a infância.	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DE 1 ANO E 9 MESES DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o projeto terapêutico singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (Ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes). Observar se criança apresenta sinais de alerta. 	Enfermeiro e/ou médico
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Aconselhar realização de atividade física recreativa. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Ver CAB 33, Quadro 16: Dez passos para uma alimentação saudável². Ver guia alimentar para crianças menores de 2 anos⁶. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações de 1 ano. 	Equipe Multiprofissional
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações anteriores. 	Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações de 1 ano e 4 meses. Orientar a família que a comunicação violenta, castigos e humilhações constituem formas de violência que comprometem o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e dos pensamentos intrapessoais (medo, ansiedade, depressão) da criança. Veja o SAIBA MAIS. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro e/ou médico
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Observar: mostra partes do corpo, manifesta interesse por outras crianças, gosta de dançar ao som de uma música, enriquece seu vocabulário. Perceber sinais e iniciar treinamento do controle esfinteriano anal e vesical. A aquisição do controle depende da maturidade neuromuscular, intelectual e afetivo da criança. A assistência psicoafetiva do adulto, por meio de uma atitude tolerante, um conhecimento suficiente da criança e uma atitude educativa são fundamentais. Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão. 	Enfermeiro e/ou médico

ABORDAGEM DE 1 ANO E 9 MESES DE VIDA

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Vacinação	<ul style="list-style-type: none">• Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização.• Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais.• Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos.	Enfermeiro e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico
Exames complementares	<ul style="list-style-type: none">• Realizar Teste do Reflexo Vermelho na UBS ou encaminhar a criança para a realização na atenção especializada.	Enfermeiro e/ou médico
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none">• Manter orientações do 1º ano de vida.• Observar sinais indicativos de violência física e psicológica. Ver consulta de 12 meses. Ver Parte 1.• Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência.• Ver Parte 3, nº 4: Violência contra a infância.	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DE 2 ANOS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (Ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes). Observar se a criança apresenta sinais de alerta. Avaliar a presença de anel prepucial que impede a exteriorização da glândula (fimose). Caso haja, encaminhar para tratamento cirúrgico. Realizar Teste do Reflexo Vermelho na UBS ou encaminhar a criança para a realização na atenção especializada. 	Enfermeiro e/ou médico
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Aconselhamento para a realização de atividade física. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Esquema alimentar composto por cinco ou seis refeições diárias, em horários regulares com intervalo de 2 ou 3 horas entre as refeições. Oferecer pequenos volumes de alimento, respeitando a aceitação da criança. Não substituir o almoço ou o jantar por leite ou produtos lácteos. Não utilizar sobremesas ou guloseimas como recompensa. Evitar líquido durante a refeição. O ambiente da refeição deve ser calmo e tranquilo, sem qualquer distração. Deve-se estimular a criança a participar da compra, preparo e manuseio do alimento. Iniciar o apoio ao desmame com o envolvimento da família. Orientar que esta faixa etária se caracteriza pela diminuição do crescimento, e portanto, diminuição das necessidades nutricionais e do apetite da criança. Ver CAB 33, Quadro 16: Dez passos para uma alimentação saudável³. Ver CAB 33, subitem 9.5: Prevenção da obesidade em crianças³. Figura 2: Alvos potenciais para prevenção da obesidade na infância e na adolescência. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Suplementação de ferro: 1 mg/kg peso/dia até o 24º mês de vida. Vitamina A prioritariamente para residentes nas regiões contempladas pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Crianças de 12-59 meses, dose oral de 200.000 U a cada seis meses. Vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade prioritariamente residentes nas regiões contempladas pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Registrar na Caderneta de Saúde da Criança a megadose de vitamina A, evitando a administração de outra dose com intervalo inferior a seis meses. Orientar e agendar próxima dose na Caderneta de Saúde da Criança. Quadro 6: Esquema para administração de vitamina A em crianças. 	Enfermeiro e/ou médico

ABORDAGEM DE 2 ANOS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar que a criança já deve escovar os dentes três vezes ao dia (após o desjejum e almoço, e antes de dormir). É importante priorizar o período noturno para escovação dental pela redução do fluxo salivar durante o sono e estagnação de alimentos na cavidade bucal por longos períodos, propiciando o aparecimento de cáries. A família deve estimular a criança a praticar esse hábito sozinho quando ela demonstrar interesse por escovar os dentes. Entretanto, recomenda-se a supervisão da escovação até incorporação adequada da técnica pela criança. • Início da erupção dos segundos molares, superior e inferior, completando-se a dentição decídua. • Caso criança esteja em uso de chupeta, orientar o tempo limítrofe entre os danos à arcada dentária, à posição de língua e a alterações da fala que o uso poderá provocar, além de outros prejuízos a musculatura facial e riscos de doenças⁵. 	Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Incentive a criança a se alimentar, a se vestir, a se banhar e a escovar os dentes sozinha. Procure acompanhar essas atividades e demonstre interesse e satisfação por seu aprendizado e amadurecimento nessas habilidades. • Orientar os cuidadores a ajudarem as crianças a desenvolver a autonomia e independência. Ajudar os cuidadores a encontrar o equilíbrio entre a flexibilidade necessária para a exploração da autonomia e a colocação de limites claros e consistentes, também necessários para que a criança aprenda a se autocontrolar³. • Continue estimulando-a a controlar a eliminação de fezes e urina, em clima de brincadeira, sem pressioná-la ou repreendê-la. • Estimule a criança a brincar com outras crianças para aprender a se relacionar e compartilhar os brinquedos. • Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança. • Orientar a família que a comunicação violenta, castigos e humilhações constituem formas de violência que comprometem o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e dos pensamentos intrapessoais (medo, ansiedade, tristeza) da criança. Veja o SAIBA MAIS. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avalie o comprimento e o perímetro cefálico da criança. O perímetro cefálico com medidas acima ou abaixo de dois desvios padrão (< -2 ou > +2 escores "z") pode estar relacionado a doenças neurológicas, como microcefalia (de causa genética ou ambiental) e hidrocefalia, o que exige, portanto, melhor avaliação e encaminhamento. Ver Quadro 9 – Situações especiais no cuidado longitudinal à saúde da criança. • Registrar peso, comprimento e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro e/ou médico
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Observar: sobe e desce escada sozinho (dois pés em cada degrau), possui amplo equilíbrio, corre com habilidade, possui vocabulário aproximado de 300 palavras, utiliza frases de duas a três palavras, verbaliza necessidade para ir ao banheiro e pode ter conseguido aptidão para iniciar o controle diurno de esfínteres. • Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão. 	Enfermeiro e/ou médico

ABORDAGEM DE 2 ANOS DE VIDA

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Vacinação	<ul style="list-style-type: none">• Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização.• Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais.• Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos.	Enfermeiro e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico
Exames complementares	<ul style="list-style-type: none">• Solicitar hemograma para os grupos de risco:<ol style="list-style-type: none">1. Crianças com dieta pobre em ferro (vegetarianos, baixa ingestão de frutas e verduras).2. Infecções frequentes, hemorragias frequentes ou profusas, cardiopatia congênita cianótica, uso prolongado de Aine e/ou corticoide por via oral e fatores ambientais (dificuldade de acesso a alimentos e situação de pobreza).	Enfermeiro e/ou médico
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none">• Manter orientação do 1º ano de vida.• Observar sinais indicativos de violência física e psicológica. Ver consulta de 12 meses. Ver Capítulo 1.• Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência.• Ver Parte 3, nº 4: Violência contra a infância.• Ver Parte 1.	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DE 2 ANOS E 6 MESES DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (Ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes). Observar se criança apresenta sinais de alerta: alteração dos dados dos sinais vitais, recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, letargia ou inconsciência, febre de origem indeterminada (37,5°C ou mais), diurese ausente, ausência de eliminação intestinal, atraso no crescimento e desenvolvimento, higiene corporal deficiente e lesões em diferentes fases por motivos não explicados (violência). 	Enfermeiro e/ou médico
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientação do 2º ano de vida. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientação do 2º ano de vida. Ver CAB 33, Quadro 16: Dez passos para uma alimentação saudável. Ver CAB 33, subitem 9.5: Prevenção da obesidade em crianças. Ver Figura 2: Alvos potenciais para prevenção da obesidade na infância e na adolescência. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Vitamina A prioritariamente para residentes nas regiões contempladas pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Crianças de 12-59 meses, dose oral de 200.000 U a cada seis meses. Vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade prioritariamente residentes nas regiões contempladas pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Registrar na Caderneta de Saúde da Criança a megadose de vitamina A, evitando a administração de outra dose com intervalo inferior a seis meses. Orientar e agendar próxima dose na Caderneta de Saúde da Criança. Quadro 6: Esquema para administração de vitamina A em crianças. 	Enfermeiro e/ou médico
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações anteriores. 	Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações do 2º ano. Evitar brincadeiras tecnológicas, como televisão. 	Equipe Multiprofissional
Crescimento	<ul style="list-style-type: none"> Avalie a estatura e o peso em relação à idade³. Registrar peso, estatura e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina. 	Enfermeiro e/ou médico

ABORDAGEM DE 2 ANOS E 6 MESES DE VIDA

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Observar: corre e chuta na bola sem perder o equilíbrio, pode levar um copo com água sem derramar, pode reproduzir um círculo sobre o papel, consegue se reconhecer no espelho, desenvolve consideravelmente a linguagem, inicia melhor controle do esfíncter vesical noturno.• Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão.	Enfermeiro e/ou médico
Vacinação	<ul style="list-style-type: none">• Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização.• Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais.• Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos.	Enfermeiro e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none">• Manter orientações do 1º ano de vida.• Observar sinais indicativos de violência física e psicológica. Ver consulta de 12 meses. Ver Parte 1.• Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência.• Ver Parte 3, nº 4: Violência contra a infância.	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DE 4 ANOS DE VIDA



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o Projeto Terapêutico Singular. Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe Multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> Realizar exame clínico/físico completo (Ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes). Observar se criança apresenta sinais de alerta: alteração dos dados dos sinais vitais, recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, letargia ou inconsciência, febre de origem indeterminada (37,5°C ou mais), diurese ausente, ausência de eliminação intestinal, atraso no crescimento e desenvolvimento, higiene corporal deficiente e lesões em diferentes fases por motivos não explicados (violência). Triagem da acuidade visual. Aferição da pressão arterial. 	Enfermeiro e/ou médico
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientação do 2º ano de vida. 	Equipe Multiprofissional
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientação do 2º ano de vida. Ver CAB 33, Quadro 16: Dez passos para uma alimentação saudável. Ver CAB 33, subitem 9.5: Prevenção da obesidade em crianças. Ver Figura 2: Alvos potenciais para prevenção da obesidade na infância e na adolescência. Inserir os dados antropométricos e de consumo alimentar no Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional vigente. 	Equipe Multiprofissional
Suplementações	<ul style="list-style-type: none"> Vitamina A prioritariamente para residentes nas regiões contempladas pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Crianças de 12-59 meses, dose oral de 200.000 U a cada seis meses. Vitamina A para crianças de 6 a 59 meses de idade prioritariamente residentes nas regiões contempladas pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Registrar na Caderneta de Saúde da Criança a megadose de vitamina A, evitando a administração de outra dose com intervalo inferior a seis meses. Orientar e agendar próxima dose na Caderneta de Saúde da Criança. Ver Quadro 6 – Esquema para administração de vitamina A em crianças. 	Enfermeiro e/ou médico
Saúde bucal/oral	<ul style="list-style-type: none"> Manter orientações anteriores. Controle da ingestão de açúcar. Manter a escovação após cada refeição. Estimular o hábito do uso de creme dental fluoretado. 	Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal
Abordagem familiar	<ul style="list-style-type: none"> Orientar ao cuidados que: não corrija eventuais erros de linguagem e apenas repita o que a criança disse de forma correta para que ela tenha um modelo a imitar, incentive-a com brincadeiras e atividades como desenhar de forma espontânea, copiar desenhos, colorir, recortar e colar figuras de revistas, fazer esculturas com argila ou barro, peça a ela que fale sobre o que desenhou ou construiu, continue incentivando a criança a brincar com outras pessoas. Orientar que estimule a criança a correr, subir e descer, pular de pequenas alturas, pular em um pé só. 	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DE 4 ANOS DE VIDA

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
	<ul style="list-style-type: none">• Permita que ela guarde seus brinquedos, escolha suas roupas, tome banho e vá ao banheiro sozinha.• Evitar brincadeiras tecnológicas, como televisão.• Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança.• Orientar a família que a comunicação violenta, castigos e humilhações constituem formas de violência que comprometem o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e dos pensamentos intrapessoais (medo, ansiedade, depressão) da criança. Veja o SAIBA MAIS.	
Crescimento	<ul style="list-style-type: none">• Avalie a estatura e o peso em relação à idade.• Registrar peso, estatura e IMC nos gráficos e avaliar o estado nutricional a cada consulta, além dos demais registros dos profissionais no acompanhamento da criança, considerando a Caderneta do menino e a da menina.	Enfermeiro e/ou médico
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Observar: possui controle do esfíncter vesical noturno, reconhece cores, compreende cerca de mil palavras, escuta histórias e pede para repetir, salta, interessa-se por atividades domésticas, pergunta muito, brinca com outras crianças e começa partilhar.• Avaliar interação social da criança. Ver Parte 1.• Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão.	Enfermeiro e/ou médico
Vacinação	<ul style="list-style-type: none">• Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização.• Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais.• Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos.	Enfermeiro e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none">• Para prevenir acidentes de trânsito: a criança deve ser transportada em cadeira especial, no banco traseiro, voltada para frente, corretamente instalada, conforme as orientações do fabricante.• Para prevenir queimaduras: as crianças não devem brincar com fogo. Evitar que manipulem fósforo e álcool.• Para prevenir afogamentos: a criança não deve nadar sozinha ou permanecer desacompanhadas em piscinas, lagos, rios ou mar, mesmo que saibam nadar.• Para evitar atropelamentos: evitar acidentes na rua, segurar a criança pelo pulso ao caminhar e atravessar, não permitir que a criança corra e brinque em locais de fluxo de veículos.• Para manter a segurança da criança em casa: manter fora do contato delas armas de fogo, produtos inflamáveis, facas, remédios e venenos.• Observar sinais indicativos de violência física e psicológica. Ver consulta de 12 meses. Ver Parte 1.• Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência.• Ver Parte 3, nº 4: Violência contra a infância.	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DE CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS DE IDADE



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Classificação de risco	<ul style="list-style-type: none"> • Reclassificar a criança segundo vulnerabilidades para determinar frequência de agendamento das consultas e o projeto terapêutico singular. • Promover grupos de educação em saúde com os cuidadores para abordagem de temas relativos à saúde da criança. 	Equipe multiprofissional
Avaliação clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar exame clínico/físico completo (ver CAB 33, Capítulo 4: Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes). • Observar se criança apresenta sinais de alerta: alteração dos dados dos sinais vitais, recusa alimentar, vômitos, convulsões ou apneia, letargia ou inconsciência, febre de origem indeterminada (37,5°C ou mais), diurese ausente, ausência de eliminação intestinal, atraso no crescimento e desenvolvimento, higiene corporal deficiente e lesões em diferentes fases por motivos não explicados (violência). • Triagem da acuidade visual. • Aferição da pressão arterial. • Avaliar problemas de ensino, socialização da criança, linguagem, leitura e escrita. Ver Parte 1. 	Enfermeiro e/ou médico
Orientações gerais	<ul style="list-style-type: none"> • A idade pré-escolar e escolar compreende uma fase importante do desenvolvimento da criança e deve ser encarada como tal, evitando a medicalização desnecessária. • O pré-escolar ainda tem grande susceptibilidade a infecções respiratórias e outras doenças contagiosas, mas ela é menor e tem menor risco que nos dois primeiros anos de vida. • Ainda é frequente na Atenção Básica brasileira a reserva de vagas de agenda para ações programáticas que excluem a criança de 2 a 10 anos. A equipe deve ser criativa na maneira de oferecer acesso a essas crianças para ações de prevenção e para o cuidado de problemas agudos e crônicos. • A organização do serviço deve favorecer o acompanhamento longitudinal da criança por sua equipe de referência, tanto quanto for possível. O vínculo e a longitudinalidade potencializam o raciocínio clínico e facilitam a prevenção quaternária. • Os problemas relacionados ao ambiente escolar devem ser trabalhados em conjunto com a escola. A troca de conhecimentos que ocorre no trabalho em rede é fundamental para aprimorar o raciocínio clínico e evitar o diagnóstico de problemas de saúde e a medicalização da vida escolar. • Intervenções para prevenção do uso de tabaco em crianças em idade escolar e adolescentes. Veja o SAIBA MAIS. • Intervenções para prevenção do uso de bebidas alcóolicas. Veja o SAIBA MAIS. • Intervenção para prevenção do uso de drogas ilícitas em crianças em idade escolar e adolescentes. Veja o SAIBA MAIS. • Ver <i>Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas</i>¹¹. 	Equipe Multiprofissional

ABORDAGEM DE CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS DE IDADE



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
<p>Orientação alimentar</p>	<p>Alimentação da criança de 5 a 6 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquema alimentar composto por cinco ou seis refeições diárias, em horários regulares com intervalo de 2 ou 3 horas entre as refeições. • Oferecer pequenos volumes de alimento, respeitando a aceitação da criança. • Não substituir o almoço ou o jantar por leite ou produtos lácteos. • Não utilizar sobremesas ou guloseimas como recompensa. • Evitar líquido durante a refeição. • O ambiente da refeição deve ser calmo e tranquilo, sem qualquer distração. • Deve-se estimular a criança a participar da compra, preparo e manuseio do alimento. <p>Alimentação da criança de 7 a 10 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O cardápio deve seguir a alimentação da família, com atenção a promoção da alimentação saudável. • Estimular o consumo de frutas, legumes e verduras. • Estimular a ingesta de alimentos ricos em vitamina A: frutas ou vegetais amarelos, alaranjados ou verdes-escuros e fígado de boi. • Consumir sal com moderação. • Ingerir diariamente 400 ml de leite. • Observar a alimentação ofertada pela escola ou outras opções de lanche na merenda escolar. <p>Orientar que esta faixa etária se caracteriza pela diminuição do crescimento, e portanto, diminuição das necessidades nutricionais e do apetite da criança.</p> <p>Ver CAB 33, Quadro 16: Dez passos para uma alimentação saudável.</p> <p>Ver CAB 33, subitem 9.5: Prevenção da obesidade em crianças.</p> <p>Ver Figura 2.</p>	<p>Equipe Multiprofissional</p>
<p>Saúde bucal/oral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a presença de lesões dentárias ou/em tecidos moles. • Controle da ingesta de açúcar. • Manter a escovação e uso do fio dental após cada refeição. • Estimular o hábito do uso de creme dental fluoretado. • Aproximadamente aos 6 anos de idade, inicia-se a erupção do primeiro molar permanente, localizado atrás do segundo molar decíduo, sem substituir nenhum dente decíduo. Ao mesmo tempo em que se inicia a substituição dos incisivos centrais inferiores pelos respectivos permanentes. • Troca da dentição decídua. • Orientar sobre prevenção de traumatismo dentário identificando fatores que possam determinar a ocorrência (quedas, morder objetos, prática de esportes que possam conter riscos, agressão etc). Propor ações de promoção à saúde: ações intersetoriais e de educação em saúde que visem assegurar medidas de proteção e prevenção de acidentes e garantir comportamentos seguros. Na ocorrência de traumatismo dentário o cuidado ideal deve incluir os primeiros socorros (cuidado imediato com dentes danificados para evitar contaminação bacteriana nos túbulos dentinários e possível inflamação pulpar, assepsia da área traumatizada, controle do sangramento e da dor, contenção), cuidado pré-hospitalar, atendimento clínico e acompanhamento. Em caso de trauma com perda do dente, colocar em água gelada e levar junto para realizar os primeiros socorros com atendimento na Unidade Básica de Saúde com equipe de Saúde Bucal. Encaminhar de acordo com realidade local, fator que determinou a ocorrência ou avaliação da característica da lesão⁵. 	<p>Enfermeiro e/ou médico e/ou cirurgiões-dentistas e/ou auxiliar/técnico em Saúde Bucal</p>

ABORDAGEM DE CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS DE IDADE



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
<p style="text-align: center;">Abordagem Familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar à família que: incentive as brincadeiras de “faz de conta”, de “casinha”, de “escola” e de “teatrinho”, já que ajudam a criança a organizar e expressar seus pensamentos e suas emoções e enriquecem sua identidade; promova brincadeiras que ajudem a criança a desenvolver seu equilíbrio. • Por volta dos 6 anos de idade, a criança tem interesse por jogos e brincadeiras com regras – “passa anel” e “jogo da memória” –, que desenvolvem habilidades como a adequação a limites, a cooperação, a negociação e a competição saudável. Nesta fase, a criança já é capaz de aceitar e seguir regras dos jogos de mesa. • Orientar que conte histórias, ensine poesias, rimas e canções e incentive a criança a usar criativamente o que aprendeu, acompanhe a vida escolar e valorize as conquistas diárias da criança. • Indagar ao cuidador sobre as novas conquistas cognitivas da criança. • Evitar brincadeiras tecnológicas, como televisão. • Orientar a família que a comunicação violenta, castigos e humilhações constituem formas de violência que compromete o desenvolvimento cognitivo, emocional, social e dos pensamentos intrapessoais (medo, ansiedade, tristeza) da criança. Veja o SAIBA MAIS. 	<p style="text-align: center;">Equipe Multiprofissional</p>
<p style="text-align: center;">Crescimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar peso, altura e IMC para a idade. Registrar em gráfico na Caderneta de Saúde da Criança e avaliar o escore. • Realizar avaliações e ações coletivas e individuais em relação à prevenção da obesidade infantil. Ver CAB 33 e Figura 2. 	<p style="text-align: center;">Enfermeiro e/ou médico</p>
<p style="text-align: center;">Desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A partir dos 6 anos: a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam. Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal. A autoimagem desenvolve-se afetando sua autoestima. Os amigos assumem importância fundamental. A criança começa a compreender a constância de gênero. A segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos “não se misturam” com meninas e vice-versa). • A partir dos 7 anos: a criança começa a desenvolver o julgamento global de autovalor, integrando sua autopercepção, formulando algumas ideias sobre quem ela é e como deve ser etc. A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui. • Avaliar possíveis problemas de ensino relacionados às fases do desenvolvimento e considerar aspectos do convívio familiar e projeto pedagógico da escola. Caso necessário, solicitar a avaliação multidisciplinar, incluindo o profissional de saúde mental e educação (orientação pedagógica). Ver Parte 1. • No caso da queixa de dificuldade de aprendizagem, considerar os seguintes aspectos na avaliação clínica: antecedentes pessoais (intercorrências neonatais, desenvolvimento neuropsicomotor); nível de escolaridade das crianças e dos pais; socialização da criança dentro e fora da escola; rotinas da criança; ambiente domiciliar (condições de habitação); queixas auditivas e visuais; fala e linguagem; leitura e escrita; fatores de risco familiar (violência, uso prejudicial de drogas) e; antecedentes familiares de dificuldade de aprendizagem². • A partir dos 10 anos: ocorrem mudanças relacionadas à puberdade e há um estirão de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos 11 anos, depois nos meninos, em torno dos 13 anos). • Ver CAB 33, Capítulo 8: Acompanhamento do Desenvolvimento, subitem 8.2: Distúrbios no desenvolvimento, Quadro 11: Avaliação do desenvolvimento/orientação para tomada de decisão. 	<p style="text-align: center;">Enfermeiro e/ou médico</p>

ABORDAGEM DE CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS DE IDADE



O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Vacinação	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar a Caderneta da criança e orientar quanto à importância da imunização. Quadro 1 – Síntese dos imunobiológicos contemplados no Programa Nacional de Imunização. • Ver CAB 33, Capítulo 6: Imunizações e subitem 6.2: Indicações para uso dos imunobiológicos especiais. • Ver CAB 33, Anexo D: Orientações para a identificação e o manejo de efeitos adversos a imunobiológicos. 	Enfermeiro e/ou técnico/auxiliar de Enfermagem e/ou médico
Exames complementares	<ul style="list-style-type: none"> • O rastreamento de problemas de saúde para crianças de 2 a 10 anos que têm evidência científica comprovada são: Rastreamento de Obesidade – crianças > 6 anos. Cálculo de IMC. Intervalo: indeterminado. Problemas de visão – crianças de 3 a 5 anos. Testes: acuidade visual, estrabismo, acuidade estereoscópica. Intervalo: indeterminado. • *Não há evidência científica que justifique o rastreamento de: hipertensão arterial, anemia ferropriva, dislipidemias, atraso de fala ou linguagem, problemas de visão em crianças menores de 3 anos. 	Enfermeiro e/ou médico
Prevenção de acidentes e violências	<ul style="list-style-type: none"> • Manter orientações do 1º ano de vida. • Para evitar quedas: não deixar a criança brincar em lajes que não tenham grades de proteção. Ao andar de bicicleta, patins e <i>skate</i> a criança deve usar capacete e não circular em ruas com trânsito de veículos. • Para evitar queimaduras: a criança não deve brincar com fogueiras e fogos de artifício. • Para evitar choque elétrico: não permitir que a criança brinque de soltar pipa em locais próximos a fios elétricos, devido ao risco de choque de alta tensão. • Para evitar acidentes no trânsito: utilizar corretamente o assento de elevação até os 7 anos, com o cinto de três pontos e no banco traseiro. Sentar-se no banco da frente só é permitido pela lei a partir dos 10 anos de idade e com o uso de cinto de segurança. • Observar sinais indicativos de violência física: lesões que não podem ser explicadas pelo acidente relatado, lesões em vários estágios de cicatrização ou cura, lesões bilaterais ou simétricas e lesões em áreas habitualmente cobertas ou protegidas do corpo. • Observar sinais indicativos de violência sexual. Ver Parte 1. • Observar sinais indicativos de violência psicológica: forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes, utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outrem, testemunho da violência (casa, comunidade e escola), síndrome da alienação parental e <i>bullying</i> (colocar apelidos, humilhar, discriminar, bater, roubar, aterrorizar, excluir e divulgar comentários maldosos) e <i>cyber bullying</i> (realizado via material eletrônico, a exemplo de celulares e redes sociais). • Ver CAB 33, Capítulo 13: Proteção e cuidados para crianças e suas famílias em situações de violência. 	Equipe Multiprofissional

SAIBA MAIS

- Programa Nacional de Imunizações: <<http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp>>.
- Dicas em Saúde / Fissura Lábio Palatal:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/145fissura_labio_palatal.html>.
- Política sobre recomendações dietéticas para lactentes, crianças e adolescentes, publicada pela Academia Americana de Odontopediatria. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on dietary recommendations for infants, children, and adolescents (revised 2011). *Pediatr Dent* 2012;34:56-58.
<http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_dietaryrec.pdf>.
- Amamentação – Uma visão geral dos benefícios para a saúde oral e geral.
<[http://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)60615-2/pdf](http://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)60615-2/pdf)>.
- Cariogenicidade do leite materno: mito ou evidência científica. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, 12(2):273-78, abr./jun., 2012.
<<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1180/843>>.
- Guideline sobre Cuidados com a Saúde Oral Infantil.
<http://www.aapd.org/media/policies_guideline/g_infantoralhealthcare.pdf>.
- Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do uso de Drogas, UNODC – Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas (Guia AD). <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat-gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>>.
- Alimentos Regionais Brasileiros: <www.saude.gov.br/dab>.
- Artigo Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área.
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2005000200002>.
- Parentalidade:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf>.
- Sobre segmento do recém-nascido prematuro. Atenção à saúde do recém-nascido- Cuidados com recém-nascido pré-termo disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf>.
- Sobre segmento e acompanhamento do recém-nascido com suspeita de Síndrome Congênita do Zika, consulte: Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia

relacionada à infecção pelo zika. Disponível em:

<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/protocolo-sas-2.pdf>>.

- Sobre estimulação precoce, consulte: Diretrizes de Estimulação de Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce.pdf>>.
- Instrutivo da Ficha de Notificação de violências interpessoal e autoprovocada, 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Instrutivo_notificacaodeviolencia_versao5_1_final21_12_15.pdf>.
- Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD, Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/15/Guia-Estrat-gico-para-o-Cuidado-de-Pessoas-com-Necessidades-Relacionadas-ao-Consumo-de---lcool-e-Outras-Drogas--Guia-AD-.pdf>>.

REFERÊNCIAS

- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.: il.: color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 6 BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 6 de Junho de 2001. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-822.htm>. Acessado em: 11 de Nov. de 2014.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17).
- 10 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos : um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 2. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
- 11 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. 204 p.
- 12 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- 13 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 23.

- 14 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104.
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 100 p. : il.
- 16 BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas de Vacinação. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001 72p.
- 17 BRASIL. Ministério da Saúde. Violência faz mal à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 296 p.
- 18 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
- 19 BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido- Cuidados com recém-nascido pre-termo. Brasília-DF, 2011. Disponível em http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf
- 20 BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido- Guia para profissionais de saúde, intervenções comuns, icterícia e infecções. Brasília- DF, 2011. Disponível em http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v2.
- 21 BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília- DF, 2015. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58572/pcdt_transmissao_vertical_miolo_10_08_pdf_5557e.pdf
- 22 BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de estimulação de Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce.pdf>

- 23 BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada a infecção pelo zika. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/protocolo-sas-2.pdf>
- 24 BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de vigilância e resposta a ocorrência da microcefalia e/ou alterações no sistema nervoso central (SNC). Versão 2. Brasília-DF, 2016.
- 25 STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 725 p.
- 26 DEMOTT, K. et al. Clinical guidelines and evidence: review for post natal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Center for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 2006.
- 27 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24.06.2011. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, 2011.
- 28 PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Saúde Comunitária do GHC. A atenção à saúde da criança de zero a cinco anos de idade. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – SMS, 2004.
- 29 SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria. 2006.
- 30 FELDMAN, W. Well-Baby Care in the First 2 Years of Life. *Pediatric Preventive Care*, 1994; p. 258-266.
- 31 AYRES, J. R. C. M. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/ Programa de DST/AIDS. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. *Bol Epidemiol*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 2-4. 1997.
- 32 TAKAHASHI, R. F. Marcadores de vulnerabilidade a infecção, ao adoecimento e morte por HIV/AIDS [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
- 33 CECCONELLO, A. M. Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco. 2003. 320 f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento)- Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
- 34 HOEKELMAN, R. A. What constitutes adequate well-baby care?. *Pediatrics*, v. 55, n. 3, p. 313-26. 1975.

- 35 BLANK, D. Acompanhamento de Saúde da Criança. In: DUNCAN, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4a Ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 170-9.
- 36 BERGER, C. B. Anamnese, exame físico e aconselhamento antecipado nas consultas subsequentes. In: Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2009. p. 31-40.
- 37 JANNUZZI, P. M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. Revista do Serviço Público Brasília, Brasília, v. 56, n. 2, p. 137-160. 2005.
- 38 BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- 39 ESPÍRITO SANTO. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Vitória. Protocolo Vitória da Vida: Atenção à Saúde da Criança. Vitória: Secretaria Municipal de Saúde, 2009. 232 p.
- 40 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_vitamina.pdf.
- 41 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 240 p.
- 42 COCHRANE, 2014. "Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke". Available in
:<<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD001746.pub3>>. Open
access: 20 may 2016.
- 43 AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY PEDIATRIC
OPHTHALMOLOGY/STRABISMUS PANEL. Pediatric eye evaluations: I. Screening: II.
Comprehensive ophthalmic evaluation. San Francisco, 2007.
- 44 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on Infant Oral Health Care.
Disponível em: <http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_infantOralHealthCare.pdf>.
Acesso em: 12 nov. 2014.
- 45 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Timing of elective surgery of the genitalia of male children with particular reference to the risks, benefits, and psychological effects of surgery with anesthesia. Pediatrics, Evanston, v. 97, n. 4, p. 590-594, abr. 1996.

- 46 AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Babies and Kids. Healthy Habits. Disponível em: <<http://www.mouthhealthy.org/en/babies-and-kids/healthy-habits>>. Acesso em: 15 nov. 2014.
- 47 AMMARI, A.B.; BLOCH-ZUPAN, A.; ASHLEY P.F. Systematic review of studies comparing the anti-caries efficacy of children's toothpaste containing 600 ppm of fluoride or less with high fluoride toothpastes of 1,000 ppm or above. *Caries Research* 2003; 37(2): 85-92.
- 48 BARRETO, M.L. et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *The Lancet*. 2011; 377. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3026/1/Per%20int%202011.11.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2014.
- 49 BERTOLDO, B.B.; CORRÊA, N.F.S.B.; NOGUEIRA, R.D. Influência do aleitamento materno no estabelecimento de microrganismos cariogênicos e desenvolvimento de cárie. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde* 2013;15(4):319-26.
- 50 BHASKAR, V; MCGRAW, K.A; DIVARIS, K. The importance of preventive dental visits from a young age: systematic review and current perspectives. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry* 2014;6 21–27.
- 51 BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 79, p. 13-22, 2003. Suplemento 1. PMSP, 2003 “Caderno Temático da Criança” PANPANICH, R.; GARNER, P. “Growth monitoring in children.” *The Cochrane Library*, Oxford, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001443/frame.html>> Acesso em: 7 maio 2012.
- 52 BLANK, D. Condutas clínicas na promoção da saúde da criança e do adolescente. In: DUNCAN, B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- 53 BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 13.002 de 20 de Junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em bebês. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13002.htm>. Acesso em: 08 dez. 2014.
- 54 BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.829 de 14 de Dezembro de 2012. Inclui a Fase IV no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), instituído pela Portaria nº 822/GM/MS, de 6 de junho de 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2829_14_12_2012.html>. Acesso em: 09 de nov. de 2014.

- 55 BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 20 de 10 de Junho de 2014. Torna pública a decisão de incorporar a oximetria de pulso - teste do coraçãozinho, a ser realizado de forma universal, fazendo parte da triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2014/prt0020_10_06_2014.html> Acesso em: 10 nov. 2014.
- 56 BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 6 de Junho de 2001. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-822.htm>> Acessado em: 11 nov. 2014.
- 57 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Divulgação e Treinamento do teste do reflexo vermelho em recém-nascidos como estratégia política em defesa da saúde ocular infantil no Ceará. Brasília, DF, 2009. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2009/pedro_magalhaes.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2014.
- 58 BRASIL. Ministério da Saúde. Informação de Saúde. Estatísticas Vitais. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evita10uf.def>>. Acesso em: 29 nov. 2014.
- 59 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil Sorridente. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php>. Acesso em: 12 nov. 2014.
- 60 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 236 p.
- 61 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais. Brasília: Ministério da Saúde. 2006, 188p.
- 62 CHAFFEE, B.W.; GANSKY, A.S.; WEINTRAUB, J.A.; FEATHERSTONE, J.D.B.; RAMOS-GOMEZ, F.J. Maternal oral bacterial levels predict early childhood caries development. J DENT RES March. 2014 93: 238-244, first published on December 19, 2013 doi:10.1177/0022034513517713.
- 63 CHAI, G. et al. "Trends of outpatient prescription drug utilization in US children, 2002-2010" Pediatrics. 2012 Jul;130(1):23-31. doi: 10.1542/peds.2011-2879. Epub 2012 Jun 18.
- 64 COCHRANE, 2013 "Parenting interventions for the prevention of unintentional injuries in childhood". Available

- in:<<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD006020.pub3>>. Open access: 20 may 2016.
- 65 COCHRANE, 2013 “tricyclic drugs for depression in children and adolescents”. Available in:<<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD002317.pub2>>. Open access: 20 may 2016.
- 66 COCHRANE, 2013 Recall intervals for oral health in primary care patients. Available in:<<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD004346.pub4>>. Open access: 20 may 2016.
- 67 COCHRANE, 2014 “Farmacotherapies for cannabis dependence”. Available in:<<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD008940.pub2>>. Open access: 20 may 2016.
- 68 COCHRANE, 2015 “Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents”. Available in:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD004493.pub3>>. Open access: 20 may 2016.
- 69 FOXCROFT, D. R. et al. Primary prevention for alcohol misuse in young people. The Cochrane Library, Oxford, n. 3, v. 34, p. 758-761, 2002. Disponível em: <<http://ije.oxfordjournals.org/cgi/content/full/34/4/758>>. Acesso em: 07 mai. 2012.
- 70 FRAIZ, F.C.; BEZERRA, A.C.B.; WALTER, L.R.F. Assistência odontológica ao bebê: enfoque doença cárie dentária. In: Massara, MLA; Rédua, PCB. Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria. Associação Brasileira de Odontopediatria. 2009. 432 p. Disponível em: <http://abodontopediatria.org.br/site/?page_id=20>. Acesso em: 11 nov. 2014.
- 71 GRACE, C. et al. Trends of Outpatient Prescription Drug Utilization in US Children, 2002–2010. *Pediatrics*. 2012;130;23; originally published online June 18, 2012;
- 72 HANEY, E. M. et al. Screening and treatment for lipid disorders in children and adolescents: systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Pediatrics*, Evanston, v. 120, n. 1, p. 189-214, jul. 2007.
- 73 HENRIKSEN, C.; EGGESBO, M.; HALVORSEN, R.; BOTTEN G. Nutrient intake among two-year-old children on cow’s milk-restricted diets. *Acta Paediatr* 2000;89:272-8.
- 74 ISMAIL, AL. Prevention of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;26(1 Suppl):49-61.

- 75 JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING (US JCIH). Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*, [S.l.], v. 120, p. 898-921, 2007.
- 76 KEMPER, A. et al. Screening for visual impairment in children younger than age 5 years: systematic evidence review no. 27. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.
- 77 LEMOS, L.V.F.M.; MYAKI, S.I.; WALTER, L.R.F.; ZUANON, A.C.C. Promoção da saúde oral na primeira infância: idade de ingresso em programas preventivos e aspectos comportamentais. *Einstein*. 2014;12(1):6-10.
- 78 LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. Imunização: protocolo./ Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde-- 5. ed.-- Londrina, PR: [s.n], 2007. 96p.
- 79 LOSSO, E.M.; TAVARES, M.C.R.; SILVA, J.Y.B.; URBAN, C.A. Severe early childhood caries: na integral approach. *Jornal de Pediatria - Vol. 85, Nº 4*, 2009.
- 80 MACEDO, C.R. Cuidados gerais e higiene oral para prevenção de cáries em crianças. *Diagn Tratamento*. 2010;15(4):191-3.
- 81 MARTINELLI, R. ET AL. Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em bebês. *Rev. CEFAC*. [S.l., s.n.], jan-Fev;14(1):138-145, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefa_c/v14n_1/169-11.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2014.
- 82 MATTHEUS, D.J. Efficacy of oral health promotion in primary care practice during early childhood: creating positive changes in parent's oral health beliefs and behaviors. *Oral Health Dent Manag*. 2014 Jun;13(2):316-9.
- 83 Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD. *PloS - LIBRARY of SCIENCE* | plosmedicine.org | Volume 3 | Issue 4 | APRIL 2006.
- 84 Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents nice.org.uk/guidance/ta98
- 85 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Datasus. Informações de Saúde. Informações epidemiológicas e morbidade. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 nov. 2014
- 86 NICE, 2005 Depression in children and young people: identification and management nice.org.uk/guidance/cg28
- 87 NICE, 2008: Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management nice.org.uk/guidance/cg72

- 88 NICE, 2009 Physical activity for children and young people nice.org.uk/guidance/ph17
Cochrane, 2013 Recall intervals for oral health in primary care patients
<http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1002/14651858.CD004346.pub4>.
- 89 NICE. "Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management" , 2008 (última modificação: 2016) www.nice.org.uk/guidance/cg72
- 90 NICE. "Depression in children and young people: identification and management" 2005.
nice.org.uk/guidance/cg28
- 91 NICE. "Methylphenidate, atomoxetine and dexamfetamine for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents", 2006 (última modificação: 2014)
www.nice.org.uk/guidance/ta98
- 92 PANPANICH, R.; GARNER, P. "Growth monitoring in children." The Cochrane Library, Oxford, n. 2, 2008. Disponível em:
<<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001443/frame.html>>.
- 93 PELTZER, K.; MONGKOLCHATI, A.; SATCHAIYAN, G.; RAJCHAGOOL, S.; PIMPAK, T. Sociobehavioral Factors Associated with Caries Increment: A Longitudinal Study from 24 to 36 Months Old Children in Thailand. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2014, 11(10), 10838-10850; doi:10.3390/ijerph111010838
- 94 PHILLIPS, C.B. "Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD. *PLoS Med.* 2006 Apr;3(4):e182. Epub 2006 Apr 11.
- 95 PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Saúde Comunitária do GHC. A atenção à saúde da criança de zero a cinco anos de idade. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – SMS, 2004.
- 96 POWELL, C. et al. Screening for amblyopia in childhood. The Cochrane Library, Oxford, n. 2, 2008. Disponível em: <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=11753>. Acesso em: 7 mai. 2012.
- 97 RILEY, P.; WORTHINGTON, H.V.; CLARKSON, J.E.; BEIRNE, P.V. Recall intervals for oral health in primary care patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Dec 19;12:CD004346. doi: 10.1002/14651858.CD004346.pub4
- 98 STEINER, M.; HELFENSTEIN, U.; MENGHINI, G. Effect of 1000 ppm relative to 250 ppm fluoride toothpaste. A meta-analysis. *Am J Dent.* 2004 Apr;17(2):85-8.
- 99 STRONG, W. B. et al. . Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics*, St. Louis, v. 146, n. 6 , p. 732-737, Jun. 2005.

- 100 STUANI, A.S.; STUANI, A.S.; FREITAS, A.C.; SILVA, F.W.G.P.; QUEIROZ, A.M. Como realizar a higiene bucal em crianças. *Pediatria (SÃO PAULO)* 2007; 29(3):200-207.
- 101 U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: topic page. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, April 2004. Disponível em:<<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstrin.htm>>. Acesso em: 07 mai. 2012.
- 102 U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for lipid disorders in children: recommendation statement. Jul. 2007. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf07/chlipid/chlipidrs.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2012.
- 103 U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for visual impairment in children younger than five years: recommendation Statement. *American Family Physician*, Kansas City, v. 71, n. 2, p. 333-336, Jan. 2005
- 104 VICTORA CG; AQUINO EML; LEAL MC; MONTEIRO CA; BARROS FC; SZWARCOWALD CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*. Disponível em:< <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2014.
- 105 VIEIRA, M.C. et al. Cow's Milk Allergy in Children: A Survey on Its Main Features in Brazil (Abstract of Distinction). *J. Parenter Enteral Nutr* 2005;29: S27.
- 106 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, 2007a.
- 107 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 24 p.: il.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_suplementacao_ferro_condutas_gerais.pdf

ANEXOS

QUADRO 1

SÍNTESE DOS IMUNOBIOLOGICOS CONTEMPLADOS NO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

IMUNOBIOLOGICOS								
Vacina	Idade	Via de Administração	Volume	Doses	Intervalo	Eventos Adversos	Indicação	Contra Indicações
BCG (ampola multidose acompanhada da ampola diluente)	Ao nascer	ID	0,1 ml	Dose única	-	Úlcera com diâmetro maior que 1 cm. Linfadenopatia regional não supurada (íngua) e supurada, abscesso subcutâneo frio e quente, cicatriz quelóide.	Formas graves de tuberculose e meningite tuberculosa	Peso inferior a 2 kg, crianças com imunodeficiência congênita, adultos e crianças com aids. Crianças com mais de 5 anos de idade.
Hepatite B (frasco multidose)	Ao nascer	IM	0,5 ml até os 19 anos e 1 ml a partir dos 20 anos. Sendo que em renais crônicos e hemofílicos a dose é dobrada.	3 doses	Entre a primeira e a segunda dose: 1 mês. E seis meses entre a primeira e a terceira.	Edema e eritema, mal-estar, cefaleia, astenia, mialgia, artralgia, febre, abscesso quente e frio.	Contra hepatite B	Gravidez de risco, histórico de hipersensibilidade aos componentes da vacina, incluindo leveduras, doença aguda moderada a grave.
Pentavalente (frasco monodose)	2,4,6 meses	IM – menores de 2 anos no vasto lateral da coxa e maiores de 2 anos no deltoide.	0,5 ml	3 doses e 2 reforços	2 meses	Febre, hiperemia, calor, endurecimento e edema (acompanhados ou não de dor), nódulo indolor no local da injeção, sonolência, anorexia e vômito.	Difteria, tétano, coqueluche, meningite por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b e hepatite B	Crianças a partir dos 5 anos, história de choque anafilático após aplicação da vacina, encefalopatia aguda, subsequente a aplicação da vacina. Prematuridade extrema (abaixo de 29 semanas), crianças com problemas cardíacos, convulsões nas primeiras 72 horas de vida, episódio hipotônico hiporresponsivo .
VIP (frasco multidose)	2,4,6 meses	IM – vasto lateral da coxa	0,5 ml	3 doses	2 meses	Pode causar a própria poliomielite	Contra poliomielite	Reação anafilática após qualquer dose da vacina.

IMUNOBIOLOGICOS

Vacina	Idade	Via de Administração	Volume	Doses	Intervalo	Eventos Adversos	Indicação	Contra Indicações
VOP (bisnaga contagotas multidoso)	Doses de reforço em campanhas	VO	2 gotas	2 doses	Doses de reforço com 1 ano e 3 meses e 4 anos	Pode causar a própria poliomielite	Contra poliomielite	Reação anafilática após qualquer dose da vacina. Crianças comunicantes de imunodeprimidos.
Pneumocócica 10V (frasco monodoso)	2, 4 meses com reforço aos 12 meses podendo ser feita até 4 anos 11 meses e 29 dias	IM – vasto lateral da coxa	0,5 ml	2 doses	2 meses	Rubor no local da injeção, irritabilidade, sonolência, perda de apetite, endurecimento no local da injeção e febre.	Pneumonia, otite, meningite e outras doenças causadas pelo <i>Pneumococos</i> .	Crianças com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da vacina.
VORH (seringa monodoso)	2,4 meses	VO	1,5 ml	2 doses	2 meses. 1ª dose até 3 meses e 15 dias. 2ª dose até 7 meses e 29 dias	Flatulência, diarreia, vômitos, dor abdominal, anorexia, irritabilidade, febre.	Diarreia por rotavírus	Crianças com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da vacina.
Meningocócica C (ampola e frasco monodoso)	3,5 meses	IM – vasto lateral da coxa	0,5 ml	2 doses	3 e 5 meses (intervalo de 2 meses) com reforço aos 12 meses, podendo ser feita até 4 anos 11 meses e 29 dias.	Rubor no local da injeção, irritabilidade, sonolência, perda de apetite, endurecimento no local da injeção e febre.	Meningite causada por <i>neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.	Crianças com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da vacina (toxóide diftérico) e doença febril aguda.
Febre Amarela (frasco multidoso)	Dose única a partir dos 9 meses	SC	0,5 ml	1 dose	10 anos	Febre e mal-estar.	Contra febre amarela.	Crianças menores de 6 meses, crianças com aids ou com alteração no quadro imunológico, crianças com alergia a ovo de galinha.

IMUNOBIOLOGICOS

Vacina	Idade	Via de Administração	Volume	Doses	Intervalo	Eventos Adversos	Indicação	Contra Indicações
Hepatite A (frasco monodose)	Dose única aos 15 meses	IM – vasto lateral	0,5 ml	1 dose	-	Dor no local de aplicação, eritema, febre moderada, fadiga, cefaleia, mialgia ou artralgia e distúrbios gastrointestinais.	Contra hepatite A	Criança que estiver com alguma doença crônica progressiva, infecção aguda ou com febre e hipersensibilidade há qualquer componente da vacina.
Tríplice Viral (frasco multidose)	1 ano	SC	0,5 ml	2 doses	1ª a partir dos 12 meses e a 2ª deve ser feita com a Tetraviral aos 15 meses (intervalo de 3 meses)	Ardência no local da injeção, rubor, a formação de nódulo e aumento de gânglios regionais.	Contra sarampo, caxumba e rubéola.	Crianças com neoplasias malignas e sob efeito de corticosteroide, imunossupressores e/ou radioterapia.
Tetraviral (frasco monodose)	15 meses	SC	0,5 ml	1 dose combinada	-	Dor no local de aplicação, rubor, febre moderada.	Contra sarampo, rubéola, caxumba, varicela (catapora) (*) dose única para varicela e segunda dose para as demais.	Grávidas, doenças neoplásicas ou hematológicas, tuberculose em atividade ou não tratada, hipersensibilidade à vacina, processo febril agudo.
Tríplice Bacteriana DTP (frasco multidose)	15 meses e 4 anos. Pode ser feito até 6 anos 11 meses e 29 dias.	IM – vasto lateral da coxa para menores de 2 anos e deltoide para crianças acima de 2 anos.	0,5 ml	2 reforços		Dor no local de aplicação, rubor, febre, mal-estar, irritabilidade nas primeiras horas.	Contra difteria, tétano, coqueluche.	Reações graves em doses anteriores, quadro febril agudo e alergia a componente da vacina.

IMUNOBIOLOGICOS

Vacina	Idade	Via de Administração	Volume	Doses	Intervalo	Eventos Adversos	Indicação	Contra Indicações
HPV (suspensão injetável)	0 e 6 meses	IM	0,5 ml	2 doses	6 meses	Dor local, irritabilidade nas primeiras horas.	Indicada para jovens do sexo feminino de 9 a 13 anos para prevenção contra o câncer de colo do útero, vulvar, vaginal e anal, assim como lesões causadas pelo papilomavirus humano.	Reação anafilática após qualquer dose da vacina.
dTpa (seringa monodose)	-	IM – deltoide	0,5 ml	Dose de reforço aos 27º ao 36º mês de gestação.	-	Dor local, irritabilidade nas primeiras horas.	Protege contra difteria, tétano e coqueluche.	Reação anafilática após qualquer dose da vacina.
dT (frasco multidose)	-	IM – deltoide	0,5 ml	A partir de 7 anos: Esquema de 3 doses – 0, 2 e 4 meses com reforço a cada dez anos após esquema completo.	Gestantes com a última dose a mais de cinco anos fazer novo reforço.	Dor local, irritabilidade nas primeiras horas.	Protege contra difteria e tétano	Reação anafilática após qualquer dose da vacina.

Fonte: adaptado de Brasil¹².

QUADRO 2
ESQUEMA ALIMENTAR DE CRIANÇAS DE 6 A 24 MESES

Do nascimento até completar 6 meses	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Aleitamento materno exclusivo em livre demanda	Leite materno por livre demanda	Leite materno por livre demanda	Leite materno por livre demanda
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
	Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Leite materno	Papa salgada	Refeição básica da família

Fonte: Adaptado de ³

QUADRO 3
TESTES DE TRIAGEM NEONATAL

TESTE	OBJETIVO	COMO PROCEDER
TESTE DA LINGUINHA	Tem o objetivo de identificar a anquiloglossia (frênulo lingual curto) e deve ser realizado antes da alta hospitalar (24/48h de vida do RN).	<p>Caso de anquiloglossia moderada ou duvidosa: o lactente deverá ser encaminhado para o acompanhamento multiprofissional de uma equipe com experiência em amamentação (ex.: Nasf, Banco de Leite Humano, entre outros).</p> <p>Caso de anquiloglossia severa: encaminhar a criança para a frenotomia a ser realizada por médico ou dentista capacitado e acompanhar o lactente por 15 dias com o objetivo de manter a amamentação, acompanhamento da curva de crescimento, ganho de peso semanal e possibilidade de recidivas.</p>
TESTE DO OLHINHO OU TESTE DO REFLEXO VERMELHO (TRV)	<p>Capaz de identificar a presença de diversas doenças oculares como a retinopatia da prematuridade, retinoblastoma, catarata congênita, glaucoma, infecções, traumas do parto e até mesmo a cegueira.</p> <p>Busca como principal sinal clínico a leucocoria, condição em que a pupila apresenta-se de cor branca, presente, comumente, na catarata congênita, no retinoblastoma e na retinopatia da prematuridade em estágio avançado.</p>	<p>No caso do recém-nascido pré-termo (premature) com peso inferior a 1,5 kg e/ou tenha até 32 semanas, deve ter o 1º exame de mapeamento da retina, realizado entre a 4ª e a 6ª semana de vida. Deve ser repetido até a completa vascularização da retina, por volta de 42 semanas.</p> <p>Recomenda-se que o Teste do Reflexo Vermelho seja repetido aos 6 meses e 12 meses de idade para o RN nascido a termo e com idade corrigida para o RN nascido pré-termo. Em RN pré-termo com peso de nascimento < 1.500 g e/ou < 32 semanas de idade gestacional, deverá ser realizada avaliação oftalmológica ao termo e, a seguir, de acordo com a necessidade, determinada pelo oftalmologista.</p>
TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL (TAN)	Tem por finalidade a identificação da deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. Consiste no teste e no reteste, utilizando medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, com o objetivo de encaminhá-los para diagnóstico desta deficiência e para intervenções adequadas à criança e sua família, seguindo um fluxo preestabelecido dentro da Rede de Atenção à Saúde do SUS. Os profissionais da Atenção Básica devem verificar o registro da TAN na Caderneta da criança, realizado logo após o nascimento. Em caso de não realização, encaminhar de forma ágil e eficiente, a fim de garantir o teste à criança nos primeiros 30 dias de vida e/ou o mais rápido	Seguir fluxos estabelecidos nas Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal, MS/2012.

TESTE	OBJETIVO	COMO PROCEDER
	possível.	
<p align="center">TESTE DO CORAÇÃOZINHO OU OXIMETRIA DE PULSO</p>	<p>Deve ser realizado para todos os recém-nascidos, devendo ser aplicado em todas as maternidades do País. É realizado entre 24 e 48 horas de vida do recém-nascido, em todos com idade gestacional maior que 34 semanas pelo pediatra da maternidade, para detecção precoce das cardiopatias críticas que causam óbitos ainda no 1º mês de vida.</p>	<p>Caso a criança tenha tido a confirmação diagnóstica de alguma das doenças detectadas na triagem neonatal, ressaltar a importância do acompanhamento em serviço especializado da doença detectada e realizar ecocardiograma.</p> <p>No caso de dúvidas durante o seguimento, os profissionais das equipes envolvidas farão contato para decidir sobre a melhor conduta a seguir.</p>
<p align="center">TESTE DO PEZINHO</p>	<p>É capaz de detectar seis diferentes disfunções: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase.</p> <p>Esclarecer que caso a criança seja reconvocada para uma nova coleta de sangue, este fato não significa ainda que tenha alguma das doenças que estão sendo triadas.</p> <p>O profissional de saúde deve garantir que a coleta do teste do pezinho seja realizada o mais breve possível, preferencialmente entre o 3º e o 5º dia de vida.</p> <p>Nenhuma unidade de saúde deve se negar a coletar o teste depois de 30 dias, pois este teste é um direito do bebê. Mesmo assim, caso a criança possua alguma das doenças, ela ainda se beneficiará do tratamento, embora com o início tardio. A coleta tardia sempre deve ser realizada em caráter de exceção.</p>	<p>Crianças com mais de 30 dias de vida deverão ser avaliadas pelo pediatra para investigação da existência de sinais clínicos específicos de alguma das doenças detectadas na triagem neonatal. No caso afirmativo, o médico deverá fazer o encaminhamento para a realização do teste tardio específico, indicando qual é a doença suspeita. Caso não haja sinal clínico de nenhuma das doenças detectadas no teste, não haverá mais a necessidade da coleta para o Teste do Pezinho, que é um teste preventivo a ser realizado no período neonatal.⁵</p>

Fonte: adaptado ².

**QUADRO 4
REFLEXOS PRIMITIVOS**

REFLEXO	ORIENTAÇÕES GERAIS
Apoio plantar	Desaparecem até o 6º mês
Sucção	Desaparecem até o 6º mês
Preensão palmar	Desaparecem até o 6º mês
Reflexo cutâneo plantar	Obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desencadeia extensão do hálux. A partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica.
Reflexo de Moro	Medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6º mês.
Reflexo tônico-cervical	Rotação da cabeça para um lado, com conseqüente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.

Fonte: adaptado ³

**QUADRO 5
RECOMENDAÇÕES QUANTO À SUPLEMENTAÇÃO DE
FERRO ENQUANTO ABORDAGEM INDIVIDUAL**

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
Recém-nascido a termo, de peso adequado para idade gestacional em aleitamento materno	1 mg/kg peso/dia a partir do 6º mês (ou da introdução de outros alimentos) até o 24º mês de vida.
Recém-nascido pré-termo e recém-nascido de baixo peso até 1.500 g	2 mg/kg peso/dia durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso entre 1.500 e 1.000 g	3 mg/kg peso/dia durante um ano. Posteriormente, 1 mg/kg peso/dia por mais um ano.
Recém-nascido pré-termo com peso menor que 1.000 g	4 mg/kg/peso durante um ano e, posteriormente, 1 mg/kg/dia por mais um ano

Fonte: ³.

**QUADRO 6
ESQUEMA PARA ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A EM CRIANÇAS**

IDADE	DOSE	FREQUÊNCIA
Crianças: 6-11 meses	100.000 UI	Uma dose
Crianças: 12-59 meses	200.000 UI	Uma vez a cada seis meses

Fonte: ³.

**QUADRO 7
DILUIÇÃO E RECONSTITUIÇÃO DO LEITE PARA CRIANÇAS
MENORES DE 4 MESES NÃO AMAMENTADAS**

RECONSTITUIÇÃO DO LEITE EM PÓ INTEGRAL

1 colher das de sobremesa rasa para 100 ml de água fervida.

1 ½ colher das de sobremesa rasa para 150 ml de água fervida.

2 colheres das de sobremesa rasas para 200 ml de água fervida.

Preparo do leite em pó: primeiro, diluir o leite em pó em um pouco de água tratada, fervida e filtrada e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

DILUIÇÃO DO LEITE INTEGRAL FLUIDO

2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida

70 ml de leite + 30 ml de água = 100 ml

100 ml de leite + 50 ml de água = 150 ml

130 ml de leite + 70 ml de água = 200ml

Atenção: Com a diluição, há diminuição de energia e ácido linoleico, sendo necessário o acréscimo de 3% de óleo (1 colher de chá de óleo = 27 calorias) para melhorar sua densidade energética.

Fonte: ¹⁴.

**QUADRO 8
DIRETRIZES DE ATENÇÃO DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL**

Recém-nascido	Acorda com sons fortes
0-3 meses	Acalma com sons moderadamente fortes e músicas
3-4 meses	Presta atenção nos sons e vocaliza
6-8 meses	Localiza a fonte sonora; balbucia sons, ex.: "dada"
12 meses"	Aumenta a frequência do balbucio e inicia a produção das primeiras palavras; entende ordens simples, ex.: dá tchau
18 meses	Fala, no mínimo, seis palavras
2 anos	Produz frases com duas palavras
3 anos	Produz sentenças

Fonte: ⁹.

QUADRO 9
SITUAÇÕES ESPECIAIS NO CUIDADO LONGITUDINAL À SAÚDE DA CRIANÇA

SITUAÇÃO	IDADE	CONDUTA
Criança pré-termo ou recém-nascido pré-termo (RNPT)	VD 24 horas até 5º dia	- RN com baixo peso ao nascer (< 2.500 g): a primeira consulta deve ser realizada até o sétimo dia após a alta hospitalar. As consultas subsequentes serão semanais até atingir 2.500 g, quinzenais até atingir 3.000 g e mensais a partir de 3.000 g ¹⁴ .
	5 dias de vida	- RNPT com peso inferior a 1,5 kg e/ou IG até 32 semanas deve ter o primeiro exame de mapeamento da retina agendado neste momento para ser realizado entre a 4ª e 6ª semanas de vida. Há necessidade de repetição até a completa vascularização da retina, por volta de 42 semanas. - Verificar resultado de ultrassom cerebral em RN com peso inferior a 1,5 kg e/ou IG até 33 semanas. - Iniciar suplementação de ferro 2 mg/kg/dia até 2 anos de idade. Demais cuidados, conforme planilha geral.
	1 mês de vida	RN com fatores de risco para doença metabólica óssea (peso de nascimento < 1,5 kg; IG < 32 semanas; nutrição parenteral por tempo prolongado; uso de diuréticos, metilxantinas e corticosteroides sistêmicos): realizar rastreamento para deficiência mineral solicitando dosagem de nível sérico de fósforo e fosfatase alcalina. Demais cuidados, conforme planilha geral.
	3 meses de vida	Verificar adequação do uso de fosfato tribásico de cálcio para prematuros com diagnóstico de osteopenia da prematuridade. Demais cuidados, conforme planilha geral.
	4 meses de vida	Verificar adequação do uso de fosfato tribásico de cálcio para prematuros com diagnóstico de osteopenia da prematuridade e solicitar controle de fósforo e fosfatase alcalina.
	5 meses de vida	Checar controle de fosfato e fosfatase alcalina. Caso não haja normalização, aprofundar compreensão sobre o modo de uso da medicação e reforçar orientações. Demais cuidados, conforme planilha geral.
	6 meses pela idade gestacional corrigida	Coletar hemograma com reticulócitos para crianças prematuras, que não receberam suplementação com ferro ou fórmula enriquecida com ferro. Se resultado normal, sem anemia, manter suplementação de ferro 2 mg/kg/dia até 2 anos de vida. Solicitar novo hemograma entre 9 e 12 meses. Realizar triagem oftalmológica. Demais cuidados, conforme planilha geral.
	9 a 12 meses pela idade gestacional corrigida	Coletar hemograma, dosagem de ferro sérico e ferritina. Caso resultado normal, sem anemia, manter suplementação de ferro 2 mg/kg/dia até 2 anos de vida. Realizar triagem oftalmológica.
	18 meses pela idade gestacional corrigida	Repetir hemograma, dosagem de ferro sérico e ferritina. Caso resultado normal, sem anemia, manter suplementação de ferro 2 mg/kg/dia até 2 anos de vida. Realizar triagem oftalmológica.
	24 meses	A partir dos 2 anos, não é necessário a correção do crescimento pela idade gestacional nas avaliações de crescimento e desenvolvimento, utilizando-se a idade cronológica. Realizar segunda triagem oftalmológica.

Fonte^{15,16}.

SITUAÇÃO	IDADE	CONDUTA
Criança Exposta ao HIV	5 dias de vida	<p>- Verificar no sumário de alta se o tratamento profilático foi cumprido (AZT em caso de mães com carga viral baixa e AZT + Nevirapina se carga viral positiva ou desconhecida), conforme <i>Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para a prevenção da transmissão vertical da Sífilis, HIV e Hepatites virais</i>.</p> <p>- Ao se deparar com qualquer criança sob suspeita de exposição ao HIV, preencher as fichas de notificação da "Criança exposta ao HIV" e enviá-las ao serviço de vigilância epidemiológica competente¹⁶.</p> <p>- <u>Referenciar a criança para serviço especializado para seguimento de crianças expostas ao HIV.</u> O comparecimento a esta consulta necessita ser monitorado e, em caso de não comparecimento, proceder-se à abordagem dos faltosos de acordo com as recomendações éticas e legais. Recomenda-se que a data da primeira consulta seja entre <u>15 e 30 dias</u> a contar do nascimento.</p> <p>- O monitoramento laboratorial deve ser iniciado na primeira consulta ambulatorial, em todas as crianças expostas, independentemente de serem pré-termo ou não, considerando-se a possibilidade de efeitos adversos aos ARV utilizados pela mãe, conforme descrito no quadro de rotina laboratorial da criança exposta ao HIV (Quadro 11). <u>Em crianças sintomáticas a Carga Viral deve ser solicitada neste momento.</u></p> <p>- Recomendações: não amamentação e a substituição do leite materno por fórmula infantil após aconselhamento. O aleitamento misto (oferta de leite materno e leite de fórmula) e o aleitamento cruzado (aleitamento por outras mulheres) também são contraindicados.</p> <p>A criança exposta, estando infectada ou não, terá direito a receber fórmula láctea infantil, pelo menos até completar 6 meses de idade. Em alguns estados, a fórmula infantil é fornecida até os 12 meses de idade ou mais. Em situações especiais e em alguns casos, pode-se usar leite humano pasteurizado proveniente de Banco de Leite credenciado pelo Ministério da Saúde (p. ex., recém-nascido pré-termo ou de baixo peso).</p> <p>Crianças não amamentadas, para <u>saber mais</u> ver CAB 23¹³.</p> <p>- Orientações quanto à vacinação:</p> <p>As crianças assintomáticas devem receber as vacinas indicadas pelo Programa Nacional de Imunização até 18 meses de idade e depois seguir o calendário normal, caso negativadas, EXCETO para a varicela (deve ser aplicada nas crianças susceptíveis não infectadas, para a proteção de seus contatos domiciliares com imunodeficiência) e a pólio inativada (que deve ser utilizada nas crianças que convivem com pessoas imunodeficientes).</p> <p>ATENÇÃO: Em virtude do risco de administração de vacinas não indicadas para crianças infectadas pelo HIV, contraindica-se vacinação desta faixa etária em campanhas.</p>
	1-2 meses de vida	<p>- Realizar os exames de monitoramento laboratorial, principalmente a carga viral, preferencialmente com 6 semanas de vida, conforme Quadro 11, repetindo com 4 meses de idade se ela estiver indetectável. Caso esta primeira carga viral venha detectável, solicitar a segunda imediatamente, mantendo-se essa situação, a criança é considerada infectada pelo HIV, devendo ter garantido o encaminhamento/segmento com o infectologista o quanto antes.</p> <p>- Iniciar profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprima (SMX-TMP) para <i>Pneumocistis</i> a partir de 4 a 6 semanas de idade, até que tenha duas cargas virais indetectáveis, conforme Quadro 12.</p> <p>- Recomendações: não amamentação e a substituição do leite materno por fórmula infantil após aconselhamento. O aleitamento misto e o aleitamento cruzado também são contraindicados. A criança exposta, infectada ou não, terá direito a receber fórmula láctea infantil, pelo menos até completar 6 meses de idade.</p>
	4 meses de vida	<p>- Repetir exames de monitoramento laboratorial crianças expostas ao HIV (Quadro 11), principalmente se a carga viral foi indetectável na primeira avaliação com 6 semanas de vida.</p> <p>Manter profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprima (SMX-TMP) para <i>Pneumocistis</i>, até que se tenha duas cargas virais indetectáveis. Caso se confirme a infecção da criança (duas cargas virais detectáveis após 6 semanas, em momentos diferentes) ou controle laboratorial apresente-se inconclusivo, estender a profilaxia até os 12 meses (Quadro 12).</p>
	6 meses	<p>- Repetir exames de monitoramento laboratorial, conforme Quadro 11.</p>

SITUAÇÃO	IDADE	CONDUTA
	12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Repetir exames de monitoramento laboratorial, conforme Quadro 11. - Tendo em vista a possibilidade de serem indicadas cinco vacinas injetáveis aos 12 meses de vida, estas vacinas podem ser programadas para serem escalonadas, dando sempre um mês de intervalo entre as de vírus vivos injetáveis; considerar a epidemiologia de cada infecção e facilidades operacionais para priorizar quais vacinas aplicar em cada etapa.
	18 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Repetir exames de monitoramento laboratorial, conforme Quadro 11, principalmente a sorologia anti-HIV e caso ela esteja negativa, encerra-se o caso.

Fonte: ¹⁷.

SITUAÇÃO	IDADE	CONDUTA
Sífilis congênita	5 dias de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar exames solicitados na maternidade: punção de licor, raio X de ossos longos, hemograma e VDRL. - Solicitar VDRL, caso não realizado na maternidade (titulação superior ao da mãe na hora do parto caracteriza critério sífilis congênita) - Completar o tratamento para sífilis congênita iniciado na maternidade com penicilina G procaína ou cristalina, conforme o <i>Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis, HIV e Hepatites Virais</i>¹⁶. - Manter aleitamento materno. - Esquema vacinal conforme PNI. - Programar consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de idade, bimestrais do 6º ao 12º mês e semestrais até os 2 anos.
	1 mês de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar VDRL. (Critério de cura: 2 exames negativos).
	3 meses de vida	<ul style="list-style-type: none"> -Solicitar VDRL. (Critério de cura: 2 exames negativos)
	6 meses de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar VDRL (somente será desnecessário se dois exames consecutivos de VDRL negativos). - Acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico (<u>semestral</u>). - Momento para nova coleta de líquido nos casos em que o <u>líquido cefalorraquidiano se mostrou alterado</u> na investigação inicial; alterações persistentes indicam avaliação clínico-laboratorial completa e retratamento.
	12 meses de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar VDRL (desnecessário se dois exames consecutivos de VDRL negativos). - Avaliação oftalmológica, neurológica e audiológica. - Momento para nova coleta de líquido nos casos em que o líquido cefalorraquidiano se <u>mostrou alterado na investigação inicial e com 6 meses de idade</u>. Alterações persistentes indicam avaliação clínico-laboratorial completa, retratamento e nova coleta a cada 6 meses até a normalização deste exame¹⁶.
	1 ano e 6 meses de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar VDRL (desnecessário se dois exames consecutivos de VDRL negativos). Diante de elevação do título sorológico ou da sua não negativação após 18 meses de idade, reinvestigar o paciente e proceder ao tratamento. - Realizar TPHA ou FTA-Abs para sífilis após os 18 meses de idade para confirmação do caso. - Reavaliação líquórica, caso não haja normalização em avaliações anteriores, <u>somente nas crianças com alteração líquórica na investigação inicial, aos 6 meses e aos 12 meses</u>. - Avaliação oftalmológica, neurológica e audiológica.

SITUAÇÃO	IDADE	CONDUTA
	2 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Reavaliação líquórica, caso não haja normalização em avaliações anteriores, <u>somente nas crianças com alteração líquórica na investigação inicial, aos 6 meses, aos 12 meses e aos 18 meses.</u> - Acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico (semestral) no mínimo até 2 anos ou alta das respectivas especialidades.

Fonte:¹⁷

SITUAÇÃO	IDADE	CONDUTA
Criança com toxoplasmose congênita suspeita ou confirmada	5 dias de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar realização de investigações na maternidade: 1) sorologia IgM e IgG para toxoplasmose (mãe e criança), hemograma, ultrassom transfontanela ou tomografia de crânio (sem contraste), análise do líquor. 2) Verificar realização de avaliações oftalmológica (fundoscopia), neurológica e auditiva na maternidade - Em RN sintomático: avaliar função hepática e descartar outras infecções congênitas (sífilis, citomegalovirose, rubéola, zika vírus etc). - Iniciar o tratamento desde o nascimento em RN com toxoplasmose congênita comprovada e em filhos de mulheres com toxoplasmose gestacional comprovada ou provável, principalmente quando ocorrida no final da gestação. As drogas recomendadas são: sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico, utilizados continuamente durante todo o primeiro ano de vida. Havendo presença de retinocoroidite em atividade ou de hiperproteinorraquia (proteína no líquor cima de 1.000 mg/dL), deve-se associar prednisona ou prednisolona, que deve ser mantida até que ocorra melhora do quadro. - Solicitar hemograma semanal para monitoramento de neutropenia reversível decorrente da pirimetamina. RN com toxoplasmose congênita comprovada devem receber tratamento durante 12 meses, mesmo que assintomáticas. - Solicitar sorologias IgM e IgG a cada dois meses, para crianças com avaliação inicial normal. - Manter aleitamento materno e seguir esquema vacinal, conforme PNI.
	1 mês de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Se investigação inicial normal: Solicitar sorologias IgM e IgG. Se RN com toxoplasmose congênita: checar adesão ao tratamento e resultado de hemogramas solicitados na primeira consulta (5º dia de vida): se < 1.000 neutrófilos/mm³ aumentar dose de ácido folínico para 20 mg/dia; se < 500 neutrófilos/mm³ suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação; se houver estabilização do nível de neutrófilos, espaçar coleta de hemograma para quinzenal por mais dois meses, caso contrário manter coleta semanal. Caso hemogramas normais, seguir acompanhamento mensal.
	2 mês de vida	<ul style="list-style-type: none"> Caso seja toxoplasmose congênita: checar adesão ao tratamento; checar resultado de hemograma solicitado no mês anterior: Caso < 1.000 neutrófilos/mm³ aumentar dose de ácido folínico para 20 mg/dia; se < 500 neutrófilos/mm³, suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação; se houver estabilização do nível de neutrófilos, espaçar coleta de hemograma para mensal até o fim do tratamento.
	3 meses de vida	<ul style="list-style-type: none"> Caso seja investigação inicial normal: verificar resultado de sorologia colhida no primeiro mês; observar queda progressiva nos títulos de IgG até negatificação; se duas sorologias subsequentes negativas, considerar criança não infectada e finalizar investigação; se estabilização ou aumento dos títulos de IgG, considerar criança infectada e proceder tratamento com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico durante 1 ano. Neste caso, solicitar hemograma, função hepática, tomografia de crânio, avaliação oftalmológica e avaliação auditiva. Caso seja toxoplasmose congênita em tratamento: checar adesão ao tratamento; checar resultado de hemograma mensal, se alterações em neutrófilos, manejar conforme citado anteriormente.
	4 meses de vida	<ul style="list-style-type: none"> Caso seja toxoplasmose congênita em tratamento: checar adesão ao tratamento; checar resultado de hemograma solicitado na primeira consulta: se < 1.000 neutrófilos/mm³ aumentar dose de ácido folínico para 20 mg/dia; se < 500 neutrófilos/mm³, suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação; se houver estabilização do nível de neutrófilos espaçar coleta de hemograma para mensal até o fim do tratamento.

SITUAÇÃO	IDADE	CONDUTA
	5 meses de vida	<p>Caso seja investigação inicial normal, títulos de IgG decaindo e ainda não negativos em duas sorologias subsequentes: Solicitar nova sorologia IgM e IgG para toxoplasmose.</p> <p>Caso seja toxoplasmose congênita: checar adesão ao tratamento; checar resultado de hemograma solicitado no mês anterior: se < 1.000 neutrófilos/mm³ aumentar dose de ácido fólico para 20 mg/dia; se < 500 neutrófilos/mm³, suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação; se houver estabilização do nível de neutrófilos, espaçar coleta de hemograma para mensal até o fim do tratamento.</p>
	6 meses de vida	<p>Caso seja toxoplasmose congênita: solicitar avaliação oftalmológica semestral; checar adesão ao tratamento; checar resultado de hemograma no mês anterior: Se < 1.000 neutrófilos/mm³ aumentar dose de ácido fólico para 20 mg/dia; se < 500 neutrófilos/mm³, suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação; se houver estabilização do nível de neutrófilos, espaçar coleta de hemograma para mensal até o fim do tratamento.</p>
	7 meses de vida	<p>Caso seja investigação inicial normal, títulos de IgG decaindo e ainda não negativos em duas sorologias subsequentes: Solicitar nova sorologia IgM e IgG para toxoplasmose.</p> <p>Criança com toxoplasmose congênita: checar adesão ao tratamento; checar resultado de hemograma solicitado no mês anterior: se < 1.000 neutrófilos/mm³ aumentar dose de ácido fólico para 20 mg/dia; se < 500 neutrófilos/mm³, suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação; se houver estabilização do nível de neutrófilos, espaçar coleta de hemograma para mensal até o fim do tratamento.</p>
	8 meses de vida	<p>Caso seja toxoplasmose congênita: checar adesão ao tratamento; checar resultado de hemograma solicitado no mês anterior: se < 1.000 neutrófilos/mm³ aumentar dose de ácido fólico para 20 mg/dia; se < 500 neutrófilos/mm³, suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação; se houver estabilização do nível de neutrófilos, espaçar coleta de hemograma para mensal até o fim do tratamento.</p>
	9 meses de vida	<p>Caso seja investigação inicial normal, títulos de IgG decaindo e ainda não negativos em duas sorologias subsequentes: Solicitar nova sorologia IgM e IgG para toxoplasmose.</p> <p>Caso seja toxoplasmose congênita: checar adesão ao tratamento; checar resultado de hemograma solicitado no mês anterior: se < 1.000 neutrófilos/mm³ aumentar dose de ácido fólico para 20 mg/dia; se < 500 neutrófilos/mm³, suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação; se houver estabilização do nível de neutrófilos, espaçar coleta de hemograma para mensal até o fim do tratamento.</p>
	10 meses de vida	<p>Investigação inicial normal, títulos de IgG decaindo e ainda não negativos em duas sorologias subsequentes: Solicitar nova sorologia IgM e IgG para toxoplasmose.</p> <p>Caso seja toxoplasmose congênita: checar adesão ao tratamento; checar resultado de hemograma solicitado no mês anterior: se < 1.000 neutrófilos/mm³ aumentar dose de ácido fólico para 20 mg/dia; se < 500 neutrófilos/mm³, suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação; se houver estabilização do nível de neutrófilos, espaçar coleta de hemograma para mensal até o fim do tratamento.</p>
	11 meses de vida	<p>Caso seja toxoplasmose congênita: checar adesão ao tratamento; checar resultado de hemograma solicitado no mês anterior: se < 1.000 neutrófilos/mm³ aumentar dose de ácido fólico para 20 mg/dia; se < 500 neutrófilos/mm³, suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação; se houver estabilização do nível de neutrófilos, espaçar coleta de hemograma para mensal até o fim do tratamento.</p>
	12 meses de vida	<p>Caso seja toxoplasmose congênita: avaliação oftalmológica semestral; checar adesão ao tratamento; checar resultado de hemograma solicitado na primeira consulta: se < 1.000 neutrófilos/mm³ aumentar dose de ácido fólico para 20 mg/dia; se < 500 neutrófilos/mm³, suspender a pirimetamina até que ocorra recuperação; se houver estabilização do nível de neutrófilos, espaçar coleta de hemograma para mensal até o fim do tratamento. Caso 12 meses completos de tratamento, suspender medicações e confirmar soronegativação após seis meses.</p>
	1 ano e 6 meses	<p>Caso seja toxoplasmose congênita: avaliação oftalmológica semestral. Sorologias IgM e IgG para confirmar soronegativação.</p>

SITUAÇÃO	IDADE	CONDUTA
CRITÉRIOS DE CONFIRMAÇÃO DE TOXOPLASMOSE CONGÊNITA		
Crianças com IgM antitoxoplasma positiva entre 2 dias e 6 meses de idade.		
Crianças que, durante o acompanhamento, apresentem persistência de positividade de IgG após 12 meses de vida, independentemente da presença de sinais ou sintomas da doença.		
Crianças com sinais e/ou sintomas sugestivos de toxoplasmose congênita, filhas de mães com IgG positiva para toxoplasmose, após exclusão de outras possíveis etiologias (sífilis, citomegalovirose, rubéola).		
Crianças cujas mães apresentaram PCR positiva para toxoplasmose no líquido amniótico.		

Fonte: ¹⁶.

SITUAÇÃO	IDADE	CONDUTA
Criança exposta ao vírus da hepatite B (mãe com sorologia HbsAg reagente no pré-natal ou hepatite B crônica)	5 dias de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Confirmar a aplicação da vacina ou imunoglobulina ao neonato nas primeiras 12 horas de vida; caso não tenha sido realizado na maternidade encaminhar imediatamente para aplicação da imunoglobulina e vacina concomitantemente, <u>de preferência antes das 48 horas de vida do recém-nascido</u>, pois a eficácia da imunoglobulina não pode ser comprovada após este período. - Manter aleitamento materno. - Esquema vacina, conforme PNI.
	2 meses de vida	Aplicar vacina pentavalente (DTP+Hib+hepatite B), conforme rotina PNI.
	4 meses de vida	Aplicar vacina pentavalente (DTP+Hib+hepatite B), conforme rotina PNI.
	6 meses de vida	<p>Aplicar vacina pentavalente (DTP+Hib+hepatite B), conforme rotina PNI.</p> <p>Crianças que receberam imunoprofilaxia ao nascimento devem realizar pesquisa de marcadores imunológicos de hepatite B (HBsAg e anti-HBs) entre 9 e 18 meses de idade, após a última dose da vacina de hepatite B.</p> <p>Não se recomenda pesquisa imunológica com anti-HBc no RN, pois esse marcador atravessa a barreira placentária.</p>
	1 ano e 3 meses	Solicitar sorologia HbsAg e Anti-Hbs
	2 anos	Solicitar sorologia HbsAg e Anti-Hbs

Fonte: ¹⁷.

SITUAÇÃO	IDADE	CONDUTA
Criança exposta ao vírus da hepatite C (mãe portadora de hepatite C)	5 dias de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Manter aleitamento materno - Esquema vacinal, conforme PNI - Programar teste de RNA-HCV a partir dos 3 meses (dois testes no 1º ano de vida, com intervalo de 6 a 12 meses entre os exames.) <u>Dois resultados negativos afastam a infecção pelo vírus da hepatite C em crianças.</u>
	3 meses de vida	Solicitar RNA-HCV
	9 a 12 meses	Solicitar RNA-HCV
	1 ano e 6 meses	Solicitar anti-HCV.

Fonte: ¹⁷.

SITUAÇÃO	IDADE	CONDUTA
Suspeita de Síndrome Congênita do Zika (SCZk)	5º dia de vida	<ol style="list-style-type: none"> 1) Suspeitar e notificar a vigilância epidemiológica se alteração em perímetro cefálico (PC), conforme: <ol style="list-style-type: none"> a) RN com 37 semanas ou mais: PC menor de 31,9 cm (meninos) e 31,5 cm (meninas). b) RN pré-termo: PC menor que -2 desvios padrão. 2) Solicitar: ultrassonografia transfontanela e/ou tomografia de crânio sem contraste no caso de persistência de dúvida diagnóstica, <u>encaminhando para a atenção especializada, se alterações.</u> 3) Manter aleitamento materno. 4) Segmento normal pela equipe de saúde, conforme CAB 33 e cuidado à criança.
	0 até 3 anos de vida	<ol style="list-style-type: none"> 1) Iniciar estimulação precoce (auditiva, visual, motora, habilidades sociais e cognitivas, linguagem, motricidade e orofacial), tão logo a criança esteja clinicamente estável, sem necessariamente ter o diagnóstico de SCZk confirmado. 2) Usar o brincar na estimulação precoce, conforme o manual: Diretrizes de estimulação de Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor decorrente de Microcefalia¹⁷. 3) Manter segmento na atenção especializada em conjunto com a equipe de Saúde da Família (Mediante a classificação de risco e vulnerabilidades clínica, familiar e social).

Fonte: ^{18,19,20}.

QUADRO 10 ESQUEMA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS

Do nascimento até completar 4 meses	Ao completar 4 meses	Ao completar 8 meses	Ao completar 12 meses
Alimentação láctea	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de fruta	Fruta	Fruta
	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
	Papa de fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Papa salgada	Refeição básica da família	Refeição básica da família
	Leite	Leite	Leite

Fonte: adaptado³.

QUADRO 11
ROTEIRO PARA ACOMPANHAMENTO LABORATORIAL
DE CRIANÇAS EXPOSTAS VERTICALMENTE AO HIV

EXAMES	IDADE				
	Ao nascer ou na primeira consulta ambulatorial	1-2 meses	4 meses	6-12 meses	12-18 meses
Hemograma	X	X	X	X	X
AST, ALT, GGT, FA, bilirrubinas	X	X			X
Glicemia	X	X	X		X
Sorologia HIV*	X	X			X**
Carga Viral		X	X		
Torch	X				
Sifilis	X				
VHB e VHC #	X				
LT – CD8 _/CD8		X	X		
HTLV 1/ 2 # #	X				

Fonte: ¹⁷.

QUADRO 12
IDADE RECOMENDAÇÃO DA PROFILAXIA COM SMX+TMP
PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA OPORTUNÍSTICA

Do nascimento até 4 a 6 semanas, não indicar profilaxia
4 a 6 semanas a 4 meses, indicar profilaxia
4 a 12 meses: - Criança infectada pelo HIV ou infecção indeterminada: iniciar ou manter profilaxia - Criança não infectada (2 CV indetectáveis) Não indicar/ suspender
Após os 12 meses: - Criança infectada, indicar de acordo com contagem de LT-CD4+

Fonte: ¹⁷.

TABELA 1
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA DA CRIANÇA

De 0 a 2 meses	Até 60 mrm
De 2 a 11 meses	Até 50 mrm
De 12 meses a 5 anos	Até 40 mrm
De 6 a 8 anos	Até 30 mrm
Acima de 8 anos	Até 20 mrm

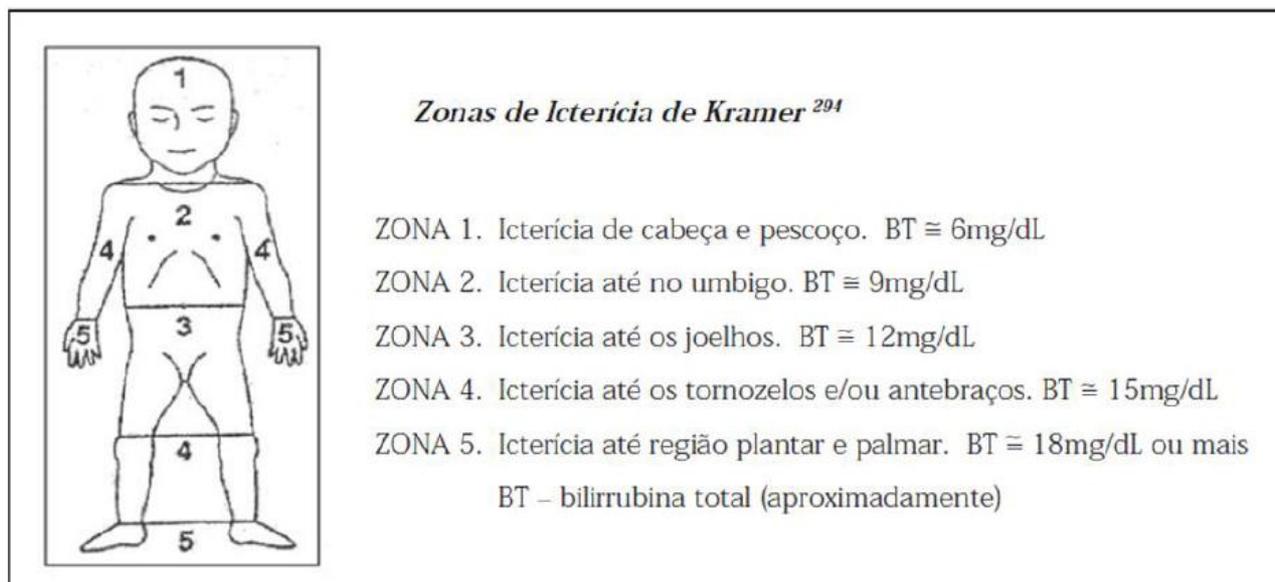
Fonte: adaptado³.

TABELA 2
FREQUÊNCIA CARDÍACA NORMAL DA CRIANÇA

IDADE	VARIAÇÃO	MÉDIA NORMAL
Recém-nato	De 70 a 170	120
11 meses	De 80 a 160	120
2 anos	De 80 a 130	110
4 anos	De 80 a 120	100
6 anos	De 75 a 115	100
8 anos	De 70 a 110	90
10 anos	De 70 a 110	90

Fonte: adaptado³.

FIGURA 1
ZONAS DE ICTERÍCIA DE KRAMER



Fonte: ³.

FIGURA 2
ALVOS POTENCIAIS PARA PREVENÇÃO DA
OBESIDADE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA



Fonte: ³.

PARTE III
PRINCIPAIS MOTIVOS DE CONTATO DE
CRIANÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA



1 INTRODUÇÃO

A Parte III do presente protocolo trata dos **principais motivos de contato de crianças com os serviços na Atenção Básica, exceto puericultura, abordada na Parte II**. Optou-se por organizar os motivos de contato em capítulos correspondentes aos da Ciap (WONCA, 2009). O objetivo é orientar os profissionais nas melhores tomadas de decisão, a partir dos **sinais e sintomas**, tais como eles mais frequentemente chegam à unidade de saúde, norteando a atuação dos membros da equipe no que diz respeito as melhores condutas clínicas baseadas em evidência.

Para a construção das evidências, foram utilizados livros de atenção primária, publicações do Ministério da Saúde e artigos de boa qualidade científica. A escolha dos temas levou em consideração a frequência de aparecimento dos problemas, a relevância epidemiológica e a ausência ou disponibilidade de material norteador em publicações anteriores do Ministério da Saúde. Assim, esta terceira parte não pretende esgotar os temas, mas abordar os mais relevantes motivos de contato de crianças com a Unidade Básica de Saúde (UBS).

Considerou-se as especificidades da Atenção Básica (AB) no atendimento à demanda espontânea, com foco no trabalho em equipe, no conhecimento prévio da população e na facilidade de reavaliações no contexto da continuidade do cuidado e do vínculo. (BRASIL 2012)

Cada motivo de contato é apresentado por uma breve introdução, trazendo a relevância deste para a AB e outras informações relevantes para o manejo. Construíram-se fluxogramas, quando há tomada de decisão no raciocínio clínico e quadros-sínteses para condensar informações de diagnóstico e manejo de maneira prática. Sempre que é relevante, a coluna "quem faz" indica qual(is) profissional(is) da equipe deve(m), preferencialmente, praticar determinados procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 28. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). 2 ed. Florianópolis: SBMFC, 2009.

2 PROBLEMAS GERAIS E INESPECÍFICOS (A)

2.1 Febre^{4,5,6,7}

A febre é sinal comum a vários problemas de saúde de crianças e, frequentemente, apresenta-se como principal motivo de consulta na Atenção Básica. A definição exata da temperatura, a partir da qual se considera febre, é dada por pontos de corte arbitrários que variam na literatura e conforme a região de aferição no corpo, geralmente como temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ⁴.

- **Febre como sinal associado a outros sinais e sintomas**

Existem inúmeras causas infecciosas e não infecciosas para febre (Ver Quadro 2.1). Este fenômeno é mais frequentemente relacionado a uma infecção viral autolimitada. Nestes casos é comum que o foco clínico esteja aparente e, na maior parte das vezes, é possível fazer o diagnóstico da causa e do manejo do problema no serviço de atenção básica, com alta resolutividade. **Para manejar problemas infecciosos com foco clínico claro, em que a febre é um sinal ou sintoma associado, veja os capítulos específicos de motivos de consulta.**

- **Febre sem sinais localizatórios (FSSL): febre aguda não associada a outros sinais ou sintomas**

Apesar de, na maior parte das vezes, a febre vir acompanhada de outros sinais e sintomas, em aproximadamente 20% das crianças que procuram o serviço de saúde com história de até 7 dias de febre, o foco não pode ser determinado na primeira avaliação clínica, mesmo após história e exame físico cuidadosos. Este quadro é, normalmente, denominado “febre sem sinais localizatórios”⁷ ou “febre sem origem definida”⁵.

Essa situação exige muita atenção do profissional da Atenção Básica, especialmente em crianças pequenas, pelo risco de doenças potencialmente graves, que podem evoluir com deterioração do estado geral rápida, principalmente bacteremias ocultas e doenças bacterianas graves (meningites, pneumonias, infecções urinárias etc.)⁵.

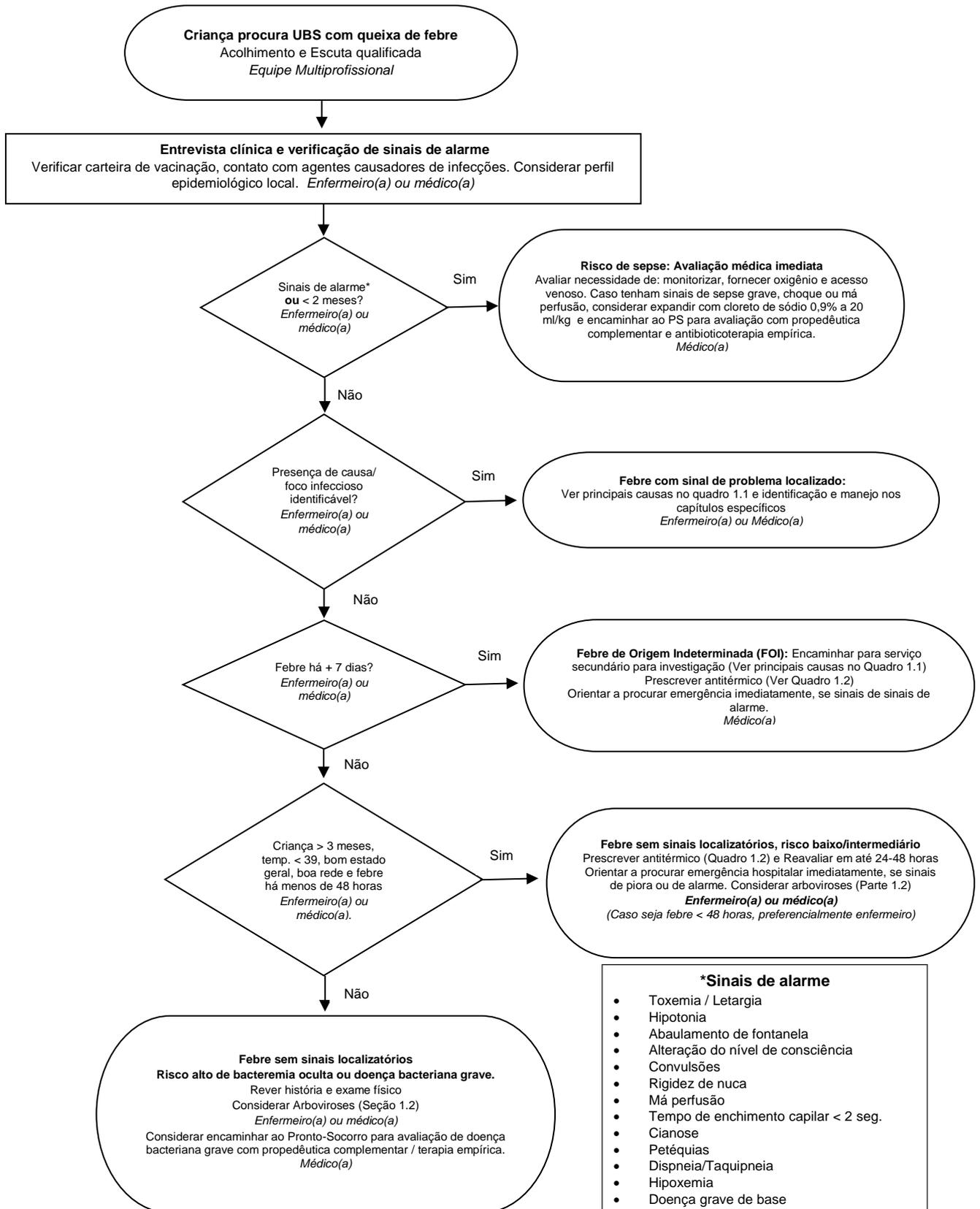
Há muitos protocolos hospitalares para auxiliar o profissional na atenção a crianças com FSSL nos serviços de urgência. Eles utilizam dados de história e exame físico para tomada de decisão sobre quais exames devem ser feitos e quando deve ser introduzida a antibioticoterapia empírica. Eles variam, mas baseiam-se, normalmente, na presença de sinais de alarme, idade, perfil epidemiológico e presença de doenças de base. Este capítulo não se propõe a oferecer mais um protocolo hospitalar de FSSL, mas sim um protocolo de Atenção Básica para auxiliar o profissional na decisão de quais crianças com FSSL estão sob maior risco de doenças potencialmente graves e devem ser encaminhadas para serviços de urgência para realizar a investigação e avaliação de antibioticoterapia empírica e quais crianças podem ser acompanhadas e reavaliadas pela equipe da UBS (Ver Fluxograma 2.1).

- **Febre de origem indeterminada (FOI) ou desconhecida: febre subaguda/crônica**

Ao quadro de febre subaguda ou crônica, sem foco clínico aparente, a literatura dá o nome de “Febre de Origem Indeterminada” (FOI) ou “febre de origem desconhecida”. Este quadro é menos bem definido em termos de duração, mais frequentemente sendo descrita como um quadro de **pelo menos três semanas de duração de febre maior que 38,3°C presente na maioria dos dias, sem causa definida após uma semana de avaliação**⁵. As possíveis causas para FOI incluem outros diagnósticos diferenciais menos comuns, como distúrbios inflamatórios, vasculíticos e neoplasias, devendo ser investigadas, mas normalmente não necessitam de antibioticoterapia empírica urgente. As crianças com esse quadro devem ser encaminhadas para investigação em serviço secundário ou terciário.

O Fluxograma 2.1 auxilia no manejo de crianças que procuram a Atenção Básica com queixa de febre, resumindo as principais causas de febre. As principais medicações antipiréticas e respectivas doses estão no Quadro 2.2. As arboviroses, que são doenças essencialmente febris, estão incluídas na segunda parte deste capítulo (2.2) e possuem fluxograma específico (Fluxograma 2.2).

FLUXOGRAMA 2.1 ATENÇÃO À CRIANÇA COM QUEIXA DE FEBRE NA ATENÇÃO BÁSICA



QUADRO 2.1
PRINCIPAIS CAUSAS DE FEBRE EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA⁵

Febre como sinal ou sintoma associado a um foco identificável à avaliação clínica	Infecções virais e bacterianas do trato respiratório superior (lvas): rinossinusite, amigdalite, faringite, otite média aguda, diarreia aguda (BMJ). Atenção para períodos de epidemias de dengue e zika e chikungunya, que podem ser oligossintomáticos. (veja o índice para ver os protocolos específicos destes motivos de consulta)
Causas comuns de febre sem sinais localizatórios (FSSL)	Infecção do trato urinário, pneumonia, sinusite, bacteremia, artrite séptica, osteomielite, síndromes virais, doença da arranhadura do gato, mononucleose infecciosa, citomegalovirose, malária, tuberculose, reação à vacina (BMJ). Atenção para períodos de epidemias de dengue e zika e chikungunya, que podem ser oligossintomáticos.
Causas comuns de febre de origem indeterminada (FOI)	Artrite idiopática juvenil, lúpus eritematoso sistêmico, febre reumática, doença de Crohn, colite ulcerativa, leucemia, linfoma não Rodgkin.
Causas incomuns de FSSL e/ou FOI	Linfoma de Rodgkin, tempestade tireoidiana, febre tifoide, endocardite, abscesso hepático, abscesso cerebral, sd. choque tóxico estafilocócico e estreptocócico, tularemia, brucelose, leptospirose, encefalite, miocardite, infecção pelo vírus do herpes simples, infecção pelo vírus HIV, toxoplasmose, sarcoidose, sd. serotoninérgica, febre factícia, sd. Munshausen por procuração, doenças relacionadas ao calor, distúrbios autonômicos (BMJ).

Fonte: Adaptado de BMJ (2015).⁵

QUADRO 2.2
PRINCIPAIS ANTITÉRMICOS UTILIZADOS EM CRIANÇAS E MODO DE USAR^{4,6}

MEDICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
Dipirona	Solução oral (gotas): 500 mg/ml 20 gotas = 1 ml 1 gota = 25 mg	Primeira via de escolha, exceto se vômitos ou rebaixamento do nível de consciência. Dose: 1 gota/kg/dose Intervalo: até de 6/6h
	Solução injetável: 500 mg/ml	Segunda via de escolha (preferir via oral). Administração intravenosa ou intramuscular. Para menores de 1 ano, apenas intramuscular. Dose: 0,03 ml/kg/dose Intervalo: até de 6/6 horas
Paracetamol	Solução oral (gotas): 200 mg/ml 15 gotas = 1 ml 1 gota = 25 mg	10-15 mg/kg/dose = 1 gota/kg/dose Intervalo: até de 6/6h máx. 75 mg/kg/dia
Ibuprofeno	Gotas: 50 mg/ml 1 gota = 5 mg	5-10 mg/kg/dose = 1-2 gotas/kg/dose Intervalo: até de 6/6h máx. 40mg/kg/dia não utilizar em suspeita de arbovirose

Fonte: adaptado de GUSSO (2012)⁶.

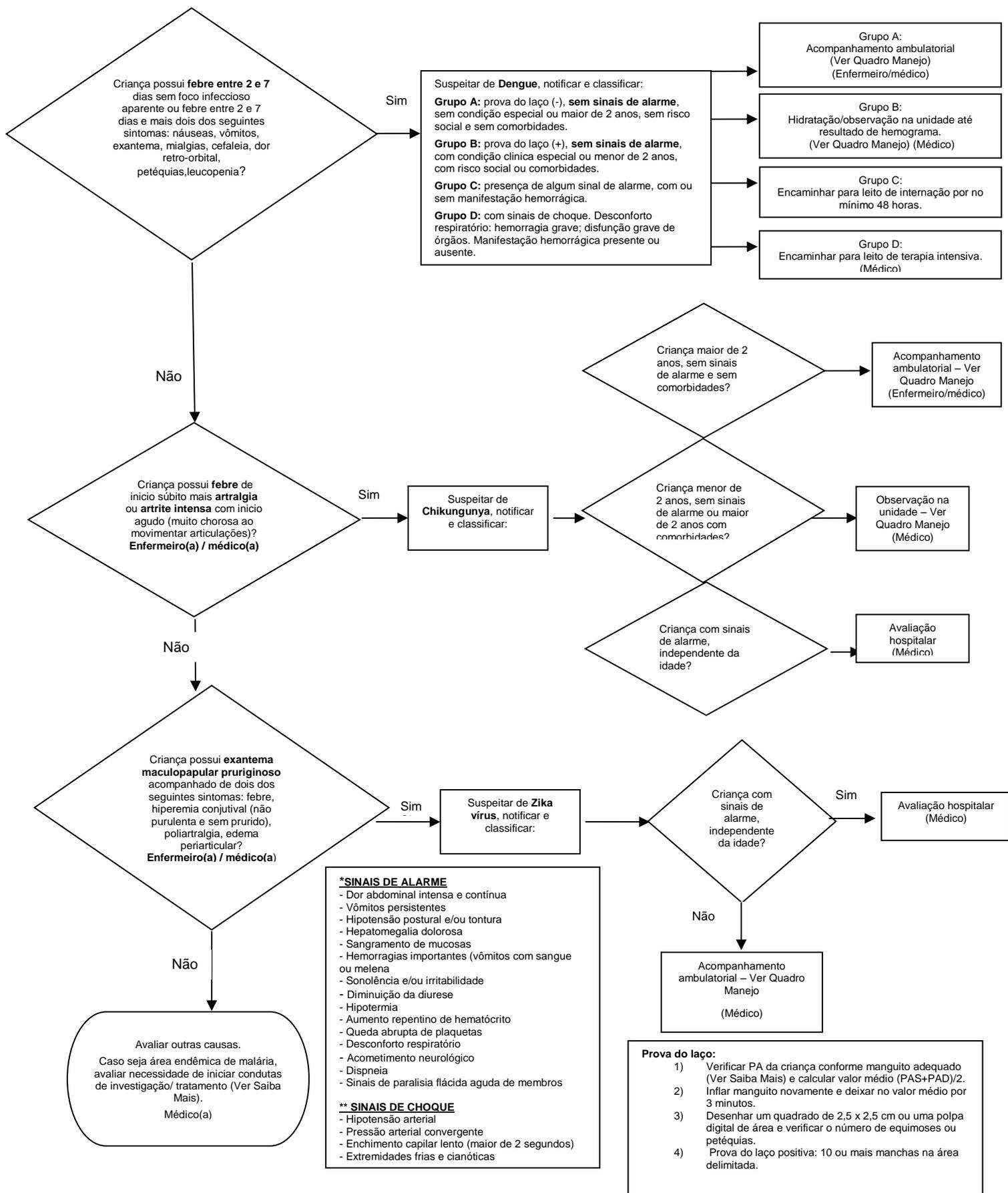
2.2 ARBOVIROSES: FEBRE HEMORRÁGICA DA DENGUE, FEBRE DA ZIKA E FEBRE DE CHIKUNGUNYA^{1,2,3}

Ao atender uma criança com febre na Atenção Básica, o profissional deve incluir entre os diagnósticos diferenciais a possibilidade de arboviroses, especialmente se a febre for acompanhada de poucos sintomas.

Como os sinais e os sintomas destas doenças são frequentemente inespecíficos, considerar o perfil epidemiológico local é de extrema relevância para a suspeita e o raciocínio clínico.

O Fluxograma 2.2 apresenta o raciocínio clínico para diagnóstico diferencial das arboviroses de relevância epidemiológica no Brasil e sua classificação quanto à gravidade. O Quadro 2.3 apresenta o manejo das arboviroses, segundo a classificação de gravidade determinada pelo Fluxograma 2.2.

FLUXOGRAMA 2.2 FEBRE DA DENGUE/ZIKA/CHIKUNGUNYA



QUADRO 2.3
MANEJO DAS ARBOVIROSES CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE: DENGUE, ZICA E CHIKUNGUNYA^{1,2,3}

Utilize o Fluxograma 2.2 para classificar a arbovirose e utilizar o quadro

FEBRE HEMORRÁGICA DA DENGUE		
CLASSIFICAÇÃO	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Grupo A	<ul style="list-style-type: none"> - Exames laboratoriais complementares a critério médico. - Prescrever paracetamol e/ou dipirona, conforme Quadro 1.2. - Não utilizar salicilatos ou anti-inflamatórios não esteroides. - Orientar repouso e prescrever dieta e hidratação oral, conforme Quadro 1.5 - Procurar imediatamente o serviço de urgência em caso de sangramentos ou sinais/sintomas de alarme. - Agendar o retorno para reavaliação clínica no dia de melhora da febre (possível início da fase crítica); caso não haja defervescência, retornar no quinto dia de doença. - Notificar, preencher “cartão da dengue” e liberar o paciente para o domicílio com orientações. - Orientar sobre a eliminação de criadouros do <i>Aedes aegypti</i>, medidas como o uso de repelentes em crianças maiores de 6 meses de idade, uso de roupas que protejam toda a pele e uso de mosquiteiros. - Os exames específicos para confirmação não são necessários para condução clínica. Sua realização deve ser orientada de acordo com a situação epidemiológica. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Grupo B	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma é obrigatório e liberação do resultado em no máximo 4 horas (se hematócrito maior que 38%, encaminhar para avaliação hospitalar). - O paciente deve permanecer em acompanhamento e observação até o resultado dos exames. - Prescrever e iniciar hidratação oral, sintomáticos e cuidados, conforme recomendado para o grupo A, até o resultado dos exames. - Agendar o retorno para reclassificação do paciente, com reavaliação clínica e laboratorial diária, até 48 horas após a queda da febre ou imediata, na presença de sinais de alarme. 	Médico(a)
Grupo C ou D	<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar hidratação endovenosa (EV) e encaminhar para avaliação hospitalar, garantindo transporte seguro da criança. 	Médico(a)
FEBRE DE CHIKUNGUNYA		
Criança maior de 2 anos sem sinais de gravidade e sem comorbidades	<ul style="list-style-type: none"> - Exames laboratoriais complementares a critério médico. - Prescrever paracetamol e/ou dipirona, Quadro 1.2. - Hidratação oral conforme grau de hidratação/desidratação. - Notificar e solicitar exames específicos, conforme orientação da Vigilância Epidemiológica (isolamento viral, PCR ou sorologia). - Orientar sobre a eliminação de criadouros do <i>Aedes aegypti</i>, medidas como o uso de repelentes em crianças maiores de 6 meses de idade, uso de roupas que protejam toda a pele e uso de mosquiteiros. - Utilizar compressas frias para redução de danos articulares (evitar compressas mornas). - Repouso. - Retornar a unidade de saúde, se manutenção da febre por mais de cinco dias 	Médico(a)

	ou sinais de gravidade ou piora clínica.	
Criança menores de 2 anos, sem sinais de gravidade, com ou sem comorbidades	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma com contagem de plaquetas. - Exames laboratoriais complementares a critério médico. - Prescrever paracetamol e/ou dipirona, Quadro 1.2. - Hidratação oral, conforme grau de hidratação/desidratação. - Notificar e solicitar exames específicos, conforme orientação da Vigilância Epidemiológica (isolamento viral, PCR ou sorologia). - Utilizar compressas frias para redução de danos articulares (evitar compressas mornas). - Orientar sobre a eliminação de criadouros do <i>Aedes aegypti</i>, medidas como o uso de repelentes em crianças maiores de 6 meses de idade, uso de roupas que protejam toda a pele e uso de mosquiteiros. - Repouso. - Retornar diariamente a unidade até o desaparecimento da febre. 	Médico(a)
Criança, independente da idade, com sinais de gravidade	Encaminhamento para avaliação hospitalar, garantindo transporte seguro da criança.	Médico(a)
FEBRE DA ZIKA		
Sem sinais de gravidade, independente da idade	<ul style="list-style-type: none"> - Prescrever paracetamol e/ou dipirona, conforme Quadro 1.2. - Caso seja prurido intenso, prescrever anti-histamínicos: dexclorfeniramina ou loratadina (Quadro 1.4). - Notificar e solicitar exames específicos conforme orientação da Vigilância Epidemiológica (isolamento viral, PCR ou sorologia). - Orientar sobre a eliminação de criadouros do <i>Aedes aegypti</i>, medidas como o uso de repelentes em crianças maiores de 6 meses de idade, uso de roupas que protejam toda a pele e uso de mosquiteiros. 	Médico(a)
Com sinais de gravidade, independente da idade	- Considerar encaminhamento para avaliação hospitalar, garantindo transporte seguro da criança.	Médico(a)

QUADRO 2.4
MEDICAMENTOS INDICADOS NO MANEJO DO PRURIDO POR ARBOVÍRUS EM CRIANÇAS⁴

MEDICAMENTO/APRESENTAÇÃO	DOSE
Loratadina 1mg/ml xarope	<ul style="list-style-type: none">• 2 a 5 anos: 5 mg/dia• a partir de 6 anos: 10 mg/dia
Maleato de dexclorfeniramina 0,4mg/ml	<ul style="list-style-type: none">• 2 a 6 anos: 0,5 mg de 6/6 horas (contraindicado em menores de 2 anos)• 6 a 11 anos: 1 mg de 6/6 horas

Fonte⁴: Brasil (2010).

QUADRO 2.5
ORIENTAÇÃO PARA HIDRATAÇÃO VIA ORAL PARA CASOS SUSPEITOS DE DENGUE

<ul style="list-style-type: none">• Oferecer 1/3 na forma de soro de reidratação oral (SRO) e o restante por meio da oferta de água, sucos e chás. Considerar o volume de líquidos a ser ingerido conforme recomendação a seguir (baseado na regra de Holliday Segar acrescido de reposição de possíveis perdas de 3%):<ul style="list-style-type: none">○ Crianças até 10 kg: 130 ml/kg/dia○ Crianças de 10 a 20 kg: 100 ml/kg/dia○ Crianças acima de 20 kg: 80 ml/kg/dia• Nas primeiras 4 a 6 horas do atendimento considerar a oferta de 1/3 deste volume. Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24-48 horas após a defervescência da febre.• A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação. O aleitamento materno deve ser mantido e estimulado.

Fonte: adaptado de Brasil (2016)¹.

SAIBA MAIS

1. Sobre estimulação precoce de crianças com microcefalia: *Manual de estimulação precoce para crianças com microcefalia*. Disponível em:
<http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/04-04_protocolo-SAS.pdf>.
2. Sobre Dengue manejo clínico do adulto e criança:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/14/dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf>>.
3. Sobre combate e prevenção à dengue, à zika e à chikungunya acesse:
<<http://combateaedes.saude.gov.br/pt/>>.
4. Sobre orientações gerais à população sobre zika:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/12/cartilha-informacoes-ao-publico-v2.pdf>>.
5. Sobre procedimentos a serem adotados nos casos de vigilância da febre do zika:
<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/07/Nota-Informativa-zika.pdf>>.
6. Sobre manejo e tratamento de casos de malária na atenção primária:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_malaria.pdf>.

REFERÊNCIAS

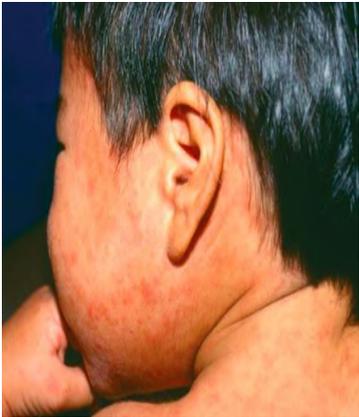
- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Dengue diagnóstico e manejo e clínico: adulto e criança. 5.edição. Brasília-DF,2016. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/14/dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf>
- 2 BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Febre de Chikungunya: manejo clínico. Brasília-DF. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/febre_chikungunya_manejo_clinico.pdf
- 3 BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde - volume único. Brasília-DF, 2014. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilancia-saude-atualizado-05-02-15.pdf>
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Formulário Terapêutico Nacional 2010. Rename 2010. 2ª edição. Brasília-DF, 2010.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf
- 5 BRITISH MEDICAL JOURNAL BEST PRATICE. Avaliação da febre de origem desconhecida em crianças. BMJ Best Praticce, agosto de 2015. disponível:
www.bestpractice.bmj.com
- 6 GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Pratica. Porto Alegre: ARTMED, 2012
- 7 SCHVARTSMAN, Claudio, REIS, Amelia G., FAHRAT, Sylvia C. L. Pronto Socorro. Barueri, SP: Manole, 2009.

2.3 DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

Esse grupo de doenças é caracterizado por exantema ou *rash* eritematoso e, normalmente, é sintoma de doença sistêmica. O diagnóstico deve ser feito pela observação das características das lesões, distribuição e presença de sintomas associados e relação com a febre.

QUADRO 2.6
IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DAS PRINCIPAIS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS DA INFÂNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Varicela Causado pelo RNA vírus (<i>Flaviviridae</i>)</p>  <p>Foto:⁷</p>	<p>Lesões: progridem de mácula → pápula → vesícula → crosta. É característica a presença de lesões em todas as fases ao mesmo tempo. Pode ser pruriginoso, com ou sem febre.</p> <p>Distribuição: tronco-membros (centrífuga).</p> <p>Per. Incubação: 10 a 21 dias</p>	<p>Não há indicação de tratamento de rotina. Encaminhar para tratamento antiviral apenas para crianças imunossuprimidas: Aciclovir endovenoso.</p> <p>Orientar banhos com água tépida, evitar que a criança coce o local a fim de evitar disseminação e/ou infecções.</p> <p>Prescrever emolientes.</p> <p>Pesquisar complicações: Infecção bacteriana secundária: lesão diferente das outras, com maior hiperemia e edema de pele perilesão com ou sem saída de secreção purulenta. Manejo: ver quadro de infecções bacterianas de pele. Pneumonite: Encaminhar para serviço secundário. Varicela disseminada: Muito rara, mais comum em imunossuprimidos. Referenciar.</p> <p>Notificar surtos. (ver <i>Guia de vigilância epidemiológica MS/2014</i>). Afastar da escola: de 2 dias antes da erupção a 5 dias após o aparecimento do primeiro grupo de vesículas.</p>	<p>Médico(a) (prescrição aciclovir) ou enfermeiro(a)</p>

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Sarampo¹ causado pelo mixovírus (<i>Paramyxoviridae</i>)</p>  <p>Foto:⁷</p>	<p>Exantema morbiliforme generalizado no 3º dia. Pródromo: 3 a 5 dias de febre, coriza, conjuntivite, fotofobia e bronquite. Exantema avermelhado → acastanhado. Ao 7º dia surge descamação furfurácea. Dura em média 10 dias. Distribuição: descendente (atrás da orelha e face → tronco → membros).</p> <p>Sinal de Koplik: pontos brancos sobre base enantematosa na mucosa jugal (interior das bochechas).</p> <p>Considerado erradicado no Brasil.</p>	<p>Não ha indicação de tratamento de rotina. Tratar sintomas.</p> <p>Pesquisar complicações: broncopneumonia, otite, gastroenterite, apendicite aguda, úlcera de córnea, encefalite (1/1.000 crianças afetadas).</p> <p>Notificar todos os casos (Ver <i>Guia de vigilância epidemiológica MS/2014</i>).</p> <p>Afastar da escola – Do período prodrômico até o 5º dia de exantema.</p>	<p>Médico(a)</p>
<p>Rubéola Causado pelo rubivírus da família <i>Togaviridae</i></p>  <p>Foto:⁷</p>	<p>Frequentemente oligossintomático.</p> <p>Pródromo de 2 a 3 dias de febre, astenia e adenopatia retroauricular, occipital ou cervical. Exantema máculo-papular róseo descendente que dura 3 a 5 dias.</p> <p>Se dúvida, há sorologia.</p>	<p>Não é necessário tratamento específico. Tratar sintomas.</p> <p>Pesquisar complicações: artrite, encefalite púrpura, malformação fetal em adolescentes grávidas.</p> <p>Notificar todos os casos. (Ver <i>Guia de vigilância epidemiológica MS/2014</i> e Portaria nº 204/2016).</p> <p>Afastar da escola e do contato com gestantes. Transmite de 5 a 7 dias antes do exantema a 7 dias depois do início do exantema.</p>	<p>Médico(a)</p>

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Escarlatina</p> <p>Resposta à estreptolisina do <i>Streptococcus</i> beta-hemolítico.</p>  <p>Foto:⁸</p>  <p>Foto:⁷</p>	<p>Pródromo de 1 a 2 dias de febre, amigdalite purulenta e cefaleia.</p> <p>Exantema micropapular, pruriginoso, que deixa a pele em aspecto de lixa → descamação laminar de extremidades.</p> <p>Linha vermelha em regiões de pregas, especialmente do cotovelo. (sinal de Pastia).</p> <p>Palidez perioral (sinal de Filatov).</p> <p>Língua saburrosa, que posteriormente se descama, com aspecto de framboesa.</p> <p>Febre alta nos primeiros dias de exantema.</p> <p>Pode ser feita coleta de swab de orofaringe para <i>Streptococcus</i> (até 65% de positividade para grupo A).</p>	<p>Prescrever antibiótico para todos os casos. Opções:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilina 40-60 mg/kg/dia, até 1.500 mg/dia em 2 a 3 tomadas durante 10 dias. - Eritromicina 30-50 mg/kg/dia em 3 tomadas por 10 dias. - Penicilina benzatina 600.000 UI (até 20 kg), e 1.200.000 UI (mais de 20 kg) em dose única. <p>Pesquisar complicações: orientar sinais de alarme de febre reumática e glomerulonefrite pós-estreptocócica.</p> <p>Afastar da escola por até 24 horas após primeira dose de antibiótico.</p>	<p>Médico(a)</p>
<p>Eritema infeccioso (quinta doença, cara esbofetada)</p> <p>Causado pelo <i>Parvovirus</i> B19</p>  <p>Foto:⁷</p>	<p>Lesões: início na face, com hiperemia intensa de bochechas, que simula lesão traumática "bochecha esbofetada". Evolui para exantema reticular de tronco e membros.</p> <p>A erupção pode ser intermitente, aparecendo e desaparecendo ao longo de 2 a 3 semanas, piora com exposição solar.</p> <p>Febre baixa e bom estado geral.</p> <p>Tempo de incubação de 5 a 14 dias. Pode ter pródromo de até 10 dias de sintomas respiratórios.</p> <p>Mais comum no inverno e primavera em meninos entre 6 e 10 anos.</p>	<p>Não há indicação de tratamento de rotina. Tratar sintomas.</p> <p>Pesquisar complicações: artralgia, hepatite, anemia aplástica. Encaminhar para tratamento com c-globulina os imunossuprimidos ou com complicações.</p> <p>Afastar da escola.</p>	<p>Médico</p>

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Exantema súbito (Roseola, <i>Roseola infantum</i>)</p>  <p>Foto:⁷</p>	<p>Febre alta durante 3 a 5 dias, com ou sem dor de garganta e linfadenopatia.</p> <p>Exantema surge durante a defervescência da febre: máculo-papular inicialmente no tronco, e segue para a face e membros.</p> <p>Mais comum em crianças até 2 anos. Pode ter linfadenopatia cervical ou occipital.⁶</p>	<p>Não há indicação de tratamento de rotina. Tratar sintomas, especialmente febre com paracetamol ou dipirona.</p> <p>Pesquisar complicações: convulsão febril ocorre em até 10% dos casos.</p> <p>Orientar medidas de higiene e afastar da escola. Transmissão por saliva contaminada.</p>	<p>Médico(a)</p>
<p>Doença Mão-pé-boca (<i>Coxsackiose</i>)</p> <p>Causado pelo vírus <i>Coxsackie</i> A16, enterovírus, piconavírus e outros <i>coxsackies</i>.</p>  <p>Fotos:⁷</p>	<p>Mucosa oral: enantema com lesões ulcerativas, muito dolorosas, mais comuns no palato, língua e mucosa jugal. Iniciam com máculas e pápulas eritematosas → vesículas → úlcera amarela com halo eritematoso.</p> <p>Baixa aceitação alimentar, febre baixa são comuns.</p> <p>Pele: máculas e pápulas eritematosas com vesículas centrais cinza. Mãos e pés são frequentemente envolvidos. Formam-se crostas que desaparecem gradualmente ao longo de 5 a 10 dias sem deixar cicatrizes.</p>	<p>Não há indicação de tratamento de rotina. Tratar sintomas. Prescrever analgésico 30 a 60 minutos antes das refeições para melhorar aceitação alimentar (Ver Quadro 1.2).</p> <p>Pesquisar complicações: desidratação por baixa aceitação alimentar, miocardite, meningoencefalite, edema pulmonar.</p> <p>Orientar medidas de higiene: transmissão é fecal-oral. Lavar as mãos às trocas de fraldas. Não é necessário afastar da escola.</p>	<p>Médico(a)</p>

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 9 - Dermatologia na Atenção Básica. Brasília 2002.
- 3 HARDIN J. Chapter 13. Cutaneous Conditions. In: KNOOP KJ, STACK LB, STORROW AB, THURMAN R. eds. The Atlas of Emergency Medicine, 3e. New York, NY: McGraw-Hill; 2010. Disponível: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=351&Sectionid=39619712>. Acesso: junho, 2016
- 4 SAVASSI, L.C.M.; SAVASSI, F.M.; SAVASSI, W.R. Doenças Exantemáticas Prevalentes na Atenção Primária à Saúde. Programa de atualização em Medicina de Família e Comunidade – PROMEF, módulo 4, ciclo 6, p. 37-78, 2011.
- 5 SIMON, C. EVERITT, H. VAN DORP, F. Oxford Handbook of General Practice. Oxford University Press, 2010.
- 6 TREADWELL, P. Et. Al. BMJ Best Practice Avaliação de rash em crianças. Última atualização em novembro de 2015. <http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice.html>
- 7 USATINE, RP et al. The Color Atlas of Family Medicine, 2e. New York, NY: McGraw-Hill; 2013. Disponível em: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=685&Sectionid=45361173>.
- 8 WOLFF, K. JOHNSON, RA. Fitzpatrick's color atlas & synopsis of Clinical Dermatology. Ed. McGraw-Hill, 2009.

3 PROBLEMAS DO SANGUE, SISTEMA HEMATOPOIÉTICO, LINFÁTICO E BAÇO (B)

3.1 ANEMIA

Anemia é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a condição na qual o conteúdo de hemoglobina no sangue está abaixo do normal.¹ O valor de corte da hemoglobina normal varia conforme a idade (Ver Quadro 3.1).

QUADRO 3.1
PONTOS DE COORTE PARA NÍVEIS DE HEMOGLOBINA E
HEMATÓCRITO ADOTADOS PELA OMS PARA DIAGNÓSTICO DE ANEMIA

IDADE E GÊNERO	HEMOGLOBINA (g/dL)	HEMATOCRITO (%)
Crianças entre 6 e 59 meses	11,0	33
Crianças entre 5 e 11 anos	11,5	34

Fonte: adaptado de³.

Várias condições podem levar à anemia: carência de um ou mais nutrientes essenciais, doença genética (anemia falciforme, hemoglobinopatias etc.) sequestro esplênico em condições com esplenomegalia, diminuição da renina por insuficiência renal crônica, neoplasias, doenças infecciosas e reumatológicas.

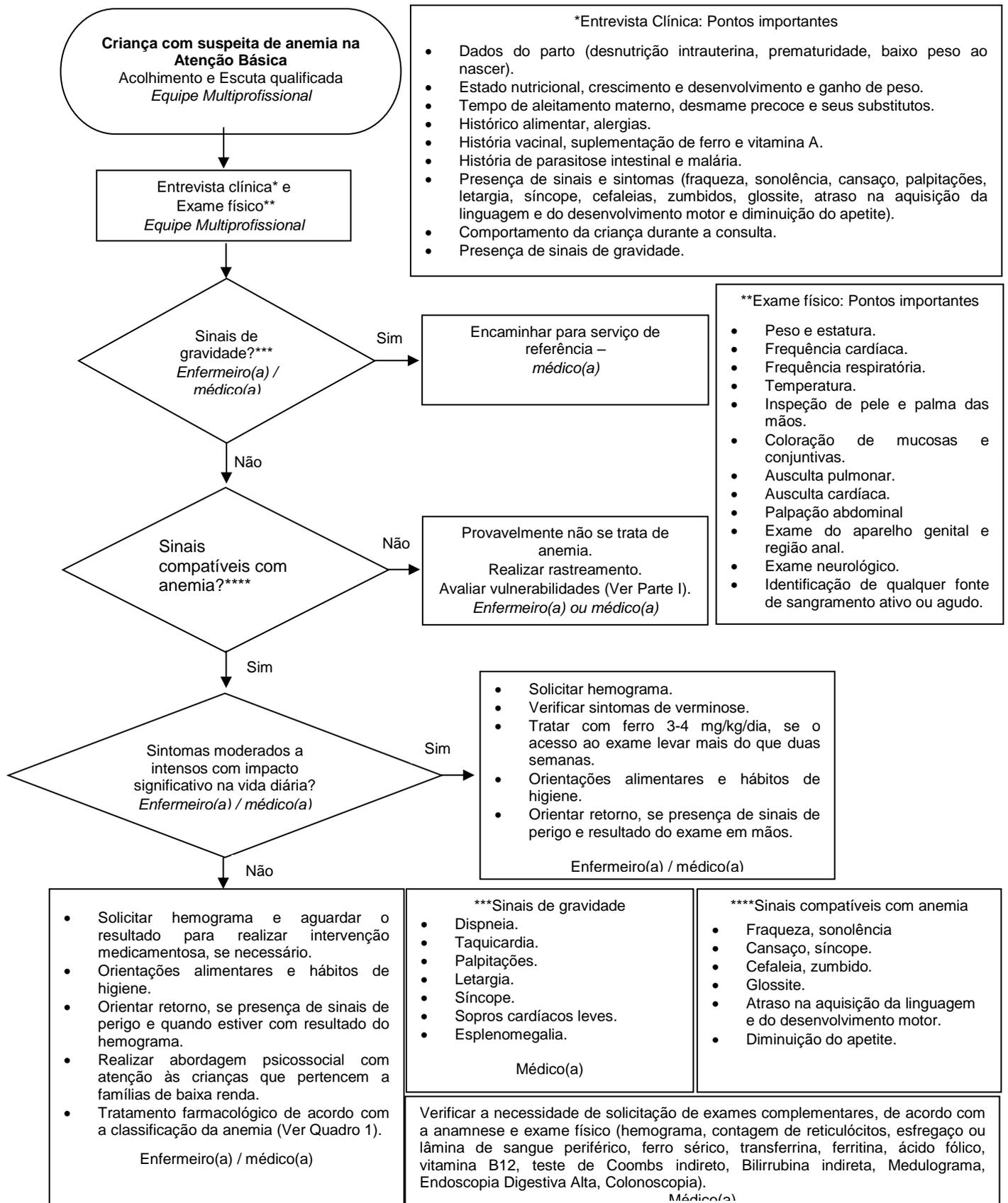
A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS-2006) revelou uma prevalência de anemia em crianças de 20,9%; a Região Nordeste apresenta a maior prevalência (25,5%) e a Região Norte, a menor (10,4%). Quanto à idade, foi maior em crianças com idade inferior a 24 meses (24,1%) e menor nas crianças com idades entre 24 e 59 meses (19,5%). A pesquisa ainda revelou que as crianças moradoras de áreas urbanas apresentaram maior prevalência de anemia se comparadas com as crianças de áreas rurais.⁶

Em crianças, a causa mais comum de anemia é a deficiência de ferro decorrente de carência nutricional, denominada **anemia ferropriva**. Estima-se que atinja metade das crianças menores de 4 anos no Brasil e é, ainda, a principal causa da anemia em crianças menores de 2 anos.²

A anemia pode ter consequências graves para crianças, a saber: fadiga, diminuição da força muscular, atraso no desenvolvimento, déficit cognitivo, falta de memória, baixa concentração, taquicardia, sopro cardíaco e insuficiência cardíaca em casos graves, além de favorecer infecções e outras doenças.³

É papel da atenção básica fazer diagnóstico das anemias e iniciar tratamento da ferropriva com sulfato ferroso, bem como encaminhar casos de maior risco para atenção especializada (Ver Fluxograma 3.1).

FLUXOGRAMA 3.1 ATENÇÃO À CRIANÇA COM SUSPEITA DE ANEMIA NA ATENÇÃO BÁSICA



REFERÊNCIAS

- 1 AMBRUSO, DR; WANG, M; NUSS, R. Distúrbios Hematológicos. In: CARVALHO, PRA; CARVALHO, CV; CHAKR, VCBG. CURRENT Pediatria: Diagnóstico e Tratamento. Porto Alegre: AMGH, 2016. 22ª ed. Cap. 30. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Ações para as Doenças mais Prevalentes na Infância (AIDPI). Brasília, 2016.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Unicef. Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- 3 GIUGLIANI, ERJ; AERTS, D; LIMA, AK. Deficiência de Ferro e Anemia na Criança. In: DUNCAN, BB e col. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Porto Alegre: ARTMED, 2014.
- 4 GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012
- 5 Prefeitura de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. GAS. Protocolo Vitória da Vida – Atenção à Saúde da Criança; 2009 / Área Técnica Saúde da Criança. Vitória-ES: SEMUS, 2009.
- 6 WEFFORT, VRS e col. Anemia Carenciais na Infância. In: JUNIOR, DC & BURNS, DAR. Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3. ed. São Paulo: Manole, 2014.

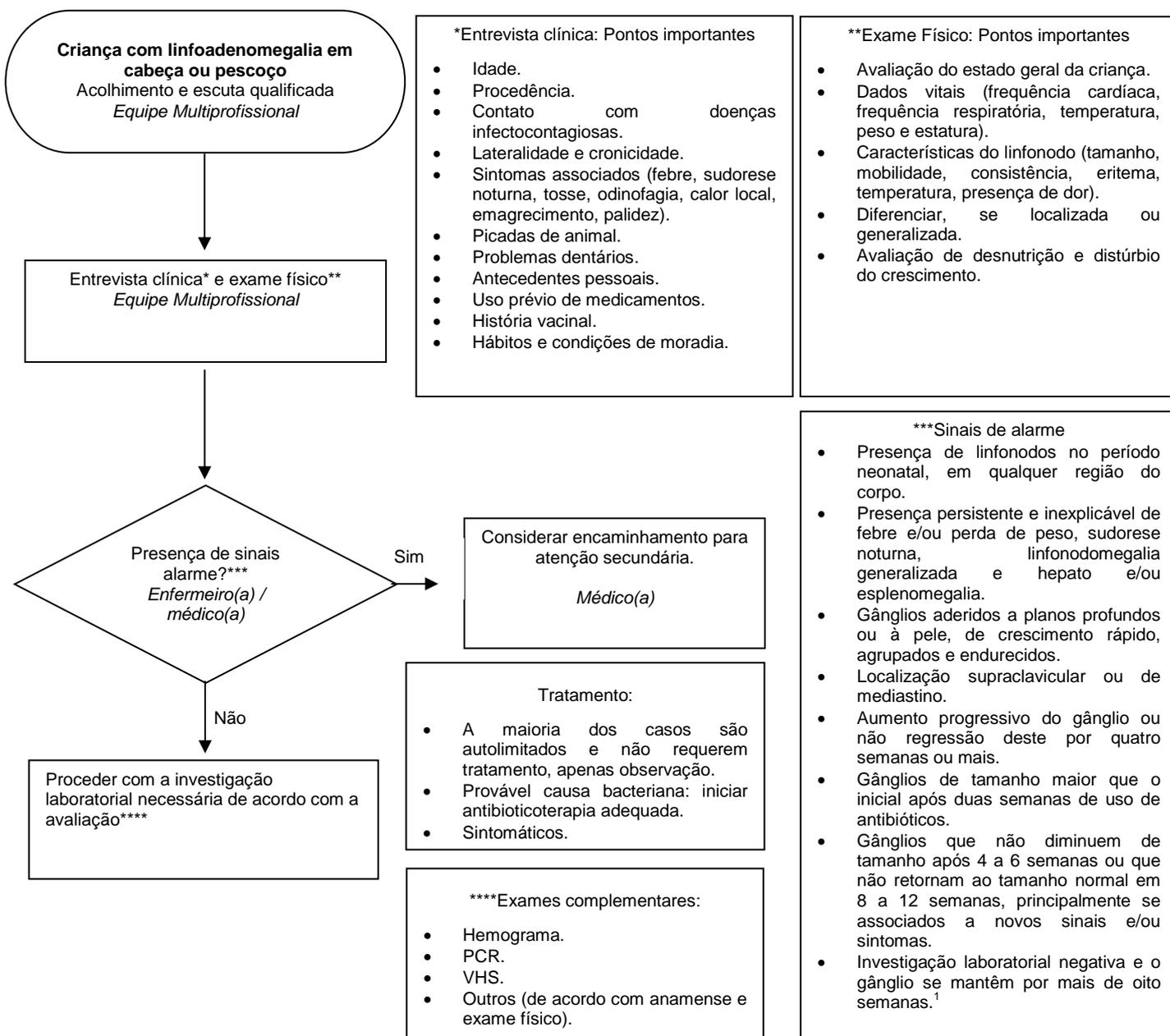
3.2 LINFONODOMEGALIAS NA CABEÇA OU NO PESCOÇO (B)^{1,2,3,4,5}

Linfonodomegalia, linfadenopatia, adenomegalia ou hiperplasia de linfonodo são termos utilizados para definir aumento dos linfonodos (> 1 cm). A queixa de “caroço”, “íngua” são comuns na infância e frequentemente refletem essa condição. Na maioria das vezes refletem linfonodomegalia reacional a uma infecção viral ou bacteriana atual ou prévia, mas podem indicar sinal precoce de doença maligna. A abordagem das adenomegalias na Atenção Primária é de extrema importância, pois o atraso do diagnóstico pode representar prognóstico desfavorável.² **Em crianças de até 2 meses, a ocorrência destes deve motivar investigação criteriosa.**³

Apesar de incomum, merecem destaque as linfonodomegalias em região auricular posterior, epitroclear e supraclavicular que sugerem a ocorrência de leucemias e linfomas.¹ A leucemia aguda representa 25% a 30% dos casos de câncer em pediatria e os linfomas 5% dos tumores em crianças de até 15 anos.⁵

Desse modo, é papel da Atenção Básica identificar casos de risco para doenças graves e encaminhar à atenção especializada.^{1,2} A seguir (Fluxograma 3.2) será apresentada uma proposta de abordagem da criança com essa queixa na Atenção Básica.

FLUXOGRAMA 3.2 ATENÇÃO À CRIANÇA COM QUEIXA DE CAROÇO NA CABEÇA OU PESCOÇO NA ATENÇÃO BÁSICA



REFERÊNCIAS

- 1 BMJ. BEST PRACTICE. Avaliação da Linfadenopatia. Última atualização em 22 de janeiro de 2016. Disponível em: <http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice.html>
- 2 BRAGA, JAP; CASTRO, SL; FERNANDES, MZ. Linfonodomegalias. In: CAMPOS JÚNIOR, D; BURNS, DAR. In: Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, SP: Manole, 2014. 3ª ed. Cap. 9. p. 2269 – 2275.
- 3 CAVALCANTI, EFA. Linfonodomegalia. In: GUSSO, G. & LOPES, JMC, (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 803-809.
- 4 CAMPOS JÚNIOR, D; BURNS, DAR. In: Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, SP: Manole, 2014. 3ª ed. Cap. 4.3. p. 2481 – 2486.
- 5 SOBRINHO, JG e col. Queixas Frequentes em Ambulatório – Adenomegalias. In: SILVA, DB e col. Epidemiologia e Diagnostico Precoce do Cancer na Crianca. In: Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, SP: Manole, 2014. 3ª ed. Cap.1. Seção 21. p. 2203 – 2208.

4 PROBLEMAS DIGESTIVOS (D)

4.1 DOR ABDOMINAL ^{3,4,8,9,10,13,15,16}

A dor abdominal pode ser classificada em dores de parede e dores viscerais. As dores de parede são resultado de algum trauma ou esforço a mais da musculatura abdominal. Ela costuma ser bem localizada e em geral palpável. A dor abdominal visceral resulta de impulsos dolorosos oriundos da cavidade abdominal, quer seja de seu revestimento peritoneal, seja de suas vísceras. É dor em geral difusa, contínua ou em cólicas, sendo irradiada para a parede abdominal de forma mal localizada.

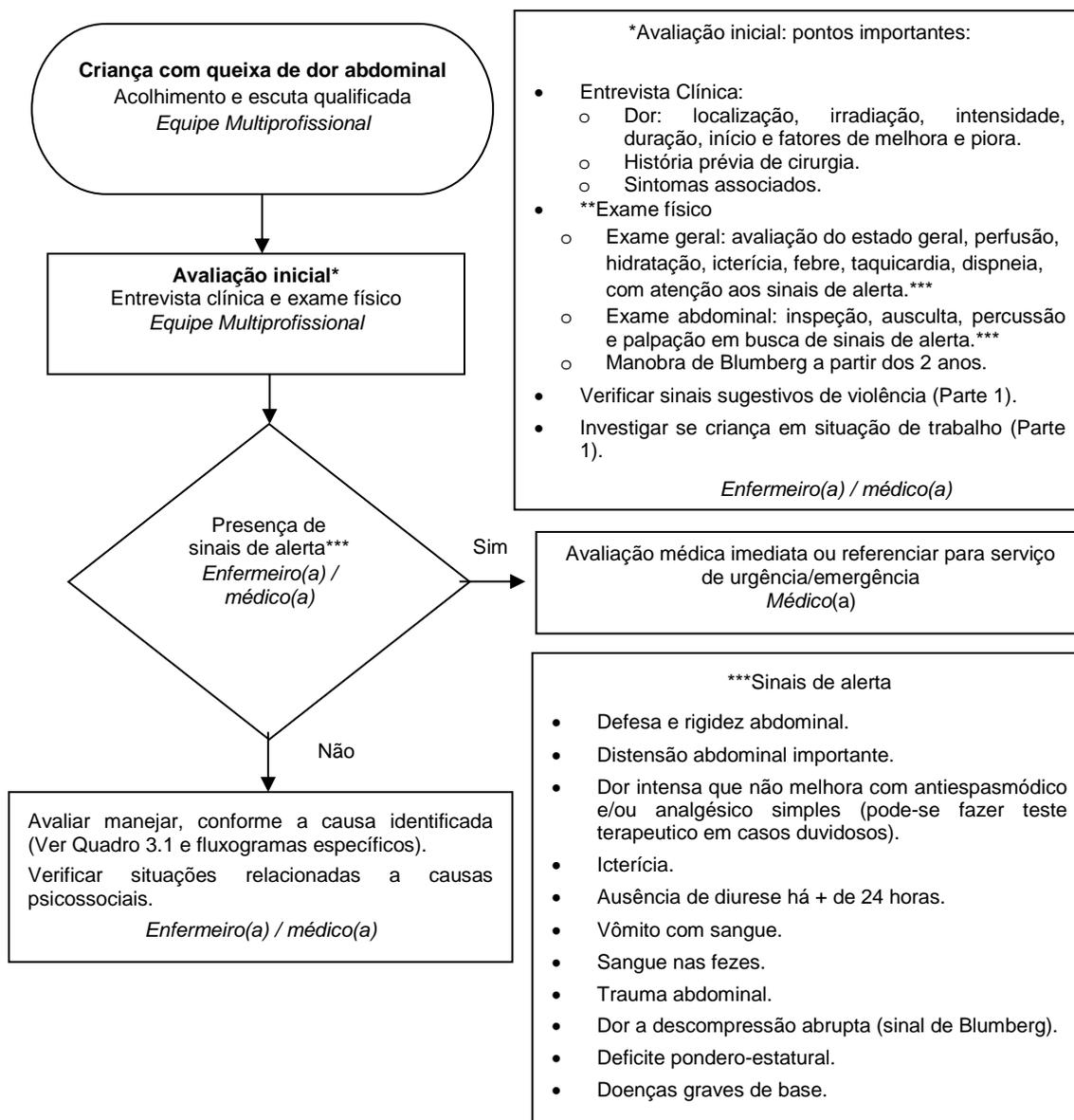
Há de se destacar o quadro definido como “dor abdominal recorrente ou crônica, aquela dor que interfere na qualidade de vida da criança em pelo menos três episódios que se repetem em pelo menos três meses, geralmente não associada a outros sinais e sintomas e que merece cuidado. Há banalização da queixa associando-a a quadros de parasitose inadequadamente. Frequentemente está associada a quadros “funcionais”, relacionados a questões emocionais ou somatização¹⁹.

A causa mais comum de dor abdominal em crianças é a gastroenterite infecciosa, geralmente associada a vômitos, febre e/ou alterações do hábito intestinal.

A causa cirúrgica mais frequente é a apendicite. Outras causas cirúrgicas raras em crianças pequenas incluem hérnia encarcerada, intussuscepção, volvo, doença de Hirshprung, entre outras.

Assim, o profissional da Atenção Básica deve fazer uma avaliação cuidadosa das crianças e adequado manejo deste frequente motivo de contato com o serviço. O Fluxograma 4.1 auxilia na tomada de decisão.

FLUXOGRAMA 4.1 ATENÇÃO À CRIANÇA COM QUEIXA DE DOR ABDOMINAL NA ATENÇÃO BÁSICA



Fonte: Adaptado de BRASIL (2012)³.

QUADRO 4.1
IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DAS CAUSAS MAIS FREQUENTES DE DOR ABDOMINAL EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Cólica infantil	<p>Comumente presente até 1 ano de vida.</p> <p>Caracterizado por choro intenso, geralmente no lactente ocorrendo em mais de 3 horas por dia e por mais de 3 semanas.</p> <p>Exame físico é sempre normal e criança apresenta ganho ponderal adequado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lactentes em aleitamento exclusivo: avaliar pega mamária (posição/sucção); identificar e restringir laticínios e/ou dieta hipoalergênica para a mãe. • Lactentes em uso de fórmula ou leite integral com proteína de vaca: se a cólica for leve a moderada, considerar estimular a diminuição do volume de ingesta da fórmula, e estímulo da introdução de alimentos nas crianças desmamadas. A troca por derivados da proteína de vaca por meio de fórmula hipoalergênica está indicado nos casos mais severos de cólica e quando há presença de sinais de dermatite atópica. • Não há evidências sobre a eficácia do uso de medicamentos para o tratamento da cólica infantil considerando os medicamentos seguros para as faixas etárias menores. • Massagem abdominal, calor local e banhos mornos de aspersão, embora sem evidência científica, podem promover o relaxamento da criança e vínculo familiar, além de tranquilizar os pais. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Gastroenterite presumivelmente infecciosa	<p>Diarreia e/ou vômitos sem presença de sangue e/ou secreção purulenta (etiologia viral).</p> <p>Quadro que pode se manter por até 14 dias e apresenta exame físico normal.</p> <p>Atentar para sinais precoces de desidratação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hidratação e reposição de líquidos / eletrólitos (Ver Fluxograma 3.3 sobre diarreia e vômitos). 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Obstipação/ constipação	<p>Dificuldade de evacuação, fezes endurecidas e dor/ desconforto ao evacuar.</p> <p>Ao exame físico os achados geralmente são normais, a exceção se dá quando a presença de massas palpáveis em região abdominal e anal, as quais necessitam atenção especial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O aleitamento materno nos primeiros 6 meses da vida do lactente reduz o risco de fezes secas e duras. • Aconselhar os pais ou familiares a oferecer fibras por meio de frutas e vegetais, bem com a quantidade de líquido adequada no estágio de desmame. • A ingestão excessiva de leite de vaca na faixa etária de 1 a 3 anos deve ser evitada. • Incentivar exercícios físicos em crianças maiores. • A intervenção precoce com tratamento efetivo deve ocorrer em casos de constipação leve. • Ver Quadro 3. 	Enfermeiro(a) / médico(a)

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Infecção do Trato Urinário (ITU)	É incomum apresentar-se como dor abdominal em crianças. Ver Fluxograma 11.1 de queixas urinárias	<ul style="list-style-type: none"> • Ver fluxograma de queixas urinárias 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Abdome agudo	<p>Geralmente tem sinais de alarme presentes (Ver Fluxograma 3.1).</p> <p>A causa mais comum em crianças é apendicite aguda, cujo sinal ao exame físico mais comum é a dor à descompressão (Manobra de Blumberg) e é caracterizada como dor abdominal localizada geralmente em quadrante inferior D de forte intensidade, acompanhada de febre. Faixa etária mais comum: 2 a 10 anos e adolescência.</p> <p>Outras causas raras: hérnia encarcerada, intussuscepção, volvo, doença de Hirshprung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não oferecer água ou alimentos e encaminhar com urgência para avaliação em emergência hospitalar. • Monitorizar, obter acesso venoso e iniciar hidratação endovenosa com soro fisiológico a 0,9% 20 ml/kg, se sinais de má perfusão ou desidratação. • Medicar para dor enquanto aguarda transporte com escopolamina. 	Médico(a)
Dor abdominal recorrente sem outros sintomas	Dor abdominal recorrente, com exame físico normal. Pode ser somatização, sinal de sofrimento psíquico.	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar com os responsáveis, oferecer apoio, perguntar sobre problemas em casa, na escola e na comunidade. • Tentar identificar situações desencadeantes.¹⁹ • Considerar envolver Equipe Multiprofissional. • Acessar rede intersetorial. 	Enfermeiro(a) ou médico(a)

Fonte:⁹ modificada.

4.2 REFLUXO GASTROESOFÁGICO^{14,18}

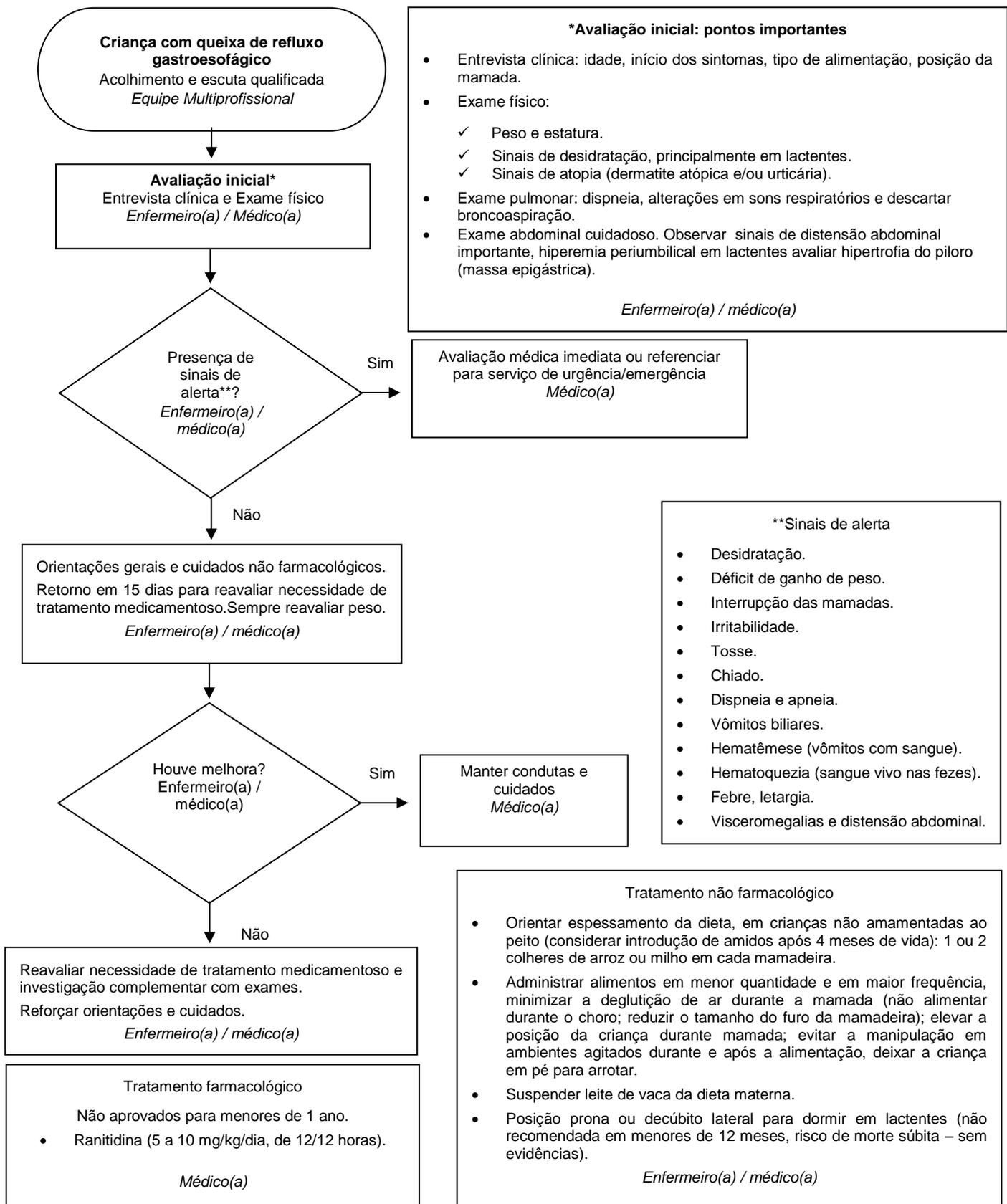
O refluxo gastroesofágico (RGE) é um fenômeno definido como a passagem de conteúdo gástrico para o esôfago com ou sem regurgitação ou vômito. Acontece em qualquer idade e é secundário a adaptações ou relaxamentos transitórios do esfíncter esofágico inferior, ocorrendo por períodos curtos e, frequentemente, assintomáticos. Nas crianças menores que 1 ano é ocorrência comum, que se resolve de forma espontânea entre os 12 e 18 meses de vida pelo processo fisiológico de maturidade do esfíncter. Seus sintomas incluem vômito e regurgitação e, nas maiores, pode haver azia, dor ao engolir, dor epigástrica.

O tratamento deste problema deve estar restrito, portanto à pequena parcela de crianças com repercussões clínicas (Ver Fluxograma 4.2).

“A Doença de refluxo gastroesofágico (DRGE) é o conjunto de sinais ou sintomas que ocorrem da agressão esofágica ou de órgãos adjacentes quando o conteúdo gástrico reflui para o esôfago, orofaringe ou via aérea. As manifestações clínicas incluem vômitos, disfagia, dor abdominal ou retroesternal, má evolução ponderal, irritabilidade do lactente, apneia ou ALTE, pieira ou estridor, tosse ou posturas anormais do pescoço e são resultantes de complicações como esofagite com ou sem estenose, laringite, pneumonia recorrente e anemia.”

FLUXOGRAMA 4.2

ATENÇÃO À CRIANÇA COM QUEIXA DE REFLUXO GASTROESOFÁGICO^{14,18}



4.3 CONSTIPAÇÃO

Causa comum nas consultas da saúde da criança, a constipação é vivenciada na prática da APS como um problema que causa bastante preocupação em pais e responsáveis.

Apesar de ser um problema relativamente fácil de manejar pelos membros da equipe de saúde, a constipação impõe ao profissional de saúde um conhecimento clínico perspicaz, não só para tranquilizar as famílias, mas fundamentalmente identificar os fatores desencadeantes e corrigí-los, além de estar atento a possíveis sinais de gravidade.

O quadro a seguir procura explicar os diferentes manejos da constipação, conforme o período de vida da criança, procurando encaminhar a melhor conduta possível em cada caso.

QUADRO 4.2
IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL
EM CRIANÇAS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA⁸

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Entrevista clínica: questionar quantos dias de constipação, presença de fezes endurecidas ou cíbalos (fezes tipo cabritinho) ou volumosas.</p> <p>Exame físico: verificar presença de distensão abdominal, fissuras anais e/ou alterações na anatomia do ânus, avaliar a motilidade intestinal (normalidade entre 2 a 12 vezes por minuto), presença de fecaloma (massa palpável geralmente em colon descendente/sigmoide. Na suspeita clínica de impactação fecal e/ou fecaloma, realizar toque retal de forma cuidadosa e devendo o profissional se sentir habilitado a ele. Orienta-se em crianças menores/lactentes o uso de dedo mínimo.</p>	<p style="text-align: center;">LACTENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em aleitamento materno exclusivo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tranquilizar a família. ▪ Orientar que esta situação é normal, podendo a criança ficar até 10 dias sem evacuar, desde que não tenha alterações ao exame físico. ▪ Orientar cuidados de estimulação e exercícios de estimulação. ▪ Após este período, a criança deve ser encaminhada ao médico da equipe para investigação clínica. • Em aleitamento misto: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tranquilizar a família. ▪ Avaliar se a introdução do leite de vaca ou outros alimentos pode estar contribuindo para esta situação e, em caso afirmativo otimizar ou suspender seu uso. ▪ Estimular o aumento do consumo de fibras (frutas, vegetais, aveia etc.) ▪ Iniciar com caldo de ameixa preta e não havendo resposta, reavaliar. 	<p style="text-align: center;">Enfermeiro(a) / médico(a)</p>
	<p style="text-align: center;">NÃO LACTENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhorar hábitos alimentares, aumento da ingesta hídrica da criança, correção de horários da alimentação, bem como estímulo da atividade física em crianças maiores de 2 anos. • Observar retenção voluntária dela, principalmente no pré-escolar e orientar. • Aumentar o consumo de fibras alimentares (frutas, verduras etc.) 	
	<p style="text-align: center;">CONDUTA MEDICAMENTOSA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactulose 1 ml/kg por via oral 1 a 2 vezes ao dia em qualquer idade, devendo esta opção ser realizada após mudanças alimentares e outros cuidados. 	<p style="text-align: center;">Médico(a)</p>

Fonte:⁸.

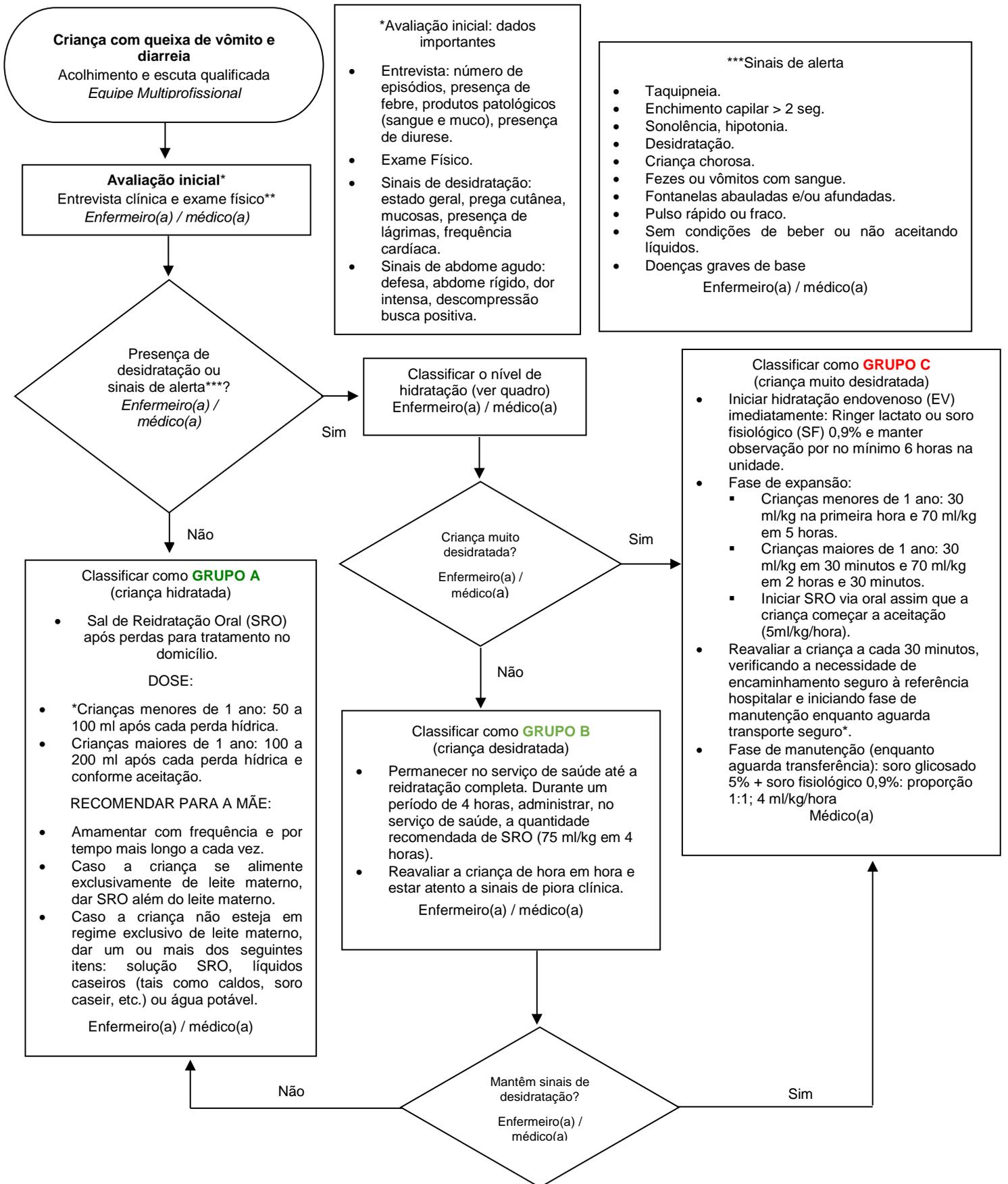
4.4 DIARREIA E VÔMITO^{1,2,3,5}

Vômito é um fenômeno que pode acontecer por diversas causas: problemas no trato gastrointestinal, infecciosos, irritativos ou de motilidade, distúrbios eletrolíticos, ação de fármacos e infecções do sistema nervoso central, após crises de tosse, entre outras. A causa mais comum de vômitos em crianças na atenção básica é infecção viral do trato gastrointestinal.

Diarreia é o aumento da frequência de dejeções e/ou diminuição de sua consistência. Para o seu diagnóstico, deve haver mudança no hábito intestinal da criança (compará-la com ela mesma). Pode ser classificada em aguda ou crônica, a primeira autolimitada a um período até 14 dias, e a segunda a partir daí.

O vômito e a diarreia podem causar desidratação grave, o que depende da frequência e intensidade dos sintomas. É fundamental uma avaliação cuidadosa pelos profissionais da Atenção Básica. O Fluxograma 4.3 auxilia no manejo dessa condição, cujo tratamento é simples e salva vidas.

FLUXOGRAMA 4.3 ATENÇÃO À CRIANÇA COM QUEIXA DE VÔMITO E/OU DIARREIA



1) crianças menores de 2 meses com quadro de desidratação deverão ser encaminhadas para avaliação hospitalar com urgência, mediante transporte seguro** dela.

2) Em casos de vômitos incoercíveis esta indicado o uso de ondansetrona em crianças maiores de 2 anos (prescrição médica).

3) O quadro clínico mais comum que associa vômitos e diarreia em crianças é a gastroenterite viral.

**transporte seguro: criança (independente da idade) estabilizada sem sinais de gravidade ou sob cuidados intensivos de um profissional de saúde com suporte clínico (ambulância etc.).

Quadro 4.3: Classificação da diarreia segundo o grau de desidratação

GRUPO A: CRIANÇA HIDRATADA	
<ul style="list-style-type: none">• Criança alerta• Olhos brilhantes com lágrima• Mucosas úmidas• Bregma Normotensa• Turgor cutâneo normal	<ul style="list-style-type: none">• Pulso cheio• Perfusão normal (menor que 2")• Circulação/pressão arterial normal• Diurese normal
GRUPO B: CRIANÇA DESIDRATADA	
<ul style="list-style-type: none">• Criança irritada, com sede• Olhos encovados• Mucosas secas• Bregma deprimida• Turgor cutâneo pouco diminuído	<ul style="list-style-type: none">• Pulso palpável• Perfusão normal (menor que 2")• Circulação/pressão arterial normal• Diurese pouco diminuída
GRUPO C: MUITO DESIDRATADA	
<ul style="list-style-type: none">• Criança deprimida/ comatosa• Olhos muito encovados, sem lágrimas• Mucosas muito secas• Bregma muito deprimida• Turgor cutâneo muito diminuído	<ul style="list-style-type: none">• Pulso rápido, ausente ou débil• Perfusão alterada (maior que 2")• Circulação/pressão arterial• Diurese oligúria/anúria

4.5 PARASIToses INTESTINAIS (D)

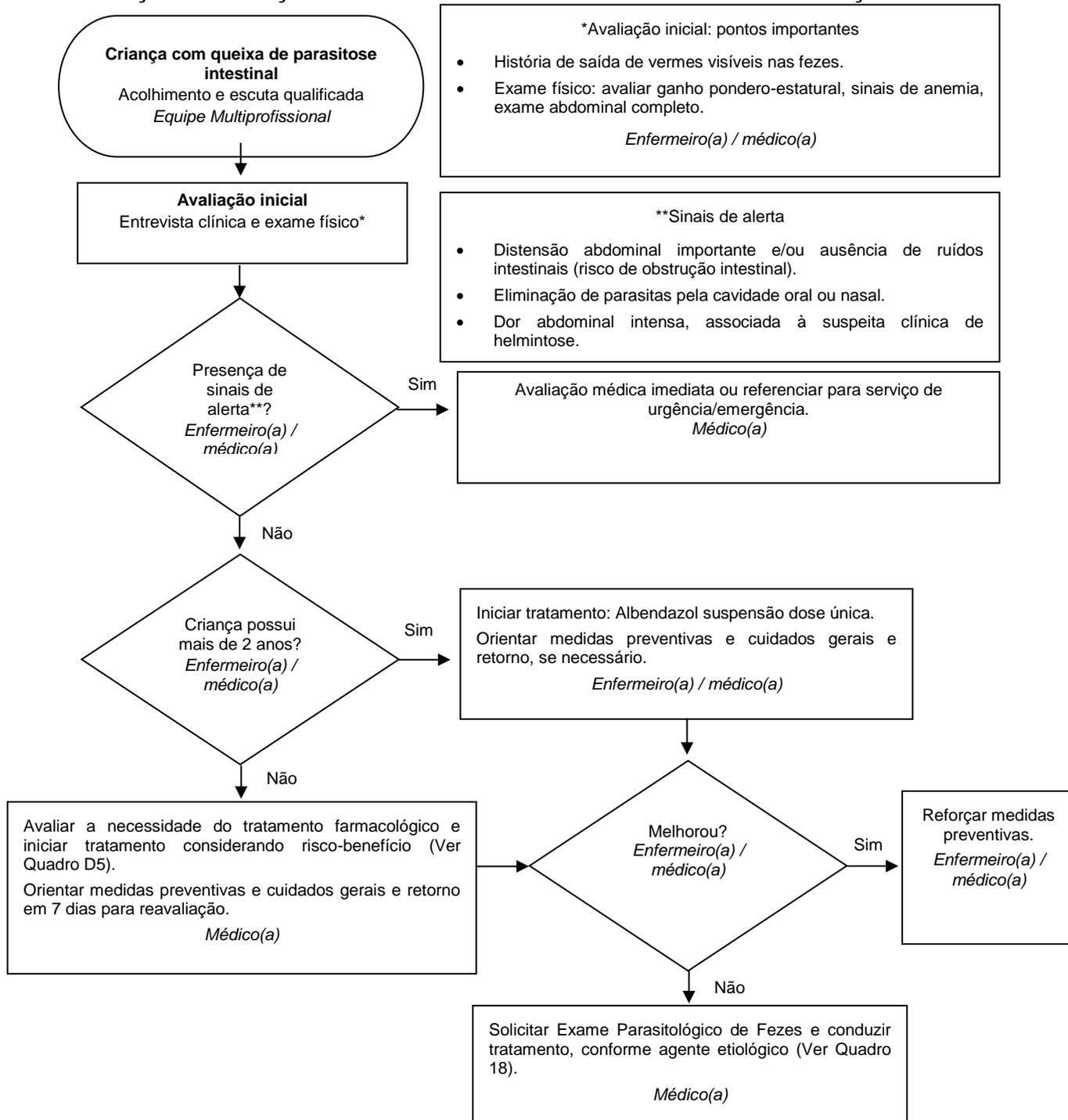
As parasitoses intestinais constituem a doença mais comum do globo terrestre. São endêmicas e constituem importante agravo à saúde e, assim, problemas de saúde pública. São frequentemente assintomáticas, mas podem causar perda de peso e desnutrição, anemia, diarreia crônica, dor abdominal crônica e prurido anal.

Entre os helmintos, os mais frequentes são os nematelmintos *Ascaris lumbricoide* e *Trichuris trichiura* e os ancilostomídeos. Já entre os protozoários destacam-se *Entamoeba histolytica* e *Giardia lamblia*. A esquistossomose mansônica também constitui uma parasitose intestinal de ampla distribuição no País.

O Fluxograma 4.4 direciona o raciocínio clínico para abordagem deste frequente problema na atenção básica.

FLUXOGRAMA 4.4

ATENÇÃO À CRIANÇA COM QUEIXA DE PARASITOSE INTESTINAL NA ATENÇÃO BÁSICA



ORIENTAÇÕES GERAIS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS ENTEROPARASIToses

- Manter higiene rotineira das mãos da criança, principalmente antes das refeições e após uso de sanitários.
- Manter unhas sempre bem aparadas.
- Lavar bem frutas e verduras antes do consumo*.
- Proteger os alimentos de insetos e/ou outros vetores disseminadores de parasitoses (poeira, gotículas etc).
- Ingerir sempre água filtrada ou fervida.
- Na higiene de frutas e verduras o uso de hipoclorito 2% (água sanitária), 2 gotas em cada litro de água por 30 minutos e após lavar as mesmas com água corrente, contribuem em muito na prevenção de ingesta de ovos e cistos de agentes parasitários.

Enfermeiro(a) / médico(a)

QUADRO 4.4
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DAS PARASITOSES INTESTINAIS,
SEGUNDO O AGENTE ETIOLÓGICO^{6,7,11,12}

Causa (tipo de parasita)	O que fazer	Observações	Quem faz
Ascaridíase (<i>Ascaris lumbricoides</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Albendazol, 400 mg, dose única. 	<ul style="list-style-type: none"> Crianças menores de 2 anos: avaliar o risco/benefício, pois embora amplamente utilizados, não há dados de segurança nesta faixa etária para uso destes medicamentos. Albendazol em crianças entre 12 meses e 2 anos a dose permitida, avaliando-se risco-benefício, é de 200 mg dose única. Praziquantel, utilizar apenas em crianças maiores de 4 anos, pois não existem dados de segurança nas faixas etárias inferiores. A Ivermectina deve ser evitada em crianças menores de 5 anos, com peso menor 15 kg. 	<i>Enfermeiro(a)</i> / , <i>médico(a)</i>
Enterobiase (<i>Enterobius vermiculares</i>)	Primeira escolha: <ul style="list-style-type: none"> Albendazol, 400 mg, dose única. Segunda escolha: <ul style="list-style-type: none"> Ivermectina, 0,15 a 0,20 mg/kg, dose única. 		
Ancilostomíase (<i>Necator Americano</i>) (<i>Ancylostoma duodenale</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Albendazol, 400 mg, dose única. 		
Tricurise (<i>Trichuris trichiura</i>)	Primeira escolha: <ul style="list-style-type: none"> Albendazol, 400 mg, dose única. Segunda escolha: <ul style="list-style-type: none"> Ivermectina, 0,15 a 0,20 mg/kg, dose única. 		
Estrongiloidíase (<i>Strongyloides stercoralis</i>)	Primeira escolha: <ul style="list-style-type: none"> Albendazol, 400 mg, dose única, 3 dias. Segunda escolha: <ul style="list-style-type: none"> Ivermectina, 0,15 a 0,20 mg/kg, dose única. 		
Teníase (<i>Taenia solium</i>) (<i>Taenia saginata</i>)	Primeira escolha: <ul style="list-style-type: none"> Praziquantel, 10 a 20 mg/kg (dose máxima 600 mg). Segunda escolha: <ul style="list-style-type: none"> Albendazol, 400 mg, dose única, por 3 dias. 		
Esquistossomose (<i>Schistossoma mansoni</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Praziquantel 60 mg/kg, dose única, para crianças. 		
Himenolepiase (<i>Hymenolepis nana</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Praziquantel, 10 a 20 mg/kg, dose única, repetir após 10 dias. 		

Fonte (adaptado) ^{6,7,11,12}.

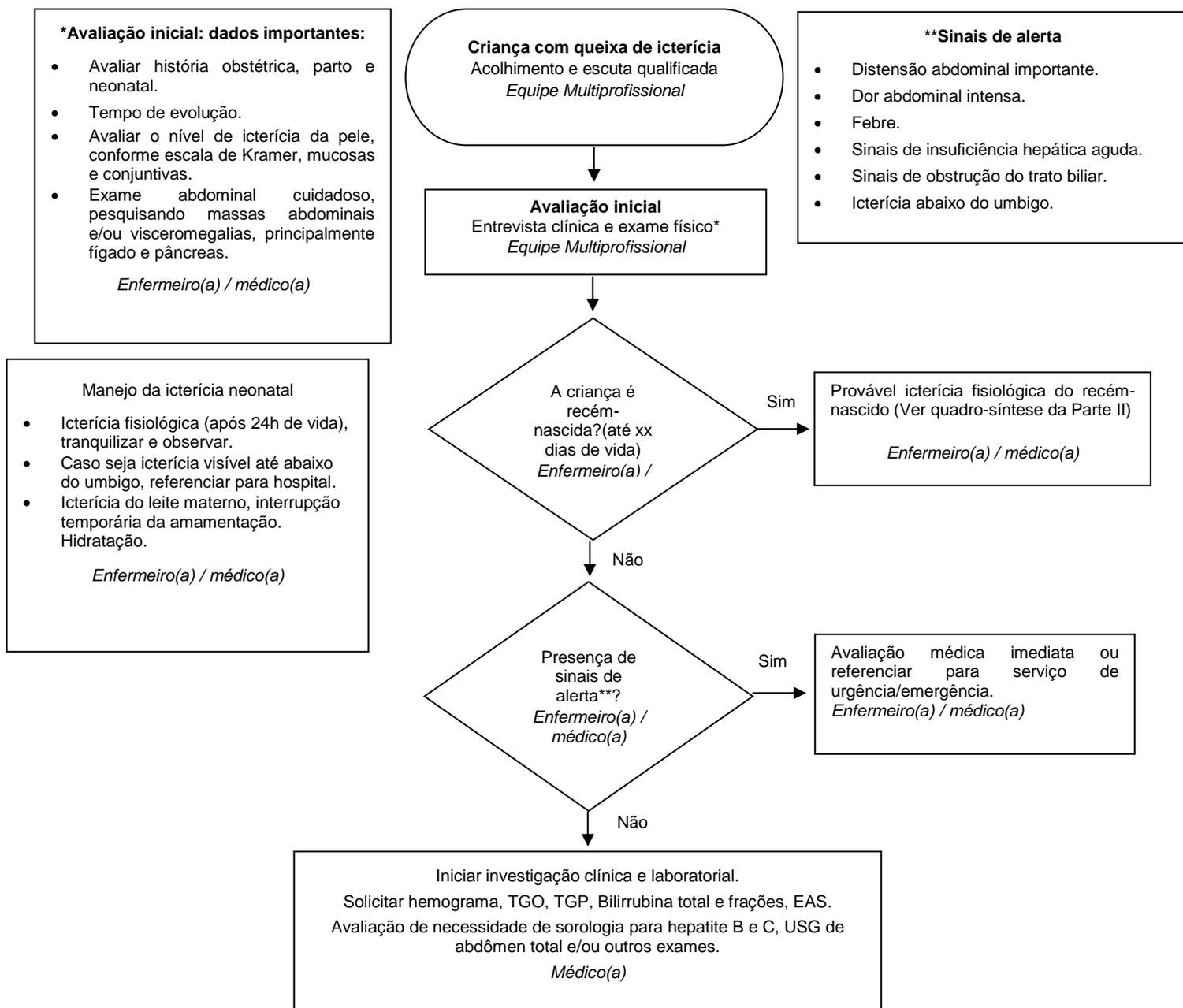
4.6 ICTERÍCIA (D)^{14,18}

A icterícia é a coloração da pele, escleróticas e membranas mucosas pela deposição, nesses locais de bilirrubina, que se encontra em níveis elevados no plasma. Resulta de alterações da produção e/ou do metabolismo ou de sua excreção da bilirrubina. Doenças do fígado podem ter como única expressão clínica a icterícia, mas ela pode surgir como sinal de outras doenças não hepáticas.

Lembrar que a avaliação de icterícia deve ser feita sob luz natural e que pele e conjuntiva ocular são pontos de pesquisa.

Também lembrar que deve ser diferenciada da pigmentação amarelada da pele causada pela ingestão excessiva e contínua de pigmentos alimentares amarelos vindo, por exemplo, da cenoura ou da abóbora que dá cor amarela a regiões como as palmas das mãos, mas poupa as mucosas.

FLUXOGRAMA 4.6 ATENÇÃO À CRIANÇA COM QUEIXA DE ICTERÍCIA NA ATENÇÃO BÁSICA



REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. AIDPI: atenção integrada às doenças prevalentes na infância: curso de capacitação. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Cartaz de manejo do paciente com diarreia. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 28. Acolhimento a demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Volume 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 33. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. AIDPI: atenção integrada às doenças prevalentes na infância: quadro de procedimentos neonatal. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). 9 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Nacional Vigilância e Controle de enteroparasitoses. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 8 BRITISH MEDICAL JOURNAL BEST PRACTICE. Constipação em Crianças. Última atualização em 04 de fevereiro de 2015. Disponível em: <http://brasil.bestpractice.bmj.com/bestpractice/monograph/154.html>
- 9 BRITISH MEDICAL JOURNAL BEST PRACTICE. Dor abdominal em crianças. Última atualização em 05 de agosto de 2015. Disponível em: <http://brasil.bestpractice.bmj.com/bestpractice/monographpdf/787.pdf>
- 10 BRITISH MEDICAL JOURNAL BEST PRACTICE. Urinary tract infections in children. Última atualização em julho de 2015. Disponível em: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/789>.
- 11 CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIAS. Protocolo de enfermagem da Atenção Primária do Estado de Goiás. Goiânia, 2014.
- 12 CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO (CORENRJ). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro-RJ. Protocolos de enfermagem da atenção primária à saúde. Rio de Janeiro, 2012.
- 13 CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY. Critch, JN. Nutrition and Gastroenterology Committee. Paediatric Child Health, 2011. Disponível em: <http://www.cps.ca/documents/position/infantilecolicdietaryinterventions>

- 14 GUSSO, G. *et al.* Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática Porto Alegre: Artmed 2012 pg 884
- 15 IACOVOU *et al.* Dietary management of infantile colic: a systematic review. *Matern Child Health J.* 2012.
- 16 LEUNG *et al.* Infantile colic: a review. *J R Society Promotion Health.* 2004
- 17 NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. Does This Child Have Appendicitis? Bundy *et al.*, *JAMA*, 2007. Disponível:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2703737/pdf/nihms113181.pdf>
- 18 PEREIRA F. *Gastroenterologia Pediátrica: aspectos práticos.* SPED Serviço de Gastroenterologia Pediátrica, 2010.
- 19 Zeitlin SV. Palliative care: Grief and bereavement. *Prim Care*, 2001; 28 (2): 415-425

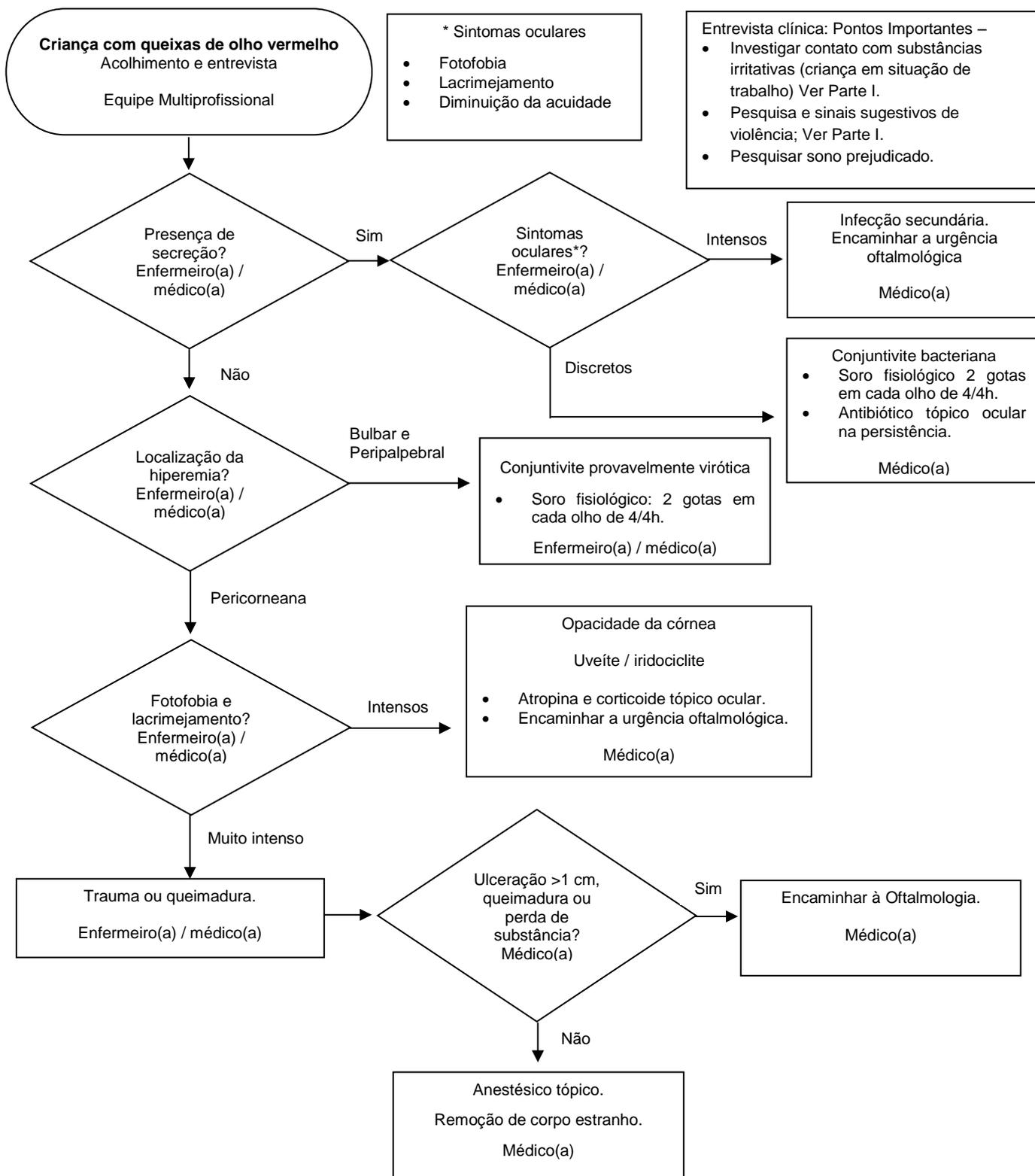
5. PROBLEMAS DO OLHO (F)

5.1 OLHO VERMELHO

Trata-se de hiperemia da conjuntiva, de causa variável, em geral inflamatória, infecciosa ou traumática, em geral com bom prognóstico, podendo ser abordada na maioria das vezes no contexto da Atenção Primária à Saúde. A avaliação de sintomas como a secreção ocular, localização da hiperemia, dor, lacrimejamento, fotofobia e opacidade define o diagnóstico. Avaliar a acuidade visual por meio da tabela de Snellen – ou solicitar que o paciente leia algum texto na ausência desta – é uma boa prática clínica na queixa do olho vermelho. É importante também estar atento para os sinais de alerta de gravidade.

O Fluxograma 5.1 e o Quadro 5.1 auxiliam no manejo deste problema na Atenção Básica.

FLUXOGRAMA 5.1 ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM QUEIXAS DE OLHO VERMELHO NA ATENÇÃO BÁSICA



QUADRO 5.1

MANEJO DE OLHO VERMELHO NA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA^{1,2,3}

O QUE	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Conjuntivite infecciosa	Olho vermelho associado à secreção, hiperemia bulbar e/ou peripalpebral. Sintomas oculares de fotofobia, dor, lacrimejamento, alteração da acuidade visual: ausentes ou leves. Suspeitar de bacteriana na presença de secreção abundante, e virótica, caso apresente-se sem secreção importante.	<ul style="list-style-type: none">• Tratar com soro fisiológico.• Na Atenção Primária, a maioria dos casos de conjuntivite, mesmo bacteriana, resolve-se sem necessidade de antibioticoterapia tópica, que deve ser reservada para quadros mais graves ou com tomada de decisão compartilhada com o paciente.	Enfermeiro(a) / médico(a)
Trauma, corpo estranho ou queimadura ocular	Olho vermelho com ou sem história de trauma direto, sem secreção, com hiperemia pericorneana. Sintomas oculares de fotofobia, dor, lacrimejamento: muito intensos; sem alteração da acuidade visual, córnea e pupilas normais.	<ul style="list-style-type: none">• Trauma pequeno: ulceração até 1 cm e sem perda de substância: usar anestésico tópico e realizar remoção de corpo estranho.• Trauma acima de 1 cm, presença de queimadura ou perda de substância ocular: encaminhar à Oftalmologia.	Médico(a)
Iridociclite (Uveíte)	Olho vermelho sem história de trauma direto, sem secreção, com hiperemia pericorneana. Sintomas oculares de fotofobia, dor, lacrimejamento: moderados a intensos. Alteração da acuidade visual ausente ou discreta. Opacidade da córnea e pupilas mióticas.	<ul style="list-style-type: none">• Encaminhar à Oftalmologia com urgência.• Na impossibilidade de serviço secundário, considerar prescrever Atropina e corticoide tópico ocular.	Médico(a)

Fonte: autoria própria.

5.2 PROCESSOS IRRITATIVOS, INFLAMATÓRIOS E INFECCIOSOS DOS OLHOS E ANEXOS

Outros problemas oculares podem surgir no cotidiano da Atenção Básica, a saber: processos irritativos, inflamatórios ou infecciosos, que acometem o olho e seus anexos. Na piora do quadro – visão borrada e dor ou diminuição da acuidade visual, na incerteza do diagnóstico, na resistência ao tratamento ou na suspeita de neoplasia, o paciente deve ser encaminhado ao oftalmologista.² O Quadro 5.2 auxilia no manejo destes outros problemas oculares.

QUADRO 5.2
MANEJO DE PROCESSOS IRRITATIVOS, INFLAMATÓRIOS E INFECCIOSOS DOS OLHOS E ANEXOS EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Problema	Como identificar/avaliar	O que fazer	Quem faz
Hordéolo	Infecção das glândulas palpebrais, também conhecido como terçol.	Orientar compressas mornas.	Enfermeiro (a) / médico(a)
		Antibiótico tópico e corticoide apenas para casos graves.	Médico(a)
Calázio	Retenção de conteúdo sebáceo subpalpebral.	Calázio pequeno: não há tratamento a não ser por indicação estética. Calázio grande: encaminhar à Oftalmologia para cirurgia ambulatorial.	Médico(a)
Pterígio	Crescimento fibroso da conjuntiva sobre a córnea.	Pterígio pequeno: não há tratamento a não ser por indicação estética. Pterígio grande: encaminhar à Oftalmologia para cirurgia ambulatorial + profilaxia da recidiva.	Médico(a)
Blefarite	Inflamação crônica das margens palpebrais levando a olho seco e irritação ocular.	Higienização e massagem local. Encaminhar à Oftalmologia se persistente/grave.	Médico(a)
Olho seco	Má lubrificação lacrimal ocasionando ardência, sensação de corpo estranho, borramento visual.	UBS (colírios lubrificantes/ lágrimas artificiais). Encaminhar à Oftalmologia somente se doença adjacente	Enfermeiro(a) / médico(a)

Fonte:².

REFERÊNCIAS

- 1 ESTEVES & TELICHEVESKY. Olho vermelho. In DUNCAN et al. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4a Edição, Porto Alegre, 2013
- 2 PROCIANOY, F. Outras Patologias Oculares. In DUNCAN et al. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4a Edição. Porto Alegre, 2013.
- 3 SHEIKH A, HURWITZ B, VAN Schayck CP, MCLEAN S, NURMATOV U. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Sep 12;9:CD001211. doi: 10.1002/14651858.CD001211.pub3.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16625540>
- 4 GARCIA, EA. Vias Lacrimais. In: In: Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, SP: Manole, 2014. 3ª ed. Seção 30. Cap. 1. p. 3413 – 3418.

6 PROBLEMAS DO OUVIDO (H)^{1,2}

Os problemas de ouvido em crianças são frequentes na Atenção Básica, especialmente a otalgia – o corpo estranho e o cerumen em excesso –, nos quais a otoscopia tem alto valor diagnóstico. Crianças menores de 2 meses, necessitam atenção especial por parte do profissional médico ou enfermeiro.

Na Atenção Básica os problemas de ouvido devem ser valorizados, principalmente a otalgia, considerando assim não só o aspecto clínico de tratamento de possíveis otites infecciosas, mas também para promover a analgesia e o conforto da criança, além de tranquilizar pais ou responsáveis.

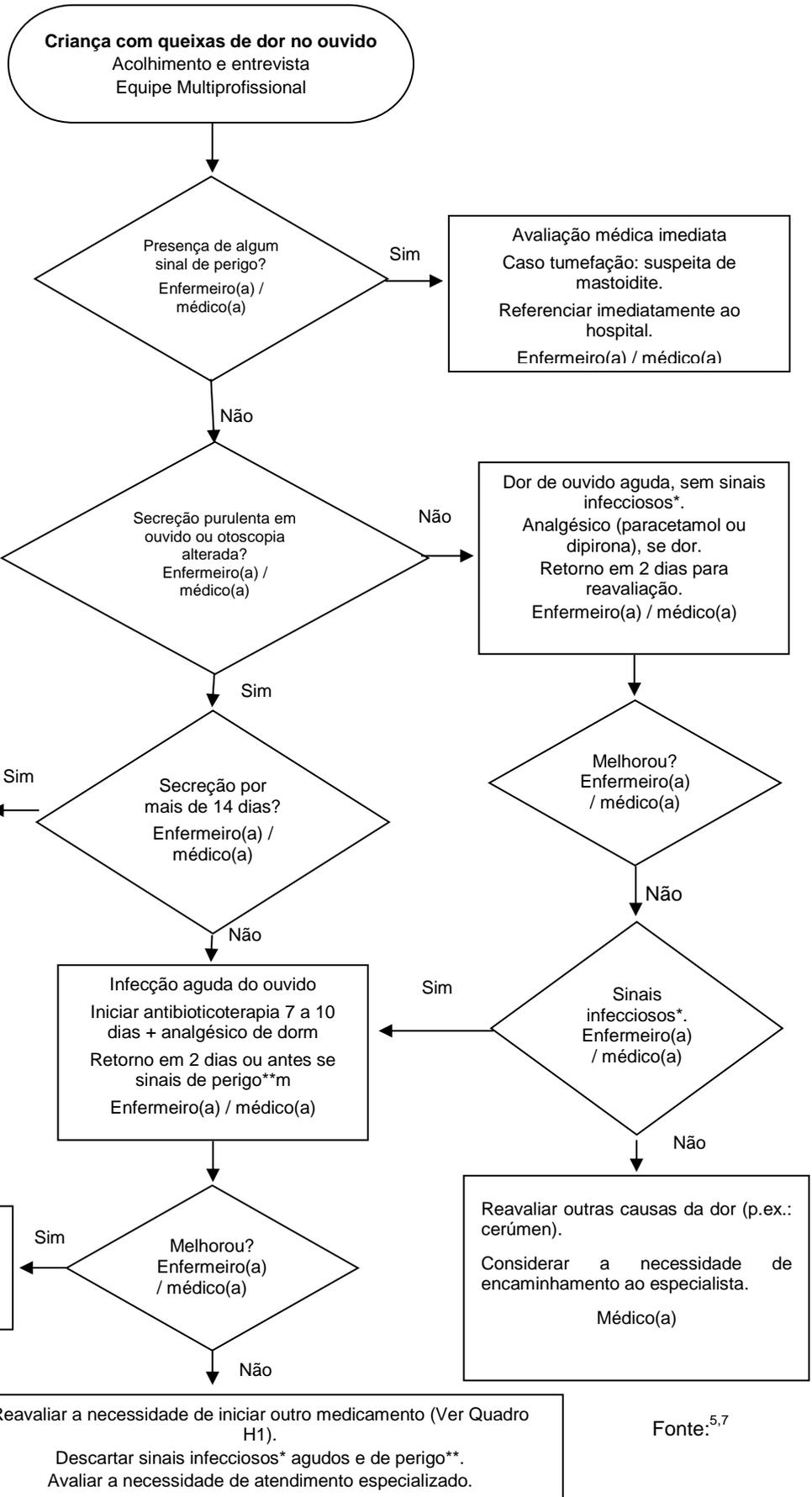
FLUXOGRAMA 6.1

ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS COM QUEIXAS DE DOR NO OUVIDO NA ATENÇÃO BÁSICA

- *Avaliação inicial : pontos importantes**
- Presença de febre.
 - Presença de secreção no ouvido.
 - Fatores predisponentes:
Natação.
Trauma.
Resfriado recente.
Rinite.
Imunodeficiência / imunossupressão.

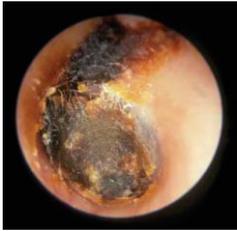
- *Sinais infecciosos**
- Febre.
 - Secreção purulenta.
 - Membrana timpânica hiperemiada ou opaca, com abaulamento ou perfuração.
- **Sinais de perigo**
- Tumefação dolorosa ou vermelhidão atrás da orelha.
 - Presença de corpo estranho.
 - Criança menor de 2 meses.
 - Baixa de audição, atraso de fala.

- Infecção crônica do ouvido**
Secar bem o ouvido.
- Retorno em 5 dias para reavaliação ou antes, se sinais infecciosos* ou de perigo**.
- Enfermeiro(a) / médico(a)



Fonte: ^{5,7}

QUADRO 6.1
IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE DOR DE OUVIDO NA ATENÇÃO
BÁSICA^{1,2,3,4,5,6,7}

Causa	Como identificar/avaliar	O que fazer	Quem faz
<p>Otite Média Aguda (OMA)</p> 	<p><u>Fatores predisponentes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pais ou familiares fumantes. • Infecções das vias aéreas superiores (Ivas) frequentes. • Alergias. • Disfunção da Tuba de Eustáquio. <p><u>Sinais e sintomas mais comuns</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dor de ouvido de leve a intensa. • Tosse e congestão nasal anteriores podem preceder o quadro de OMA. • Febre em alguns casos. • Irritabilidade, choro intenso e dificuldade de amamentar e dormir principalmente em lactentes, mas podendo estar presentes em crianças maiores. • Secreção purulenta de coloração variada. <p><u>Otoscopia (exame físico)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiperemia de membrana timpânica. • Otorreia de coloração variada. • Abaulamento da membrana timpânica. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª escolha^{3,4,7}: Amoxicilina 250 mg/ 5 ml (50-80 mg/kg/dia). Dose fracionada de 12 em 12 horas por 7 a 10 dias. • 2ª escolha^{3,4,7}: Amoxicilina + Clavulanato (50-80 mg/kg/dia de Amoxicilina). Dose fracionada de 12 em 12 horas por 7 a 10 dias (evitar em crianças menores de 3 meses). <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Analgesia³: Paracetamol 200 mg/ml, 1 gota/kg/dose a cada 6 horas, se necessário <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dipirona 500 mg/ml, 1 gota/ 2 kg/dose a cada 6 horas, se necessário <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibuprofeno^a 50 mg/ml, 2 gotas/kg/dose de 8/8 horas, se necessário (não utilizar em crianças menores de 6 meses). 	<p>Médico(a)</p> <hr/> <p>Enfermeiro(a) / médico(a)</p>
<p>Cerúmen impactado⁵</p> 	<p><u>Fatores predisponentes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso rotineiro de cotonetes na higienização o que é uma causa de impactação de cerúmen. <p><u>Sinais e sintomas mais comuns</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Perda auditiva. • Presença de drenagem cerosa de coloração amarelada, a qual pode ser visível ou relatada pelo familiar. <p><u>Otoscopia (exame físico)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de rolha de cera de coloração marrom, amarelada ou preta, a qual impede a visualização da membrana timpânica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o uso de cotonetes. • Limpeza somente externa do pavilhão auditivo. • Uso de emolientes ceruminolíticos em gotas 3x/dia e reavaliação a cada 3 dias para segmento e acompanhamento da dissolução do cerúmen. • Não realizar lavagem otológica. 	<p>Enfermeiro(a) / médico(a)</p>
<p>Otite externa</p>	<p><u>Fatores predisponentes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Natação. • Uso de cotonetes, dedo ou outros instrumentos traumatizantes. • Corpo estranho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpar o ouvido rotineiramente com gaze removendo o excesso de secreção serosa. • Evitar o uso de instrumentos traumatizantes. • Crianças que praticam natação devem utilizar protetor auricular. 	<p>Enfermeiro(a) / médico(a)</p>

Causa	Como identificar/avaliar	O que fazer	Quem faz
	<ul style="list-style-type: none"> Processos alérgicos. <p><u>Sinais e sintomas mais comuns</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Prurido local ou otalgia intensa. Dor a mobilização do pavilhão auricular ou compressão do tragus. Podem estar presentes a sensação de ouvido congestionado ou diminuição da acuidade auditiva. <p><u>Otoscopia (exame físico)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Edema e hiperemia do conduto auditivo; exsudato sero-purulento secundário; membrana timpânica, quando visualizada, não apresenta alteração. 	<p>Tratamento medicamentoso geralmente tópico (gotas otológicas)</p> <ul style="list-style-type: none"> Analgesia³: Paracetamol 1 gota/kg/dose a cada 6 horas, se necessário <p>OU</p> <p>Dipirona 1 gota/2 kg/dose a cada 6 horas, se necessário. OU Ibuprofeno^a 50 mg/ml, 2 gotas/kg/dose de 8/8 horas, se necessário (não utilizar em crianças menores de 6 meses).</p>	Médico(a)
Corpo estranho ²	<ul style="list-style-type: none"> Queixas principalmente de dor e irritabilidade por parte da criança após introdução voluntária de objetos pequenos (exemplo; pilhas de relógio, grãos de feijão/arroz etc.) relatados por ela ou pelos pais e responsáveis. Pode ocorrer ainda a entrada de insetos no ouvido da criança de maneira involuntária, o qual causa extremo desconforto. <p><u>Otoscopia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Presença de corpo estranho em conduto auditivo e/ou insetos visualizados. 	<p><u>Objetos não orgânicos²</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Retirar o corpo estranho através de irrigação com soro fisiológico morno, utilizando seringa com pressão positiva leve, instilando 20 ml de soro fisiológico por vez, realizando otoscopia após cada aplicação. <p><u>Insetos²</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Insetos vivos devem ser exterminados antes de retirados, para alívio imediato dos sintomas. Utiliza-se, para tal, a colocação de soro fisiológico, óleo mineral ou vaselina no conduto auditivo. Caso não possua um otoscópio e pinças finas para retirada do corpo estranho, encaminhar para um especialista. No caso, não se trata de uma emergência. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
<p>Otite Média Crônica</p> 	<p><u>Fatores predisponentes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Infecções progressivas de ouvido, traumas, histórico de cirurgias de ouvido progressivas. Imunodeficiência/ imunossupressão, diabetes <i>mellitus</i>. <p><u>Sinais e sintomas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Diminuição da acuidade auditiva e zumbido pode estar presentes. Secreção purulenta crônica, há mais de duas semanas (14 dias) sem outros sinais/sintomas infecciosos é o achado mais comum. <p><u>Exame físico (otoscopia)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Perfuração da membrana timpânica e otorreia crônica são os achados mais comuns. 	<ul style="list-style-type: none"> Crianças com otite média crônica; avaliar a necessidade de consulta com especialista. Cultura de secreção com teste de sensibilidade pode ser utilizada para tratamento e determinação do agente infeccioso. 	Médico

Causa	Como identificar/avaliar	O que fazer	Quem faz
<p>Dor de ouvido sem sinais infecciosos</p> 	<p><u>Fatores predisponentes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contato com variações climáticas, presença de infecção de vias aéreas superiores. <p><u>Sinais e sintomas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dor de ouvido de leve a moderada. • Irritabilidade, choro intenso e dificuldade de amamentar e dormir principalmente em lactentes, mas podendo estar presentes em crianças maiores, sintomas semelhantes a otite média aguda. <p><u>Exame físico (otoscopia)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiperemia de conduto auditivo pode ser encontrado; maioria das vezes otoscopia normal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizar familiar, confortar a criança seja pelo uso de analgésicos ou até mesmo por valorizar as queixas dela. • Compressas mornas locais, embora sem evidências clínicas, podem ser utilizadas como medida de conforto. • Analgesia³: Paracetamol 1 gota/kg/dose a cada 6 horas, se necessário OU Dipirona 1 gota/ 2 kg/dose a cada 6 horas, se necessário OU Ibuprofeno^a 50 mg/ml 2 gotas/kg/dose de 8/8 horas, se necessário (não utilizar em crianças menores de 6 meses). 	<p>Enfermeiro(a) / médico(a)</p>

^aObservação: Ibuprofeno é contraindicado em crianças com suspeita de dengue.

Fonte: 1,2,3,4,5,6,7.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 28 volume II. Acolhimento a demanda espontânea. Queixas mais comuns na atenção básica. Brasília, 2012.
- 2 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica nº 30. Procedimentos. Brasília-DF, 2011. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd30.pdf
- 3 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)- 9ª edição. Brasília-DF, 2015.
- 4 BRITISH MEDICAL JOURNAL BEST PRACTICE. Otite Média Aguda. BMJ Best Practice, outubro de 2015. disponível: <http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph-pdf/39.pdf>
- 5 BRITISH MEDICAL JOURNAL BEST PRACTICE. Cerumen Impactado. BMJ Best Practice, abril de 2016. Disponível em: <http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/1032/resources/references.html>
- 6 DOHAR, J. E. Evolution of management approaches for otitis externa. Journal Pediatric Infect, 2003.
- 7 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Ações para as Doenças mais Prevalentes na Infância (AIDPI). Brasília, 2016.

7 PROBLEMAS CIRCULATORIOS (K)

7.1 SOPROS CARDÍACOS^{1,2,3}

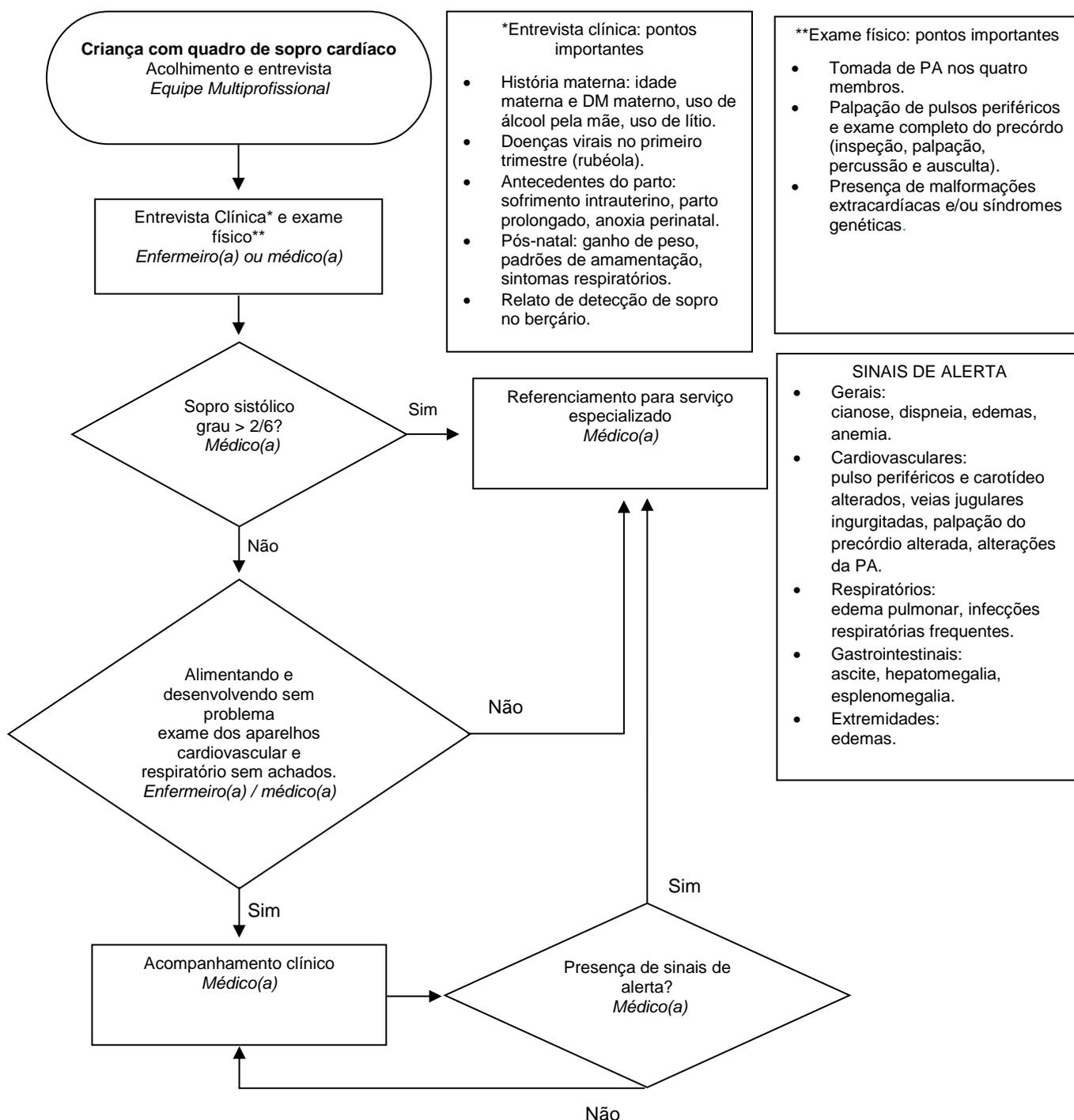
O sopro cardíaco é um murmúrio vibratório que resulta da turbulência do fluxo sanguíneo no interior das câmaras cardíacas. Ele é uma causa comum de encaminhamento ao cardiologista. Menos de 1% dele é devido a doenças cardíacas congênitas, cuja prevalência é estimada entre 4-50 nascidos a cada 1.000 nascidos vivos.

Um sopro cardíaco está audível em cerca de 2% dos recém-nascidos. Quando nas primeiras 48 horas de vida, representa um estado fisiológico de adaptação. Mesmo depois, em recém-nascidos assintomáticos costumam ser sopros inocentes (ou benignos).

Chama-se de sopro inocente, fisiológico ou normal aqueles que não tem relação com doença cardíaca. Na ausculta são descritos como musicais, de baixa intensidade, mais audíveis no rebordo esternal esquerdo, mesossistólicos e nunca apenas diastólicos, com uma intensidade que varia com a posição, mas que não possuem irradiação.

É importante tranquilizar a família que a existência de sopro inocente é um achado comum e que alguns estudos evidenciam que em algum momento da vida será observado um sopro cardíaco. Nos quadros febris e anemia são melhor detectáveis – um exame posterior e cuidadoso é importante para confirmar ou descartar sua ocorrência.

FLUXOGRAMA 7.1 MANEJO DA CRIANÇA COM QUADRO DE SOPRO CARDÍACO NA ATENÇÃO BÁSICA



Classificação dos graus de sopros cardíacos – Levine¹

- Grau 1 – Muito fraco, só pode ser ouvido por um especialista, não ouvidas em todas as posições, sem frêmito.
- Grau 2 – Baixo, ouvido em todas as posições, sem frêmito.
- Grau 3 – Moderadamente alto, sem frêmito.
- Grau 4 – Alto, com frêmito.
- Grau 5 – Muito alto, com frêmito, ouvido com o estetoscópio parcialmente afastado do peito.
- Grau 6 – Mais alto, com frêmito, ouvido com o estetoscópio inteiramente fora do peito (um pouco acima do precórdio, e sem tocar a pele).

REFERÊNCIAS

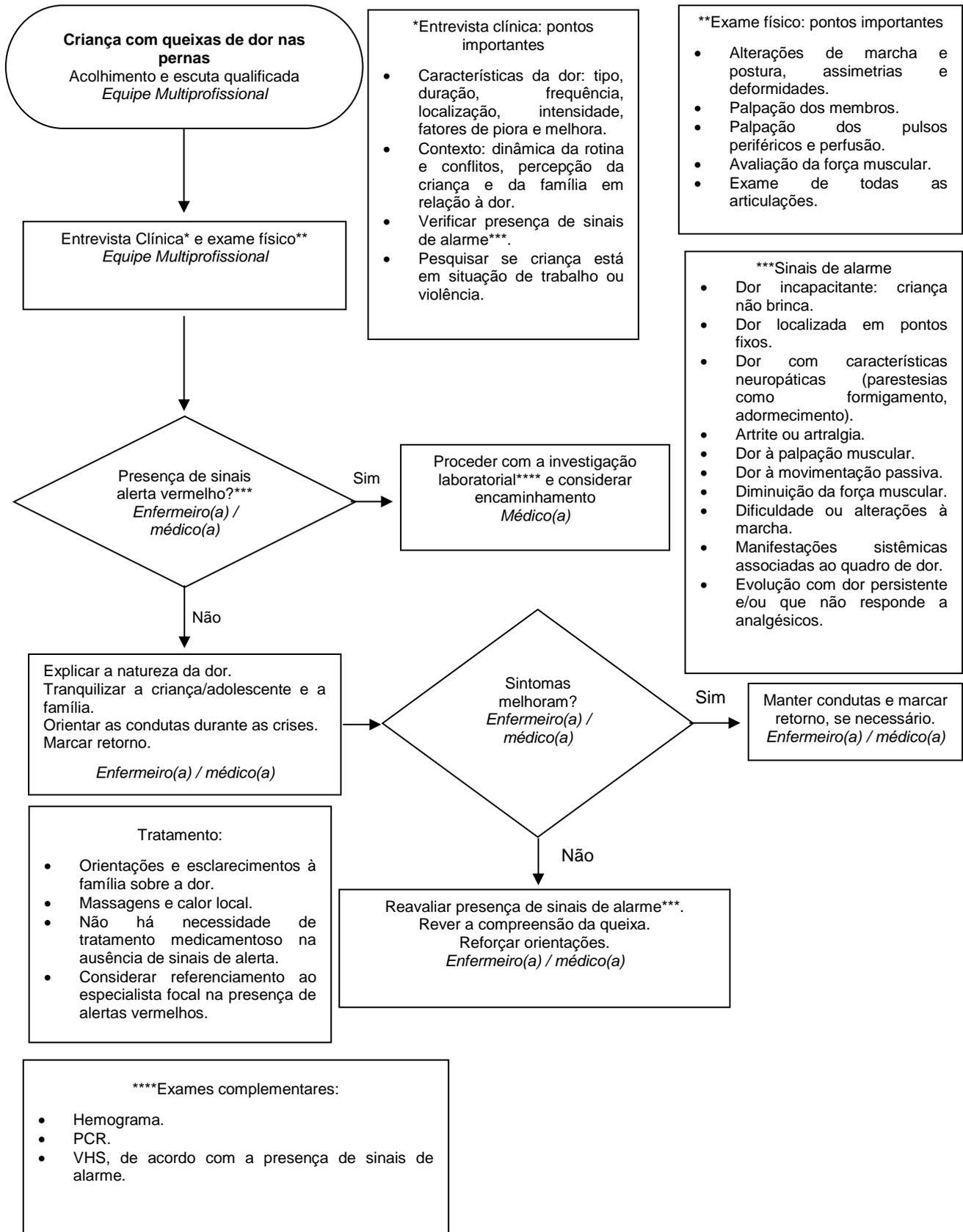
- 1 ETOOM, Y.; RATNAPALAN, S. Evaluation of Children With Heart Murmurs *Clin Pediatr*, published online 13 May 2013 DOI: 10.1177/0009922813488653.
- 2 SHENVI, A.; KAPUR, J.; RASIAH, S.V. Management of Asymptomatic Cardiac Murmurs in Term Neonates. *Pediatr Cardiol* (2013) 34:1438–1446 DOI 10.1007/s00246-013-0668-6.
- 3 HORTA, M.G.C.; PEREIRA, R.S.T. Sopro Cardíaco na Criança. In: *Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*. Barueri, SP: Manole, 2014. 3ª ed. Seção 11. Cap. 3. p. 795 – 800.

8 PROBLEMAS MUSCULOESQUELÉTICOS (L)

8.1 Dor na perna / dor em membros¹

A queixa de dor em membros em crianças é relativamente comum na Atenção Básica, acometendo principalmente crianças na faixa etária de 6 a 10 anos, sem distinção de sexo. As causas não são totalmente conhecidas. Utiliza-se o termo "dor em membro recorrente" quando há pelo menos três episódios de dor, não articular, durante um período mínimo de três meses, de intensidade suficiente para interferir nas atividades habituais da criança. É fundamental o apoio familiar nesse casos. O Fluxograma 8.1 auxilia na condução deste sintoma pelo profissional da Atenção Básica.

FLUXOGRAMA 8.1 – MANEJO DE CRIANÇAS COM DOR NAS PERNAS NA ATENÇÃO BÁSICA¹



Fonte:¹ adaptado.

REFERÊNCIA

¹ GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, José M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012.

9 PROBLEMAS NEUROLÓGICOS (N)

9.1 CEFALEIA

É um evento caracterizado por dores no seguimento cefálico que constitui a terceira causa mais comum de dor entre crianças, com idade média para o aparecimento de 7,5 anos (37 a 51% dos casos) e crescente prevalência com aumento da idade. São primárias, quando a cefaleia é o único ou principal sintoma e incluem enxaqueca, cefaleia tensional e em salvas, configurando-se como a causa mais comum de dores de cabeça na infância; ou secundárias, na presença de doenças adjacentes. Quanto mais frequentes as cefaleias na infância, aumenta-se o risco de dores de cabeça crônicas no adulto.^{2,3,4,7}

Uma distinção clara entre diagnóstico de cefaleia do tipo tensional e enxaqueca não é possível em 30-50% dos pacientes. A cefaleia tensional (Ver Quadro 9.1) é frequentemente mais leve, difusa ou com localização posterior. Na enxaqueca (Ver Quadro 9.2), a dor é intensa e de natureza pulsátil, começando geralmente nas primeiras horas da manhã (58,5%), com melhora depois de um período de sono (76,7%), podendo ocorrer náuseas e vômitos, piora com atividade física, fonofobia e osmofobia. Em crianças, os sinais e sintomas clínicos diferem daqueles observados em adultos: a duração dos ataques de enxaqueca é mais curto (que pode ser inferior a duas horas) e raramente é mais longo do que 12 a 24 horas. São frequentemente bilaterais e com o aumento da idade diminuem as náuseas e vômitos.^{2,3,4,7}

QUADRO 9.1
CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA CEFALEIA TENSIONAL – III CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL DE CEFALIAS⁵

Tensional episódica pouco frequente	<p>A. Pelo menos dez episódios de dor de cabeça que ocorrem em <1 dia por mês em média (<12 dias por ano) e preenchendo os critérios de B a D.</p> <p>B. Com duração de 30 minutos a 7 dias.</p> <p>C. Pelo menos dois dos quatro seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. localização bilateral; 2. pressionando ou aperto (não pulsátil) qualidade; 3. intensidade leve ou moderada; 4. não agravada por atividades físicas rotineiras, como caminhar ou subir escadas. <p>D. Ambos os seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sem náuseas ou vômitos; 2. não mais do que um de fotofobia ou fonofobia; <p>E. Não mais bem explicados por outro diagnóstico.</p>
Tensional episódica frequente	<p>A. Pelo menos dez episódios de dor de cabeça que ocorre em 1-14 dias por mês, em média, por >3 meses (>12 e <180 dias por ano) e preenchendo os critérios de B a D.</p> <p>B. Com duração de 30 minutos a 7 dias.</p> <p>C. Pelo menos dois das quatro seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. localização bilateral; 2. pressionando ou aperto (não pulsátil) qualidade; 3. intensidade leve ou moderada; 4. não agravada por atividades físicas rotineiras, tais como caminhar ou subir escadas. <p>D. Ambos os seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sem náuseas ou vômitos; 2. não mais do que um episódio de fotofobia ou fonofobia. <p>E. Não mais bem explicados por outro diagnóstico.</p>
Tensional crônica	<p>A. Dor de cabeça que ocorrem em >15 dias por mês, em média, por >3 meses (>180 dias por ano), preenchendo os critérios de B a D.</p> <p>B. Com duração de horas a dias, ou irremissível.</p> <p>C. Pelo menos dois dos quatro seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. localização bilateral; 2. pressionando ou aperto (não pulsátil) qualidade; 3. intensidade leve ou moderada; 4. não agravada por atividades físicas rotineiras, como caminhar ou subir escadas. <p>D. Ambos os seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. não mais do que um de fotofobia, fonofobia ou náusea leve; 2. nem náusea moderada ou grave, nem vômitos. <p>E. Não mais bem explicados por outro diagnóstico.</p>

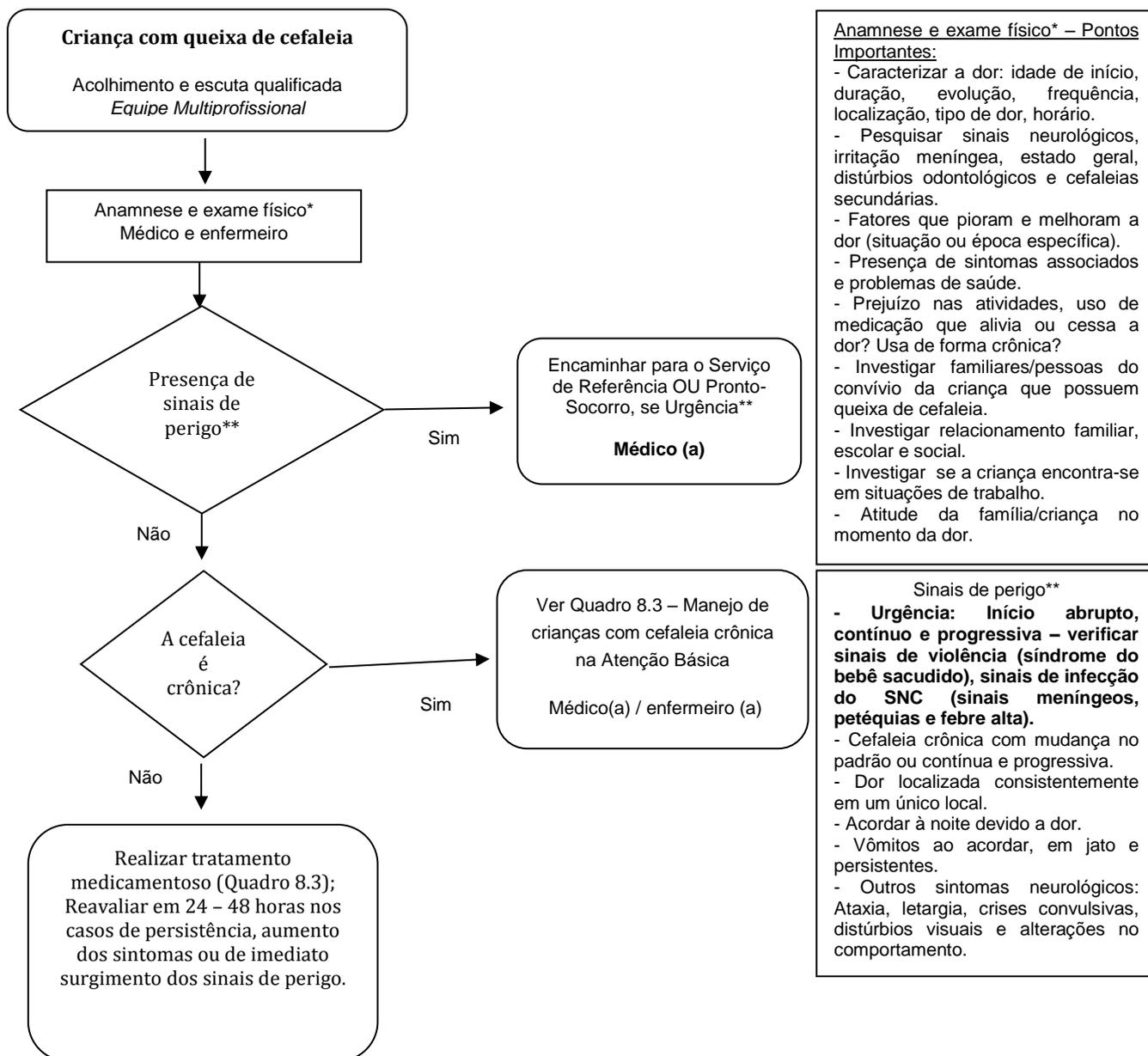
Fonte: ⁵.

QUADRO 9.2
CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ENXAQUECA – III CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL
DE CEFALÉIAS⁵

Enxaqueca sem aura	<p>A. Pelo menos cinco crises, preenchendo os critérios de B a D.</p> <p>B. Duração de 4-72 horas (sem tratamento ou tratada sem sucesso).</p> <p>C. Dor de cabeça tem, pelo menos, duas das seguintes quatro características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. localização unilateral; 2. qualidade pulsante; 3. intensidade de dor moderada ou grave; 4. agravamento por ou causando evitar atividade física de rotina (por exemplo, caminhar ou subir escadas). <p>D. Durante dor de cabeça, pelo menos, um dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. náuseas e/ou vômitos; 2. fotofobia e fonofobia. <p>E. Não melhor explicados por outro diagnóstico.</p>
Enxaqueca com aura	<p>A. Pelo menos duas crises preenchendo os critérios B e C.</p> <p>B. Um ou mais dos seguintes sintomas da aura totalmente reversíveis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. visuais; 2. sensorial; 3. fala e/ou linguagem; 4. motora; 5. tronco cerebral; 6. retinal. <p>C. Pelo menos dois dos quatro seguintes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pelo menos um sintoma de aura se espalha gradualmente durante 5 minutos, e/ou dois ou mais sintomas ocorrem em sucessão; 2. cada sintoma de aura indivíduo dura 5-60 minutos; 3. pelo menos um sintoma de aura é unilateral; 4. a aura é acompanhada ou seguida dentro de 60 minutos, de dor de cabeça. <p>D. Não mais bem explicados por outro diagnóstico CIC-3 e ataque isquêmico transitório foi excluída.</p>

Fonte: ⁵.

FLUXOGRAMA 9.1 MANEJO DE CRIANÇAS COM CEFALEIA NA ATENÇÃO BÁSICA



Anamnese e exame físico* – Pontos Importantes:

- Caracterizar a dor: idade de início, duração, evolução, frequência, localização, tipo de dor, horário.
- Pesquisar sinais neurológicos, irritação meníngea, estado geral, distúrbios odontológicos e cefaleias secundárias.
- Fatores que pioram e melhoram a dor (situação ou época específica).
- Presença de sintomas associados e problemas de saúde.
- Prejuízo nas atividades, uso de medicação que alivia ou cessa a dor? Usa de forma crônica?
- Investigar familiares/pessoas do convívio da criança que possuem queixa de cefaleia.
- Investigar relacionamento familiar, escolar e social.
- Investigar se a criança encontra-se em situações de trabalho.
- Atitude da família/criança no momento da dor.

Sinais de perigo**

- **Urgência: Início abrupto, contínuo e progressiva – verificar sinais de violência (síndrome do bebê sacudido), sinais de infecção do SNC (sinais meníngeos, petéquias e febre alta).**
- Cefaleia crônica com mudança no padrão ou contínua e progressiva.
- Dor localizada consistentemente em um único local.
- Acordar à noite devido a dor.
- Vômitos ao acordar, em jato e persistentes.
- Outros sintomas neurológicos: Ataxia, letargia, crises convulsivas, distúrbios visuais e alterações no comportamento.

QUADRO 9.3**MANEJO DE CRIANÇAS COM CEFALÉIA CRÔNICA NA ATENÇÃO BÁSICA**

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Identificar fatores de risco	Fatores de estilo de vida típicos: identificar possíveis situações que sugerem consumo excessivo de cafeína, problemas decorrentes do uso de álcool, tabaco e/ou outras drogas, contato com substâncias tóxicas, falta de atividade física. Fatores relacionados à escola: estresse na escola, bem como altas expectativas dos responsáveis/ familiares. Fatores psíquicos: estresse emocional decorrente da família, conflitos, fatos novos, <i>bullying</i> , abuso e violência. ^{1,7}	Equipe Multiprofissional
Orientar uso do diário da dor	Orientar uso de diário contendo data, hora, intensidade, localização, caráter, sintomas associados e uso de medicação.	Equipe Multiprofissional
Orientar cuidados gerais	Orientar quanto à alimentação adequada: evitar queijos amarelos, frutas cítricas e chocolate e jejum prolongado. Durante as crises, evitar atividade física e medicação exagerada. Identificar situações que levem a privação do sono ou sono agitado. Reduzir estímulos luminosos e sonoros, pois estes são considerados fatores precipitantes da cefaleia.	Médico ou enfermeiro
Indicar psicoterapia	Indicar psicoterapia para casos de enxaqueca como opção inicial.	Médico ou enfermeiro
Prescrever tratamento sintomático	Prescrever analgésicos, conforme Quadro 1.2. – Capítulo “problemas gerais e inespecíficos”.	Médico ou enfermeiro
Avaliar resposta ao tratamento	Avaliar a resposta aos diferentes tratamentos de acordo com o tipo de cefaleia e o tratamento prescrito.	Médico ou enfermeiro
Realizar o levantamento das demandas da criança relacionadas ao estilo de vida, família e escola.	Verificar os recursos existentes na comunidade e na rede de apoio à Atenção Integral à Saúde da Criança (Ver Parte 1). Identificar situações inerentes às expectativas e às exigências familiares relacionadas à escola ou a outras atividades extracurriculares.	Equipe Multiprofissional

Fonte: ^{1,7}.

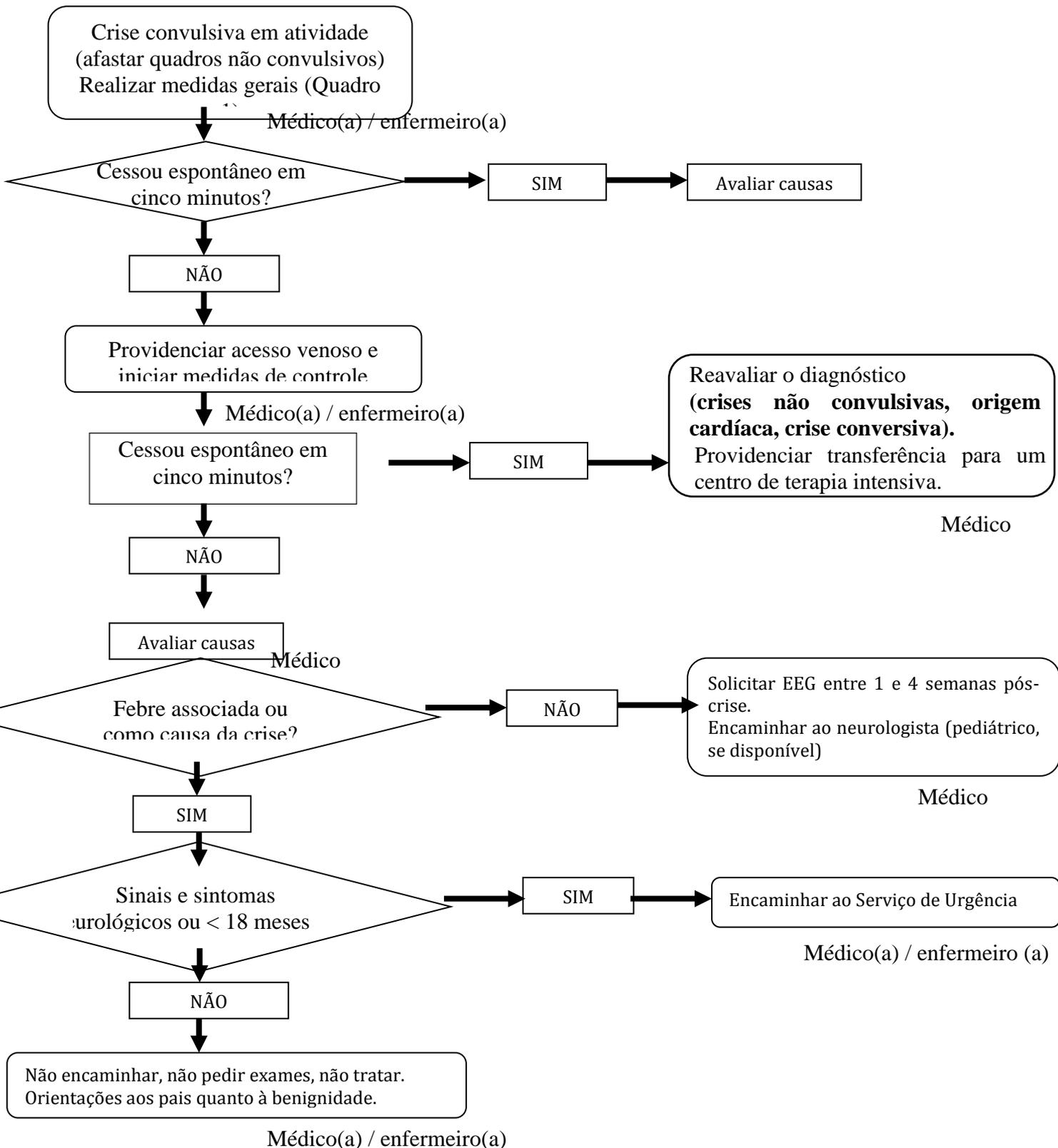
REFERÊNCIAS

- 1 BALOTTIN U, FUSAR POLI P, TERMINE C, MOLTENI S, GALLI F. Psychopathological symptoms in child and adolescent migraine and tension-type headache: a meta-analysis. *Cephalalgia*. 2013 Jan;33(2):112-22. doi: 10.1177/0333102412468386
- 2 GHERPELLI JLD , e col. Cefaleias. In: JUNIOR, DC & BURNS, DAR. *Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*. 3. ed. São Paulo: Manole, 2014.
- 3 GIANNETTI, JG; LARA, MT; VILELA, M; NAHIM, MJS. Cefaléia na infância e adolescência. *In: CORRÊA, Edison José; LEÃO, Ennio ; VIANA, Marcos Borato ; MOTA, Joaquim Antônio César .* *Pediatria Ambulatorial*. 4. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2005. v. 1. P.311-20
- 4 GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, José M. C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: ARTMED, 2012.
- 5 HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013 Jul;33(9) 629–808. doi: 10.1177/0333102413485658
- 6 LIQUORNIK PA, e col. Queixas frequentes em ambulatório – Dores frequentes na Prática Pediátrica. In: JUNIOR, DC & BURNS, DAR. *Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria*. 3. ed. São Paulo: Manole, 2014.
- 7 STRAUBE A, HEINEN F, EBINGER F, VON KRIES R. Headache in school children: prevalence and risk factors. *Dtsch Arztebl Int*. 2013 Nov 29;110(48):811-8. doi: 10.3238/arztebl.2013.0811. Review

9.2 CONVULSÕES/ ATAQUES^{1,2}

Convulsão é um distúrbio cerebral caracterizado por descargas elétricas súbitas, excessivas e transitórias dos neurônios cerebrais. Manifesta-se clinicamente por distúrbios como alteração ou perda de consciência, atividade motora anormal, alterações comportamentais, distúrbios sensoriais ou manifestações autonômicas.

**FLUXOGRAMA 9.2
CRISE CONVULSIVA¹**



QUADRO 9.2.1
MEDIDAS GERAIS

<p>- Posicionamento</p> <p>- Afrouxamento das roupas</p> <p>- Manter permeabilidade de vias aéreas</p> <p>- Administrar oxigênio por cateter nasal</p> <p>Enfermeiro(a) / médico(a) / técnico(a)</p>

QUADRO 9.2.2.
SEQUÊNCIA DE TRATAMENTO DA CRISE CONVULSIVA

COM ACESSO VENOSO
<p>1. Midazolan 0,05 a 0,2 mg/kg EV (OU Diazepan 0,2 – 0,5 mg/kg EV).</p> <p>2. Repetir Midazolan duas vezes 0,05 a 0,2 mg/kg EV OU Fenitoína 15-20 mg/kg EV(solução salina).</p> <p>3. Fenobarbital 10-20 mg/kg EV. (Opção: ácido valproico (sol. Parenteral) por via retal 20 mg/kg diluído em solução salina 1:1)</p>
SEM ACESSO VENOSO
<p>1. Diazepan (sol. Parenteral) por via retal (10 a 20 mg).</p> <p>2. Midazolan 0,05 a 0,2 mg/kg/dose IM.</p> <p>3. Ácido valproico 20 mg/kg (sol. Parenteral) por via retal. (diluído em solução salina 1:1)</p>
Médico(a)

9.2.1 EPILEPSIA E CRISES FEBRIS^{1,2}

A epilepsia é uma síndrome clínica crônica, que se manifesta por distúrbios epiléticos recorrentes, e várias apresentações, entre elas as convulsões. Trata-se, portanto de um complexo sintomático, sendo as crises mais uma de suas manifestações. Por definição, requer a ocorrência de pelo menos duas crises sem um fator provocador (SAVASSI, 2013).

As convulsões febris caracterizam-se por episódio de convulsão provocada, tônico-clônica generalizada, com duração definida em até cinco minutos, cuja causa subjacente é um processo febril. Sua maior prevalência é entre 6 meses e 6 anos, com pico entre 12 e 30 meses de vida e, por definição sem história de distúrbios convulsivos anteriores (SAVASSI, 2013).

QUADRO 9.2.3

O QUE FAZER	QUEM FAZ
Medidas gerais.	Equipe Multiprofissional
Afastar quadros não convulsivos.	Médico(a) / enfermeiro(a)
Indicar tratamento.	Médico(a)
Manter ou providenciar acesso venoso.	Enfermeiro(a), médico(a), ou técnico(a) de Enfermagem
Avaliar se há febre associada ou como causa da crise.	Enfermeiro(a) ou médico(a)
Solicitar EEG entre 1 e 4 semanas pós-crise.	Médico(a)
Encaminhar ao neurologista (pediátrico).	Médico(a)
Encaminhar ao Serviço de Urgência.	Enfermeiro(a) ou médico(a)
Orientações aos pais quanto à benignidade da crise.	Enfermeiro(a) ou médico(a)

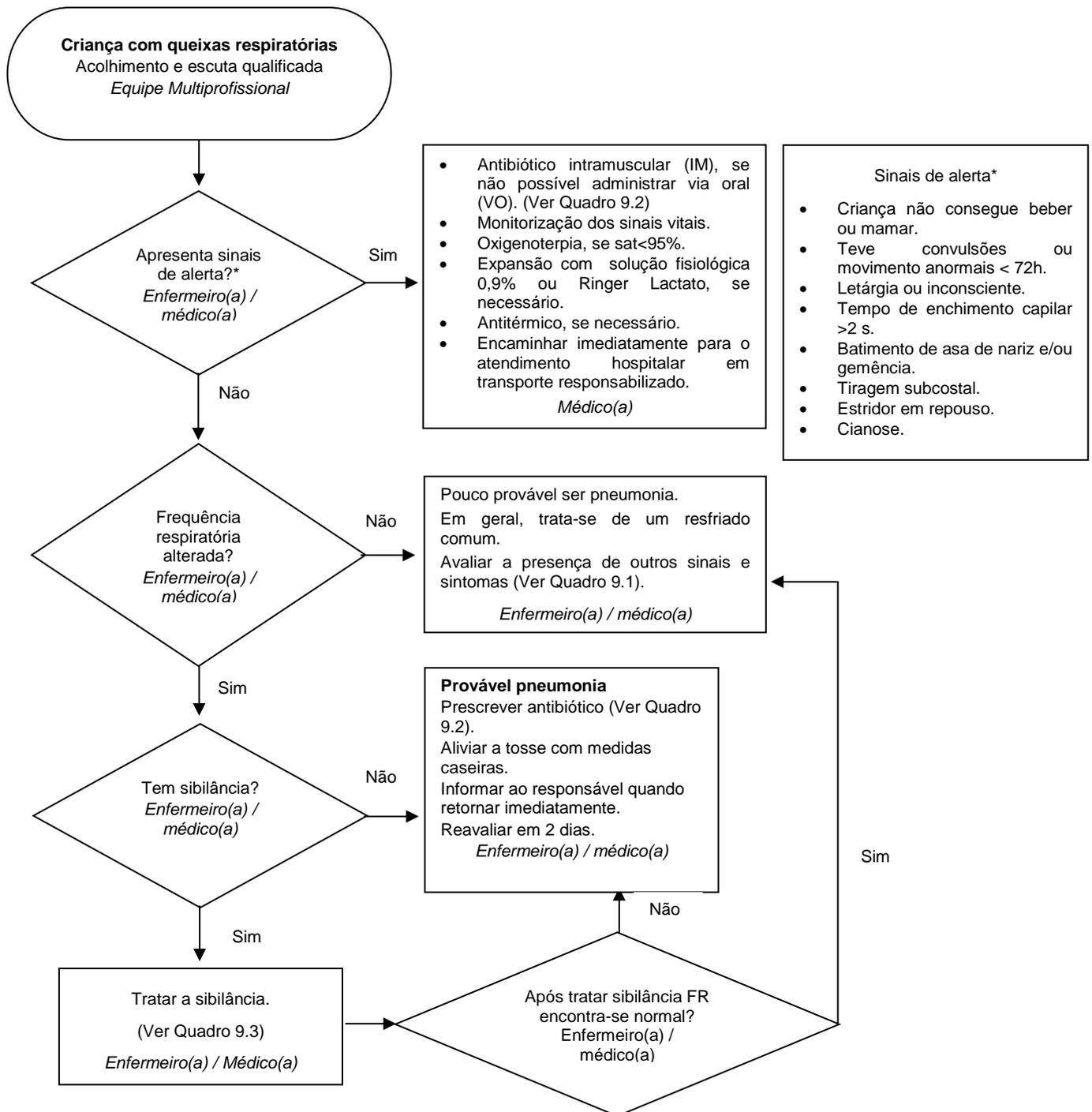
REFERÊNCIAS

- 1 SAVASSI, LCM. **Epilepsia e Convulsões**. In: GUSSO, GF; LOPES, JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. . Porto Alegre: ArtMed, 2012.
- 2 SAVASSI, LCM. **Convulsões na Infância**. PROMEF - Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade , v. 1, p. 31-65, 2006.

10 PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS (R)

Os problemas respiratórios em crianças continuam sendo um dos principais problemas de saúde pública. As infecções das vias respiratórias compõem a causa mais comum de doença durante a infância e estima-se que menores de 5 anos tenham de 4 a 8 infecções/ano. Esse número é ainda maior no caso de crianças que permanecem em creches – dez infecções/ano e cerca de 2% a 3% desses episódios evoluem para pneumonia – principal causa de morte por IRA.

FLUXOGRAMA 10.1 ATENÇÃO À CRIANÇAS COM QUEIXA RESPIRATÓRIA NA ATENÇÃO BÁSICA¹¹



Fonte:^{6,11}

Idade	Frequência respiratória alterada Respirações por minuto (rpm)
Menor de 2 meses	Acima de 60 rpm
3 a 12 meses	Acima de 50 rpm
1 a 5 anos	Acima de 40 rpm
6 a 8 anos	Acima de 30 rpm
A partir de 8 anos	Acima de 25 rpm

Fonte:⁶ (adaptado).

QUADRO 10.1
MANEJO DOS PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS MAIS COMUNS EM CRIANÇAS DA ATENÇÃO BÁSICA
A PARTIR DE SINAIS E SINTOMAS ^{1,2,3,6,11,12,}

CRIANÇA COM CORIZA OU CATARRO NASAL		
COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Rinorreia aquosa, obstrução ou prurido nasal, espirros em salvas, prurido ocular, hiperemia conjuntival e lacrimejamento, perda do paladar e do olfato (raro); sem febre – quadro subagudo/crônico. Pensar em rinite alérgica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controle ambiental: identificar e afastar desencadeantes é o tratamento mais eficaz. - Tratamento medicamentoso: <ul style="list-style-type: none"> <u>Anti-histamínico HI oral:</u> <u>Loratadina:</u> solução de 1 mg/1ml ou comprimido: 10 mg. - Crianças entre 2 e 12 anos: - abaixo de 30 kg: 5 ml (5 mg) ou 1 comprimido. - Acima de 30 kg: 10 ml (10 mg) ou 1 comprimido. <u>Dexclorfeniramina:</u> xarope de 2 mg/ 5 ml ou comprimido: 2 mg . Crianças de 2 a 6 anos: 1,25 ml ou ¼ comprimido a cada 8 horas. Máximo de 3 mg/dia. . Crianças de 6 a 12 anos: 2,5 ml ou ¼ comprimido a cada 12 horas. Máximo de 6 mg/dia. <u>Corticoide Inalatório Oral:</u> <u>Beclometasona:</u> <i>spray</i>: 50 mcg/dose. . Crianças entre 6 e 12 anos: - 1 dose/narina a cada 12 horas. . Crianças maiores de 6 anos: - 1 a 2 doses/narina a cada 12 horas. - No caso de situações em que seja necessária correção cirúrgica, encaminhar. 	Médico(a)
<p>Rinorreia anterior ou posterior, com obstrução ou congestão nasal, acompanhado de pressão ou dor facial e comprometimento do olfato. Pensar em rinossinusite infecciosa</p> <p>Classificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aguda: 4 semanas ou menos. - Subaguda: 4 a 12 semanas. - Crônica: 12 semanas ou mais. - Aguda recorrente: 4 ou mais episódios/ano. 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Identificar sinais de gravidade:</u> - Febre acompanhada de secreção nasal purulenta. - Dor facial ou de dente moderada a intensa. - Edema periorbital com duração de pelo menos 3 a 4 dias. - Agravamento dos sintomas após 3 a 5 dias. - Ausência de melhora após 7 a 10 dias. <u>Estimar, clinicamente, a etiologia:</u> - Rinossinusite viral aguda: sintomas com menos de 10 dias de evolução viral (maior parte dos casos). - Rinossinusite bacteriana aguda: sintomas com mais de 10 dias e menos que quatro semanas). (Ver Quadro Rinossinusites Aguda) <u>Orientar responsáveis para medidas de desobstrução dos óstios dos seios paranasais</u>, para alívio dos sintomas, erradicação do agente etiológico e evitar complicações (Ver Quadro Rinossinusites Aguda). <u>Referenciar para otorrinolaringologista e/ou emergência nas seguintes situações:</u> imunocomprometido, suspeita de complicação (celulite facial, celulite orbital ou abscesso, infecção intracraniana); déficit de nervos cranianos, refratária ao tratamento normal com antibiótico; quadro recorrente (quatro ou mais episódios por ano), suspeita de processo imunológico ou alérgico para a condição, comorbidades (ex.: asma, pólipos nasais). 	Enfermeiro(a) / médico(a)
<p>Início súbito, com rinorreia hialina ou mucoide, obstrução nasal, espirros e irritação na garganta. Podem ocorrer: tosse e febre, hiperemia de mucosa nasal, orofaringe e membranas timpânicas. *Depois dos primeiros dias, é comum a secreção nasal ficar</p>	<p>Prescrever antitérmicos e analgésicos se dor ou febre (paracetamol, dipirona, ou ibuprofeno). Ingestão hídrica adequada.^{10,13} Inalação de vapor-d'água.^{10,13} Lavagem nasal com solução salina (pode ser feita através de seringa de 5 ml ou <i>spray</i> vaporizador, três vezes por dia), <u>utilizar soluções salinas isotônicas (0,9%); ou hipertônicas (ate 3%)</u>. -Devem ser evitados em lactentes, pelo risco de intoxicação, o corticosteroide intranasal e anti-histamínicos (caso haja rinite alérgica associada; se não houver, não está indicado, por levarem</p>	

<p>mais espessa e esverdeada, em decorrência da destruição de células epiteliais e de neutrófilos, o que não deve ser, precipitadamente, interpretado como infecção bacteriana.</p> <p>Os sintomas do resfriado comum são mais intensos até nos primeiros três dias e costumam regredir por volta do 7º ao 10º dia, podendo persistir tosse por alguns dias.</p> <p>Pensar em resfriado comum (viral)</p>	<p>a ressecamento de mucosa e espessamento da secreção).</p>	
<p>Caso os sintomas persistam após 7 a 10 dias ou há piora após o quinto dia de evolução. Além dos sintomas virais, podem ocorrer: congestão facial; rinorreia purulenta, descarga pós-nasal, pressão e dor facial (em peso, não pulsátil e pior com a inclinação da cabeça para frente), dor de dente na região maxilar (dor referida), distúrbios do olfato.</p> <p>-Crianças, em especial lactentes e pré-escolares, esse diagnóstico é mais raro e as crianças têm sintomas menos específicos; os seios paranasais mais acometidos são os maxilares e os etmoidais. Esses seios estão presentes ao nascimento; os seios esfenoidais se formam por volta dos 5 anos e os frontais por volta de 7-8 anos; a sinusite de seios frontais é incomum em menores de 10 anos.</p> <p>Pensar em infecção bacteriana de vias aéreas</p>	<p>- Agentes etiológicos mais comuns são o <i>Streptococcus pneumoniae</i> e <i>Haemophilus influenzae</i>.</p> <p>1) Todos os medicamentos e medidas usadas na rinossinusite aguda viral.</p> <p>2) Nos imunocompetentes não graves:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tratamento de primeira linha: aguardar em vigilância ativa por até 10 dias ou iniciar imediatamente antibióticos e terapia de suporte. •Tratamentos adjuntos: <ul style="list-style-type: none"> Antibioticoterapia. Analgésicos/antipiréticos. Corticoide intranasal. Soro fisiológico intranasal. <p>3) Nos imunocomprometidos ou com doença grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Tratamento de primeira linha: <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina 50 mg/kg/dia a cada 8 horas por 10 a 14 dias OU Amoxicilina 80 mg/kg/dia a cada 12 horas por 10 a 14 dias. Encaminhar para o otorrinolaringologista e/ou serviço de urgência e emergência Terapia de suporte (semelhante à usada nos imunocompetentes não graves). 	
<p>Obstrução nasal e roncos durante o sono, boca aberta ou entreaberta, lábios ressecados, língua rebaixada e hipotônica, nariz achatado e narinas pequenas, prurido nasal e ocular, espirros em salva, rinorreia serosa ou seromucosa, corpos estranhos nasais e polipose nasal, protrusão da arcada dentária superior e mordida cruzada e podem apresentar sonolência, apneia obstrutiva do sono e déficit de atenção:</p> <p>Pensar em respirador bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhar e acompanhar estimulando o padrão de respiração nasal; alimentação e higienização adequadas para manutenção dos dentes decíduos. - Referenciar para cirurgião-dentista na necessidade de correção de hábitos bucais. - Referenciar ao otorrinolaringologista e/ou fonoaudiólogo com a finalidade de evitar quadros de repetição das lvas (médico(a)). 	<p>Médico(a) / enfermeiro</p>

Criança com dor de garganta		
IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Hiperemia em faringe e/ou vesículas associada a sintomas de resfriado comum: febre (geralmente abaixo de 38,5°C), irritabilidade, congestão nasal, tosse leve e inapetência:</p> <p>Pensar em infecção viral de garganta</p>	<p><u>Dar analgésico para dor:</u> Paracetamol OU Dipirona OU Ibuprofeno, se necessário (Ver Quadro 1).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguimento em dois dias se persistir dor de garganta. - Informar aos responsáveis sobre sinais de perigo. 	<p>Enfermeiro(a) / médico(a)</p>
<p>Febre alta (↑de 38,5°C), gânglios aumentados e dolorosos no pescoço, amígdalas hiperemiadas com pontos purulentos ou petéquias em palato e em alguns sintomas gastrointestinais (disfagia, vômitos, dor abdominal):</p> <p>Pensar em tonsilite estreptocócica</p>	<p>Realizar tratamento com:</p> <p><u>Antibióticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Penicilina Benzatina em dose única 60.000 UI para < 25 kg e 1.200.000 UI para > 25 kg OU - Amoxicilina + Clavulanato por 10 dias (Ver Quadro 1) OU - Eritromicina 250 mg/ml de 6/6 horas por 10 dias (Ver Quadro 1). <p><u>Sintomáticos (dor/febre):</u> Paracetamol OU Dipirona OU Ibuprofeno, se necessário (Ver Quadro 1).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marcar consulta de retorno em dois dias; informar ao responsável sobre sinais de perigo. 	<p>Médico(a)</p>
<p>Abaulamento de palato, amígdalas rechaçadas para faringe, trismo e não deglute:</p> <p>Pensar em abscesso periamigdaliano</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a primeira dose de antibiótico, preferencialmente IM: Ceftriaxone 100 mg/kg/dose (máxima de 2.000 mg por dose) em dose única; ou Penicilina G Procaína 50.000 UI/kg (máxima de 400.000UI por dose) em dose única. -Encaminhar ao hospital em transporte responsabilizado. 	<p>Médico(a)</p>

**QUADRO 10.2
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DAS PNEUMONIAS NA ATENÇÃO BÁSICA¹¹**

Tratamento da pneumonia grave ou outra doença respiratória infecciosa grave (com hipoxemia, má perfusão, ausculta bilateral, doença de base)				
Esquema de Antibiótico Intramuscular (IM)¹¹ Aplicar 1ª dose na UBS, se disponível, e encaminhar para hospital				Quem faz?
Peso em kg	CEFTRIAXONE IM*: Dose: 100 mg/kg/dose			Médico(a)
4 a <6	400 a 600 mg			
6 a <8	600 a 800 mg			
8 a <10	800 a 1.000 mg			
10 a < 14	1.000 a 1.400 mg			
14 a 20	1.400 a 2.000 mg*			
<p>*A dose máxima do ceftriaxone é de 2.000 mg por dose. **Para um frasco de 400.000 UI de penicilina G procaína, acrescentar 2 ml de água destilada. A dose máxima de penicilina procaína é de 400.000 UI por dose.</p>				
Pneumonia não grave – tratamento ambulatorial¹¹				
Esquema de Antibiótico Oral (VO)				Quem faz?
Peso em kg	AMOXICILINA* Dose: 250/5 ml ou 50 mg/kg/dia Dar de 12/12h	AMOXICILINA + CLAVULONATO** Dose: 250/5 ml ou 50 mg/kg/dia Dar de 12/12h	ERITROMICINA** Dose: 250/5 ml ou 50 mg/kg/dia Dar de 6/6h	Enfermeiro(a) / médico(a)
4 a 7	2,5 a 3,5 ml	2,5 a 3,5 ml	1,05 a 1,5 ml	
8 a 11	4,0 a 5,5 ml	4,0 a 5,5 ml	2,0 a 2,5 ml	
12 a 15	6,0 a 7,5 ml	6,0 a 7,5 ml	3,0 a 3,5 ml	
16 a 19	8,0 a 9,5 ml	8,0 a 9,5 ml	4,0 a 4,5 ml	
20 a 24	10,0 a 12,0 ml	10,0 a 12,0 ml	5,0 a 6,0 ml	
<p>*Amoxicilina: antibiótico de primeira linha. Deve ser usado se estiver disponível. **Amoxicilina + Clavulonato e Eritromicina: antibióticos de segunda linha: devem ser usados, exclusivamente, quando a Amoxicilina não estiver disponível, ou quando a criança tem alergia ao antibiótico de primeira linha ou se a doença da criança não responde ao antibiótico de primeira linha.</p>				
Analgésico/antitérmico para a febre (≥ 38°C)¹¹				Quem faz?
Peso em kg	PARACETAMOL 200 mg/ml 1 gota/kg/dose de 6/6h, se necessário	DIPIRONA 500 mg/ml 1 gota/kg/dose de 6/6h, se necessário	IBUPROFENO 50 mg/ml* 2 gotas/kg/dose de 8/8h, se necessário	Enfermeiro(a) / médico(a)
4 a 7	4 a 7 gotas	2 a 4 gotas	8 a 14 gotas	
8 a 11	8 a 11 gotas	4 a 6 gotas	16 a 22 gotas	
12 a 15	12 a 15 gotas	6 a 8 gotas	24 a 30 gotas	
16 a 19	16 a 19 gotas	8 a 10 gotas	32 a 38 gotas	
20 a 24	20 a 24 gotas	10 a 12 gotas	40 gotas	
<p>*O ibuprofeno só deve ser usado em maiores de 6 meses e excluído o diagnóstico de dengue. Dose máxima em crianças: 200 mg/dose.</p>				

Fonte:^{2,3,4}.

Outra condição considerada comum em crianças é a sibilância que ocorre devido a processo inflamatório crônico como, por exemplo, a hiper-reatividade brônquica. As crises podem estar associadas à asma brônquica, bronquiolite aguda, pneumonia, aspiração de corpo estranho, tuberculose, pneumonia aspirativa, fibrose cística, entre outras.

Na avaliação da criança com sibilância deve-se investigar junto aos responsáveis o início do aparecimento de sintomas, a frequência das crises, se a criança está em uso de broncodilatador, além de observar o nível de consciência, se há tiragem, estridor e frequência respiratória. No quadro a seguir são apresentados os sinais para avaliação da criança com sibilância:

QUADRO 10.3
MANEJO DA CRIANÇA COM CRISE DE SIBILÂNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA, CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA CRISE¹¹

Como identificar/avaliar	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Presença de qualquer sinal de perigo ou um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Letárgico ou sempre agitado. - Consegue falar apenas uma ou outra palavra isolada. - Não consegue chorar. - Gemente. - Tiragem universal, Sat. O₂ ≤ 90% em ar ambiente. - Estridor em repouso. <p>SIBILÂNCIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE</p>	<p>REFERIR IMEDIATAMENTE</p> <p>Tratamento prévio ao encaminhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oxigênio. - Beta-2 agonista por via inalatória. - Primeira dose do corticoide. - Primeira dose do antibiótico. 	<p>Médico(a)</p>
<p>Presença de um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criança agitada ou sem mudança de comportamento. - Diz frases de forma entrecortada. - Choro entrecortado. - Tiragem subcostal isolada ou associada à intercostal. - Frequência respiratória aumentada ou Sat O₂ de 91% a 95%. <p>SIBILÂNCIA MODERADA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Administrar beta-2 por via inalatória (até 3x, a cada 20 minutos). - Administrar corticoide oral. <p>Caso não melhore: REFERIR, após dar a primeira dose do antibiótico injetável e O₂, se possível .</p> <p>Caso melhore: AVALIAR E CLASSIFICAR A TOSSE E DIFICULDADE PARA RESPIRAR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamento domiciliar com beta-2 por via inalatória (5 dias). - Corticoide por via oral (3 dias). - Dar orientações à mãe para o controle da asma e quando retornar imediatamente. - Marcar o retorno em 2 dias. 	<p>Médico(a)</p>
<p>Não há sinais suficientes para classificar como sibilância grave ou moderada; Sat. O₂ ≥ 95% * em ar ambiente.</p> <p>SIBILÂNCIA LEVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento domiciliar com beta-2 agonista por via inalatória (5 dias) – Quadro R6. - Dar orientações à mãe para o controle da sibilância e quando retornar imediatamente. - Seguimento em 2 dias, se não melhorar ou se estiver usando corticoide. <p>-Caso esteja em uso de beta-2 há 24 horas ou mais sem resposta: prescrever corticoide por via oral (3 dias) – avaliação médica</p>	<p>Enfermeiro(a) / médico(a)</p> <p>Médico(a)</p>

Fonte: ¹¹.

QUADRO 10.4
TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA CRISE DE SIBILÂNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA¹¹

BRONCODILATADORES (Via inalatória)		
<p align="center">Broncodilatador de ação rápida: BETA-2 AGONISTAS via inalatória. SALBUTAMOL ou FENOTEROL Administrar de 6 em 6 horas, por 5 dias</p>		
IDADE	SPRAY	NEBULIZAÇÃO
< 2 anos	2 a 3 jatos/dose (1 jato = 100 mcg).	1 gota/3kg de peso - Máximo de 10 gotas a cada nebulização. - Deve-se preparar a NBZ com 3 ml de soro fisiológico a 0,9% e nebulizar a criança até terminar a mistura.
2 anos	2 até 4 jatos/dose.	
CORTICOIDES SISTÊMICOS (Via oral)		
PREDNISOLONA Suspensão: 1 mg/ml e 3 mg/ml		PREDNISONA Comprimido: 5 mg e 20 mg
1 a 2 mg/kg de peso/dia		1 a 2 mg/kg de peso/dia

Fonte: ¹¹.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DE OUTROS PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS MENOS COMUNS NA ATENÇÃO BÁSICA

Excluído o diagnóstico de doença muito grave e pneumonia, na presença de tosse, devemos investigar a possibilidade de surgimento de doenças de repercussão epidemiológica, entre as quais merecem destaque a tuberculose e a coqueluche. Em tais situações se fazem necessárias a abordagem dos comunicantes e a adoção de medidas coletivas para controle da doença em questão, conforme Quadro a seguir.

QUADRO 10.5
CONDUTAS NA PRESENÇA DE TOSSE E SINAIS SUGESTIVOS
DE COQUELUCHE E TUBERCULOSE^{4,5,6,7,8,9}

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Tosse há 14 dias do tipo paroxística (tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10), em uma única expiração) – e a presença de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tosse paroxística. - Guincho inspiratório. - Vômitos pós-tosse. <p>Em menores de 6 meses avaliar também a presença de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cianose. - Apneia. - Engasgo. <p style="text-align: center;">Pensar em coqueluche</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar exames: cultura de material da nasofaringe (realizar preferencialmente antes da antibioticoterapia, mas pode ser feita até 3 dias após seu início); hemograma completo e Rx de tórax (menores de 4 meses). - Realizar notificação do caso. - Realizar bloqueio vacinal seletivo nas áreas onde o paciente esteve no período de transmissibilidade. - Realizar quimioprofilaxia nos comunicantes. - Realizar tratamento conforme Quadro 3. 	<p>Enfermeiro(a) / médico(a)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Tosse com expectoração há mais de 15 dias associada à febre a mais ou menos 15 dias e a presença dos seguintes sinais e sintomas: - Febre moderada, vespertina, a mais ou menos 15 dias. - Sudorese noturna, às vezes profusa. - Perda de peso. - Hemoptise (rara). - Irritabilidade. <p style="text-align: center;">Pensar em tuberculose</p> <p style="text-align: center;">ATENÇÃO !!!</p> <p>Atenção aos casos de pneumonia de evolução lenta, que não vem apresentando melhora com o uso de antimicrobianos para bactérias comuns.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar exames: BAAR e cultura do escarro (crianças a partir de 5-6 anos). Rx de tórax. Hemograma. Exame de HIV. Prova tuberculínica. Avaliação do Estado Nutricional. - Realizar notificação do caso e controle de Comunicantes. <p style="text-align: center;">ATENÇÃO!</p> <p>Os casos suspeitos de tuberculose em crianças e adolescentes devem ser encaminhados para a unidade de referência, para investigação e confirmação do diagnóstico e a Unidade Básica de Saúde deve realizar a Estratégia de Tratamento Diretamente Observado.</p>	<p>Enfermeiro(a) / médico(a)</p>

Fonte: ^{4,5,6,7,8,9}.

QUADRO 10.6
EM CASO DE CONFIRMAÇÃO DA COQUELUCHE FAZEM-SE NECESSÁRIAS A ABORDAGEM
TERAPÊUTICA DA DOENÇA

COQUELUCHE^{5,7,8}		
Esquema de Antibiótico Oral (VO)		Quem faz?
Idade	Primeira escolha: Azitromicina (40 mg/ml).	Médico(a)
Menor de 6 meses	10 mg/kg em uma dose ao dia por 5 dias.	
Igual ou maior que 6 meses	10 mg/kg (máximo de 500 mg) em uma dose no 1º dia e 5 mg/kg (máximo de 250 mg) em uma dose ao dia do 2º ao 5º dia.	

Fonte: ¹.

SAIBA MAIS

1 Sobre outros medicamentos para manejo da coqueluche leia o *Guia de Vigilância em Saúde*. Ministério da Saúde, 2014. (página 91). Disponível em:
 <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>>.

2 Sobre o manejo da tuberculose no Brasil leia o *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:
 <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_manejo_coinfeccao_tb_hiv.pdf>.

ASMA

A asma é o problema crônico mais comum da infância e a principal causa de hospitalização e procura ao serviço de emergência.¹⁶ É um distúrbio respiratório crônico caracterizado pela inflamação e obstrução reversíveis das vias aéreas inferiores e hiperresponsividade brônquica.¹⁵ A interação desses fenômenos causam crises de chiado, dispneia, tosse e dor torácica. As crises podem ter intensidade variável, de leve, que pode ser cuidada em casa, a muito grave, com necessidade de internação e suporte ventilatório. A classificação e manejo da crise de asma está no Quadro 9.3 – Crise de Sibilância.

Esta seção pretende orientar os profissionais da Atenção Básica no cuidado continuado dessa condição. O objetivo do tratamento é atingir um bom controle dos sintomas e manter um nível normal de atividade, bem como minimizar o risco de crises, deficiência do desenvolvimento pulmonar e diminuir os efeitos colaterais do tratamento. A equipe deve garantir a adesão terapêutica, orientar técnica da terapêutica inalatória, controle ambiental, evitando o tabagismo ativo e passivo. Uma vez esgotadas as possibilidades do tratamento baseado nas etapas anteriores sem sucesso terapêutico, devem encaminhar o paciente ao centro de referência para acompanhamento conjunto. Esta seção apresenta um fluxograma e uma série de quadros-sínteses para auxiliar a equipe de saúde no manejo desses pacientes.

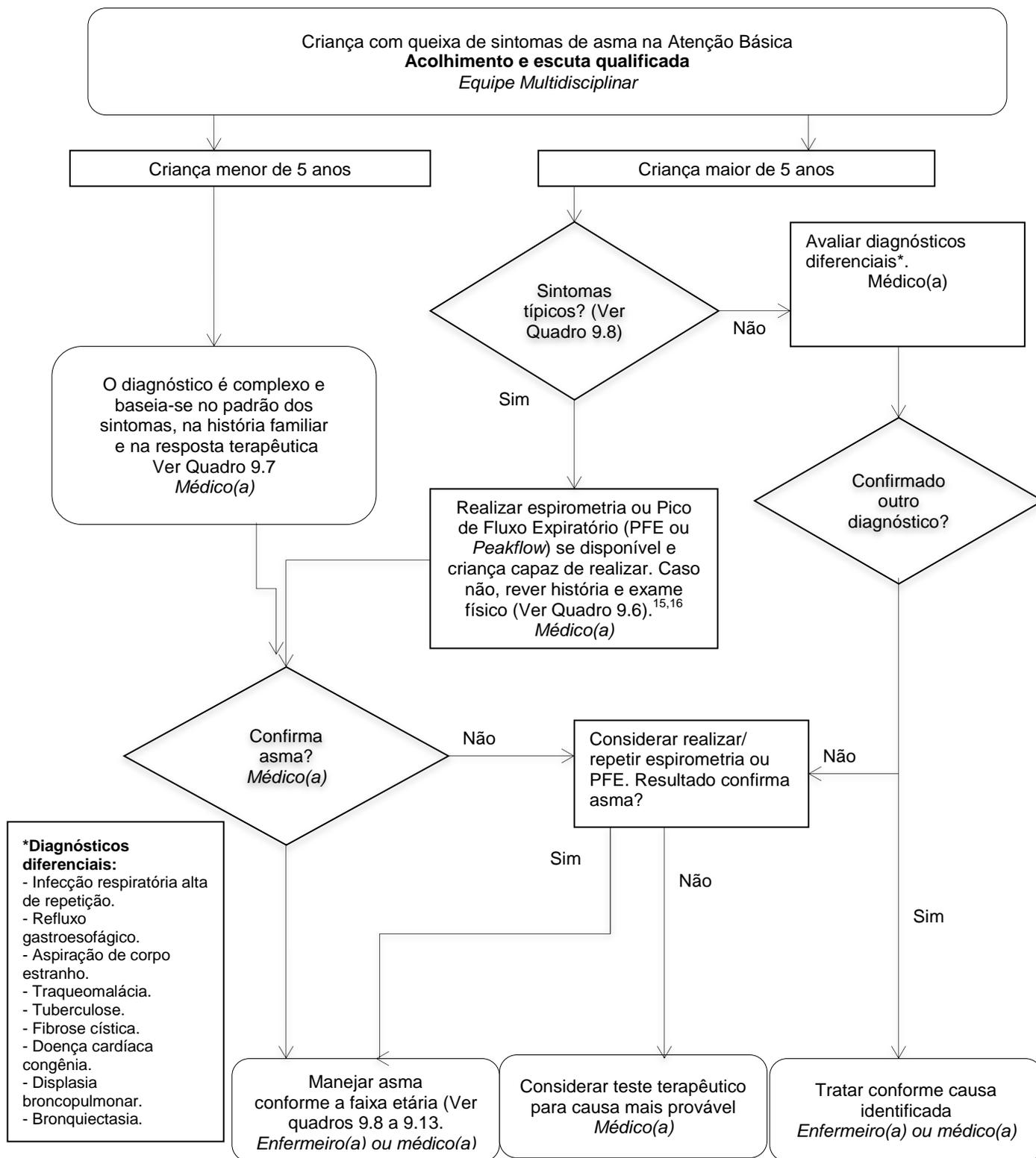
A etiologia da asma é complexa e multifatorial, com contribuição genética forte, em que a atopia é presente na maioria das crianças acima de 3 anos e interage com alérgenos e vírus respiratórios através de diversas células inflamatórias, com predominância da mediação de linfócitos TH-2. Dados de coortes prospectivas sugerem que o vírus sincicial respiratório no início da vida aumenta a probabilidade de desenvolver asma.¹⁷ A Atenção Básica deve realizar o controle ambulatorial dessas crianças, a fim de diminuir a frequência e a gravidade das crises e também diminuir as chances de complicações, tais como alterações estruturais permanentes das vias aéreas. Há um aumento da prevalência de asma na infância em países em desenvolvimento, com o aumento da urbanização.¹⁴

Muitas crianças pequenas apresentam chiado diante de infecções respiratórias altas. Assim, até os 5 anos de idade, pode ser difícil fazer um diagnóstico de asma e decidir a partir de que momento a criança deverá receber tratamento profilático.

O Fluxograma 10.2 ajuda no raciocínio clínico e direciona para os quadros-sínteses desta seção.

FLUXOGRAMA 10.2

CRIANÇA COM QUEIXA DE SINTOMAS SUGESTIVOS DE ASMA NA ATENÇÃO BÁSICA



ASMA EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Diagnóstico de asma em crianças menores de 5 anos

Chiado recorrente ocorre em grande parte das crianças menores de 5 anos, normalmente associada a uma infecção respiratória alta. Classificações antigas de fenótipos de chiado (chiado episódico, recorrente e de início tardio) são difíceis na prática clínica e tem utilidade duvidosa na predição de doença.¹⁶ Além disso, crianças pequenas não conseguem realizar testes confirmatórios de obstrução de vias aéreas.

Assim, **o diagnóstico de asma, nessa faixa etária, deve envolver uma abordagem baseada em probabilidades**, pelo padrão de sintomas durante e entre infecções respiratórias altas e de forma compartilhada com os cuidadores. Essa abordagem permite tomar decisões individualizadas sobre iniciar ou não um tratamento medicamentoso de controle. É importante evitar sobretratamento e subtratamento.¹⁶

O Quadro 10.7 apresenta os sintomas e as respectivas características que aumentam a probabilidade de um diagnóstico acurado de asma em crianças menores de 5 anos.^{15,16}

QUADRO 10.7
ELEMENTOS PARA O DIAGNÓSTICO DE ASMA EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Sintoma	Características que falam a favor de asma	Quem faz
Tosse	Tosse recorrente ou persistente não produtiva, que pode ser pior à noite ou acompanhados por alguns sibilos e dificuldades respiratórias. Tosse que ocorre com o exercício, ao rir, chorar ou com exposição ao fumo, na ausência de uma infecção respiratória aparente.	Médico(a)
Sibilância	Sibilância recorrente, inclusive durante o sono ou com gatilhos, como a atividade, rir, chorar ou exposição ao fumo ou à poluição do ar.	Médico(a)
Respiração difícil, falta de ar ou respiração pesada	Ocorrendo com exercícios, ao rir ou ao chorar.	Médico(a)
Redução da atividade	Não correr, jogar ou rir com a mesma intensidade que as outras crianças; ficar cansado mais cedo durante os passeios (quer ser carregado).	Médico(a)
Passado ou história familiar	Outra doença alérgica (dermatite atópica ou rinite alérgica). Asma em parentes de primeiro grau.	Médico(a)
Teste terapêutico com corticosteroide inalatório de baixa dosagem e B2 agonista de curta duração sintomático	Melhoria clínica durante 2-3 meses de tratamento de controle e piora quando o tratamento é interrompido.	Médico(a)

Fonte: Adaptato de ¹⁶.

CLASSIFICAÇÃO DO CONTROLE DA ASMA EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Após o diagnóstico de asma (Quadro 10.7), toda criança deve ser classificada quanto ao **controle dos sintomas**. É essa avaliação que guiará as decisões terapêuticas medicamentosas e outras ações da equipe ao diagnóstico e nas consultas de seguimento. A avaliação do controle em crianças menores de 5 anos é difícil pela limitação em obter medidas objetivas e informações confiáveis sobre as crises.

A avaliação tem o objetivo de avaliar dois domínios: (1) o estado dos sintomas nas últimas quatro semanas; e (2) a avaliação do risco futuro. O Quadro 10.8 classifica o controle dos sintomas e deve ser preenchido com a família.

QUADRO 10.8

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE CONTROLE DE ASMA E RISCO DE EXACERBAÇÕES FUTURAS

(1) Controle dos sintomas nas últimas 4 semanas.			
	Bem controlado	Parcialmente controlado	Descontrolado
<p><i>Nas últimas 4 semanas, a criança apresentou:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sintomas diurnos por mais de alguns minutos, mais de 1 vez por semana? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tem alguma limitação de atividade devido à asma (corre/brinca menos do que outras crianças, se cansa rápido em caminhadas/brincadeiras?) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Necessitou de medicação de alívio mais de 1 vez por semana Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Teve algum sintoma noturno por asma? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 	Nenhum desses	1 a 2 desses	3 a 4 desses
(2) Risco futuro de má evolução / prognóstico			
<ul style="list-style-type: none"> Sintomas descontrolados. Uma ou mais exacerbação grave no último ano. Início da estação do ano em que a criança usualmente piora. Exposição a tabaco, poluição, alérgenos domésticos (poeira doméstica, barata, animais, mofo), especialmente combinada a infecção viral. Problemas psicológicos ou socioeconômicos importantes para criança ou família. Má aderência às medicações de controle ou uso incorreto dos dispositivos inalatórios. 			
<p><i>Risco de limitação fixa/definitiva/irreversível de vias aéreas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Asma grave com hospitalização. História de bronquiolite. 			
<p><i>Risco de efeito adverso de medicação:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sistêmica: uso frequente de corticoide oral; dose alta de corticoide inalatório. Local: dose moderada/alta de corticoide inalatório. 			

Fonte:³.

MANEJO DA ASMA EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS.

Após a confirmação do diagnóstico (Ver Fluxograma 10.1, quadros 10.7 e 10.8), a equipe deve iniciar as medidas terapêuticas, medicamentosas e não medicamentosas, que incluem a classificação quanto ao controle dos sintomas já apresentada no Quadro 10.6.

O conjunto de ações da equipe de saúde está resumido no Quadro 10.9. O manejo medicamentoso está apresentado no Quadro 10.10.

QUADRO 10.9
MANEJO DA ASMA PELA ATENÇÃO BÁSICA EM CRIANÇAS

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUANDO FAZER	QUEM FAZ
Reavaliar a terapia medicamentosa de acordo com o controle dos sintomas	Classificar controle: ver Quadro 9.6. Modificar terapia: ver Quadro 9.8.	Ao diagnóstico e em todas as consultas, programadas ou não.	Médico(a)
Observar adesão e qualidade da técnica de uso das medicações inalatórias	Instrução à criança (de idade suficiente) e sua família: - Treinamento para o uso ideal dos medicamentos. - Revisão da técnica de inalação.	No início do tratamento; sempre que for classificada como descontrolada.	Médico(a) ou enfermeiro(a)
Elaboração de planos de manejo da asma crônica e plano de ação para a crise (urgência)	Individualizados por escrito (manejo baseado nos sintomas).	Individualizada conforme a necessidade.	Médico(a) ou enfermeiro(a)
Visitas domiciliares	Apoio à adesão ao tratamento e à identificação de fatores de risco/desencadeantes que possam ser modificados.	No início do tratamento; quando houver dificuldades na adesão. Nos casos de asma de difícil manejo.	Equipe Multidisciplinar
Orientar/estimular a prática de exercícios físicos	Nas crianças com asma estável.	Em todos encontros com a criança ou seus responsáveis.	Equipe Multiprofissional
Orientar medidas de controle dos desencadeantes da crise (alérgenos) no ambiente domiciliar	Em todos os encontros com a criança ou seus responsáveis	No início do tratamento e singularizada, dependendo da avaliação da equipe.	Agentes comunitários de saúde (ACS) e técnicos(as) de Enfermagem

Fonte: adaptado de ¹⁸.

O tratamento de manutenção da asma em crianças pequenas segue uma abordagem gradual em passos, com medicação ajustada para cima ou para baixo, segundo a classificação do controle. A necessidade de tratamento de controle deve ser reavaliada regularmente.

Todas as crianças que experimentam episódios de sibilância devem receber beta-2 agonista de curta duração durante as crises, embora não seja eficaz em todas as crianças.

Doses regulares diárias baixas de corticoides inalatórios são recomendadas como o tratamento inicial preferido para controlar a asma em crianças com idade igual ou menor de 5 anos

(Evidência A). Esse tratamento inicial deve ser feito por, pelo menos, três meses para estabelecer sua eficácia em alcançar um bom controle da asma.

Se com três meses de tratamento inicial com uma baixa dose de corticoide inalatório falhar no controle dos sintomas, ou se as exacerbações persistirem, deve-se considerar os seguintes aspectos antes de qualquer passo no tratamento:

- Confirmar que os sintomas são devido à asma, em vez de uma condição concomitante ou alternativo.
- Verificar a técnica inalatória correta.
- Confirmar boa aderência com a dose prescrita.
- Informar-se sobre os fatores de risco, tais como a exposição a alérgenos ou ao fumo.

Deve-se dar preferência às doses moderadas de corticoides inalatórios (o dobro da dose "baixa" por dia). Dobrar a dose baixa inicial do corticoide inalatório pode ser a melhor opção (Evidência C). Avaliar a resposta após três meses.

Caso a duplicação da dose inicial do ICS não consiga atingir e manter um bom controle da asma, avaliar cuidadosamente a técnica inalatória e adesão à medicação, pois estes são problemas comuns nessa faixa etária. Além disso, avaliar o controle dos fatores ambientais, quando relevantes, e reconsiderar o diagnóstico de asma. A criança deve ser encaminhada para avaliação de um especialista se o controle dos sintomas continua pobre e/ou exacerbações persistirem, ou se os efeitos colaterais do tratamento são observados ou suspeitados. (Quadro 10.10)

QUADRO 10.10

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA ASMA PARA CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

	Beta2-agonista de curta duração inalatório nas crises		Corticoides inalatórios	
	Apresentação	Dose	Apresentação	Dose diária (mcg)
Passo 1: beta-2 agonista de curta nas crises	Salbutamol 120,5 mcg/dose aerossol oral ou Fenoterol 100 mcg/dose	2 puffs a cada 20 minutos na primeira hora (para manejo da crise de asma veja o Quadro 9.3 – Crise de sibilância)	Não prescrever	
Passo 2: beta-2 agonista de curta + corticoide inalatorio dose baixa			Beclometasona 50 mcg/dose aerossol oral	50-100
Passo 3: beta-2 agonista de curta + corticoide inalatorio dose moderada			Dipropionato de Beclometasona 50 mcg/dose e 200 mcg/dose aerossol ou <i>spray</i>	100-200
Passo 4	Manter medicações do Passo 3 nas mesmas doses e encaminhar para o especialista			

Fonte:¹⁶.

ASMA EM CRIANÇAS DE 6-10 ANOS

Diagnóstico de asma em crianças de 6-10 anos

O diagnóstico de asma em crianças de 6 a 10 anos baseia-se em dois pilares: identificação de sintomas típicos e realização de testes confirmatórios de distúrbio obstrutivo reversível. Sempre que estiver disponível e a criança for capaz de executar um teste complementar que documente o distúrbio obstrutivo, ele deve ser realizado. (Fluxograma 10.2). Os mais utilizados são a

espirometria e medida do pico de fluxo expiratório (PFE ou *peak flow*). Testes de broncoprovocação, de alergia ou de fração de óxido nítrico exalada não são comumente utilizados em crianças.¹⁶

O Quadro 10.11 apresenta os critérios diagnósticos para asma em crianças de 6 a 10 anos.

**QUADRO 10.11
CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE ASMA PARA CRIANÇAS DE 6-10 ANOS**

Critérios diagnósticos clínicos (história e exame físico)

Sintomas típicos	Características que aumentam a probabilidade de asma	Quem faz
<ul style="list-style-type: none"> • Chiado, sibilância • Falta de ar • Aperto no peito • Tosse 	<p>Geralmente estão presentes dois ou mais sintomas associados.</p> <p>Sintomas variam ao longo do tempo e em intensidade.</p> <p>Sintomas costumam ser piores à noite.</p> <p>Sintomas são frequentemente desencadeados por exercício, risos, alérgenos, temperatura fria.</p> <p>Sintomas tendem a aparecer/piorar diante de uma infecção respiratória alta (resfriado comum, amidalite viral, rinosinusite., etc.).</p>	Médico(a)

Testes complementares para confirmação de limitação do fluxo respiratório e da variabilidade

Realizar quando disponíveis e criança capaz de executar.

Espirometria	<p>VEF1/CVF <90% do predito pelo menos uma vez.</p> <p>Confirma limitação de fluxo. Não realizar durante quadro de bronquiolite.</p>	Médico(a)
	<p>Melhora do Volume Expiratório Forçado (VEF1) de > 12% após o uso de beta-agonista de curta duração.</p> <p>Confirma reversibilidade do processo obstrutivo.(CAB 25)</p>	
<p>Pico de Fluxo Expiratório (PFE) ou <i>peak flow</i></p> <p>Pode ser utilizado para diagnóstico, avaliação da gravidade da crise e acompanhamento do tratamento</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Foto: (CAB 25)</p>	<p>Aumento do PFE de 30%, 15 minutos após uso de broncodilatador de curta duração, sugere asma. (CAB25)</p> <p>Varição do PEF>15% entre visitas à unidade de saúde (pode incluir infecções respiratórias) sugere asma. (GINA)</p> <p>Queda do PFE > 15% ao exercício sugere asma. (GINA)</p>	

Fonte: Gina, CAB 25.

Classificação do controle da asma em crianças de 6 a 10 anos

Após o diagnóstico de asma (Quadro 10.7), toda criança deve ser classificada quanto ao **controle dos sintomas e risco de exacerbações futuras**. A avaliação baseia-se em sintomas, limitação das atividades e uso de medicação de alívio. Sugerimos o Quadro 10.12, traduzido do Global Initiative for asthma (GINA) 2016 para essa classificação. Ela guiará as decisões terapêuticas medicamentosas e outras ações da equipe ao diagnóstico e nas consultas de seguimento.

QUADRO 10.12

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE CONTROLE DE ASMA E RISCO DE EXACERBAÇÕES FUTURAS EM CRIANÇAS DE 6-10 ANOS

(1) Controle dos sintomas nas últimas 4 semanas			
	Bem controlado	Parcialmente controlado	Descontrolado
<p><i>Nas últimas 4 semanas, a criança apresentou:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sintomas diurnos por mais de alguns minutos, mais de 2 vezes por semana? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Necessidade de medicação de alívio mais de 2 vezes por semana Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Despertar noturno alguma vez por asma? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Alguma limitação de atividade devido à asma Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 	Nenhum desses	1 a 2 desses	3 a 4 desses
(2) Risco futuro de má evolução / prognóstico			
<ul style="list-style-type: none"> Sintomas descontrolados. Uso frequente de medicação de alívio. Má aderência às medicações de controle ou uso incorreto dos dispositivos inalatórios. VEF1 muito baixo, especialmente <60% predito. Problemas psicológicos ou socioeconômicos importantes para criança ou família. Uma ou mais exacerbação grave no último ano. Início da estação do ano em que a criança usualmente piora. Exposição a tabaco e alérgenos. Comorbidades: obesidade, rinosinusite, alergia alimentar. Entubação prévia ou UTI prévia por asma. 			
<p><i>Risco de limitação fixa/definitiva/irreversível de vias aéreas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Não utilizar corticoide inalatório. Exposição a tabaco. VEF1 inicial baixo. 			
<p><i>Risco de efeito adverso de medicação:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Sistêmica: uso frequente de corticoide sistêmico; dose alta de corticoide inalatório. Local: dose moderada/alta de corticoide inalatório, técnica de inalação inadequada. 			

Fonte:³.

Manejo da asma em crianças de 6-10 anos

Após a confirmação do diagnóstico (Ver Fluxograma 10.1, Quadro 10.11), a equipe deve iniciar o manejo, que consiste em um conjunto de ações apresentadas no Quadro 10.9. Essas ações incluem a classificação do controle dos sintomas, que nesta faixa etária pode ser realizada com o Quadro 10.12.

Para o tratamento medicamentoso, o(a) médico(a) deve avaliar o nível de controle dos sintomas e iniciar o tratamento. No seguimento, o médico(a) deve aplicar um ciclo que avalia, ajusta e checa a resposta. A medicação deve ser ajustada para cima ou para baixo em passos, de acordo com o controle (Quadro 10.13). A periodicidade dessas avaliações e ajustes pode ser individualizada, mas recomenda-se uma avaliação a cada 2 a 3 meses. Caso uma criança mantenha sintomas e/ou exacerbações após 2 a 3 meses de tratamento, deve-se avaliar:

- Qualidade da técnica da terapia inalatória.
- Aderência à prescrição atual.
- Exposição a alérgenos ou ao fumo.
- Presença de comorbidades, especialmente rinite alérgica descontrolada e obesidade.
- Possibilidade de diagnóstico incorreto.

Caso um bom controle tenha sido atingido após 2-3 meses, pode-se caminhar para “trás”, ao passo anterior, para reduzir a medicação para a menor dose possível.

QUADRO 10.13
TRATAMENTO DA ASMA PARA CRIANÇAS COM 5 ANOS OU MENOS DE ACORDO COM A
ETAPA DO TRATAMENTO

	Beta2-agonista de curta duração inalatório nas crises		Corticoides inalatórios	
	Apresentação	Dose	Apresentação	Dose diária (mcg)
Passo 1: apenas medicação às crises	Salbutamol 120,5 mcg/dose aerossol oral ou Fenoterol 100 mcg/dose	2 puffs a cada 20 minutos na primeira hora (para manejo da crise de asma veja o Quadro 9.3 – Crise de sibilância)	Considerar apenas para pacientes com risco de exacerbação.	
Passo 2: beta-2 agonista de curta + corticoide inalatório dose baixa			Beclometasona 50 mcg/dose aerossol oral	50-100
Passo 3: beta-2 de curta + corticoide inalatório dose moderada			Beclometasona 50 mcg/dose e 200 mcg/dose aerossol ou <i>spray</i>	100-200
Passo 4	Manter medicações do Passo 3 nas mesmas doses e encaminhar para o especialista			

Fonte: ¹

REFERÊNCIAS

- 1 ALMEIDA, F. A; SABATÉS, A.L. Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri, SP. Manole, 2008.
- 2 ALVIN, C.G. Saúde da criança e do adolescente: doenças respiratórias. Belo Horizonte: Coopmed; 92p; Nescon, UFRN, 2009.
- 3 BARBOSA, TA. Tosse Aguda e Crônica. In: GUSSO, G. & LOPES, JMC, (Org.). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- 4 BRITISH MEDICAL JOURNAL. BMJ BEST PRACTICE. Tuberculose Pulmonar. Última atualização em 20 de novembro de 2015. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/165.html>>

- 5 BRITISH MEDICAL JOURNAL. BMJ BEST PRACTICE. Coqueluche. Última atualização em 18 de maio de 2015. Disponível em: <<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/682.html>>
- 6 BRASIL Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 28 volume II. Acolhimento a demanda espontânea. Queixas mais comuns na atenção básica. Brasília, 2012.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>
- 8 BRASIL. Ministério da Saúde. Novas Recomendações para Vigilância Epidemiológica da Coqueluche. Brasília-DF, 2014 Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/15/Coq-NI-Novas-Recomenda----es-02-06-2014-FINAL.pdf>.
- 9 BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília-DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_manejo_coinfeccao_tb_hiv.pdf
- 10 CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO (COREN-RJ). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro-RJ. Protocolos de enfermagem da atenção primária à saúde. Rio de Janeiro, 2012.
- 11 ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Ministério da Saúde. Ações para as Doenças mais Prevalentes na Infância (AIDPI). Brasília, 2016.
- 12 PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Infecções Respiratórias Agudas – IRAS. In: Protocolo Vitória da Vida. Atenção a Saúde da Criança. Vitória, 2009.
- 13 WONG D. L. A criança com disfunção respiratória. In: Wog D.L. Waley & Wong. Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
- 14 ASHER, MI. In ALLERGOLOGIA et IMMUNOPATOLOGIA. Recent perspectives on global epidemiology of asthma in childhood. Allergol Immunopathol (Madr). 2010;38:83-87. Disponível em: <http://www.elsevier.es/en-revista-allergologia-et-immunopathologia-105-articulo-recent-perspectives-on-global-epidemiology-S0301054609001402>

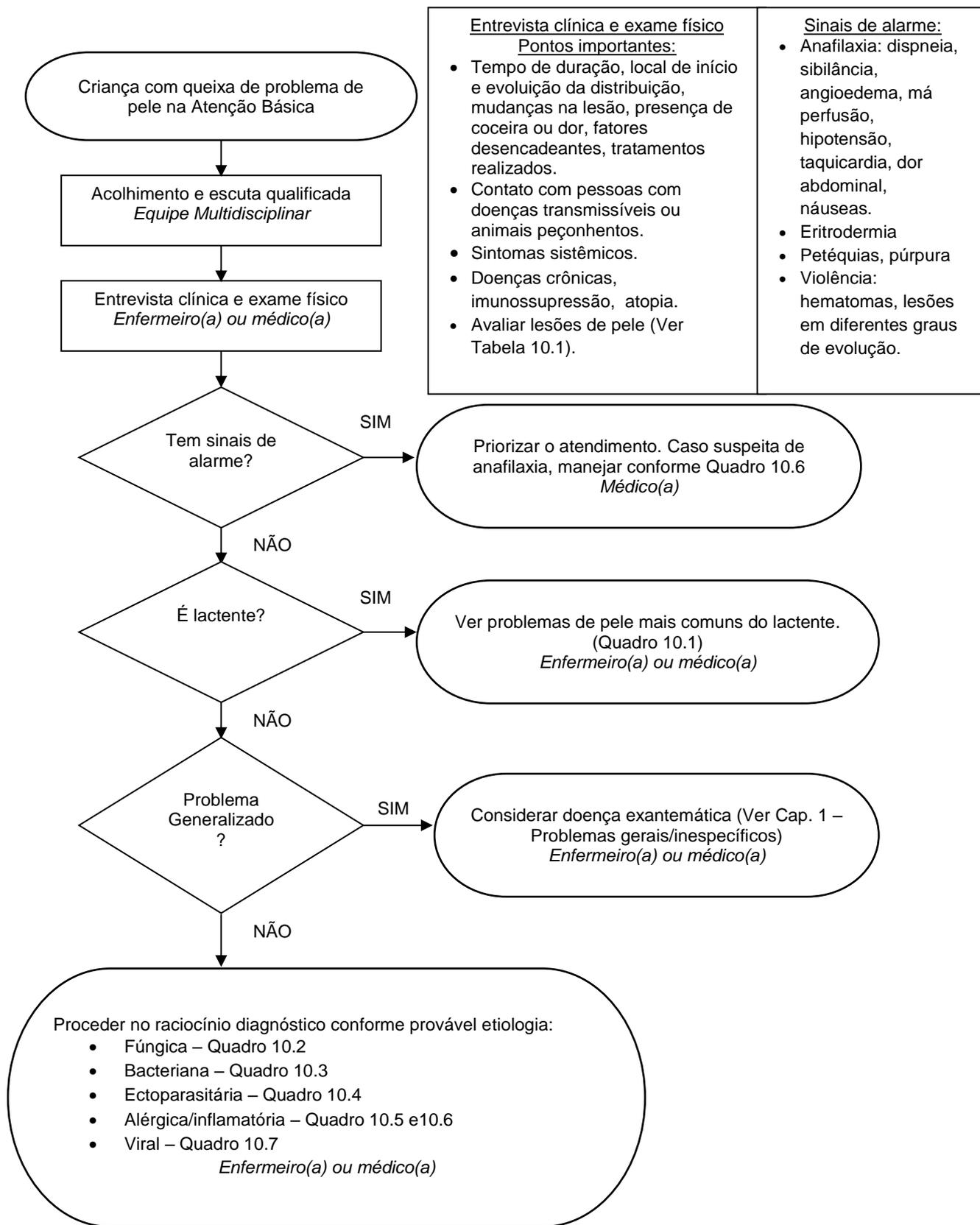
- 15 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Doenças respiratórias crônicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf
- 16 GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2016. Disponível em: www.ginasthma.org
- 17 JARTTI, T. GERN, J. E. In NATIONAL HEALTH INSTITUTE. Rhinovirus-associated wheeze during infancy and asthma development. Current Respiratory Medicine Reviews. 2011;7:160-166. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3469323/pdf/nihms359313.pdf>
- 18 ROBINSON, P. CHANG, A. In BMJ BEST PRACTICE. Asma em crianças. Última atualização em: 5 de outubro de 2015. Disponível em www.bestpractice.bmj.com

11 PROBLEMAS DE PELE (S)

Os problemas de pele estão entre as causas mais frequentes de procura aos serviços de saúde na Atenção Básica. Na maioria das vezes, os problemas são simples, de evolução favorável e podem ser manejados pela equipe¹. Este capítulo aborda desde problemas dermatológicos simples como dermatofitoses e alergias, até doenças exantemáticas e o manejo inicial de emergências tais como anafilaxia.

A criança que procura a unidade de saúde com queixa de problema de pele deve ser acolhida pela Equipe Multidisciplinar, seguir o fluxo da unidade e, após definição de prioridades, ser avaliada por profissional médico ou enfermeiro, que fará **entrevista clínica, exame da pele e exame geral** (Fluxograma 11.1). Os profissionais devem estar atentos aos sinais de alarme. A Tabela 9.1 apresenta um guia para as principais lesões elementares de pele, cujo reconhecimento e nomeação ajudam no raciocínio clínico para o diagnóstico acurado do problema.

FLUXOGRAMA 11.1
ATENÇÃO À CRIANÇA COM PROBLEMA DE PELE NA ATENÇÃO BÁSICA



<p><u>Entrevista clínica e exame físico</u> <u>Pontos importantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempo de duração, local de início e evolução da distribuição, mudanças na lesão, presença de coceira ou dor, fatores desencadeantes, tratamentos realizados. • Contato com pessoas com doenças transmissíveis ou animais peçonhentos. • Sintomas sistêmicos. • Doenças crônicas, imunossupressão, atopia. • Avaliar lesões de pele (Ver Tabela 10.1). 	<p><u>Sinais de alarme:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anafilaxia: dispneia, sibilância, angioedema, má perfusão, hipotensão, taquicardia, dor abdominal, náuseas. • Eritrodermia • Petéquias, púrpura • Violência: hematomas, lesões em diferentes graus de evolução.
--	--

TABELA 11.1
GUIA DE PRINCIPAIS LESÕES ELEMENTARES DE PELE^{13,20}

<p>Mácula</p>  <p>Fonte:¹³ Área de mudança da cor sem alteração do relevo da pele. Podem ser hiperocrômicas, hipocrômicas, azuis ou avermelhadas. Ex.: lênfigo solar, hematoma, vitiligo, pitiríase versicolor.</p>	<p>Vesícula e Bolha</p>  <p>Fonte:²⁰ Lesão elevada, superficial, circunscrita com conteúdo líquido, que surge da cisão de planos de pele. Vesícula: <0,5 cm. Bolha: >0,5 cm. Ex.: dermatite de contato, herpes simples, herpes zoster impetigo.</p>	<p>Placa</p>  <p>Fonte:²⁰ Área de pele elevada em forma de platô, maior em extensão do que em altura. Pode ser formada por confluência de pápulas. Ex.: psoríase, dermatite de contato, dermatite de fraldas, dermatite seborreica.</p>
<p>Pápula ou nódulo</p>  <p>Fonte:²⁰ Lesões elevadas, sólidas, arredondada ou elípticas. <u>Pápula</u>: menor que 1,0 cm, superficial. Ex.: acne, escabiose <u>Nódulo</u>: maior que 1,0 cm e pode envolver epiderme, derme ou tecido subcutâneo. Ex.: neurofibromatose</p>	<p>Pústula</p>  <p>Fonte:²⁰ Lesão elevada de conteúdo de exsudato purulento. Pode ser branco, amarelo, esverdeado ou hemorrágico. Ex.: foliculite, impetigo</p>	<p>Cisto</p>  <p>Fonte:²⁰ Lesão elevada, esférica ou oval, correspondente a uma cavidade encapsulada de conteúdo líquido ou semissólido.: seroso, sanguinolento, purulento. A palpação tem turgor variável de acordo com o conteúdo e a espessura da parede.</p>
<p>Escama</p>  <p>Fonte:²⁰ Lâminas finas de epiderme cornificadas. Podem ser grandes, como membranas ou pequenas como pó, aderidas ou soltas na pele. Ex.: ictiose, pitiríase versicolor, psoríase.</p>	<p>Ulceração</p>  <p>Fonte:²⁰ Perda profunda da continuidade da pele, envolvendo pelo menos a derme. Ex.: ectima, leishmaniose, lesões traumáticas.</p>	<p>Erosão</p>  <p>Fonte:²⁰ Perda superficial da continuidade da pele que afeta apenas a epiderme, não atingindo a derme. Ex.: queimadura de segundo grau, dermatofitose.</p>

<p>Púrpura</p>  <p>Fonte:²⁰ Manchas vermelhas causadas por extravasamento de sangue para a pele. Não desaparecem à digito-pressão. Se menor que 1 cm: petéquia. Maior que 1cm: púrpura. Ex.: dengue, púrpura trombocitopênica aguda, meningococemia.</p>	<p>Liquenificação</p>  <p>Fonte:²⁰ Espessamento da pele, com aumento dos sulcos naturais da pele, secundária a coçadura, fricção, atrito. Ex.: eczema crônico, dermatite atópica.</p>	<p>Crosta</p>  <p>Fonte:²⁰ Exsudato seco de soro, sangue, sebo ou material purulento. Ex.: eczema agudo, impetigo, herpes simples.</p>
<p>Urtica</p>  <p>Fonte:²⁰ Pápula ou placa avermelhada evanescente. Aparece e desaparece em menos de 24-48h, pode ser regular ou irregular, muda de local e forma. Ex.: urticária.</p>	<p>Dermografismo</p>  <p>Fonte:²⁰ Lesão elevada, avermelhada, evanescente, semelhante à urtica, mas que corresponde à uma reação ao atrito na pele, como em resposta a um desenho feito por abaixador de língua. Ex.: urticária</p>	<p>Fissura</p>  <p>Fonte:²⁰ Divisão linear da pele que se estende além da epiderme. Ex.: eczema traumatizado, tinea pedis.</p>

Fonte: própria.

PROBLEMAS DE PELE COMUNS DO RECÉM-NASCIDO E DO LACTENTE NA ATENÇÃO BÁSICA^{2,19,20}

**QUADRO 11.1
IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE PELE DO RECÉM-NASCIDO E LACTENTE NA ATENÇÃO BÁSICA**

PROBLEMA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER ⁵	QUEM FAZ
<p>Dermatite amoniacal, dermatite primária de fraldas</p>  <p>Foto:¹⁹</p>	<p>É a mais comum causa de erupção em área de fraldas. Dermatite irritativa por contato da pele com urina e fezes. Poupa ou é mais branda em áreas de menos contato com as secreções, como interior de pregas cutâneas. Maior risco em crianças com diarreia, em uso de fórmula láctea.</p>	<p>Pesquisar complicações e excluir outros diagnósticos: dermatite atópica, seborreica, psoríase, infecção secundária por bactéria (Ver Quadro 8.5) ou candidíase de fraldas. Orientar os responsáveis a manter a área seca e limpa, com trocas frequentes de fralda e aplicar creme de barreira (óxido de zinco, vitamina A e D) a cada troca de fralda Médicos: considerar prescrever hidrocortisona 1% creme até 3 vezes ao dia por até 2 semanas <u>apenas para casos com inflamação severa</u>. Orientar risco de atrofia e erosão se uso prolongado.</p>	<p>Enfermeiro(a) ou médico(a)</p>
<p>Candidíase de fraldas</p>  <p>Foto:¹⁹</p>	<p>Complicação frequente da dermatite amoniacal. Acomete o interior de pregas cutâneas, pode ter "lesões satélites": pápulas ou pústulas ao redor da área do <i>rash</i>.</p>	<p>As mesmas orientações da dermatite amoniacal. Considerar creme de miconazol 2% em todas as trocas de fralda até melhora para casos severos.</p>	<p>Enfermeiro(a) ou médico(a)</p>
<p>Dermatite seborreica do Lactente</p>  <p>Foto:²</p>	<p>Início nas primeiras semanas de vida. Ocorre em couro cabeludo, sobrancelhas, áreas flexoras, atrás das orelhas e regiões de fralda. Lesões: máculas e placas avermelhadas, bem delimitadas, úmidas, com ou sem fissura de pele. Pode haver crosta amarelada.</p>	<p>Tranquilizar a família. Explicar que tem ótimo prognóstico. Pode-se aplicar óleo antes do banho para hidratar as escamas e facilitar a queda natural. Não retirar escamas ativamente para evitar o risco de lesão e infecção secundária. Considerar tratar apenas os casos mais intensos com hidrocortisona 1% creme</p>	<p>Enfermeiro(a) ou médico(a) (prescrição médica)</p>

PROBLEMA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER ⁵	QUEM FAZ
		por curto período associado a cetoconazol 2% xampu. Pesquisar complicações.	
Miliária  Foto: ¹⁹	Pequenas pápulas amareladas, menores que 1 mm no nariz, bochechas, e cistos de inclusão com queratina (milia). Miliária: erupção relacionada ao calor. Pequenas pápulas – retenção de suor por oclusão das estruturas exócrinas.	Tranquilizar a família. Explicar que é uma condição benigna e se resolve espontaneamente entre 4 e 5 meses de vida. Orientar o uso de roupas mais leves, evitar o uso de tecidos irritantes. Evitar banhos com temperatura elevada.	Médico(a) ou enfermeiro(a)
Hemangioma  Foto: ²⁰	Pápula, nódulo ou placa vermelho-vivo que surge e cresce nos primeiros meses de vida até atingir seu tamanho máximo (80% no 5º mês de vida) e começar a diminuir lentamente. Esta fase pode levar meses a anos. Pode ser localizado, segmentar ou indeterminado. Tumor benigno mais comum da infância. Mais comum em meninas, prematuros e baixo peso.	Observar e acompanhar crescimento de perto nos primeiros meses. A maioria não demanda tratamento. <u>Pesquisar sinais de maior risco e encaminhar se presentes:</u> - Multifocal: número maior que 5: risco para hemangioma extracutâneo. - Forma segmentar: 11 vezes mais chance de evoluir com complicações. - Facial segmentar: associado à malformação PHACE. - Periocular: risco de ambliopia e anisometropia. - Pré-auricular, mandibular, queixo e pescoço: risco de 60% de lesão em via aérea. - Lombossacral: associado à malformação espinal e genito-urinária.	Médico(a)
Mancha Mongólica  Foto: ¹⁹	Mácula hiperocrômica azulada em região sacral, dorso e nádegas, presente desde o nascimento, de tamanho variável.	Tranquilizar a família. Explicar que maioria some até os 5 anos. Pesquisar malformação meníngea espinal somente em hemangiomas extensos no dorso.	Médico(a) ou enfermeiro(a)

PROBLEMA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER ⁵	QUEM FAZ
<p>Candidíase Oral (sapinho)</p>  <p>Foto:¹⁹</p>	<p>Placas brancas em mucosa oral que podem ser limpas com abaixador de língua ou gaze, com ou sem estomatite angular, diminuição da aceitação alimentar. Mais comum em lactentes.</p> <p>Infecção por levedura comensal do trato gastrointestinal. Fatores de risco: neonatos, má higiene, ambiente úmido e uso de antibióticos de amplo espectro.</p>	<p>Orientar limpeza das placas com gaze ou escova dental macia.</p> <p>Prescrever Nistatina suspensão oral 100.000 UI/mL a cada 6 horas até 48 horas após desaparecimento de sintomas.</p>	<p>Médico(a) ou enfermeiro(a) ou cirurgião(ã)-dentista</p>

INFECÇÕES FÚNGICAS SUPERFICIAIS DE PELE^{16,17}

QUADRO 11.2 IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DAS PRINCIPAIS INFECÇÕES FÚNGICAS NA ATENÇÃO BÁSICA

A observação do padrão e distribuição das lesões faz diagnóstico. Em caso de dúvida, o exame microscópico direto com hidróxido de potássio ajuda e é especialmente útil na confirmação de tinha de unhas, cujo tratamento é prolongado. Outros exames disponíveis são exame de lâmpada de Wood, cultura fúngica. Fatores de risco: exposição a animais, pessoas e solo infectado. Uso crônico de corticosteroide tópico ou oral, diabetes, clima quente e úmido, trauma recorrente na pele, frequentar áreas de banho, obesidade.

PROBLEMA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Tinha do Corpo (tinha da pele glabra)</p>  <p>Foto:²⁰</p>	<p>Placa eritematosa, anular, com bordos elevados, bem definidos e ativos, pode haver descamação. O centro da lesão pode estar são, pois melhora enquanto a lesão aumenta, em alvo. É comum em face, tronco e membros. Diferenciar de psoríase, dermatite atópica.</p>	<p>Prescrever antifúngicos tópicos, pois são normalmente suficientes. As alilaminas são a primeira escolha (terbinafina).</p> <p>Terbinafina tópica 1% creme.</p>	<p>Médico(a) ou enfermeiro(a)</p>
<p>Tinha do pé <i>Tinea Pedis</i> “pé de atleta”</p>  <p>Foto:²⁰</p>	<p>Maceração pruriginosa entre os dedos dos pés. Pode ter forma vesico-bolhosa e descamação do espaço interdigital. Afastar dermatite de contato, psoríase e desidrose.</p>	<p>O Miconazol 2% creme é segunda escolha e está disponível na RENAME⁵.</p> <p>Pesquisar infecção secundária bacteriana: odor fétido, maceração intensa. Tratar com antibiótico tópico.</p>	<p>Médico(a) ou enfermeiro(a)</p>
<p>Pitiríase versicolor pano branco</p>  <p>Foto:¹⁸</p>	<p>Máculas arredondadas de tamanho e coloração variados, com descamação fina. A cor pode variar entre despigmentação, clara, hiperpigmentação ou avermelhada. Distribuição mais comum em tronco, pescoço, e braços. Normalmente não coça e não dói. Diferenciar de Hanseníase, vitiligo, tinea corporis e dermatite seborreica, pitiríase rosea e pitiríase alba.</p>	<p>Antifúngicos tópicos são primeira escolha de tratamento por serem eficazes, seguros e normalmente suficientes para o tratamento.</p> <p>Prescrever cetoconazol creme a 2%. Aplicar em todo pescoço, tronco, braços e pernas 2 vezes ao dia por 2 semanas. Explicar que a pigmentação normal da pele pode demorar 6 semanas ou mais para voltar.</p> <p>Caso lesões muito extensas ou resistentes, considerar terapia oral: Fluconazol 3-6 mg/kg via oral 1 vez por semana por 2</p>	<p>Médico(a) ou enfermeiro(a)</p>

		semanas. (médico)	
Candidíase oral	Ver Quadro 10.1		Enfermeiro(a) ou médico(a)
Candidíase de fraldas			

Fonte : Própria.

INFECÇÕES BACTERIANAS DE PELE^{2,8,12,14,20}

QUADRO 11.3 IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DAS INFECÇÕES BACTERIANAS DE PELE DA INFÂNCIA MAIS COMUNS NA ATENÇÃO BÁSICA

PROBLEMA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Impetigo e Ectima Organismo mais frequente: por <i>S. aureus</i> ou <i>Streptococico</i> do grupo A.</p> <p>Impetigo (Foto:²⁰):</p>  <p>Ectima (Foto: própria):</p> 	<p>Infecção superficial de pele. Vesículas e pústulas que se rompem deixando crostas melicéricas (amareladas). Pode ocorrer em qualquer parte da pele, é mais comum em face. Pode ser bolhoso ou não. Lesões se espalham rapidamente e são altamente contagiosas. Inoculação facilitada por picada de inseto e traumas. Normalmente não causa febre. Diferenciar de herpes simples, varicela e dermatofitoses.</p>	<p>Orientar limpeza e remoção de crostas com água e sabão 2 vezes ao dia.</p> <p>- <u>Lesões localizadas e superficiais</u>: tratar com antibiótico tópico. Mupirocina 2% 3 a 4 vezes ao dia, após limpeza das lesões.</p> <p>- <u>Lesões espalhadas, neonatos, profundas (ectima)</u>: prescrever antibiótico oral. Opções⁵:</p> <p>Cefalexina 25-50 mg/kg/dia divididas de 6/6 horas, por 7 dias. Máximo 500 mg/dose (primeira escolha se suspeita de <i>S. aureus</i>, impetigo bolhoso) ou</p> <p>Eritromicina 30-50 mg/kg/dia divididas em 4 tomadas por 7 dias, ou atentar para prevenção de surtos em escolas e creches, afastando a criança, conforme a necessidade. Em caso de surtos comunicar a Vigilância em Saúde.⁴</p> <p>Acompanhar e pesquisar complicações: síndrome da pele escaldada, celulite, glomerulonefrite aguda, osteomielite, sepse. Encaminhar.¹²</p> <p>Orientar retorno se piorar ou se surgir febre.</p> <p>Se recorrências frequentes, prescrever antibiótico tópico intranasal para descolonização: Mupirocina 2% 2-3 vezes ao dia por 7 dias. Pode ser repetido mensalmente.</p>	<p>Médico(a) ou enfermeiro(a) (preferencialmente médico/a)</p>

QUADRO 11.4
IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DAS ECTOPARASITOSE
COMUNS DA INFÂNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA

PROBLEMA E FOTO	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Pediculose^{2,11,19}</p>   <p>Fotos:¹⁹</p>	<p>É normalmente assintomática, mas pode causar prurido no couro cabeludo.</p> <p>Identificação a olho nu do piolho adulto ou dos seus ovos, (lêndeas). O parasita é cinza-amarronzado, do tamanho de uma semente de gergelim. As lêndeas são pontos brancos-perolados em forma de gota firmemente presos aos fios de cabelo.</p> <p>Mais comum em meninas, 3 a 12 anos, aglomeração, contato com indivíduo infestado. (BMJ) Infesta cabelos limpos ou sujos, de forma igual. Conáagio por contato próximo.</p>	<p>Prescrever Permetrina 1%: Aplicar em todo o cabelo e couro cabeludo por 10 minutos e repetir após 9 dias para crianças acima dos 2 meses.¹¹</p> <p>Remoção mecânica: Com o cabelo úmido, passar um pente de dentes finos removendo todas as lêndeas visíveis e repetir a cada 3-4 dias por 2 semanas. Tratamento de escolha para lactentes.</p> <p>Vaselina. Age como agente oclusivo e pode ser utilizado em lactentes <2 meses.</p> <p>Examinar contatantes: irmãos, e outras pessoas próximas no último mês.</p> <p>Avaliar complicações: impetigo do couro cabeludo. Manejo: ver Quadro 8.6 – Infecções bacterianas de pele.</p> <p>Produtos à base de vinagre, acetona, água sanitária e óleos para liberação mecânica, mostraram-se não efetivos e sem qualquer benefício clínico. Raspar a cabeça, embora seja eficaz, pode causar trauma emocional e estigmatização. Não afastar da escola.</p>	<p>Médico(a) ou enfermeiro(a)</p>

PROBLEMA E FOTO	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Escabiose ^{1,2,5,7,8,10,}(Sarna) <i>Sarcoptes scabiei</i></p>  <p>Foto: ¹³</p>  <p>Foto: ¹³</p> <p>Causada pelo ácaro <i>Sarcoptes scabiei</i></p>	<p>Pápulas avermelhadas intensamente pruriginosas, pior em áreas flexoras, entre os dedos, punhos, tornozelos, mamilos e genitais. As pápulas podem formar sulcos irregulares de até 1cm na pele. A coçadura pode causar escoriações, com costas hemáticas. Caso de dúvida, colher escarificação do sulco ou pápula suspeita para microscopia direta. (o parasita tem aprox. 0,5 mm)</p> <p>Transmissão por contato direto pele a pele e compartilhamento de vestimentas. Sintomas aparecem 4 a 6 semanas após a infecção.</p> <p>Localização mais comum em face, couro cabeludo, pescoço e região palmar e plantar. Diferenciar de foliculite, impetigo, dermatite de contato alérgica.</p>	<p>Prescrever Permetrina 5% creme: aplicar em todo o corpo do pescço baixo, inclusive palmas e plantas, sob as unhas e lavar após 8 a 12 horas. Não é necessário repetir o tratamento.¹ A segurança da droga não está totalmente estabelecida em crianças menores de 2 meses. Nestes casos, tratar com enxofre a 6% em vaselina.¹⁰ ou Ivermectina oral 200 µg/kg a partir dos 5 anos de idade ou 15 kg de peso. Repetir dose após 1-2 semanas.^{5,10}</p> <p>Tratar simultaneamente todos os contactantes domiciliares. Orientar a trocar, lavar todos os lençóis e roupas com água a temperatura >=60° ou colocar as roupas em um saco lacrado durante 1 semana.¹⁰ Orientar que o prurido pode persistir até 1 semana após o tratamento. Caso necessário, associar anti-histamínico para alívio: Loratadina (1 mg/ml): dar 5 ml, 1 vez ao dia para crianças de 2 a 5 anos e 10 ml, 1 vez ao dia para crianças > 6 anos ou 30 kg. Dextroclorfeniramina (2 mg/5ml): dar 0,15 mg/kg/dia em 4 tomadas.</p>	<p>Médico(a) (prescrição anti-histamínicos) ou enfermeiro(a) (demais condutas gerais e medicamentosas)</p>
<p>Tungíase ^{2,3,15} (bicho de pé)</p> 	<p>Uma ou mais pápulas amareladas com pontos pretos centrais, pruriginosas. Mais comum em extremidades inferiores: região de calcâneo, interdigital, ungueal etc).</p> <p>Pulga é contraída em terrenos arenosos quentes.</p>	<p>Realizar extração da tunga sob assepsia local (álcool 70%, clorexidine ou lodo povidona-PVPI) com agulha estéril de calibre adequado para o tamanho da lesão. Checar esquema vacinal da criança, para prevenção do tétano e, caso desatualizado, vacinar. Pesquisar presença de</p>	<p>Médico(a) ou enfermeiro(a)</p>

PROBLEMA E FOTO	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Foto:² Pulga <i>Tunga penetrans</i></p>	<p>Contaminados (praia, estâbulos, terrenos baldios), geralmente perto de casa.</p>	<p>Infecção secundária Orientar prevenção: evitar andar descalço em áreas infectadas.</p>	
<p>Larva Migrans^{2,5} (bicho geográfico)</p>  <p>Foto:² Larvas do gênero <i>Ancylostoma</i></p>	<p>Lesão papular serpiginosa (curvilínea) com prurido intenso, localizada principalmente nas extremidades (pés), podendo aparecer em outros locais do corpo. Larvas contraídas em solos quentes e arenosos, bem como em lugares úmidos.</p>	<p>Prescrever Albendazol oral: crianças com 1-2 anos de idade: 200 mg por via oral uma vez ao dia por 3 dias; crianças acima de 2 anos de idade e adultos: 400 mg por via oral uma vez ao dia por 3 dias ou Prescrever Tiabendazol creme 5%: aplicar 3x ao dia por 10 dias. Orientar prevenção: evitar andar descalço em áreas infectadas.</p>	<p>Médico(a) ou enfermeiro(a)</p>
<p>Míiase^{2,3,5} (berne, bicheira) Larvas de moscas <i>Dermatobia hominis</i> ou <i>Callitroga americana</i> (na míiase furunculoide) e <i>Callitroga macelária</i> ou do gênero <i>Lucília</i> (na míiase secundária).</p>  <p>Foto:²</p>	<p>Míiase furunculoide (berne): lesão nodular com orifício central característico. Lesão dolorosa e incomodativa. A criança pode relatar “ferroadas”. Míiase secundária (bicheira): ocorre na pele ou mucosas ulceradas. A lesão pode ser única ou múltipla. Caracteriza-se pela presença e movimentação de larvas na ulceração.</p>	<p>Míiase furunculoide: Realizar oclusão do orifício com vaselina ou esparadrapo e retirada com pinça após a morte da larva. (cuidar para não romper o parasita) Míiase secundária: retirada com pinça das larvas visíveis após uso de Ivermectina oral 200 µg/kg a partir dos 5 anos de idade ou 15 kg de peso.² Checar esquema vacinal para prevenção do tétano.</p>	<p>Médico(a) ou enfermeiro(a)</p>

PROBLEMAS ALÉRGICOS E INFLAMATÓRIOS DE PELE^{9,16,18,19}

**QUADRO 11.5
IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS ALÉRGICOS E
INFLAMATÓRIOS DE PELE EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Dermatite Atópica Multifatorial, atopia</p>  <p>Foto:¹³</p>  <p>Foto:¹⁹</p>	<p>Pele seca com áreas de eczema agudo, subagudo ou crônico. Lesões com hiperemia e descamação, com pápulas ou vesículas (eczema agudo), pode ter escoriações, liquenificação (subagudo/crônico). Nos lactentes as bochechas e a testa são as áreas mais atingidas, em crianças maiores, as faces flexoras são as áreas preferenciais (fossa poplítea e antecubital).</p> <p>Há prurido de intensidade variável.</p> <p>Crises podem ser desencadeada por um ou mais alérgenos ambientais específicos como poeira, pelo de animais etc.</p> <p>Maior incidência em crianças com rinite alérgica e asma.</p>	<p>Explicar à família que a doença tem base genética e não tem cura, mas sim controle e melhora conforme a criança cresce.</p> <p>Orientar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • banhos rápidos e mornos; • evitar sabonete desnecessário e água quente; • hidratar a pele sistematicamente todos os dias após o banho com hidratante, mesmo após a cessação dos sintomas agudos⁹. <p>Em exacerbações ou sem resposta à terapia com emolientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar corticoide tópico com Hidrocortisona creme 1% nas áreas mais afetadas com moderação por até 7 dias, mantendo o uso de emolientes. • Considerar prescrever anti-histamínico via oral: dexclorfeniramina <p>Em casos refratários, encaminhar para dermatologista ou imunologista e considerar corticoide sistêmico.</p> <p>Atenção: Os corticoides melhoram muito os sintomas, mas devem ser evitados ao máximo pelo risco de abuso e Sd. Cushing.</p>	<p>Médico(a)</p>

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
		<p>O tratamento da D.A. envolve essencialmente a hidratação sistemática da pele e o controle dos desencadeantes ambientais.</p>	
<p>Dermatite de Contato</p>  <p>Foto:¹⁸</p>	<p>Lesões eritemato-vesico-exsudativas, crostosas ou liquenificadas, dependendo da fase evolutiva. Localização correspondente ao contato com alérgeno.</p>	<p>O tratamento fundamental é afastar a fonte alérgica.</p> <p>Orientar hidratação da pele.</p> <p>Prescrever, excepcionalmente, para casos graves corticoide tópico fraco: hidrocortisona 1% creme pelo mínimo de tempo possível, exceto em face. Orientar riscos de corticoidoterapia prolongada.</p>	<p>Médico(a) (prescrição medicamentos a)</p> <p>Médico(a) ou enfermeiro(a) (demais cuidados)</p>
<p>Picada de mosquito</p>  <p>Foto:¹²</p>	<p>Pápulas pruriginosas com presença de vesículas. Um único ponto pode desencadear uma reação mais disseminada em placa eritematosa.</p> <p>Atentar para o risco de picadas de insetos peçonhentos (ex.: aranhas, escorpiões etc.), bem como possíveis reações anafiláticas e manejá-las.</p>	<p>Orientar a família a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar de a criança coçar e comprometer a integridade cutânea. - Realizar limpeza do local. - Verificar e atualizar vacinação contra do tétano. - Realizar compressas frias, que auxiliam em muito no alívio do prurido, bem como na diminuição do edema. - Aplicar pasta-d'água a base de óxido de zinco ou amido de milho, embora sem evidências, mas contribui para o alívio de sintomas.⁶ <p>Prescrever anti-histamínico Loratadina ou dexclorfeniramina para melhorar o prurido, se prurido intenso.</p>	<p>Médico(a) e /ou enfermeiro(a) (cuidados gerais e prescrição de pasta-d'água)</p> <p>Médico(a) (prescrição de anti-histamínicos e/ou corticoides)</p> <p>Demais condutas: enfermeiro(a)</p>

QUADRO 11.6

IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DA ANAFILAXIA NA ATENÇÃO BÁSICA

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Reação mediada por IgE.</p> <p>Início dos sintomas logo após o contato com substâncias. Presença de combinação de sintomas mistos, de múltiplos aparelhos. Pesquisar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Sintomas respiratórios</u>: dispneia, edema laríngeo, broncoespasmo, rinorreia. • <u>Sintomas de pele</u>: angioedema, prurido, urticária. • <u>Sintomas cardiovasculares</u>: hipotensão, tontura, arritmia • <u>Sintomas gastrintestinais</u>: vômito, náusea, dor abdominal. <p>História de contato com alimentos, picadas de insetos ou contato com outros animais e por drogas (medicações).</p> <p>Desencadeantes comuns: nozes, crustáceos, picadas de abelhas, marimbondos, vespas, penicilinas¹.</p> <p>Diferenciar de urticária pura, angioedema puro que não demandam tratamento urgente com epinefrina.</p>	<p>Manter vias aéreas, ofertar oxigênio, acesso venoso, colocar em posição de trendelenburg e acionar o Samu imediatamente.</p> <p>Aplicar epinefrina 0,01 mg/kg intramuscular imediatamente no músculo vasto medial da coxa, em todos os casos assim que confirmado o diagnóstico. Aguardar 15 minutos e repetir a dose, se necessário, apenas mais 1 vez.</p> <p>Em caso refratário ou se hipotensão, infundir fluido endovenoso. Soro fisiológico 0,9% 10-20ml/kg em bolos.</p> <p>Aplicar anti-histamínico antagonista H1. Difenidramina 1 a 2 mg/kg (máximo 50 mg) endovenoso lentamente.</p> <p>Caso haja broncoespasmo, prescrever nebulização com broncodilatador. Fenoterol 0,25 mg (1gota)/ 3 kg de peso (máximo 10 gotas), em 5 mL de soro fisiológico ou salbutamol pressurizado 100 a 200 mcg (1-2 jatos) a cada 5 minutos.</p> <p>Prescrever corticoide endovenoso, metilprednisolona 1 mg/kg para prevenir reação bifásica e encaminhar para serviço de urgência.</p>	<p>Médico(a)</p>

Fonte: própria.

TABELA 11.2

PRINCIPAIS DROGAS, SUAS DOSES E MODO DE USAR MAIS UTILIZADAS EM PROBLEMAS ALÉRGICOS E INFLAMATÓRIOS DE PELE EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA

DROGA	MODO DE USAR	OBSERVAÇÃO
Hidrocortisona 1% creme Dexametasona 1% creme Corticoides tópicos	2 vezes ao dia por até 7 dias.	Não utilizar no rosto ou mucosas. Usar apenas nas lesões piores, quando indicado. Usar pelo menor tempo possível.
Dextroclorfeniramina Anti-histamínico	0,15 mg/kg/dia em 4 tomadas. Dose máxima: até 6 anos: 3 mg/dia, até 10 anos: 6 mg/dia	Promove sedação, que pode ser interessante para exacerbações de coceira.
Loratadina 1 mg/mL Anti-histamínico	2-6 anos: 5 mL; >6 anos: 10 mL. 1 vez ao dia por 5-7 dias.	Não é seguro em menores de 2 anos. Menos sedativo que os de primeira geração.
Prednisolona (3 mg/mL) Corticoide sistêmico	1-2 mg/kg/dia Dividir em 2 tomadas por até 5 dias.	Utilizar com muito critério somente em casos graves. Fármaco que promove melhora substancial dos quadros alérgicos/inflamatórios, gerando risco de abuso e automedicação pela família. Explicar aos responsáveis sobre o risco de Sd. Cushing no tratamento prolongado e de insuf. adrenal por inibição da glandula quando suspensa após tomada por mais de 5-7 dias.

Fonte: ⁵.

PRINCIPAIS PROBLEMAS DE PELE LOCALIZADOS CAUSADOS POR VÍRUS^{13,19}

QUADRO 11.7
IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE PELE LOCALIZADOS
CAUSADO POR VÍRUS EM CRIANÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Verruga Vulgar Mais de 50 tipos de papiloma vírus humano (HPV)</p>  <p>Foto:¹⁹</p>	<p>Pápulas em forma de domo com superfície papilar ou filiforme. Em geral, há múltiplas lesões. Mais comum em mãos, mas podem estar em qualquer parte do corpo. Comum e benigno. Transmissão por contato direto.</p>	<p>Tranquilizar e explicar que 30-50% desaparecem sozinhas em menos de 6 meses. Se optar por tratar: aplicar ácido acetil salicílico, ácido tricloro acético a 70%, curetagem (evitar aplicação de ácido na face e em paciente com eczema atópico).</p>	<p>Enfermeiro(a) ou médico(a)</p>
<p>Molusco contagioso DNA pox vírus <i>Molluscipoxvirus</i></p>  <p>Foto:¹⁹</p>	<p>Pápulas róseas umbilicadas de 1-3mm. Caso espremidas, drenam material cremoso branco. Lesões múltiplas e agrupadas, mais comum em tronco, face e pescoço. Mais comum em pré-escolares. Transmissão por contato direto e indireto (ex.: toalhas)</p>	<p>Tranquilizar e explicar que as lesões não necessitam de tratamento. A curetagem é eficaz, mas desnecessária e pode causar dor. Realizá-la apenas em crianças grandes que desejarem por motivo estético. (Ver técnica na p.40 do CAB 30).³</p>	<p>Enfermeiro(a) ou médico(a)</p>
<p>Herpes simples de pele Vírus do herpes simples (VSH) tipo 1</p>  <p>Foto:¹⁹</p>	<p>Máculas eritematosas com vesículas confluentes que após 3-5 dias se rompem e formam crostas. É comum linfadenite regional. Há dor, queimação e prurido local. A localização mais comum é nos lábios, pode haver gengivo-estomatite herpética. No período neonatal e imunocomprometidos estão sujeitos a forma disseminada da doença. Tempo de incubação 5-10 dias</p>	<p>É autolimitado em até 8-12 dias. Tratar com antiviral oral os casos com até 48 horas de apresentação para reduzir tempo de doença e transmissibilidade.¹⁶ Aciclovir (80 mg/ml) A terapia tópica é pouco efetiva. Prescrever analgésico. Orientar que é transmissível e recorrente.</p>	<p>Enfermeiro(a) ou médico(a). Médico(a), se prescrição de Aciclovir</p>

CAUSA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Herpes zoster reativação Varicela</p>  <p>Foto:¹⁸</p>	<p>Não é comum em crianças imunocompetentes. Após período de dor, parestesia e queimação, surgem vesículas agrupadas sobre base eritematosa que respeitam a topografia de um dermatomo unilateral. As lesões evoluem com rompimento de vesículas e crostas. Mais comum em tronco.</p>	<p>Prescrever antivirais sistêmicos para todos os casos. Aciclovir. Prescrever analgésico Dor Leve: dipirona, acetamol ou ibuprofeno (Ver Quadro 1.2) Moderada-Grave: associar opioides (prescrição médica): Codeína ou Tramadol. Acompanhar para avaliar Complicações: nevralgia pós-herpética. Dor que pode persistir por meses a anos após a cura das lesões. Caso severa, tratar como dor neuropática.</p>	<p>Médico(a)</p>

Fonte^{13,19}.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea. v. 1. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 9 - Dermatologia na Atenção Básica. Brasília 2002.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
- 4 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde - volume único. Brasília-DF, 2014. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilancia-saude-atualizado-05-02-15.pdf>
- 5 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)- 9ª edição. Brasília-DF, 2015. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/13/Rename-2014.pdf>
- 6 CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE GOIAS. Enfermagem na atenção primária à Saúde do Estado de Goiás. Goiânia-GO, 2015. Disponível em:
<http://www.corengo.org.br/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-do-estado-de-goias>
- 7 CHOSIDOW, O. Clinical practices. Scabies. N Engl J Med. 2006;354:1718-1727. 8
DUNCAN, B et all. Medicina ambulatorial. Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª edição. Artmed, Porto Alegre, 2006.
- 9 EICHENFIELD LF, TOM WL, BERGER TG, KROLI A, PALLER AS, SCHWARZENBERGER K, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol. 2014 Jul;71(1):116-32.
- 10 FERRIS, L. K., KHERA, P., HARRIS, R. BRITISH MEDICAL JOURNAL. Best Practice: Escabiose. Jan 2016
- 11 FRANKOWSKI, B.L. BRITISH MEDICAL JOURNAL. Best Practice: Pediculose. Junho 2015.

- 12 FREEMAN, Michael. BRITISH MEDICAL JOURNAL. Best Practice:Impetigo. Fev, 2016.
- 13 HARDIN J. Cutaneous conditions. In: Knoop KJ, Stack LB, Storrow AB, Thurman R. eds. The Atlas of Emergency Medicine, 4e. New York, NY: McGraw-Hill; 2016. Disponível em: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1763&Sectionid=125435601>. Acessado em setembro, 2016.
- 14 KONING S, VAN DER SANDE R, VERHAGEN AP, et al. Interventions for impetigo. Cochrane Database Syst Rev. 12;(1):CD003261
- 15 SANTANA, Luiz A. et all. Tungíase-atualidades clínicas. JBM. Novembro/Dezembro, 2014 VOL. 102 nº 6. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2015/v102n6/a4554.pdf>
- 16 SIMON, C. EVERITT, H. VAN DORP, F. Oxford Handbook of General Practice. Oxford University Press, 2010.
- 17 SOUZA, R.A., AMORIM, A. P. Micoses e onicomicoses. In. GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 1.354p.
- 18 TINTINALLI'S J.E. et al. Tintinalli's Emergency Medicine: A comprehensive study guide, 8th Ed. McGraw-Hill Education www.accessmedicine.com
- 19 USATINE, RP et al. The Color Atlas of Family Medicine, 2e. New York, NY: McGraw-Hill;2013. Disponível em: <http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=685&Sectionid=45361173>.
- 20 WOLFF, K. JOHNSON, RA. Fitzpatrick's color atlas & synopsis of Clinical Dermatology. Ed. McGraw-Hill, 2009.

12 PROBLEMAS ENDÓCRINO-METABÓLICOS E NUTRICIONAIS (T)

12.1 Diabetes *mellitus* tipo I

O diabetes *mellitus* é um dos distúrbios metabólicos mais frequentes na infância, verificando-se uma incidência máxima no início da adolescência. O diabetes do tipo 1 é responsável por cerca de 5% a 10% de todos os pacientes com diabetes. Estima-se que, no mundo todo, 430 mil pessoas de zero a 14 anos tenham diabetes do tipo 1.²

A apresentação do diabetes tipo 1 é em geral abrupta, acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. O termo “tipo 1” indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose.

Considerando a maior incidência de DM tipo I na infância, faz-se necessário a organização das ações individuais e coletivas que a equipe de saúde possa oferecer a esta faixa etária que apresenta maior risco/vulnerabilidade. Neste sentido, a equipe planejará ações que levarão em consideração a necessidade e a adesão do usuário, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

FLUXOGRAMA 12.1
ABORDAGEM DA CRIANÇA QUE PROCURA A ATENÇÃO BÁSICA COM SINTOMAS DE DIABETES MELITOS TIPO 1(DM TIPO 1)

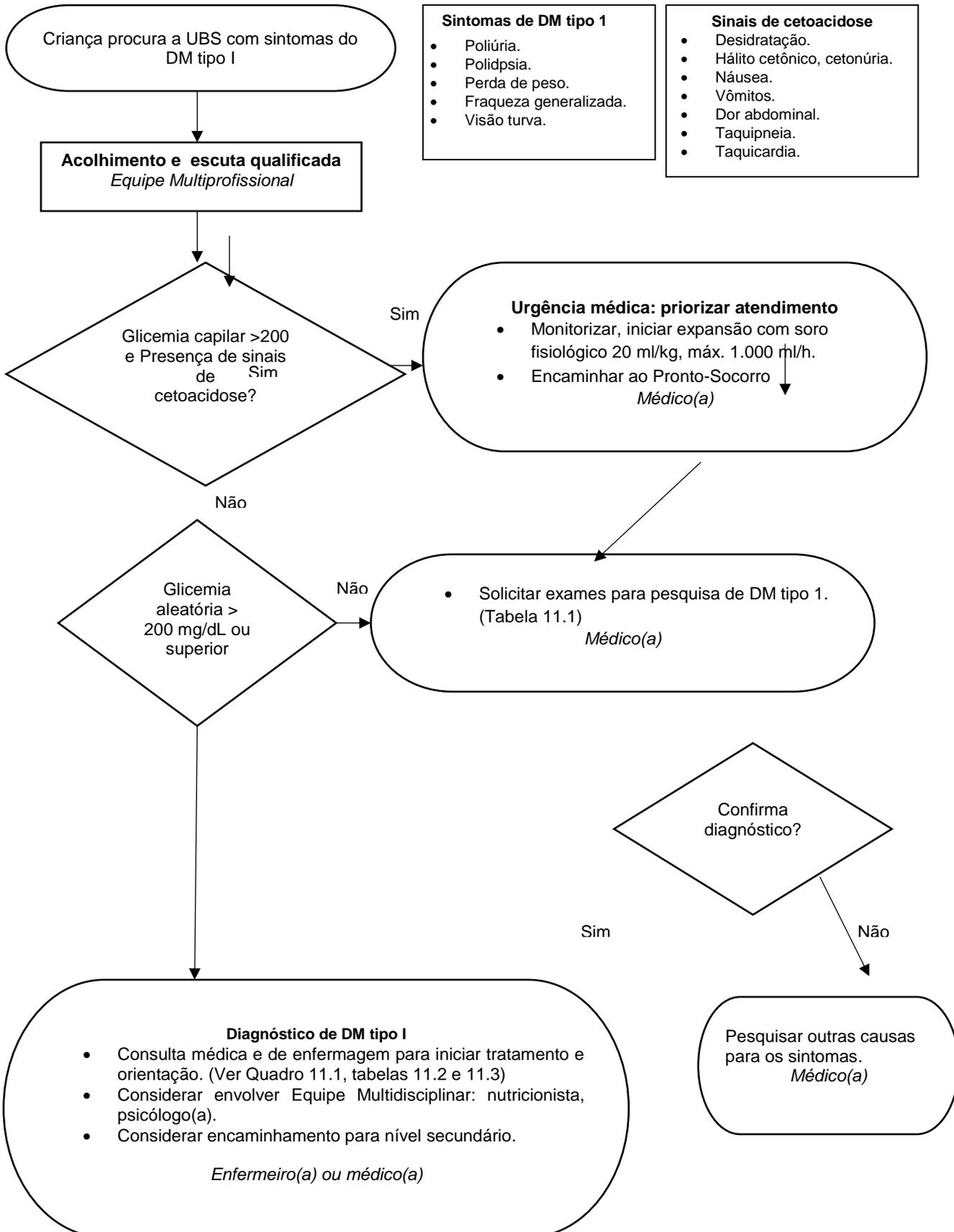


TABELA 12.1
EXAMES A SEREM SOLICITADOS NA INVESTIGAÇÃO DO DIABETES TIPO I PELA
ATENÇÃO BÁSICA

EXAMES	RECOMENDAÇÕES	RESULTADO ALTERADO
Glicemia aleatória	- Confirma o diagnóstico na presença dos sintomas de poliúria, polidipsia e perda de peso não explicada.	200 mg/dL ou superior
Glicemia de jejum	- Costuma ser mais usada como um exame de rastreamento para diabetes do tipo 2. - O período de jejum é definido como ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas.	126 mg/dL ou superior
Glicose plasmática de 2 horas	- A glicose plasmática é medida 2 horas após a ingestão de 75 g de glicose por via oral. - Mais usada como um exame de rastreamento para diabetes do tipo 2.	200 mg/dL ou superior
Dosagem de corpos cetônicos séricos ou urinários	- Na presença de hiperglicemia, sugere diabetes do tipo 1.	Nível médio ou alto
Hemoglobina glicada (HbA1c)	- Reflete o grau de hiperglicemia nos últimos 3 meses. - Mais adequado para rastreamento de diabetes do tipo 2.	6.5% ou superior

Fonte: BMJ Best Practice. Diabetes do tipo I (2015).²

QUADRO 12.1
PONTOS IMPORTANTES DA CONSULTA DA CRIANÇA COM DM TIPO 1

O QUE	QUANDO	COMO FAZER	QUEM FAZ
Presença de sintomas e queixas (sinais de descompensação)	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none"> • Levanta à noite para urinar ou tomar água. • Apresenta-se com sinais de cetoacidose. (Ver Fluxograma 11.1) 	Equipe Multidisciplinar
Rede familiar e social	1ª consulta e, nas demais, verificar se houve mudança	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento familiar no cuidado da criança. • Rede social. <p>É típico o desconhecimento das possibilidades de cuidado à criança com DM. Observar possibilidades do suporte emocional, cultural, econômico e social no cuidado.</p>	Equipe Multidisciplinar
História nutricional	1ª consulta e, nas demais, verificar se houve mudança	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar peso. • Hábito alimentar. • Transtornos alimentares. • Carência nutricional. <p>Observar os condicionantes sociais das famílias e a disponibilidade na oferta de alimentos à criança, assim como situações de negligência</p>	Equipe Multidisciplinar

Fonte: Adaptado de BMJ Best Practice. Diabetes do tipo I (2015).²

TABELA 12.2

RECOMENDAÇÕES PARA O CUIDADO DE CRIANÇAS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO I

RECOMENDAÇÃO	GRAU DE RECOMENDAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> • Como grande parte das complicações do diabetes <i>mellitus</i> decorre de mau controle, é fundamental, desde o início do quadro, que se estabeleça um programa de controle rigoroso tentando atingir os alvos glicêmicos adequados à idade da criança. • Um alvo glicêmico interessante em crianças e adolescentes é a glicemia pós-prandial < 180 mg/dl, a glicemia de jejum entre 80 e 120 mg/dl e as outras glicemias pré-prandiais < 140 mg/dl. 	<p>A – Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • O monitoramento constante dos níveis glicêmicos mostra-se uma arma poderosa para se atingir um bom controle. • O uso de insulina ultrarrápida é extremamente conveniente em crianças, já que sua ingestão alimentar pode ser irregular e a administração pós-prandial de insulina consegue atingir um bom controle. • O uso de bomba de infusão de insulina tem-se mostrado eficiente em pré-escolares, escolares e adolescentes. 	<p>B – Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.</p>

TABELA 12.3
PRINCIPAIS TIPOS DE INSULINA, INÍCIO, PICO E DURAÇÃO TOTAL DE AÇÃO
DISPONÍVEIS⁶

INSULINA	INÍCIO DE AÇÃO	PICO DE AÇÃO	DURAÇÃO TOTAL
RÁPIDA/ULTRARRÁPIDA			
Regular*	30-60 min	2-4 horas	6-9 horas
AÇÃO INTERMEDIÁRIA			
NPH*	1-2 horas	3-8 horas	12-15 horas
PRÉ-MISTURAS			
70/30 NPH/Regular	30-60 min	3-8 horas	12-15 horas

*100 UI/mL, suspensão injetável (RENAME).

Fonte: ⁶ Adaptado.

SAIBA MAIS

- Para aprofundar o conhecimento acerca dos cuidados na diabetes *mellitus*, leia o *Caderno de Atenção Básica nº 36 – Diabetes mellitus*:
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>.
- Para aprofundar o conhecimento acerca dos cuidados à criança que vivencia negligência, leia a Linha de cuidados de crianças e famílias em situações de violência:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf>.
- Para aprofundar o conhecimento acerca dos passos e cuidados na alimentação infantil, leia Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar
<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab23>>.

REFERÊNCIAS

- 1 AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes - 2015. Diabetes Care. 2015;38(suppl 1):S1-S94.
- 2 BRITISH MEDICAL JOURNAL. BEST PRACTICE. Diabetes do tipo I. Última atualização em 16 de junho de 2015. Disponível em:
<http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/154.html>
- 3 BRASIL. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais :RENAME 2014 9. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.228 p. Disponível em
<http://www.portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/13/Rename-2014.pdf>.
Acesso em 28/07/2016
- 4 INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. Diabetes atlas. 2006
- 5 OLIVEIRA, RG. Black Book de Pediatria. Black Book Editora. Belo Horizonte-MG, 2005.
- 6 SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. Sociedade Brasileira de Diabetes ; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio].AC Farmacêutica – São Paulo-SP, 2014.
- 7 WONG; WHALEY. Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva. 6ª Ed. Guanabara Koogan, 2005.

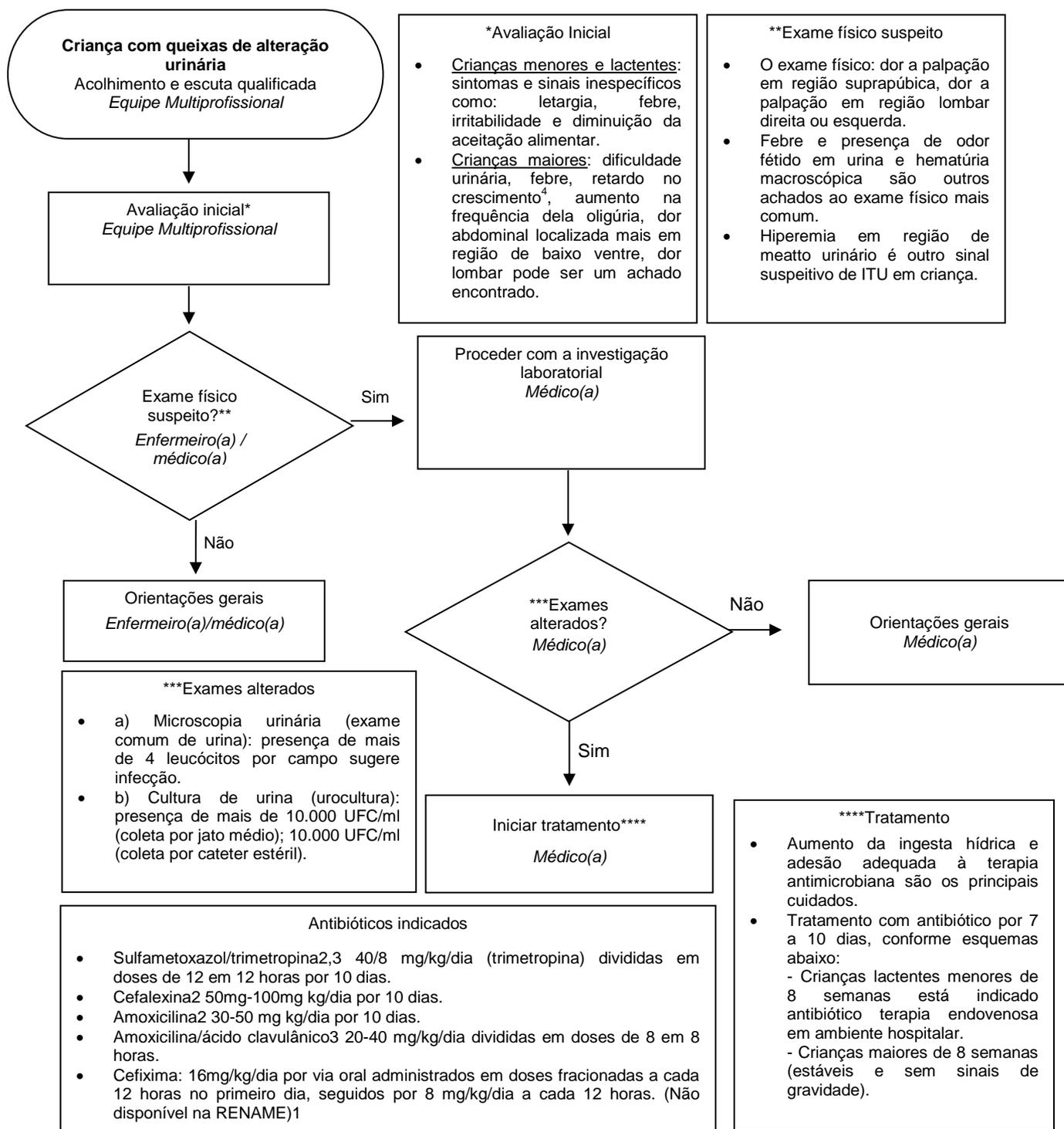
13 PROBLEMAS URINÁRIOS (U)

13.1 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Um dos aspectos relevantes na prática do atendimento as crianças, diz respeito aos sintomas urinários, dos quais a Infecção do Trato Urinário (ITU) é a uma das mais presente na prática clínica, sendo o seu diagnóstico e manejo, junto à Atenção Básica, um importante fator para reduzir internações hospitalares por esta causa.

As crianças, a exemplo de outros grupos como de idosos, diabéticos, imunossuprimidos, são as parcelas populacionais mais afetadas por quadros de ITU, sendo assim, aconselha-se investigação laboratorial, antes de iniciar tratamento medicamentoso, principalmente nos quadros de repetição, a fim de evitar-se complicações. ²

FLUXOGRAMA 13.1 ATENÇÃO À CRIANÇAS COM QUEIXAS URINÁRIAS NA ATENÇÃO BÁSICA



Fonte^{1,2,3,4}: Adaptado de BMJ (2015) e BRASIL (2012a, 2012b, 2015).

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). 9 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- 2 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica nº 28. Acolhimento a demanda espontânea. Volume 2. Queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 3 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica nº 33. Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 4 BRITISH MEDICAL JOURNAL BEST PRACTICE. Urinary tract infections in children. Última atualização em julho de 2015. Disponível em: <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/789>.

14 GENITAL FEMININO (X)

14.1 CORRIMENTO VAGINAL

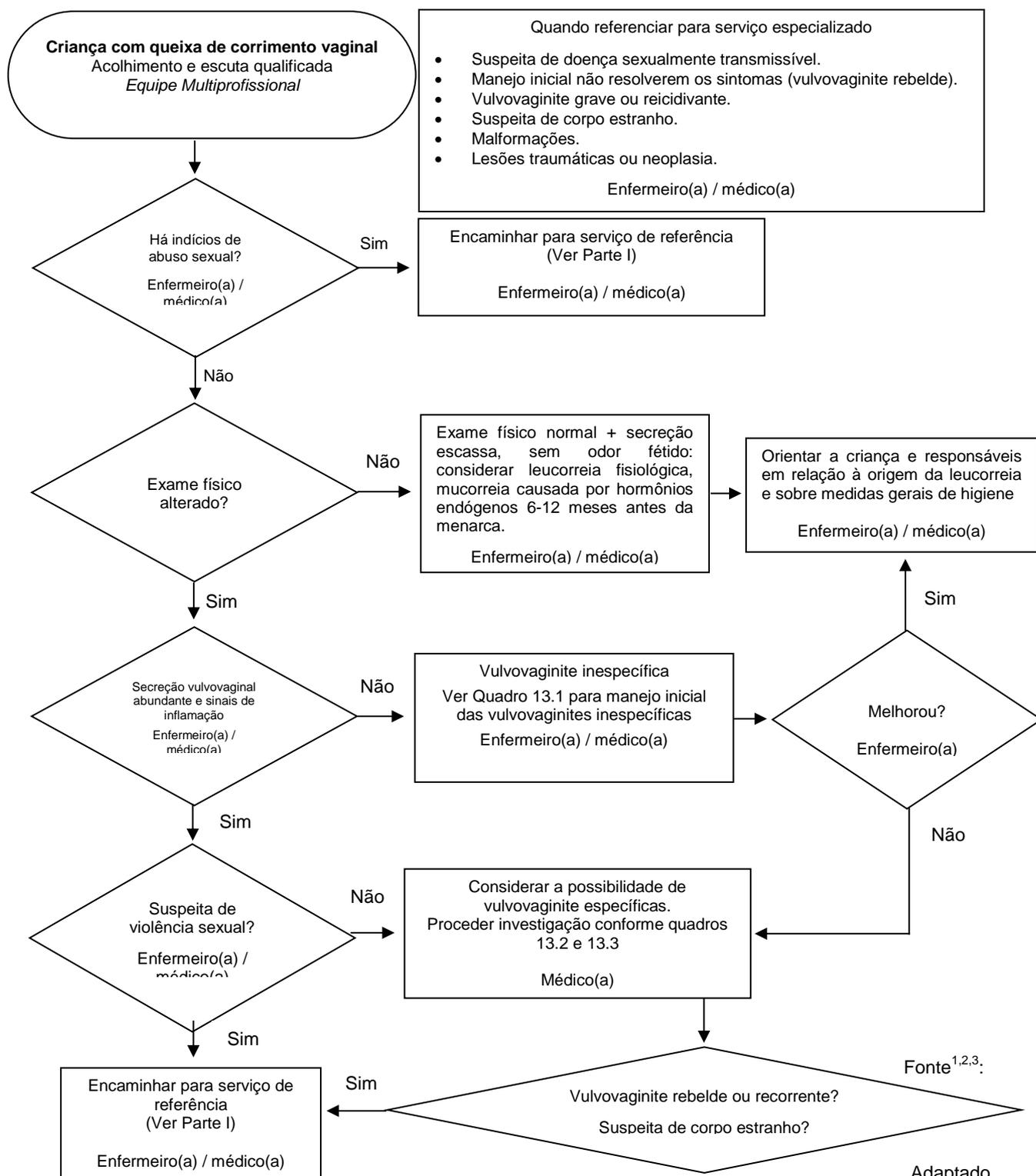
O fluxo vaginal na menina nem sempre está associado à infecção e costuma aumentar à medida que os níveis estrogênicos se elevam e surgem os bacilos de Doerderlein. A leucorreia é uma importante manifestação clínica da vulvovaginite, a qual se caracteriza por irritação da pele ou do tecido mucoso e corrimento vaginal, e corresponde a cerca de 70% dos acometimentos ginecológico nessa idade.

A vulvovaginite pode ser fisiológica (aumentos hormonais na fase pré-menarca), inespecífica (provocada por germes normalmente saprófitas, pertencentes à flora endógena vaginal, que em certas situações causam desequilíbrio e sintomas) ou específica (em meninas pré-púberes, pode ser causada por bactérias respiratórias, entéricas ou sexualmente transmissíveis). Quando a leucorreia acontecer em crianças pequenas e for acompanhado de odor desagradável, prurido, ardência, edema, eritema, fissura ou maceração da vulva, é necessário afastar a presença de processo patológico.

A criança pré-púbere apresenta características anatômicas, hormonais e funcionais que favorecem a instalação e processos inflamatórios, infecções do trato genital inferior. Esses fatores podem ser agrupados da seguinte forma:

- Anatômicos/hormonais: proximidade entre a vagina e o ânus; ausência de pelos; vulva anteriorizada; grandes lábios planos, dificultando o fechamento da vulva; mucosa vaginal atrófica; e PH vaginal alcalino (6,5 a 7,5).
- Ausência de anticorpos para proteger a vagina de infecções.
- Vagina exposta a níveis de estrogênio menores, o que facilita o crescimento bacteriano.
- Hábitos/costumes: higiene pobre ou inadequada, na medida em que a supervisão diminui com a idade; uso de roupas apertadas e de material sintético que não permite a evaporação do suor ou outras secreções, macerando a vulva; sabonetes e outros irritantes químicos; fraldas e traumatismos (violência sexual, acidentes com bicicletas, introdução de corpo estranho, masturbação etc.)
- Doenças subjacentes/medicações.^{1,2}

FLUXOGRAMA 14.1 ATENÇÃO AS CRIANÇAS COM QUEIXAS DE CORRIMENTO VAGINAL



de BMJ (2015), Brasil (2012a, 2012b, 2015) e Duncan (2013).

Fonte^{1,2,3}:

Adaptado

QUADRO 14.1
MANEJO DAS VULVOVAGINITES INESPECÍFICAS

O QUE FAZER	COMO FAZER	QUEM FAZ
Medidas gerais e higiênicas, procurando modificar hábitos identificados como predisponentes para a doença	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o uso de ducha vaginal regular. • Orientar evitar agentes contatantes: roupas muito justas, sabonetes alcalinos, talcos etc. • Orientar manter unhas aparadas e limpas. • Orientar urinar de joelhos afastados para não refluir urina para dentro da vagina. • Orientar cuidado para não empapar papel higiênico e liberar pedaços de papel que podem causar reação de corpo estranho. • Manter vulva bem limpa e seca. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Banhos de Assento (opções)	<ul style="list-style-type: none"> • Permanganato de Potássio a 6%: diluir 10 ml de solução em 2 L de água. Fazer 2 sessões por dia, de 15 min. de duração, por 10 dias. • Benzidamina: diluir 1 envelope em 2 L de água. Fazer 2 sessões por dia, de 15 min. de duração, por 10 dias • Chá de camomila: ferver dois saquinhos de chá em uma caneca e juntar a 1 L de água. Fazer 2 sessões por dia, de 15 min. de duração, por 10 dias. 	Enfermeiro(a) / médico(a)
Medicação Tópica*	<ul style="list-style-type: none"> • Creme de Hidrocortisona a 1%, 3x/dia, 7 a 10 dias no máximo (se houver prurido intenso que não desaparece com medidas iniciais). 	Médico(a)
Medicação Sistêmica	<ul style="list-style-type: none"> • Astemizol suspensão (anti-histamínico): 2 mg/10kg de peso em crianças de 2 a 6 anos ou 5 mg em crianças de 6 a 12 anos, 1x/dia, 5 dias (se prurido intenso que não desaparece com medidas iniciais). • Metronidazol pediátrico: 15 mg/kg/dia, divididos em 3 vezes, via oral, por 7 dias. OU • Sulfametoxizol + Trimetoprima suspensão: <ul style="list-style-type: none"> - 6 semanas a 5 meses: 2,5ml, 2x/dia, VO, 7 dias. - 6 meses a 5 anos: 5ml, 2x/dia, VO, 7 dias. - 6 meses a 12 anos: 10ml, 2x/dia, VO, 7 dias. • Amoxicilina suspensão: <ul style="list-style-type: none"> 40 mg/kg/dia, divididos em 2x/dia, VO, por 7 a 10 dias. • Cefalexina: 25 a 50 mg/kg/dia, divididos em 2x/dia, VO, 7 a 10 dias. 	Médico(a)

Fonte:¹.

QUADRO 14.2
IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DAS VULVOVAGINITES ESPECÍFICAS MAIS COMUNS NA
ATENÇÃO BÁSICA

EXAME	RESULTADO	COMO TRATAR	QUEM FAZ?
Exame físico: inspeção	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de múltiplas lesões vesiculares ou ulcerativas, dolorosas, de bases avermelhadas, pruriginosas, em região anogenital. • Herpes simplex (HSV). 	<ul style="list-style-type: none"> • Banhos de assento com permanganato de potássio, xilocaína gel, se necessário, assepsia com iodopovine para prevenir infecções secundárias. • Aciclovir oral na primoinfecção. 	Médico(a)
Exame físico: inspeção	<ul style="list-style-type: none"> • Lesões verrucosas na vulva (Condiloma acuminado). • Papilomavírus Humano (HPV). 	<ul style="list-style-type: none"> • Criocauterização, eletrocauterização, ácido tricloroacético a 85%, podofilina, aplicação 1x/semana. 	Médico(a)
<p>Coletar secreção da face interna dos pequenos lábios e introito vaginal com pipeta ou cotonete umedecido, para realização de exame a fresco (quando disponível).</p> <p>Obs.: Quando não disponível, abordar de acordo com características do corrimento (Ver Quadro X3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esporos/hifas de fungos: <i>Candida</i> e outros fungos 	<ul style="list-style-type: none"> • Até 20 kg: <ul style="list-style-type: none"> - Cetoconazol 50 mg (¼ de comprimido de 200 mg), VO, 1x/dia, por 5 dias. • 20 a 40 kg: <ul style="list-style-type: none"> - Cetoconazol 100 mg (1/2 de comprimido de 200 mg), VO, 1x/dia, por 5 dias. • >40 kg: <ul style="list-style-type: none"> - Cetoconazol 400 mg (2 comprimidos de 200 mg), VO, 1x/dia, por 5 dias. - Miconazol, clotrimazol, terconazol, nistatina tópicos, 2x/dia, por 10 a 14 dias. 	Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Trichomonas vaginalis</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol, 15 mg/kg/dia, VO, divididos em 3x/dia, por 7 dias 	Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none"> • Células marcadoras para <i>Gardnerella vaginalis</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol, 15 mg/kg/dia, VO, divididos em 3x/dia, por 7 dias. • Clindamicina creme 2x/dia, no introito vaginal, por 10 dias. 	Médico(a)
<p>Testes das Aminas (Whiff): adicionar 1 gota de secreção + 1 a 2 gotas de KOH a 10% e depositar em uma lâmina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Positivo para Vaginose: liberação de odor amínico (odor de "peixe podre") 	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol pediátrico: 15 mg/kg/dia, divididos em 3 vezes, via oral, por 7 dias 	Médico(a)

EXAME	RESULTADO	COMO TRATAR	QUEM FAZ?
Parasitológico de fezes pesquisa para oxiúros	<ul style="list-style-type: none"> <i>Enterobius vermiculares</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Mebendazol, 100 mg, 2x/dia, VO, por 3 dias. Repetir em duas semanas. OU <ul style="list-style-type: none"> Albendazol, 400 mg, VO, dose única. 	Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none"> <i>Shigella sp.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Sulfametoxazol + Trimetoprima, 50 mg + 10 mg/kg/dia, VO, divididos em 2x/dia, por 7 dias. OU <ul style="list-style-type: none"> Ampicilina, 50 mg/kg/dia, VO, divididos em 4x/dia, 10 dias. 	Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none"> <i>Entamoeba histolytica</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Tinidazol, 50 a 60 mg/dia, VO, 1x/dia, por 3 dias. OU <ul style="list-style-type: none"> Metronidazol 15 mg/kg/dia, VO, divididos em 3x/dia, 7 dias. 	Médico(a)
Urocultura	<ul style="list-style-type: none"> <i>Haemophilus influenzae</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina, 20 a 40 mg/kg/dia, VO, divididos em 3x/dia, 7 dias 	Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none"> <i>Staphylococcus aureus</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Cefalexina, 25 a 50 mg/kg/dia, VO, divididos em 4x/dia, 7 a 10 dias. OU <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina-clavulanato, 20 a 40 mg/kg/dia, VO, divididos em 3x/dia, 7 a 10 dias. 	Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none"> <i>Streptococcus pyogenes</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Penicilina V potássica, 125 a 250 mg, VO, 2x/dia, 10 dias. 	Médico(a)

Fonte:^{1,3}.

QUADRO 14.3

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL DAS VULVOVAGINITES DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS DO CORRIMENTO VAGINAL

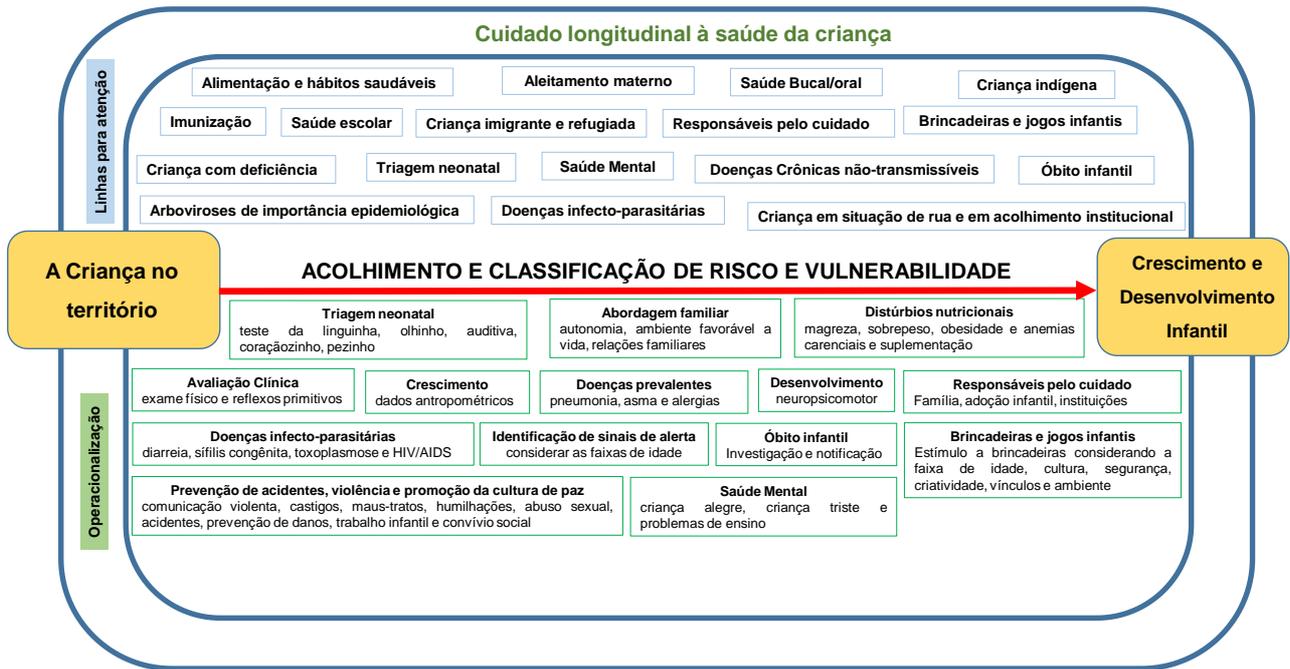
CARACTERÍSTICAS DO CORRIMENTO VAGINAL	DIAGNÓSTICO PROVÁVEL
Corrimento de odor fétido, aspecto branco-acinzentado, fluido ou cremoso e, eventualmente, bolhoso.	<ul style="list-style-type: none">Vaginose bacteriana. (<i>Gardnerella vaginalis</i>, <i>Bacterioides</i> sp, micoplasmas, entre outras)
Corrimento branco-acinzentado acompanhado de prurido. Pode, também, ser acompanhado de dor ou ardor ao urinar, corrimento branco, grumoso, indolor e com aspecto de “leite coalhado”, hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração.	<ul style="list-style-type: none">Candidíase vaginal. (<i>Candida albicans</i> e outras espécies não albicans)
Corrimento abundante, amarelado, ou amarelo-esverdeado, bolhoso, acompanhado de prurido e/ou irritação vulvar, dor pélvica, sintomas urinários.	<ul style="list-style-type: none">Tricomoníase. (<i>Trichomonas vaginalis</i>)

Fonte³: Gusso & Lopes (2012).

REFERÊNCIAS

- 1 ACETTA, S.G; HERTER, L.D. Atendimento Ginecológico na Infância e Adolescência. In. DUNCAN, B.B. et al (Orgs.). Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidência. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1.952p.
- 2 BRITISH MEDICAL JOURNAL. BEST PRACTICE. Avaliação do corrimento vaginal. Última atualização em 14 de agosto de 2014. Disponível em: <http://brasil.bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/154.html>.
- 3 MENEZES, R.A. Corrimento Vaginal. In. GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 1.354p.

15 PROBLEMAS SOCIAIS



ACÇÕES INTERSETORIAIS DA SAÚDE DA CRIANÇA NA COMUNIDADE



CUIDADO À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA



CUIDADO À CRIANÇA EM SOFRIMENTO MENTAL



CUIDADO À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE TRABALHO INFANTIL

